Region Stockholm

7

Yttrande över remiss – Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS

HSN 2020-0788

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Utredning och beställarstöd
Yvonne Lettermark

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2020-08-10

HSN 2020-0788

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Yttrande över remiss – Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS

Ärendebeskrivning

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har ombetts lämna remissvar på betänkandet, SOU 2020:15 Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS. Föreliggande yttrande begränsas till de delar som avser nämndens ansvarsområde vilket innebär huvudfokus på verksamhetsinnehållet på NKS. Övriga delar av betänkandet består av frågor om investeringar och större organisationsförändringar inom hälso- och sjukvården, olika entreprenadformer och tidigare erfarenheter av OPS samt kartläggning av NKS-exemplet med betoning på verksamhetsmodeller och byggnation samt hur relevanta kontrollmekanismer har använts. Utredningen lämnar ett antal rekommendationer i syfte att stärka förutsättningarna för att lärdomarna ska omhändertas på ett bra sätt. Regionerna ombeds svara på några av dessa rekommendationer.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Strukturförändring och investering i hälso-och sjukvården, SOU 2020:15

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

Hälso-och sjukvårdsnämnden antar hälso-och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar detta till regionstyrelsen.

Förvaltningens motivering till förslaget

Sammanfattning av utredningens uppdrag

Utredningen har haft i uppdrag att kartlägga besluts- och genomförandeprocesser i samband med upphandlingar och investeringar i hälso- och sjukvården och i samband med offentlig-privat samverkan (OPS) och de lärdomar som kan dras från exemplet NKS. I uppdraget har också ingått att kartlägga användandet av process- och organisationsstöd i detta sammanhang samt analysera konsekvenserna för patientsäkerheten.

Utgångspunkten för utredningen har varit ett lärandeperspektiv med syfte att kunna dra nytta av de erfarenheter som gjorts och bidra till att öka kunskapsuppbyggande. Utredningen lämnar ett antal rekommendationer i syfte att stärka förutsättningarna för att lärdomarna ska omhändertas på ett bra sätt.

Om Framtidsplanen och hälso-och sjukvårdens struktur - bakgrund
Stockholms län har under ett antal år varit i stark utveckling. Med utgångspunkt i förväntad demografisk utveckling där stockholmarna blir alltfler och samtidigt allt äldre och ett nytt mindre sjukhus (NKS)[1] beslutade landstingsfullmäktige i juni 2011, om ”Framtidsplan för hälso-och sjukvården”, *LS 1104–0624*. Beslutet fattades i politisk enighet och slog fast vision, målbild och strategier för hälso-och sjukvården. Baserat på bland en behovsanalys, analys av vårdproduktion, dialog med medicinsk profession om förväntad utveckling inom olika specialiteter formulerades målbilden framåt, för åren 2018 respektive 2025. Beslutet om framtidsplanen innehöll en sammanvägning av dels det arbete som gjorts i beställarens budgetuppdrag dvs HSN:s, ”Framtidens hälso-och sjukvård”, men också av NKS-förvaltningens arbete med verksamhetsinnehåll samt förslag på hantering av det behov av ny-investeringar som identifierats för akut- respektive närsjukhusen.

Beslutet om framtidsplanens inriktning, där landstingsfullmäktige således slog fast vision och målbild för hela hälso-och sjukvården, vilket ligger i linje med de rekommendationer som rubricerad utredning formulerat när det gäller förändringsarbete och som avhandlas senare i detta tjänsteutlåtande, så innehöll fullmäktiges beslut om framtidsplanen också en kvantitativ målbild om vilken vård som utifrån LEON-principen bör bedrivas var. Förslagen i framtidsplanen grundades på en omfattande analys av vårdproduktionen, förslag till uppdrag och profiler för akutsjukhusen inklusive Karolinska. Formuleringen av den kvantitativa målbilden föregicks av detaljerade analyser om var i hälso-och

[1] 2010 – 2 054 343 invånare, 2019 – 2 377 081 invånare, Förändring + 322 738, Malmö stad 2019 – 345 342 invånare

sjukvårdssystemet patienter, utifrån LEON-principen och målet om god säker vård, bäst kan tas om hand. I arbetet engagerades bland annat sakkunnigstrukturen med medicinsk expertis. Huvudstrategierna som fastställdes låg, och ligger, väl i linje med aktuell internationell utveckling.

En viktig del av framtidsplanen är att etablera en s.k. nätverkssjukvård där vårdsystemets alla aktörer och på alla nivåer samverkar i att erbjuda vård närmare patienten. I syfte att förverkliga denna målbild har omfattande investeringar genomförts inom regionens somatiska specialistvård.
Ett stort antal beslut kan anses emanera från framtidsplanens första beslut 2011. Vid uppföljning 2019 konstaterades att närmare 250 beslut fattats av landstingsfullmäktige under åren 2011–2018. Men ett av de första besluten handlade om att lägga ner den s.k. NKS-förvaltningen eftersom den planering som där gjordes i alltför stor utsträckning ansågs ligga alltför långt från Karolinska Universitetssjukhusets dåvarande uppdrag och verksamhet.

I syfte att säkerställa genomförandet av Framtidsplanen skapades, för första gången i landstinget, ett programkontor som fick ett samlat ansvar för att driva genomförande-arbetet[2]. Programkontoret, även kallat PFHS, verkade under åren 2011–2015 och arbetet leddes av en styrgrupp som förutom landstingsdirektören och hälso-och sjukvårdsdirektören även bestod av regionens chefsjurist samt representant från Karolinska Institutet som med stöd i det regionala ALF-avtalet tilldelades ledamotskap. Det centrala programkontoret stöttade sedan framväxandet av lokala programkontor och/eller motsvarande på akutsjukhusen. Sjukhusdirektörsgruppen följde och analyserade arbetet löpande. Ytterligare samarbeten skedde sedan i nära samverkan med inblandade aktörer såsom hälso-och sjukvårdsförvaltningens branschråd, olika grupperingar av vårdgivare men också med Locum AB där ett omfattande samarbete etablerades.

Arbetet med genomförandet av framtidsplanen avrapporterades årligen i samband med budget år 2012, 2013 och 2014 [3]. I genomförandearbetet genomfördes i olika grad och på olika nivåer risk-och konsekvensanalyser. Med dessa som grund modifierades vissa inriktningsbeslut alternativt utarbetades nya.

---

[2] LSF Dir 1187, 2011-08-15
[3] LS 1109–1229, LS 1304–0527, LS 1409–1068

Då arbetet med framtidsplanen övergick från planeringsskede till en konkret genomförandefas förflyttades arbetet programkontoret till linjen, från 2015 till ägarfunktionen på dåvarande LSF och from sommaren 2017 till HSF. I samtliga dessa konstellationer fortsatte ett nära och konkret samarbete mellan centrala och lokala nivåer. Konkreta exempel på detta är dels de genomförandeplaner som förankrades med de lokala programkontoren men som fastställdes av landstingsfullmäktige.[4] Ett annat exempel är de beredningsoch arbetsgrupper som från hösten 2017 genomförde möten på veckobasis och där representanter från berörda vårdgivare såsom akutsjukhusen men också representanter från central förvaltning såsom ägarstyrning och beställarstyrning deltog.[5]

Överväganden gällande SOU 2020:15
Som ovan sagts så bygger rubricerad utredning på ett lärandeperspektiv med särskild inriktning på Nya Karolinska Universitetssjukhuset i koppling med Region Stockholms Framtidsplan för hälso- och sjukvård. Utredningens ansats, som bygger på dess direktiv är god, men förvaltningen vill framhålla att arbetet med styrning och utformning av hälso-och sjukvårdssystemet och dess investeringar bör byggas utifrån en helhetssyn på var patienternas behov på bästa sätt omhändertas. Ett sådant synsätt bör också prägla en sådan lärandeprocess som utredningen avser att initiera och ge bidrag till.

Utredningen har genomfört ett omfattande arbete med att beskriva ett antal politiska beslut och olika processer samt granskat rapporter som förevarit i arbetet med att genomföra NKS. Utredningen har dock i alltför liten utsträckning förmått att på ett korrekt sätt beskriva och analysera den systemansats som präglat SLL:s/Region Stockholms arbete med framtidens hälso-och sjukvård och framtidsplanen. Explicit nämner utredningen att ”man inte haft möjlighet att närmare kartlägga riskanalyser och kontrollmekanismer i beslutsprocessen för Framtidens Hälso-och Sjukvård (FHS) det vill säga den större strukturförändring som genomförts och genomförs inom Region Stockholm”.[6] Utredningens direktiv och fokus har riktats på NKS. Det är uppenbart att utredningen därmed missar att korrekt beskriva den förändringsprocess som genomförts mellan olika aktörer. Utredningen förmår därmed inte att leverera på det sätt som utredningen själv eftersträvar i de rekommendationer som man utfärdar, det vill säga att

[4] Se exempelvis Landstingsdirektörens planeringsunderlag inför budget 2016 respektive 2017, LS 2015–0039 respektive LS 2016–0257
[5] HSN 2016–4792, HSN 2019–0263
[6] SOU 2020:15, sid 276, pkt 8.5.3.

det ska vara tydligt hur ”förändringsarbete ska organiseras, dokumenteras och följas upp”. I det följande redogörs därför för delar av det arbete som genomförts.

Beslut om Karolinskas och andra sjukhus verksamhetsinnehåll
I det första förslaget till övergripande verksamhetsinnehåll, som kom 2009, föreslår NKS-förvaltningen att vården på NKS, med patienten i fokus, organiseras i ett antal process- och behovsrelaterade teman. Förslag på huvudteman ges. Den tematiska organisationen föreslås utgöra grunden för hur patientvården ska organiseras och svara mot den strategiska inriktning som utvecklas på Karolinska Institutet. NKS förbereds för flexibel användning vad gäller vilken vård som skulle bedrivas vid NKS och det är mot denna bakgrund som det nya universitetssjukhusets byggnadskoncept ska ses. Generell utformning, enkelrum för alla inneliggande patienter, korta avstånd, bra logistik och omedelbar närhet till Karolinska Institutet och en lokalutformning som ska stödja interdisciplinär samverkan och kreativitet.

I Framtidsplan för hälso-och sjukvården som alltså fastställdes av landstingsfullmäktige i juni 2011 så tydliggjordes, utöver det som framgått av ovan, att NKS kommer att bli ett högspecialiserat universitetssjukhus som erbjuder unika möjligheter. Inriktningen är att en fortsatt koncentration av den högspecialiserade vården ska ske vid NKS. Bland annat fastslås det totala antalet vårdtillfällen inklusive antalet förlossningar vid NKS, kapaciteten och inriktningen för NKS akutmottagning och antalet elektiva öppenvårdsbesök. NKS-konceptets ambition om delade vårdtillfällen, det vill säga att NKS utför en del av vårdkedjan och andra aktörer tar vid och ansvarar för andra delar kommenteras. Framtidsplanen fastslår dock att delade vårdtillfällen inte vara en planeringsförutsättning för NKS utan snarare ses som en av flera möjliga verksamhetsutvecklingsfrågor inom akutsjukvården.

Som ett resultat av dialogen mellan programkontoret (PFHS och Karolinska samt övriga berörda akutsjukhus) utarbetades ytterligare förslag till beslut kring verksamhetsinnehållet. I Landstingsfullmäktiges beslut, år 2013, specificeras verksamhetsinnehållet med NKS som ett högspecialiserat sjukhus med stark integration och samverkan mellan sjukvård, klinisk forskning, utveckling och utbildning. Vidare påpekas att planerad utflyttning av icke högspecialiserad vård är nödvändig, inte bara för att den kan möjliggöra ett bättre omhändertagande nära patienten, utan också för att den högspecialiserade kapacitet som det nya sjukhuset designats för ska kunna utnyttjas fullt ut. En del av vården ska överföras till andra

akutsjukhus och eller annan slutenvård utanför akutsjukhusen. Den icke högspecialiserade vård som utförs på Karolinska Solna ska i framtiden utföras av andra vårdgivare. För att möjliggöra detta och klara den demografiska utvecklingen ska en kapacitetsutbyggnad och investeringar ske såväl inom övriga akutsjukhus som av vården utanför. Utbyggnaden omfattar både sluten och öppen vård och dimensioneras per vårdområde efter analyserat behov. Även vårdsamverkan med andra vårdgivare ska förstärkas i enlighet med framtidsplanens intentioner. Bland annat nämns möjligheten till rotationstjänstgöring och delade tjänster för att underlätta en nätverkssjukvård.

I det fortsatta detaljeringsarbetet, i enlighet med framtidsplanen och beslutet om verksamhetsinnehåll år 2013, föreslog Hälso- och sjukvårdsnämnden i mars 2017, efter ett omfattande samrådsarbete med Karolinska, ytterligare förändringar i verksamhetsinnehållet vid sjukhuset och en ny struktur för akut omhändertagande. Akutmottagningen, kallad ”Intensivakuten”, skulle endast ta emot patienter som är beroende av sjukhusets högkvalificerade vård. Planeringen av NKS kapacitet, medicintekniska utrustning och bemanning med kompetens för högspecialiserad vård utgick från den volym patienter som bedömdes kräva NKS resurser. Skulle akutmottagningen öppna för gående att fritt söka vård vid NKS skulle en undanträngning ske av patienter i behov av NKS särskilda resurser. Ett antal analyser gjordes av olika gruppering i syfte att klargöra vilka patientgrupper som inte krävde NKS specifika resurser. Den planerade utbyggnaden av de s.k. närakuterna utgör en del av förändringarna i syfte att stötta inriktningen.

Beslutet i nämnden i mars 2017 låg sedan till grund för avtalsreglering. Omställningsavtal hade utarbetats för samtliga akutsjukhus eftersom alla, som konsekvens av förändringarna vid Karolinska, fick förändrade uppdrag. Omställningsavtalen utformades i syfte att underlätta flexibilitet vid anpassningen till de förändrade uppdragen. Exempelvis förändring av bemanning och kompetenser men också annan omställning såsom formerna för forskning och utbildning. Karolinska fattade sedermera beslut om verksamhetsmodell, ett beslut som dock inte kan sägas vara, en förutsättning för förverkligandet av intentionerna i framtidsplanen. För-och nackdelar samt effekter av omställningsavtalen har diskuterats i andra sammanhang.

Förvaltningen önskar påminna om att den framtida arbetsmarknaden inom hälso-och sjukvården inte kommer att se ut som den tidigare har gjort. De behov som hälso-och sjukvården framledes behöver tillgodose, baserat på

den demografiska utveckling som förväntas och där sjukdomsbördan med omhändertagande av kroniska sjukdomar kommer att utgöra en mycket stor del, kommer inte att omhändertas på stora akutsjukhus. Att verksamhetsutveckling genom digitalisering ytterligare driver på en önskvärd, förändrad inriktning är något som alla aktörer, inte minst på utbildningens område behöver inse, dra slutsatser av och agera utifrån. Trots att det sedan ett antal år finns möjligheter att bedriva universitetssjukvård på fler ställen än på akutsjukhusen har alltför liten utveckling och anpassning skett.

Om de rekommendationer som utredningen riktar till regionerna
Utredningen ”Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS” har utformat ett antal rekommendationer som ska avhandlas av remissinstanserna. Den första av utredningens rekommendationer som specifikt riktas till regionerna är att det är betydelsefullt att i ett tidigt skede lägga fast hur ett förändringsarbete ska organiseras, dokumenteras och följas upp. Även krav på riskanalys, konsekvensanalys och revision bör läggas fast tidigt. Möjligheter till uppföljning under arbetets gång bör säkerställas i form av relevanta datakällor.

Förvaltningen instämmer varmt i denna rekommendation och har i det ovanstående försökt beskriva att många delar av arbetet med NKS och framtidsplanen skett just på det sätt som föreslås. Genom tillskapandet av det centrala programkontoret eftersträvades en helhetssyn och transparens för de större strukturförändringar och investeringar som genomfördes inom SLL:s hälso-och sjukvård. Arbetet var omfattande och fick söka många nya vägar. Möjligen kan framhållas att det viktiga arbetet med s.k. förändringsledning fick alltför liten uppmärksamhet. Detta är tyvärr en ganska vanlig företeelse i såväl stora som små projekt.

Utmaningen med förändringsledning kan antas vara extra stor i ett sådant omfattande arbete som landstinget/regionen genomfört när det gäller NKS och Framtidsplanen. Beslut i landstingsfullmäktige, regionens/landstingets högsta beslutande organ som utövar sin makt på uppdrag av medborgarna, riskerar att inte beaktas på det sätt som är önskvärt. Styrning och beslut förväntas ske ”närmare verksamheten”. Styrelser för bolag och förvaltningar har uppdrag att exekvera. Ledare, medarbetare och tjänstemän agerar utifrån ytterligare andra perspektiv. Löpande sker förändringar i personbemanning och modifieringar av beslut och det institutionella minnet utsätts för utmaningar. Allt detta talar för en samlad

robust förändringsledning på det sätt som utredningens rekommendation artikulerar men som inte är alldeles lätt att uppnå.

Den andra och sista rekommendationen som riktar sig till regionerna handlar om att utvecklade konsekvensanalyser bör ingå som underlag vid beslut om införande av nya styrmodeller och större organisationsförändringar på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Betänkandet nämner att analysen bör omfatta konsekvenser för mål och lagkrav inom hälso- och sjukvården, ekonomiska konsekvenser samt andra relevanta värden för organisationen.

Även denna rekommendation kan förvaltningen instämma i. Utvecklade konsekvensanalyser vad gäller hälso-och sjukvårdssystemet var under hela genomförandearbete en viktig utgångspunkt för arbetet i FHS. Inför detaljplanering av vilken vård som bör bedrivas var gavs uppdrag till Stockholms Medicinska råd och gemensamma dialoger genomfördes löpande under ett antal år. I analysen deltog såväl företrädare från olika nivåer och professioner i organisationen som patientorganisationer för att säkerställa att olika perspektiv och intressen tillvaratogs. Regionens framtidsplan kan, långt före de statliga besluten om utredningarna om nära vård, sägas ha lagt grunden för ett genomförande av ”Nära vård”. Även senare beslut om nationell högspecialiserad vård stämmer väl överens med de intentioner som framtidsplanen bygger på.

I sammanhanget känns det angeläget att lyfta de principer som bör beaktas vid olika typer av prioriteringar inom hälso-och sjukvården. Vid tillämpning av den etiska plattformen för öppna prioriteringar utgör människovärdesprincipen och behovs-och solidaritetsprincipen viktiga fundament. Först efter dessa ska kostnadseffektivitetsprincipen tillämpas. Möjligen borde detta kompletteras till den rekommendation som utredningen formulerat?

Förvaltningen vill också instämma i betänkandets slutsats om att det är angeläget att stärka forskningen om styrning, ledning och organisering av offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

Avslutningsvis kan konstaterats att det arbete som genomförts utifrån framtidsplanen är imponerande. En kraftsamling av det slag som genomförts såväl organisatoriskt, som verksamhetsmässigt och finansiellt, har sannolikt aldrig tidigare skådats inom hälso-och sjukvårdssektorn. Det

är särskilt glädjande att NKS på senare år rankats som det tionde bästa sjukhuset i världen, som nummer tre i Europa och högst i Norden[7]. Ytterligare steg återstår innan målbilden 2025 har uppnåtts, framförallt när det gäller arbetet med att förverkliga intentionerna med den nära vården.

Det betyder inte att arbetet med genomförandet av framtidsplanen och lärdomar från NKS-projektet inte kan behäftas med svagheter. Men som betänkandet framhåller så kräver förändringsarbete omfattande och breda kompetenser och inslag från olika perspektiv, men också ödmjukhet inför uppgiften.

Ekonomiska konsekvenser
HSN:s bedömning är att detta tjänsteutlåtande och yttrande inte medför några ekonomiska konsekvenser.

Konsekvenser för patientsäkerhet
HSN:s bedömning är att detta tjänsteutlåtande och yttrande inte medför några ekonomiska konsekvenser.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
HSN:s bedömning är att detta tjänsteutlåtande och yttrande inte medför några ekonomiska konsekvenser.

Miljökonsekvenser
HSN:s bedömning är att detta tjänsteutlåtande och yttrande inte medför några ekonomiska konsekvenser.

Administrativa konsekvenser
HSN:s bedömning är att detta tjänsteutlåtande och yttrande inte medför några ekonomiska konsekvenser.

Björn Eriksson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Margareta Tufvesson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Regionstyrelsen

[7] Lakartidningen.se 2020-03-09

RS 2020-0442

Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården

– lärdomar från exemplet NKS

Slutbetänkande av Utredningen om offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll

Stockholm 2020

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2020:15

SOU och Ds kan köpas från Norstedts Juridiks kundservice.
Beställningsadress: Norstedts Juridik, Kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@nj.se
Webbadress: www.nj.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Norstedts Juridik AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.
Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
En kort handledning för dem som ska svara på remiss.
Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2020

ISBN 978-91-38-25034-1
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 22 februari 2018 tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utreda former för besluts- och genomförandeprocesser i samband med upphandlingar och investeringar, i hälso- och sjukvården inom landsting och i samband med olika lösningar för avtalsreglerade samarbeten mellan den offentliga förvaltningen och enskilda företag och organisationer. I uppdraget ingår också att kartlägga användandet av process- och organisationsstöd i detta sammanhang (dir. 2018:9). Tilläggsdirektiv beslutades av regeringen den 9 maj 2018 (dir. 2018:36) samt den 21 november 2019 (dir 2019:87).

Till särskild utredare förordnades den 18 april 2018 generaldirektören Sofia Wallström.

Som experter i utredningen förordnades den 1 januari 2019 ämnesrådet Karl Bergstrand, kanslirådet Helena Cantù, f.d. ekonomidirektören Nils-Eric Gustavsson, departementssekreteraren Matilda Hårdänge, professor Anna-Sara Lind, professor Magnus Mähring, departementssekreteraren Lina Schött och professor Ulrika Winblad.

Som sekreterare i utredningen förordnades den 16 april 2018 enhetschefen Tina J Nilsson. Som sekreterare i utredningen förordnades den 14 maj 2018 avdelningschefen Fredrik Andersson. Som sekreterare i utredningen förordnades under perioden den 15 oktober 2018 till den 31 mars 2019 före detta enhetschefen Svante Rasmuson. Som sekreterare i utredningen förordnades under perioden den 1 juli till den 31 augusti 2019, samt den 23 september till den 22 november 2019 juris doktor Lars Karlander. Som sekreterare i utredningen förordnades den 1 augusti till den 31 augusti 2019 juristen Tim Holappa.

Sofia Wallström svarar ensam för innehållet i betänkandet. Experterna har dock deltagit i arbetet i sådan utsträckning att det är befogat att använda vi-form i betänkandet. I och med detta betänkande är uppdraget avslutat.

Stockholm i februari 2020

Sofia Wallström

/Fredrik Andersson
Tina J Nilsson

Innehåll

Sammanfattning **13**

1 Utredningens uppdrag och arbete **23**

1.1 Utredningens direktiv 23

1.2 Utredningens arbete 24

1.3 Betänkandets disposition 28

2 Gällande rätt **29**

2.1 Gällande rätt 29
2.1.1 Regeringsformen och kommunallagen 29
2.1.2 Hälso- och sjukvårdslagen 30
2.1.3 Patientlagen och patientsäkerhetslagen 33
2.1.4 Arbetsmiljölagen 34
2.1.5 Lagen om offentlig upphandling (LOU) 35

2.2 Ytterligare om reglering av ansvaret för hälso- och sjukvården 40
2.2.1 Den kommunala självstyrelsen 41
2.2.2 Kommunala angelägenheter 42
2.2.3 Inskränkning i den kommunala självstyrelsen 43

3 Utmaningar inom hälso- och sjukvården **45**

3.1 Allmänt 45

3.2 Sjukvårdssystemet 46

3.3 Framtidens vård 51

3.4 Investeringsbehov 55
3.5 Ekonomisk utmaning för regionerna 59

4 Aktörer 63

4.1 Regioner 63
4.1.1 Generellt om regionernas organisation och verksamhetsformer 64
4.1.2 Regionernas organisering av hälso- och sjukvård 66
4.2 Samverkansregioner 67
4.3 Sjukhus 69
4.4 Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) 70
4.5 Statliga myndigheter 72
4.5.1 Universitet 73
4.5.2 Socialstyrelsen 74
4.5.3 Inspektionen för vård och omsorg 76
4.5.4 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 77
4.5.5 Statens haverikommission 78
4.5.6 Arbetsmiljöverket 79
4.5.7 Konkurrensverket 80
4.5.8 Upphandlingsmyndigheten 81
4.6 Kontrollmekanismer 83
4.6.1 Kontrollmekanismer på regional nivå 84
4.6.2 Kontrollmekanismer på nationell nivå 86

5 Entreprenadformer och offentlig-privat samverkan 89

5.1 Entreprenadformer 89
5.1.1 Utförandeentreprenad 89
5.1.2 Totalentreprenad 89
5.1.3 Funktionsentreprenad 90
5.1.4 Offentlig-privat samverkan (OPS) 90
5.1.5 Partnering 91
5.2 Val av entreprenadform 91
5.3 Val av ersättningsform 92

5.4 Fördjupad beskrivning av offentlig-privat samverkan (OPS) 94
5.4.1 Utvecklingen av OPS 94
5.4.2 Olika typer av offentlig-privat samverkan 95
5.4.3 Argument för och mot OPS 95
5.4.4 Internationella erfarenheter 100
5.4.5 Utredningar och rapporter om OPS i Sverige i början av 2000-talet 107

6 Regionernas investeringar 113

6.1 Inledning 113

6.2 Pågående och planerade investeringar i regionerna 114

6.3 Pågående större byggnadsinvesteringar i regionerna 116

6.4 Vilka entreprenadformer används av regionerna? 121

6.5 Projektstyrning 124

6.6 Utfall mot budget och tidplan 126

6.7 Verksamhetsinnehåll – i vilket skede bestäms det? 126

6.8 Tillgång på kompetens för större byggnadsinvesteringar 127

7 Strukturförändringar, investeringar och styrmodeller 129

7.1 Strukturförändring inom hälso- och sjukvården 129
7.1.1 Hur styrs och samordnas förändringarna? 129

7.2 Planering och investeringar inom hälso- och sjukvården 133
7.2.1 Då: staten samordnade, beslutade och gav stöd till landstingen 134
7.2.2 I dag: respektive region ansvarar för planering och investeringar i hälso- och sjukvården 141
7.2.3 Att planera och bygga ett nytt sjukhus 142

7.3 Styrmodeller inom hälso- och sjukvården 144
7.3.1 Exempel på styrmodeller inom hälso- och sjukvården 144
7.3.2 Etisk analys av styrmodeller inom hälso- och sjukvården 147

7.3.3 Utvärderingar av värdebaserad vård 149

8 Nya Karolinska Solna 155

8.1 Nya Karolinska Solna – en bakgrund 155
8.1.1 Startpunkten för ett nytt universitetssjukhus i Stockholm 156
8.1.2 Två parallella beslutsprocesser 157
8.1.3 Visionen för det nya universitetssjukhuset 158
8.1.4 Definitionen av högspecialiserad vård 159
8.1.5 Landstinget ansvarar för och leder projektet 160
8.1.6 Ett verksamhetsprojekt, inte enbart ett byggprojekt 161
8.1.7 Tidslinje för beslutsprocessen för NKS 162

8.2 Beslutsprocessen för verksamhetsinnehållet på NKS 162
8.2.1 Tidiga utredningar om hälso- och sjukvårdsstrukturen i Stockholm 163
8.2.2 Inriktningsbeslut om ny hälso- och sjukvårdsstruktur i Stockholms län 166
8.2.3 Verksamhetsinnehållet för NKS ska beslutas sent 167
8.2.4 Parallell process: en regional plan för Framtidens Hälso- och sjukvård tas fram 177
8.2.5 Ansvaret för verksamhetsinnehållet går över till Karolinska Universitetssjukhuset 181
8.2.6 Landstingsstyrelsen fastställer verksamhetsinnehåll för Karolinska Universitetssjukhuset 2017 186
8.2.7 Avtal med akutsjukhusen 189
8.2.8 Verksamhetsinnehållet på Karolinska Universitetssjukhuset i dag 190
8.2.9 Konsekvenser för forskning och utbildning 190

8.3 Beslutsprocessen för byggnationen av NKS 204
8.3.1 De tidiga utredningarna 204
8.3.2 Formgivningstävling 212
8.3.3 Projektprogram och utredningar om entreprenadform 213
8.3.4 Beslut att bygga ett nytt universitetssjukhus 213

8.3.5 Finansiering och val av upphandlingsform 216
8.3.6 Upphandling – en anbudsgivare 218
8.3.7 Tilldelningsbeslut OPS-upphandling i fullmäktige 220
8.3.8 Projektavtalet 221
8.3.9 OPS-avtalet – den finansiella modellen 223
8.3.10 Tilläggsavtal 233
8.3.11 Refinansiering 235
8.3.12 Upphandling av utrustning 236
8.3.13 Sjukhusområdet i dag 237
8.3.14 Parallell process: investeringar enligt planen för Framtidens Hälso- och sjukvård 238

8.4 Beslutsprocessen för ny organisation och verksamhetsmodell vid Karolinska Universitetssjukhuset 239
8.4.1 Temainriktningen för NKS 240
8.4.2 Från flödesarbete till värdebaserad vård och ny verksamhetsmodell 242
8.4.3 Modellen: Värdebaserad universitetssjukvård genom teman, patientflöden och funktioner 251
8.4.4 Fortsatt implementering av modellen parallellt med inflyttning till NKS 255
8.4.5 Kritik i media mot konsultdriven modell 257
8.4.6 Politiken vill ha en omstart för Karolinska Universitetssjukhuset 258
8.4.7 Den nya styrelsen gör en uppföljning av verksamhetsmodellen 259
8.4.8 Organisationen på Karolinska Universitetssjukhuset i dag 262

8.5 Styrning och kontroll 263
8.5.1 Styrningen av NKS-projektet 263
8.5.2 Externt process- och organisationsstöd 273
8.5.3 Kontrollmekanismer i exemplet NKS 276

9 Analys och rekommendationer 305

9.1 Utgångspunkter för analysen 305

9.2 Framtidsutmaning och investeringar i hälso- och sjukvården 306
9.2.1 Strukturförändring av vården och investeringsbehov 306
9.2.2 Det saknas nationell överblick 308

9.3 Exemplet NKS – styrning och organisering 309
9.3.1 NKS – både ett behovs- och visionsdrivet projekt 309
9.3.2 Ett komplext projekt som ställer krav på samordning 310
9.3.3 Projektet samordnades inte med övrig sjukvårdsplanering och viktiga aktörer hölls på avstånd 310
9.3.4 Följsamheten till politiska beslut 312
9.3.5 Professionernas delaktighet 313
9.3.6 Användningen av externt konsultstöd har varierat i typ och omfattning 314

9.4 Exemplet NKS – verksamhetsinnehåll och förändring av hälso- och sjukvårdsstrukturen 316
9.4.1 Det nya universitetssjukhuset innebär förändringar i hela hälso- och sjukvårdsystemet 316
9.4.2 Verksamhetsinnehållet för NKS ska beslutas sent 317
9.4.3 Parallell process för Framtidens Hälso- och sjukvård startar 318
9.4.4 Karolinska Universitetssjukhuset får ansvaret för NKS och arbetet knyts till Framtidens Hälso- och sjukvård 319
9.4.5 Högspecialiserat universitetssjukhus? 320
9.4.6 Verksamhetsinnehållet på NKS fastställs först 2017 321
9.4.7 Förutsättningarna för utbildning och forskning har försämrats 322
9.4.8 Investeringar i övriga delar av hälso- och sjukvårdssystemet 323
9.4.9 Verksamhetsinnehållet vid Karolinska Universitetssjukhuset i dag 325

9.5 Exemplet NKS: finansiering och byggnation 325
9.5.1 Valet av entreprenadform – OPS inte ett självklart val 325
9.5.2 Erfarenheterna från Storbritannien 326
9.5.3 De tidiga utredningarna 327
9.5.4 OPS – en genomförandeform för riskhantering 327
9.5.5 Finns det andra modeller än OPS för att hantera stora komplexa projekt? 328
9.5.6 Den finansiella modellen – avkastning och riskpremie 329
9.5.7 Totalkostnaden för sjukhuset fram till 2040 331
9.5.8 Summering av finansiering och byggnation 333

9.6 Exemplet NKS – organisation och verksamhetsmodell 334
9.6.1 Den nya sjukhusbyggnaden ställer inte krav på en ny verksamhetsmodell 334
9.6.2 Ny sjukhusledning fokuserar på värdebaserad vård 335
9.6.3 Ny verksamhetsmodell ska lösa sjukhusets problem 336
9.6.4 Styrelsen beslutar om den nya verksamhetsmodellen 337
9.6.5 Ny styrelse följer upp verksamhetsmodellen 338
9.6.6 De problem som modellen skulle lösa kvarstår eller har förvärrats 339
9.6.7 Verksamhetsmodellen vid Karolinska Universitetssjukhuset i dag 340

9.7 Exemplet NKS – regionala och nationella kontrollmekanismer 341
9.7.1 Regionala kontrollmekanismer har fokuserat på bygginvesteringen 341
9.7.2 Konsekvensanalyser inför beslut 343
9.7.3 Regionrevisorerna har en viktig roll 343
9.7.4 Ingen nationell aktör samordnar eller kontrollerar hälso- och sjukvårdens planering och strukturförändring 344
9.7.5 Upphandlingen har bedömts uppfylla lagkraven 345

9.7.6 Brister i patientsäkerhetsarbetet har konstaterats ... 345
9.7.7 Även brister i arbetsmiljön har konstaterats ... 347
9.7.8 Arbetsmiljön en viktig faktor för ökad patientsäkerhet ... 348
9.7.9 Kontrollmekanismer för utbildning och forskning är splittrade på flera aktörer ... 349

9.8 Rekommendationer ... 349
9.8.1 Förutsättningar för utbildning och forskning ... 350
9.8.2 Tillsyn av hälso- och sjukvården ... 352
9.8.3 Styrning och kontroll vid större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården ... 355
9.8.4 Konsekvensanalys av styrmodeller och organisationsförändringar ... 357

9.9 Konsekvenser ... 359

Referenser ... 363

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2018:9 ... 377

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2018:36 ... 383

Bilaga 3 Kommittédirektiv 2019:87 ... 385

Sammanfattning

Utredningens uppdrag är brett och omfattar besluts- och genomförandeprocesser i samband med upphandlingar och investeringar i hälso- och sjukvården och i samband med offentlig-privat samverkan (OPS). I uppdraget ingår att kartlägga användandet av process- och organisationsstöd samt hur relevanta kontrollmekanismer har tillämpats. I uppdraget ingår också att analysera konsekvenserna för patientsäkerheten samt vårdprofessionernas förutsättningar att säkerställa densamma. Utgångspunkten för utredningen har varit ett lärandeperspektiv med syfte att kunna dra nytta av de erfarenheter som gjorts i exemplet Nya Karolinska Solna (NKS) i Region Stockholm.

Utredningens rekommendationer

Även om exemplet NKS har sina specifika särdrag, så menar utredningen att det finns generella lärdomar att dra från NKS i de pågående strukturförändringarna i svensk hälso- och sjukvård mot en nära, nivåstrukturerad och högspecialiserad vård. Kartläggningen i detta betänkande av besluts- och genomförandeprocesser vid upphandling, investering, organisation, kontrollmekanismer samt forskning och utbildning kan bidra till att stärka förutsättningarna för lärande.

Utredningen lämnar även ett antal rekommendationer i syfte att stärka förutsättningarna för att lärdomarna ska omhändertas på ett bra sätt. De två första rekommendationerna riktar sig till regeringen. Rekommendationen om styrning och kontroll vid större strukturförändringar och investeringar riktar sig främst till regionerna, men är även relevant för staten och regionerna gemensamt i de processer som parterna har överenskommelser om. Den fjärde och sista rekommendationen riktar sig till regionerna, med undantag för den del som avser forskning, vilken är riktad till regeringen.

Utred hur förutsättningar för utbildning och forskning kan säkerställas vid strukturförändringar inom hälso- och sjukvården

Förutsättningarna för forskning och utbildning måste säkerställas i samband med större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården. Exemplet NKS och förändringen av hälso- och sjukvårdsstrukturen i Region Stockholm visar på de problem och utmaningar som kan uppstå för utbildning och forskning. Regeringen bör mot den bakgrunden låta utreda hur förutsättningarna för utbildning och forskning inom hälso- och sjukvården ser ut på regional och nationell nivå i dag och hur förutsättningarna kan säkerställas vid fortsatta strukturförändringar och investeringar.

Utveckla tillsynen inom hälso- och sjukvården

Den statliga tillsynen av hälso- och sjukvården bör utvecklas för att öka genomslaget av tillsynens resultat och minska risker för patienter och berörd personal i samband med strukturförändringar och investeringar. Regeringen bör utveckla styrningen av tillsynsmyndigheterna i syfte att göra tillsynen på hälso- och sjukvårdsområdet mer förebyggande. Regeringen bör överväga att ge Statens haverikommission förutsättningar att utöka sin utredningsverksamhet på hälso- och sjukvårdsområdet.

Säkerställ långsiktighet och helhetssyn vid större strukturförändringar och investeringar

Det är betydelsefullt att i ett tidigt skede lägga fast hur ett förändringsarbete ska organiseras, dokumenteras och följas upp. Även krav på riskanalys, konsekvensanalys och revision bör läggas fast tidigt. Möjligheter till uppföljning under arbetets gång bör säkerställas i form av relevanta datakällor. Med ett lärande perspektiv kan förutsättningarna för långsiktighet, helhetssyn och transparens vid större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården stärkas. Större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården är komplexa och kostnadskrävande processer som i regel pågår under lång tid. Det ställer krav på helhetssyn i beslut och genomförande och en god förmåga till väl fungerande samarbeten. Berörda

aktörer på alla nivåer kan dra lärdomar från exemplet NKS. Det rör främst regionerna, men även staten och regionerna gemensamt i de processer som parterna har överenskommelser om, till exempel omställning till nära vård och viss nationell högspecialiserad vård.

Konsekvensanalyser vid införande av nya styrmodeller och organisationsförändringar

Utvecklade konsekvensanalyser bör ingå som underlag vid beslut om införande av nya styrmodeller och större organisationsförändringar på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Analysen bör omfatta konsekvenser för mål och lagkrav inom hälso- och sjukvården, ekonomiska konsekvenser samt andra relevanta värden för organisationen. I analysen bör företrädare från olika nivåer och professioner i organisationen samt patienter medverka för att säkerställa att olika perspektiv och intressen tillvaratas. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) kan vara en lämplig aktör för att främja kunskapsutbyte och kunskapsuppbyggande om styrning inom hälso- och sjukvården. Därutöver är det angeläget att stärka forskningen om styrning, ledning och organisering av offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

Iakttagelser från exemplet NKS

Byggnadsinvesteringar och totalkostnader

- Investering i avtalad byggnation inom OPS-avtalet uppgår till 14,6 miljarder kronor.
- Total investering i byggnation efter tilläggsavtal till OPS-avtalet samt landstingets övriga byggutgifter i befintliga lokaler som integreras i det nya sjukhuset uppgår till 18,5 miljarder kronor.
- Total investering i byggnation och utrustning för det nya sjukhuset uppgår till 22,8 miljarder kronor.
- Byggnationen inom OPS-avtalet har i en extern konsultbedömning beställd av Stockholms läns landsting bedömts vara 53 procent dyrare än skandinaviska jämförelsesjukhus.

- Totalkostnaden fram till 2040 för byggnation, drift, underhåll och finansiering inom OPS-avtalet var vid undertecknandet 52,2 miljarder kronor. Genomförd refinansiering 2018 samt indexering av betalningar enligt OPS-avtalet reducerar kostnaden med 4,1 miljarder kronor. Utöver detta har landstinget egna finansieringskostnader. Totalkostnaden för byggnation, utrustning, drift och underhåll för hela det nya sjukhuset (inklusive tilläggsavtal till OPS-avtalet och befintliga byggnader som integreras i det nya sjukhuset) fram till 2040 har av landstinget angetts till 57 miljarder kronor efter genomförd refinansiering 2018.
- Den höga totalkostnaden fram till 2040 inkluderar underhåll och syftar till att skapa en garanti för att byggnaden år 2040 är i motsvarande skick som vid inflyttningen. Denna typ av långsiktigt åtagande gällande byggnadsinnehåll på en jämförelsevis hög kvalitetsnivå framstår som ovanlig för svenska sjukhus, och gör att den beräknade totalkostnaden blir hög. Utredningen har inte kunnat finna underlag för att bedöma om det långsiktiga underhållsåtagandet är kostnadseffektivt eller inte.

Riskhantering

- OPS avfärdades tidigt som finansieringslösning på grund av att modellen bedömdes vara förknippad med en hög kostnad samt att nyttan av modellen var låg, då landstinget inte bedömdes ha finansieringssvårigheter. Senare i projektet förordades OPS i externa konsultunderlag med argument om riskhantering och konkurrens, vilket blev avgörande för beslutet att välja OPS. Det framgår inte av de underlag utredningen tagit del av om det har genomförts analyser av alternativa modeller till OPS för riskhantering i projektet.
- Genom OPS-avtalet hanterades byggrisker. Byggnaden enligt den ursprungliga beställningen färdigställdes i tid till avtalad kostnad inom OPS-avtalet. Kostnadsökningar har uppkommit genom förändringar i beställningen.
- Utredningens analys indikerar att landstinget betalar en premie om 4,7 miljarder kronor till följd av att delar av investeringen finansieras inom ramen för OPS-avtalet (riskpremie). I vilken mån

denna kostnad står i proportion till uppnådd risköverföring har inte varit möjligt att bedöma inom utredningens uppdrag.

- OPS-avtalet hanterade inte andra risker än byggrisker, såsom exempelvis risker för att förändringar i verksamhetsinnehållet inte skulle bli genomförda enligt plan.

Upphandling och avtal

- Upphandling av OPS-kontrakt är resurskrävande. Bland annat kräver formulering av funktionskrav omfattande arbete från beställarsidan. Det är även resurskrävande att utarbeta anbud i en sådan upphandling.
- Landstingsfullmäktige beslutade att en förutsättning för att genomföra upphandlingen av byggnationen genom OPS var att tillräcklig konkurrens uppnåddes. Ett anbud inkom, vilket bedömdes vara tillräckligt.
- Betalningar enligt OPS-avtalet beräknas genom en underliggande ekonomisk modell. Modellen är omfattande och komplex och landstinget har använt extern expertis vid förändringar i modellen.

Verksamhetsinnehåll

- Beslutet om ett nytt högspecialiserat universitetssjukhus förutsatte förändringar i hälso- och sjukvårdsstrukturen i landstinget som helhet. Planeringen av sjukhusets verksamhetsinnehåll behövde därför samordnas med övrig hälso- och sjukvårdsplanering i landstinget.
- Förutsättningarna för en samordnad planering försämrades av att verksamhetsinnehållet för det nya universitetssjukhuset skulle fastställas sent. Verksamhetsinnehållet för NKS fastställdes 2017, det vill säga efter påbörjad inflyttning, vilket medfört att planeringen av förändringar och investeringar på sjukhuset och i övriga delar av hälso- och sjukvårdssystemet påverkats. Oklarheter i definitionen av högspecialiserad vård har försvårat planeringen av verksamhetsinnehållet vid NKS och omfördelningen av vård i regionen.

- När ansvaret för verksamhetsinnehållet överfördes från den separata NKS-förvaltningen till Karolinska Universitetssjukhuset 2012 startade processen mer eller mindre om, och utgick mer från den befintliga vården på sjukhuset än från visionen om ett litet högspecialiserat sjukhus.
- Den mer högspecialiserade profilen för vården på NKS, inklusive intensivakuten med ett begränsat högspecialiserat uppdrag, påverkar möjligheterna till utbildning och forskning. Andra faktorer som påverkar är bland annat ett minskat antal slutenvårdsplatser, utflytt av öppenvårdsbesök från NKS samt nya privata aktörer genom vårdval.
- Sammantaget har förutsättningarna för utbildning och forskning påverkats negativt efter genomförandet av NKS-projektet och de därtill kopplade strukturförändringarna i regionen.

Verksamhetsmodell

- Utöver den stora förändring som byggandet av det nya universitetssjukhuset och det nya verksamhetsinnehållet innebar för Karolinska Universitetssjukhuset beslutade sjukhusets styrelse också att införa en ny verksamhetsmodell.
- Verksamhetsmodellen skulle bidra till att lösa sjukhusets problem med silotänk, ekonomi och skillnader i vårdresultat.
- Den nya verksamhetsmodellen innebar en omfattande och genomgripande organisationsförändring som i hög grad var konsultdriven. Organisationsförändringen genomfördes på kort tid samtidigt som verksamheten skulle förberedas för inflyttning i den nya sjukhusbyggnaden.
- När den nya styrelsen vid sjukhuset senare lät följa upp modellen konstaterades att de problem som modellen skulle lösa kvarstår eller har förvärrats. Styrelsen konstaterade också att den nya organisationen fått konsekvenser för multisjuka patienter och försämrat förutsättningarna för utbildning vid sjukhuset.

Långsiktig hållbarhet och delaktighet

- Stora komplexa förändringsprojekt som berör flera olika aktörer och pågår under lång tid ställer krav på långsiktiga och hållbara besluts- och genomförandeprocesser. Effektivitet i genomförandet behöver balanseras mot delaktighet, samverkan och demokrati.
- Under de första åren samordnades NKS-projektet inte med övrig hälso- och sjukvårdsplanering och viktiga aktörer upplevde att de hölls utanför projektet.
- Professionerna har via personalorganisationerna fått möjlighet att lämna synpunkter på sjukhusbyggnaden, verksamhetsinnehållet och verksamhetsmodellen. Det har dock skett i ett förhållandevis sent skede, i vissa fall kort innan beslut fattats när möjligheterna till påverkan och delaktighet varit små. Det finns olika uppfattningar om graden av involvering.
- Användningen av externt konsultstöd har varierat i typ och omfattning. I vissa delar har konsultstödet fungerat som kompetensförstärkning (OPS), i andra delar har konsulter både tagit initiativ till, drivit och genomfört förändringar (ny verksamhetsmodell).

Regionala och nationella kontrollmekanismer

- Regionala kontrollmekanismer har fokuserat på att hantera risker i bygginvesteringen, medan verksamhetsrisker inte hanterats lika tydligt. Detta trots att NKS setts som lika mycket ett verksamhetsprojekt som byggprojekt. Regionrevisorerna har inte närmare granskat de mer verksamhetsrelaterade riskerna och processerna.
- Uppföljningar, bland annat av den nya styrelsen, tyder på att sjukhuset har underskattat patientsäkerhetsfrågan och arbetsmiljöfrågan i samband med beslut och införande av den nya verksamhetsmodellen.
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i sin tillsyn granskat olika verksamheter vid Karolinska Universitetssjukhuset. IVO har inte granskat om den nya verksamhetsmodellen bidragit till de brister som framkommit. IVO har inte gjort någon tillsyn av hur den nya verksamhetsmodellen vid Karolinska Universitets-

sjukhuset uppfyller kraven på ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

- Arbetsmiljöverket har genomfört inspektioner utifrån inkomna 6.6a-anmälningar från Karolinska Universitetssjukhuset. Myndigheten har inte genomfört någon tillsyn i samband med inflyttningen i det nya sjukhuset eller när den nya verksamhetsmodellen infördes på sjukhuset.
- Statens haverikommission har, utöver en granskning av en händelse som inträffade vid Karolinska Universitetssjukhuset 2010, inte granskat allvarliga händelser efter inflyttningen till det nya sjukhuset.

Betänkandets innehåll

I kapitel 1 och 2 beskrivs utredningens arbetssätt och gällande rätt inom området. I kapitel 3 ges en översiktlig redovisning av utmaningar inom hälso- och sjukvården, utformningen av det svenska sjukvårdssystemet och påverkansfaktorer för framtidens vård. En översikt av regionernas investeringsbehov och finansieringsbehov ges.

Kapitel 4 innehåller en redovisning av de aktörer på regional och nationell nivå som har och kan ha en roll när det gäller investeringar, upphandlingar och större organisationsförändringar inom hälso- och sjukvården. Aktörernas uppdrag och ansvar beskrivs samt hur de berörs av frågor om investeringar, upphandlingar och större organisationsförändringar.

Kapitel 5 innehåller en kort översikt av olika entreprenadformer samt en beskrivning av modellen offentlig-privat samverkan (OPS). Vidare redovisas några av de viktigaste för- och nackdelar som modellen anses medföra, samt internationella erfarenheter främst från Storbritannien.

Kapitel 6 ger en fördjupad bild av pågående och planerade investeringar i regionerna utifrån en kartläggning av regionernas hantering av större investeringsprojekt för hälso- och sjukvården. Kartläggningen omfattar dels en sammanställning av uppgifter från respektive regions budget för 2019, dels intervjuer med respektive regions fastighetschef eller motsvarande. Intervjuerna har syftat till att detaljera bilden av vad investeringarna avser och hur investeringar genomförs i regionerna. Frågor har ställts om val av entreprenadform, projekt-

styrning, utfall mot tidplan och budget, i vilket skede av processen som verksamhetsinnehållet bestäms samt regionernas tillgång till kompetens för större byggnadsinvesteringar.

I kapitel 7 redogörs för den pågående och planerade strukturförändringen inom hälso- och sjukvården och hur den styrs. Arbetet med omställningen till en god och nära vård bedrivs i regioner och kommuner med stöd av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Den statliga utredningen för en samordnad utveckling för god och nära vård stödjer detta arbete. Staten genom Socialstyrelsen ansvarar för nivåstruktureringen av den nationella högspecialiserade vården. Huvudansvaret för den regionala nivåstruktureringen, det vill säga strukturförändringen av den öppna och slutna vård som inte definieras som nationell högspecialiserad vård eller primärvård, ligger på de enskilda regionerna och i vissa delar av landet även på samverkansregionerna. I kapitlet beskrivs vidare hur investeringar inom hälso- och sjukvården planeras och styrs i dag, samt hur de tidigare har styrts. I ett avslutande avsnitt presenteras olika styrmodeller inom vården, med särskilt fokus på värdebaserad vård.

Kapitel 8 innehåller en redogörelse för det enda större exempel på OPS-lösning som finns inom hälso- och sjukvården i Sverige i dag: Nya Karolinska Solna (NKS). Först ges en bakgrund till NKS, därefter kartläggs besluts- och genomförandeprocessen för sjukhusets verksamhetsinnehåll och hur processen förhåller sig till omställningen av hälso- och sjukvården i Region Stockholm. Därefter följer beslutsoch genomförandeprocessen för upphandling och finansiering av NKS genom OPS-lösningen samt för den nya verksamhetsmodellen och organisationsförändringen på NKS. En särskild finansiell beskrivning av OPS-avtalet lämnas. Frågor om hur förutsättningarna för utbildning och forskning har tagits om hand i den regionala hälso- och sjukvårdsplaneringen och i planering och beslut om NKS belyses. Därefter redovisas de regionala och nationella kontrollmekanismer som aktualiserats i samband med NKS-projektet.

I kapitel 9 görs en analys av exemplet NKS utifrån utredningens kartläggning. Syftet är att skapa förutsättningar för lärande av exemplet NKS när det gäller besluts- och genomförandeprocesser i samband med strukturförändringar och investeringar i hälso- och sjukvården. Kapitlet avslutas med ett antal rekommendationer utifrån utredningens iakttagelser.

2019 bytte de sista sju landstingen namn till regioner, och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bytte namn till Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). I detta betänkande är ambitionen att benämna de tidigare landstingen och SKL med det namn som gällde vid tidpunkten för de skeenden som beskrivs.

1 Utredningens uppdrag och arbete

1.1 Utredningens direktiv

Utredningens direktiv (dir. 2018:09) beslutades vid regeringssammanträde den 22 februari 2018. Enligt direktiven ska den särskilda utredaren utreda former och ändamålsenlighet för besluts- och genomförandeprocesser i samband med upphandlingar och investeringar, i hälso- och sjukvården inom landsting och i samband med olika lösningar för avtalsreglerade samarbeten mellan den offentliga förvaltningen och enskilda företag och organisationer. I uppdraget ingår också att kartlägga användandet av process- och organisationsstöd i detta sammanhang.

Utredaren ska bland annat göra följande:

- Kartlägga hur relevanta kontrollmekanismer har tillämpats vid beslut och genomförande av upphandlingar, investeringar och större organisationsförändringar i samband med avtalsreglerade samarbeten mellan det offentliga och det privata (så kallade OPS-lösningar) inom hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår också att kartlägga användandet av process- och organisationsstöd.
- Identifiera risker för att offentliga medel inklusive riktade statliga medel inte används på ett effektivt och ändamålsenligt sätt.
- Lämna förslag på lämpliga åtgärder för att motverka eventuella identifierade brister eller risker för brister.
- Vid behov lämna förslag på författningsändringar.
- Redovisa förslagens konsekvenser.

I uppdraget ingår också att analysera konsekvenserna för patientsäkerheten samt vårdprofessionernas förutsättningar att säkerställa densamma.

Utredningen ska enligt tilläggsdirektiv den 9 maj 2018 (dir. 2018:36) redovisas den 15 december 2019 och enligt tilläggsdirektiv den 21 november 2019 (dir. 2019:87) redovisas senast den 14 februari 2020.

1.2 Utredningens arbete

Om uppdraget

Utredningens uppdrag är brett och omfattar besluts- och genomförandeprocesser i samband med upphandling och investeringar i hälso- och sjukvården och i samband med offentlig-privat samverkan (OPS). I uppdraget ingår att utreda former och ändamålsenlighet för dessa processer, att kartlägga användandet av process- och organisationsstöd, hur kontrollmekanismer tillämpats samt identifiera risker för ineffektiv användning av offentliga resurser, inklusive riktade statliga medel. Nya Karolinska Solna (NKS) identifieras i utredningens direktiv som det första större exemplet på en OPS-lösning inom hälso- och sjukvård i Sverige. NKS-projektet innebar förutom byggnation av ett nytt sjukhus i Solna en förändring av verksamheten mot ett mindre och mer högspecialiserat sjukhus. Denna förändring förutsätter förändringar vid andra enheter inom det regionala hälso- och sjukvårdssystemet vilket planerats av Region Stockholm inom ramen för planen Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). I samband med detta har även Karolinska Universitetssjukhuset genomgått en organisationsförändring. Mot denna bakgrund har utredningens arbete fokuserats på kartläggning och analys av NKS. Utredningsarbetet har utöver detta innefattat en kartläggning av regionernas pågående och planerade fastighetsinvesteringar för hälso- och sjukvård. I samband med detta har utredningen haft kontakt med alla regioner.

Tolkningen av uppdraget är att arbetet ska vara framåtblickande och utredningen har genomförts ur ett lärandeperspektiv. På förekommen anledning vill utredningen framhålla att det inte är en granskning av NKS-projektet eller av Region Stockholm. Utredningen har ett kartläggningsuppdrag och det som redovisas syftar inte till att identifiera felaktigheter eller peka ut ansvariga. Avsikten är att öka förståelsen för viktiga skeenden i syfte att dra lärdomar. De rekom-

mendationer som utredningen lägger fram är formulerade med syfte att stärka förutsättningarna för effektiv planering och effektivt genomförande av investeringar och strukturförändringar inom hälso- och sjukvården.

Att få grepp om det omfattande NKS-projektet har varit en utmaning. Projektet har pågått under lång tid och är mycket omfattande. De första utredningarna om ett nytt universitetssjukhus i Stockholm påbörjades 2001. Byggnationen påbörjades 2010 och det nya sjukhuset invigdes 2018. Karolinska Universitetssjukhuset implementerade även en ny organisation i samband med inflyttningen i den nya sjukhusbyggnaden. NKS-projektet omfattar dock mer än byggnationen av en ny sjukhusbyggnad. Projektet är en del av en större strukturförändring av hälso- och sjukvården i hela Region Stockholm med en rad inbördes beroenden. Ett mindre och högspecialiserat universitetssjukhus innebär en ökad koncentration av högspecialiserad vård till Karolinska Universitetssjukhuset och samtidigt att volymen specialistsjukvård och bassjukvård minskar. Det innebär även en omställning vid övriga sjukhus i länet, som dels minskar andelen vård som omfattas av det högspecialiserade uppdraget, dels ökar andelen specialistsjukvård och bassjukvård som skiftas ut från Karolinska Universitetssjukhuset. En förutsättning för NKS var således investeringar och förändringar även vid övriga akutsjukhus och i närsjukvården i regionen. NKS är alltså en del av en större omställning av den regionala hälso- och sjukvårdsstrukturen i Stockholm. Genomförande av NKS-projektet förutsätter beslut som påverkar och måste genomföras i övriga delar i hälso- och sjukvården i regionen. Detta är ännu inte avslutat. Projektet påverkar även andra aktörer, till exempel Karolinska Institutet och dess förutsättningar att bedriva utbildning och forskning.

Utredningen har haft dialoger med dåvarande Stockholms läns landsting, nu Region Stockholm, om utredningsarbetet och om vilka dokument och beslut som innehåller central information om projektet och dess genomförande. Utredningen har varit hänvisad till att identifiera relevanta dokument och begära ut dessa från Region Stockholm. En stor del av det material som beslutats i landstingsfullmäktige och landstingsstyrelsen har utredningen tagit del av genom webbdiariets arkiv. Övrigt material har begärts ut. Totalt har utredningen begärt ut i storleksordningen 1 000 handlingar vid ett tiotal tillfällen. Utredningen har fått ta del av den absoluta majoriteten av

de handlingar som begärts ut. Inget material har belagts med sekretess. Så vitt utredningen kan bedöma har vi fått ta del av det material i sin helhet som tidigare i beslutsprocessen varit sekretessbelagt. Det har dock varit en utmaning att identifiera rätt handlingar. Av de handlingar utredningen studerat har endast de som refereras till i texten tagits upp i referenslistan. Handlingar som utredningen tagit del av, men som inte används i betänkandet anges alltså inte i referenslistan. Utredningen har i kartläggningen av skeendena i NKS-projektet genomfört närmare hundra möten där diskussioner förts med personer som i olika roller och olika faser varit involverade i NKS-projektet. Dessa möten har varit mycket värdefulla för att skapa en överblick över skeendena i NKS-projektet.

Utredningsmöten, dialoger och samverkan

Utredningen har hållit tre utredningssammanträden med experterna. Vid sidan av detta har separata dialoger förts med experterna i specifika frågor.

Underlag har inhämtats genom studier av gällande rätt, förarbeten, rättspraxis, litteratur, beslutsunderlag och rapporter. Vidare har utredningen bjudit in och inhämtat information genom möten och samtal med företrädare för olika intressenter.

Utredningen har haft flera möten med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Region Stockholm. Utredningen har även haft dialoger med företrädare för Region Västra Götaland och Region Uppsala. Utredningen har haft möten med företrädare för Karolinska Universitetssjukhuset och Akademiska sjukhuset. Utredningen har även genomfört studiebesök på Nya Karolinska Solna (NKS). Gällande Region Stockholm och Karolinska Universitetssjukhuset har utredningen inhämtat information såväl från personer som företräder organisationerna idag, regionledning och sjukhusledning, som från personer som företrätt organisationerna tidigare och varit involverade i beslut och genomförande av frågor som omfattas av utredningens uppdrag. Utredningen har inhämtat information från och träffat företrädare för Revisionskontoret. Vidare har utredningen låtit genomföra en kartläggning av regionernas pågående investeringar inom hälso- och sjukvården och hantering av sådana byggprojekt. Inom ramen för detta har intervjuer med företrädare för alla 21 regi-

oner genomförts. Denna kartläggning har genomförts av Sweco Society AB.

Utredningen har haft dialogmöten med patientföreningen Neuro och SPF Seniorerna.

Utredningen har vidare haft dialogmöten med Fysioterapeuterna, Karolinska Universitetssjukhusets läkarförening, Kommunal, Ledarna, Sveriges läkarförbund, Vision och Vårdförbundet.

Myndigheter som utredningen haft möten och kontakter med omfattar Arbetsmiljöverket, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Karolinska Institutet, Konkurrensverket, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Socialstyrelsen, Statens Haverikommission och Upphandlingsmyndigheten.

Utredningen har även haft möten med Skanska och Swedish Hospital Partners (SHP). Vidare har utredningen genomfört studieresor till Storbritannien och inhämtat information vid möten med Scottish Future Trust, National Audit Office och forskare vid University of Newcastle.

Utredningen har fört dialog med Statsvetenskapliga institutionen vid Stockholms universitet som har ett avtal med Region Stockholm om uppdragsforskning. Avtalet gäller ett samhällsvetenskapligt forskningsprojekt gällande beslut om NKS. Projektet ska genomföras under perioden 1 juli 2017 till 30 juni 2020.

Landsting och regioner

2019 bytte de sista sju landstingen namn till regioner och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bytte namn till Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). I detta betänkande har ambitionen varit att benämna de tidigare landstingen och SKL med det namn som gällde vid tidpunkten för de skeenden som beskrivs. Nämnden vid Karolinska Universitetssjukhuset har av sjukhuset benämnts som styrelsen. Utredningen har valt att använda samma beteckning, det vill säga styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset.

1.3 Betänkandets disposition

Betänkandet inleds med en sammanfattning. Därefter följer utredningens uppdrag och beskrivning av utredningsarbetet. I kapitel 2 beskrivs gällande rätt. I kapitel 3 ges en beskrivning av aktuella utmaningar inom hälso- och sjukvårdsområdet. Kapitel 4 beskriver regionala och nationella aktörer, deras uppdrag och ansvar inom hälso- och sjukvården samt hur de berörs av frågor om investeringar, upphandlingar och större organisationsförändringar inom hälso- och sjukvården. I kapitel 5 ges en översiktlig beskrivning av olika entreprenadformer och tidigare erfarenheter av offentlig-privat samverkan (OPS). Kapitel 6 beskriver pågående investeringar i regionerna. I kapitel 7 ges en beskrivning av planerad och pågående strukturförändring inom hälso- och sjukvården och hur den styrs. I kapitel 8 redovisas utredningens kartläggning av NKS-exemplet och hur relevanta kontrollmekanismer har använts vid beslut, upphandlingar och större organisationsförändringar i samband med OPS. Kapitel 9 redovisar utredningens analys, rekommendationer och konsekvenser.

Utredningens direktiv återfinns i bilaga 1 till 3.

2 Gällande rätt

I detta avsnitt redogör utredningen för de författningar som är aktuella utifrån utredningens uppdrag samt regleringen av ansvarsförhållanden inom hälso- och sjukvården.

2.1 Gällande rätt

Ansvaret för hälso- och sjukvården regleras samlat i regeringsformen, kommunallagen och hälso- och sjukvårdslagen. Av hälso- och sjukvårdslagen framgår också mål och krav på hälso- och sjukvården liksom organisation, planering och samverkan. Patientens ställning och skydd inom hälso- och sjukvården regleras genom patientlagen och patientsäkerhetslagen.

När det gäller upphandling och investeringar är regioner upphandlande myndigheter och ska följa lagen om offentlig upphandling. Organisationsförändringar och andra typer av förändringar i en verksamhet kan få påverkan på arbetsmiljön. Arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljön regleras i arbetsmiljölagen.

2.1.1 Regeringsformen och kommunallagen

Av regeringsformen (RF)1:2 framgår att det allmänna ska verka för goda förutsättningar för hälsa. Regeringsformen specificerar dock inte vilken del av det allmänna som har ansvar för hälso- och sjukvård. Enligt RF 14:2 sköter kommunerna[1] lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Närmare bestämmelser om detta finns i lag. På samma grund sköter kommunerna även de övriga angelägenheter som bestäms i

[1] Enligt regeringsformens terminologi innefattas även regioner i begreppet kommuner (RF 1:7).

lag. Ett exempel på en sådan angelägenhet är hälso- och sjukvård som behandlas i nästa avsnitt. Den huvudsakliga rättsliga regleringen av kommuner och regioner återfinns i kommunallagen (2017:725). En närmare genomgång av regleringen av ansvaret för hälso- och sjukvården redovisas i avsnitt 2.2.

Kommuner och regioner ska enligt kommunallagen kapitel 6 ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet. Fullmäktige ska besluta om riktlinjer för god ekonomisk hushållning. I den årliga budgeten ska de finansiella mål som är av betydelse för en god ekonomisk hushållning anges. Budgeten ska också innehålla en plan för verksamheten under budgetåret. Kommuner och regioner ska förvalta sina medel på ett sådant sätt att krav på god avkastning och betryggande säkerhet kan tillgodoses.

Kommunallagen reglerar vidare kommunernas och regionernas organisation och verksamhetsformer liksom uppgifter och ansvar på olika nivåer. Detta redovisas i avsnitt 4.1.

2.1.2 Hälso- och sjukvårdslagen

Ansvaret för hälso- och sjukvården regleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är en ramlag som innehåller grundläggande bestämmelser för all hälso- och sjukvård. I lagen regleras regionernas och kommunernas ansvar som huvudman för hälso- och sjukvården (att *erbjuda* hälso- och sjukvård), liksom vårdgivares (statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare) ansvar att bedriva hälso- och sjukvård. Lagen reglerar också organisation, planering och samverkan av hälso- och sjukvårdsverksamheten i regioner och kommuner.

I HSL avdelning II anges att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef). Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bland annat att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den per-

sonal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Socialstyrelsen får meddela föreskrifter för detta.

Regionernas ansvar som huvudman för vård regleras i HSL avdelning III. Där stadgas att regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Regionen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. Regionerna ska samverka om hälso- och sjukvård som berör flera regioner.

I ansvaret att erbjuda hälso- och sjukvård ligger att regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i regionen. Regionen ska också erbjuda öppen vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar. Den region som patienten tillhör svarar då för kostnaderna för vården. Om någon som vistas inom regionen utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård ska regionen erbjuda sådan vård. En region får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som tillhör en annan region. Detta förutsatt att regionerna kommer överens om det eller om det är fråga om nationell högspecialiserad vård.

Regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom en viss tid får: kontakt med primärvården, en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården, besöka den specialiserade vården, och planerad vård. Om regionen inte uppfyller vårdgarantin ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare. Regionen ska rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld, garantins innehåll och regionernas rapporteringsskyldighet om väntetider.

Vad gäller forskning ska regioner och kommuner enligt HSL 18:2 medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Regioner och kommuner ska

samverka med varandra och med berörda universitet och högskolor i den omfattning som behövs.

Nationell högspecialiserad vård

I hälso- och sjukvårdslagen och i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) regleras den nationella högspecialiserade vården och vilken myndighet som beslutar om denna.

Den tidigare rikssjukvården ersattes från och med den 1 juli 2018 med begreppet nationell högspecialiserad vård (prop. 2017/18:40). Med nationell högspecialiserad vård avses enligt HSL 2:7 offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje samverkansregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Socialstyrelsen beslutar med stöd av hälso- och sjukvårdsförordningen 2 kapitlet vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård enligt hälso- och sjukvårdslagen och på hur många enheter sådan vård ska bedrivas. Vid bedömningen av om en åtgärd ska utgöra nationell högspecialiserad vård ska hänsyn särskilt tas till om vården är komplex eller sällan förekommande och om den kräver en viss volym, multidisciplinär kompetens eller stora investeringar eller medför höga kostnader, HSL 7:5.

För att få bedriva nationell högspecialiserad vård krävs det tillstånd, HSL 7:5a. Socialstyrelsen får efter ansökan från en region besluta om ett sådant tillstånd liksom om villkor för att bedriva nationell högspecialiserad vård. Tillståndet ska gälla tills vidare. Ett tillstånd får återkallas om villkoren för det inte längre är uppfyllda, om förutsättningarna för tillståndet har ändrats eller om tillståndshavaren begär det. Beslut får inte överklagas. Socialstyrelsen får med stöd av hälso- och sjukvårdsförordningen 2 kapitlet meddela föreskrifter om de villkor som ska gälla för tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård och om återkallelse av ett sådant tillstånd. Socialstyrelsen får också meddela föreskrifter om verkställighet av hälso- och sjukvårdslagen i fråga om ansökningsförfarandet hos myndigheten.

2.1.3 Patientlagen och patientsäkerhetslagen

Patientens ställning och skydd inom hälso- och sjukvården regleras genom patientlagen (2014:821) och patientsäkerhetslagen (2010:659).

Patientlagen syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen innehåller bestämmelser om bland annat tillgänglighet, information, delaktighet, personuppgifter och intyg samt synpunkter, klagomål och patientsäkerhet. Hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig och patienten ska snarast få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd (om det inte är uppenbart obehövligt). Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses och olika insatser ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Personuppgifter ska utformas och behandlas så att patientens integritet respekteras.

När det gäller synpunkter, klagomål och patientsäkerhet ska patientnämnder enligt lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården stödja och hjälpa patienter och deras närstående att föra fram klagomål och få svar av vårdgivaren. En patient som drabbats av en vårdskada ska snarast informeras om detta, och vilka åtgärder vårdgivaren avser vidta för att det inte ska inträffa igen. Vårdgivaren ska snarast besvara klagomål från patienter och deras närstående och ge klaganden en förklaring till vad som har inträffat. Patienten och närstående ska också få möjlighet att delta i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete.

Patientsäkerhetslagen syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård. Med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada. I lagen finns bestämmelser om bland annat anmälan av verksamhet, vårdgivarens skyldighet att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete och Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn.

Av patientsäkerhetslagen kapitel 3 framgår att en vårdgivare ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas. Vårdgivaren ska vidare utreda händelser i verk-

samheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder som hindrar att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra. Vårdgivaren ska också ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren.

I kapitel 7 regleras Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn över hälso- och sjukvården. Tillsyn innebär bland annat granskning av att verksamheten uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Tillsynen ska främst inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter gällande det systematiska patientsäkerhetsarbetet. En närmare beskrivning av IVO:s tillsyn ges i avsnitt 4.5.3.

I patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) ges kompletterande föreskrifter till patientsäkerhetslagen. Av förordningen framgår att Socialstyrelsen får meddela föreskrifter utifrån patientsäkerhetslagen.

2.1.4 Arbetsmiljölagen

I arbetsmiljölagen (1977:1160) finns regler om skyldigheter för arbetsgivare att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet och att i övrigt uppnå en bra arbetsmiljö. Det finns också regler om samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare.

I 2:1 anges att arbetsmiljön ska vara tillfredsställande med hänsyn till arbetets natur och den sociala och tekniska utvecklingen i samhället. Arbetstagaren ska ges möjlighet att medverka i utformningen av sin egen arbetssituation samt i förändrings- och utvecklingsarbete som rör det egna arbetet. I kapitel 3 om allmänna skyldigheter stadgas bland annat att arbetsgivare och arbetstagare ska samverka för att åstadkomma en god arbetsmiljö. Arbetsgivaren ska systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller föreskrivna krav på en god arbetsmiljö.

Risker i verksamheten ska undersökas löpande och åtgärder ska vidtas. Om åtgärder inte kan vidtas omedelbart ska de tidsplaneras. Arbetsgivaren ska dokumentera arbetsmiljön och arbetsmiljöarbetet, bland annat genom handlingsplaner.

I kapitel 6 återfinns regler om skyddsombud. Det ska finnas ett eller flera skyddsombud på arbetsställen med minst fem arbetstagare eller om arbetsförhållandena kräver det. Skyddsombuden företräder arbetstagarna i arbetsmiljöfrågor och ska verka för en tillfredsställande arbetsmiljö. Ombuden ska delta vid planering av nya eller ändrade lokaler, anordningar, arbetsprocesser, arbetsmetoder och av arbetsorganisation. Arbetsgivaren ska underrätta skyddsombuden om förändringar som har betydelse för arbetsmiljöförhållandena. Om ett skyddsombud anser att åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillfredsställande arbetsmiljö, ska skyddsombudet vända sig till arbetsgivaren och begära detta. Arbetsgivaren ska lämna besked utan dröjsmål. Om arbetsgivaren inte gör det ska Arbetsmiljöverket efter framställan av skyddsombudet pröva om föreläggande eller förbud ska meddelas.

Arbetsmiljöverket utövar med stöd av kapitel 7 tillsyn utifrån arbetsmiljölagen och kan besluta om bland annat sanktionsavgifter enligt kapitel 8. Arbetsmiljöverkets beslut får enligt 9:2 överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

2.1.5 Lagen om offentlig upphandling (LOU)

Lagen om offentlig upphandling (2016:1145, LOU) gäller för upphandling som genomförs av en upphandlande myndighet. Med upphandling avses de åtgärder som vidtas i syfte att anskaffa varor, tjänster eller byggentreprenader genom tilldelning av kontrakt. Bestämmelser om upphandling finns även i andra lagar, bland annat lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner.

I LOU regleras bland annat vilka upphandlingsförfaranden som får användas och när, tekniska krav, annonsering, kommunikation och dokumentation, kvalificering, utvärdering av anbud och tilldelning av kontrakt. Här finns också bestämmelser om tillsyn.

Offentlig privat samverkan vid offentlig upphandling regleras inte i LOU. Det finns inte heller någon särskild reglering av avtal enligt offentlig privat samverkan (OPS).

Upphandlingsförfaranden

Följande upphandlingsförfaranden får enligt LOU kapitel 6 användas vid offentlig upphandling: öppet förfarande, selektivt förfarande, förhandlat förfarande med föregående annonsering och förhandlat förfarande utan föregående annonsering, konkurrenspräglad dialog eller förfarande för inrättande av innovationspartnerskap.

Vid ett *öppet förfarande* får alla leverantörer lämna anbud efter anbudsinfordran. Vid *selektivt förfarande* får alla leverantörer efter en anbudsinfordran ansöka om att få delta. De anbudssökande som bjuds in får sedan lämna anbud. *Förhandlat förfarande med föregående annonsering* innebär att de leverantörer som efter annonsering bjudits in att delta i upphandlingen får lämna anbud. Anbuden ska ligga till grund för förhandlingar. Förfarandet får användas när den upphandlande myndighetens behov inte kan tillgodoses utan anpassning av lättillgängliga lösningar, om upphandlingen inbegriper formgivning eller innovativa lösningar, om kontraktet inte kan tilldelas utan föregående förhandlingar på grund av särskilda omständigheter kring det som ska upphandlas (art, komplexitet, rättslig eller ekonomisk utformning eller särskilda risker) eller om myndigheten inte tillräckligt kan precisera tekniska specifikationer med hänvisning till en standard eller liknande. *Förhandlat förfarande utan föregående annonsering* får användas om det vid ett öppet eller selektivt förfarande inte har lämnats några lämpliga anbudsansökningar eller anbud och de villkor som angetts inte ändrats väsentligt. Förfarandet kan även användas om det som ska upphandlas endast kan tillhandahållas av en viss leverantör, exempelvis på grund av tekniska skäl eller ensamrätt. Detta förutsatt att det inte finns något rimligt alternativ och att avsaknaden av konkurrens inte är konstruerad genom förutsättningarna för upphandlingen. Förfarandet får användas vid synnerlig brådska som beror på omständigheter som den upphandlande myndigheten inte kan tillskrivas eller förutse eller om det är omöjligt att hålla de tidsfrister som gäller vid öppet eller selektivt förfarande eller vid förhandlat förfarande med föregående annonsering och anskaffningen är absolut nödvändig. *Konkurrenspräglad dialog* infördes som ett nytt förfarande 2010. Kraven är desamma som vid förhandlat förfarande, men här bjuds anbudssökande in till dialog som syftar till att identifiera och ange hur den upphandlande myndighetens behov bäst kan tillgodoses. Dialogen får genomföras i successiva steg för att begränsa

antalet lösningar. Det slutgiltiga antalet lösningar ska vara så stort att effektiv konkurrens uppnås, under förutsättning att det finns ett tillräckligt antal lösningar. *Innovationspartnerskap* infördes i LOU 2017. En upphandlande myndighet får använda detta förfarande för att anskaffa en vara, tjänst eller byggentreprenad för behov som de bedömer inte kan tillgodoses genom lösningar som finns på marknaden. Innovationspartnerskapet ska syfta till utveckling och därefter anskaffning av den vara, tjänst eller byggentreprenad som myndigheten har behov av. Förfarandet är i stort detsamma som vid förhandlat förfarande. Genomförandet skiljer sig dock åt. Ett innovationspartnerskap ska delas upp i etapper som följer stegen i forsknings- och innovationsprocessen där fastställda delmål ska uppfyllas av parterna. Innovationspartnerskap får endast inrättas med leverantörer som bedriver separat forsknings- och utvecklingsverksamhet.

Beskrivning av behov och krav

Den upphandlande myndigheten ska i upphandlingsdokumenten fastställa föremålet för upphandlingen genom att beskriva myndighetens behov och vad som krävs i fråga om egenskaper hos de varor, tjänster eller byggentreprenader som ska anskaffas. Myndigheten ska också ange vad i beskrivningen som utgör de minimikrav som alla anbud ska uppfylla, och ange kriterierna för tilldelning av kontrakt.

Tekniska krav får anges som prestanda- eller funktionskrav. Kraven ska vara utformade så att det klart framgår vad som ska anskaffas. Om de tekniska specifikationerna inte anges som prestanda- eller funktionskrav ska de hänvisa till standarder eller bedömningar utifrån en prioritetsordning i LOU.

Vid innovationspartnerskap ska en upphandlande myndighet särskilt tillämpa krav som avser leverantörers kapacitet inom forskning och utveckling och kapacitet att utveckla och genomföra innovativa lösningar.

Förhandling

När det gäller förhandlingar med anbudsgivarna får den upphandlande myndigheten förhandla med anbudsgivarna om förbättringar i deras anbud. Förhandlingarna får inte avse minimikraven eller till-

delningskriterierna. Den upphandlande myndigheten får utan förhandlingar tilldela kontrakt utifrån ett ursprungligt anbud om den i annonsen om upphandlingen har meddelat att den förbehåller sig den rätten. Om ändringar sker i upphandlingsdokumenten under förhandlingarna, ska den upphandlande myndigheten skriftligen informera alla kvarvarande anbudsgivare om detta och ge dem skälig tid att ändra sina anbud. Förhandlingarna får delas upp i successiva steg för att minska antalet anbud om det har angetts i något av upphandlingsdokumenten. Den upphandlande myndigheten får efter varje steg välja ut de anbud som myndigheten ska fortsätta att förhandla om. Valet ska göras med användning av de tilldelningskriterier som har angetts i upphandlingsdokumenten.

Det slutliga antalet anbud ska vara så stort att effektiv konkurrens uppnås, under förutsättning att det finns ett tillräckligt antal anbud eller lämpliga anbudssökande.

När den upphandlande myndigheten har för avsikt att avsluta förhandlingarna, ska myndigheten informera de anbudsgivare som fortfarande deltar i förhandlingarna om detta och ange en gemensam tidsfrist för dem att lämna slutliga anbud som inte får vara föremål för förhandling.

Utvärdering av anbud

En upphandlande myndighet ska enligt LOU kapitel 16 tilldela den leverantör ett kontrakt vars anbud är det ekonomiskt mest fördelaktiga för myndigheten. Vilket anbud som är det ekonomiskt mest fördelaktiga anbudet ska utvärderas på någon av följande grunder: 1) bästa förhållandet mellan pris och kvalitet, 2) kostnad, eller 3) pris. För konkurrenspräglad dialog och innovationsupphandling är den enda grunden för utvärdering av anbud bästa förhållandet mellan pris och kvalitet. Myndigheten ska i något av upphandlingsdokumenten ange den grund för utvärdering av anbud som den avser att använda.

När en upphandlande myndighet utvärderar ett anbud på grunden kostnad, ska myndigheten bedöma anbudets effekter i fråga om kostnadseffektivitet, såsom en analys av kostnaderna under livscykeln för varan, tjänsten eller byggnadsverket.

Avtal och kontrakt

Ett kontrakt eller ett ramavtal får enligt LOU 17:10 ändras i enlighet med en ändrings- eller optionsklausul utan att en ny upphandling måste genomföras, om kontraktets eller ramavtalets övergripande karaktär inte ändras och klausulen har angetts i något av upphandlingsdokumenten i den ursprungliga upphandlingen, klart, exakt och entydigt beskriver under vilka förutsättningar den kan tillämpas, och anger omfattningen och arten av ändringarna som kan komma att göras. LOU 17:11 stadgar att en kompletterande beställning av varor, tjänster eller byggentreprenader får göras från den leverantör som har tilldelats kontraktet utan att en ny upphandling måste genomföras, om beställningen inte innebär att värdet av kontraktet ökar med mer än 50 procent och under förutsättning att beställningen har blivit nödvändig, leverantören av ekonomiska eller tekniska skäl inte kan bytas, och ett byte av leverantör skulle medföra betydande olägenheter eller betydligt större omkostnader för den upphandlande myndigheten. Om flera kompletterande beställningar görs efter varandra, ska begränsningen i fråga om ökningen av värdet tillämpas på varje enskild beställning.

Dokumentation

En upphandlande myndighet ska enligt LOU 12:14 dokumentera genomförandet av en upphandling. Dokumentationen ska vara tillräcklig för att motivera myndighetens beslut under upphandlingens samtliga skeden.

Särskilt om byggentreprenader

I LOU finns särskilda bestämmelser för byggentreprenader. Med byggnadsverk avses det samlade resultatet av bygg- och anläggningsarbeten, om resultatet självständigt fyller en teknisk eller ekonomisk funktion, LOU 1:10. Ett byggentreprenadkontrakt avser ett kontrakt om utförande eller både projektering och utförande av arbete som är hänförligt till byggverksamhet enligt bilaga 1 till LOU. Byggentreprenadkontrakt avser också kontrakt om utförande eller både projektering och utförande av ett byggnadsverk eller att ett byggnads-

verk realiseras. Detta utifrån krav från en upphandlande myndighet som utövar ett avgörande inflytande över typen av byggnadsverk eller över projekteringen, LOU 1:9. I bilaga 1 till LOU finns en förteckning över byggentreprenadkontrakt och vilken byggverksamhet som omfattas. Inom huvudgrupp 45 byggverksamhet ingår nybyggnad, renovering och normal reparation. Under huvudgruppen finns en närmare precisering av olika typer av byggverksamhet.

2.2 Ytterligare om reglering av ansvaret för hälso- och sjukvården

Ansvaret för hälso- och sjukvården är i dag delat mellan stat, regioner och kommuner på lokal nivå. Staten har ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården. Statens ansvar inkluderar lagstiftning, statsbidrag, tillsyn och annan verksamhet hos statliga myndigheter samt ett särskilt ansvar för nationell högspecialiserad vård. Staten ansvarar för att det finns ett regelverk som anger de ramar som behövs för att regionerna och kommunerna på lokal nivå ska kunna planera och bedriva hälso- och sjukvård, något som görs främst genom hälso- och sjukvårdslagen, HSL (2017:30). HSL är en målinriktad ramlag vilket innebär att lagen främst anger övergripande mål, ansvarsförhållanden och riktlinjer för hälso- och sjukvården. Det främsta skälet bakom detta är att regioner och kommuner på lokal nivå med hänsyn till den kommunala självstyrelsen ska kunna utforma sin verksamhet efter regionala och lokala behov och förutsättningar. Utrymmet för kommunalt självbestämmande varierar dock för olika delar i HSL. Ett område som är särskilt detaljreglerat är avgifter inom hälso- och sjukvården. Detta innebär att det kommunala självbestämmandet på detta område är mycket begränsat, genom att utrymmet för regionerna att själva besluta i dessa frågor är mycket litet (prop. 2016/17:43).

Någon särskild lagstiftning avseende investeringar i hälso- och sjukvården finns inte idag. Av prop. 2016/17:43 framgår att avsikten är att regionerna med beaktande av lokala behov och förutsättningar ska ha möjlighet att besluta om planering, finansiering och organisation av hälso- och sjukvårdsverksamheten. Där framgår också att regionernas verksamhet finansieras till största del av egna skatteuttag. Regionerna beslutar storleken på skatten samt hur skattemedlen fördelas. Med utgångspunkt i principen om kommunal självstyrelse

innebär detta att under förutsättning att regionerna följer reglerna i 7 kap. HSL, är regionerna fria att planera, finansiera och organisera hälso- och sjukvården, inkluderat investeringar.

Ansvarsfördelningen är inte en gång för alla given utan har varierat över tid. Dagens ansvarsfördelning är resultatet av flera reformer, där intresset för den kommunala självstyrelsen och decentralisering har vägts mot behovet av central samordning. Utöver det ansvar som staten, regionerna och kommunerna på lokal nivå har bidrar även andra aktörer till hälso- och sjukvården, däribland olika organisationer, institutioner för utbildning och forskning samt näringslivet. Den stora vikt som hälso- och sjukvården spelar för enskildas liv, hälsa och välbefinnande i bred bemärkelse, och samhällets starka intresse av detsamma, motiverade enligt regeringen att staten behåller den yttersta kontrollen i vissa avseenden (prop. 2016/17:43).

2.2.1 Den kommunala självstyrelsen

Sverige är en enhetsstat byggd på folksuveränitetsprincipen där den offentliga makten är koncentrerad till riksdagen som sedan har möjlighet att dela ut makt till övriga aktörer.[2] Av regeringsformen framgår att den kommunala självstyrelsen är en central del av det demokratiska systemet i Sverige. I 1 kap. 1 § regeringsformen (1974:152) anges att den svenska folkstyrelsen förverkligas genom ett representativt och parlamentariskt statsskick och den kommunala självstyrelsen.

Den kommunala självstyrelsens innebörd och omfattning är däremot inte grundlagsfäst och i förarbetena till regeringsformen angavs att det varken är ”lämpligt eller möjligt att en gång för alla dra orubbliga och preciserade gränser i grundlag kring en kommunal självstyrelsesektor” (prop. 1973:90, s. 190). Innebörden och innehållet i den kommunala självstyrelsen har i stället varierat över tid och avsikten är och har varit att omfattningen av den kommunala självstyrelsen ska kunna anpassas i takt med samhällsutvecklingen (SOU 2008:125).

Vid grundlagsreformen år 2010 bedömdes den kommunala självstyrelsen vara av så stor vikt att ett nytt kapitel om kommunerna infördes i regeringsformen 14 kap. (prop. 2009/10:80). Kapitlet har

[2] Se RF 1:4; prop 1973:90; Strandberg, Kommunal självstyrelse.

sex paragrafer och anger endast övergripande grunderna för den kommunala verksamheten och den kommunala självstyrelsen. I 14 kap. 2 § regeringsformen anges att kommuner ”sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Närmare bestämmelser om detta finns i lag. På samma grund sköter kommunerna även de övriga angelägenheter som bestäms i lag.” Kommunerna sköter därmed i princip all sin verksamhet på den kommunala självstyrelsens grund, något som stöds av propositionen liksom grundlagsutredningens betänkande där det framgår att avsikten var just att principen om kommunal självstyrelse skulle gälla för all kommunal verksamhet (SOU 2008:125). Undantaget från detta är normgivningsmakten som i vissa fall kan delegeras till kommuner från staten, och som således inte sköts på den kommunala självstyrelsens grund.[3]

2.2.2 Kommunala angelägenheter

Det finns i huvudsak två typer av kommunala angelägenheter. Den första, lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse, tar sikte på sådana angelägenheter som omfattas av kommunernas så kallade allmänna kompetens. Närmare bestämmelser om detta finns i kommunallagen (2017:725). Den andra, om övriga angelägenheter, tar i stället sikte på sådana åligganden som framgår av speciallagstiftning. Sådana åligganden är obligatoriska för kommunerna att ägna sig åt och mer eller mindre detaljerat reglerade. Ett exempel på det sistnämnda är hälso- och sjukvården.

De olika typerna av kommunal verksamhet präglas av olika grad av självstyrelse. Den på kommunallagen grundade allmänna kompetensen beskrivs som en fri sektor där det finns utrymme för en kommunal initiativrätt och är en kärna i den kommunala självbestämmanderätten. Detta skiljer sig från de åligganden som kommunerna har att ombesörja enligt speciallagstiftning. Den kommunala självstyrelsen är dock inte obegränsad, inte ens avseende den allmänna kompetensen, eller den så kallade fria sektorn. Att all kommunal verksamhet ska skötas på den kommunala självstyrelsens grund innebär alltså inte att inskränkningar i den kommunala självstyrelsen inte är

[3] Att normgivning är undantagen följer av regeringsformens övriga regler om normgivning, främst i 8 kap. regeringsformen, se även prop. 2009/10:80, s. 211.

möjliga. Det poängteras i propositionen till grundlagsreformen att det enligt regeringsformen (8 kap. 2 § 1 st. 3 p.) är möjligt att genom lagstiftning föreskriva om grunderna för kommunernas organisation, verksamhetsformer, den kommunala beskattningen och kommunernas befogenheter i övrigt och kommunernas åligganden (prop. 2009/10:80). Enligt samma bestämmelse ska sådana föreskrifter som huvudregel meddelas i lag.[4]

2.2.3 Inskränkning i den kommunala självstyrelsen

Om ett lagförslag innebär inskränkningar i den kommunala självstyrelsen ska riksdagen pröva om inskränkningen är proportionerlig i förhållande till målet med inskränkningen. Detta krav följer av 14 kap. 3 § regeringsformen där det framgår att inskränkningar i den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett inskränkningen. Avsikten med bestämmelsen är att det alternativ som lägger minst band på den kommunala självbestämmanderätten bör väljas, om det finns olika möjligheter att nå samma mål. Vidare krävs det enligt bestämmelsen att riksdagen regelmässigt gör denna proportionalitetsprövning när inskränkningar i den kommunala självstyrelsen är aktuella. För att det ska vara möjligt fordras det att det under lagstiftningsprocessen har gjorts noggranna analyser av vilken påverkan olika förslag har på den kommunala självstyrelsen (prop. 2009/10:80).

Bestämmelsen i 14 kap. 3 § regeringsformen riktar sig i första hand till riksdagen. Såväl grundlagsutredningen som regeringen i propositionen till grundlagsreformen 2010 poängterade att syftet med införandet av bestämmelsen är att åstadkomma en noggrann beredning under lagstiftningsprocessen, och att den slutliga prövningen om en åtgärd är proportionerlig eller inte är en fråga för riksdagen att ta ställning till när riksdagen beslutar om lagförslaget.[5] Enligt 8 kap. 21 § 2 st. punkterna 5 och 7 regeringsformen ska ett yttrande från lagrådet inhämtas innan riksdagen beslutar om lag som innebär åligganden för kommunerna eller ändrar eller upphäver en sådan lag.

[4] Av 8 kap. 3 § 1 st. regeringsformen kan dock riksdagen genom lag bemyndiga regeringen att i stället meddela föreskrifter på området. Enligt 8 kap. 21 § 2 st. 5 p. regeringsformen ska vidare lagrådsyttrande inhämtas avseende lagförslag som avser kommunal beskattning eller som innebär åligganden för kommunerna.

[5] Se SOU 2008:125, En reformerad grundlag, betänkande av Grundlagsutredningen, s. 539 och prop. 2009/10:80, s. 213.

Som en del av beslutsunderlaget när riksdagen beslutar om sådana lagförslag finns alltså lagrådets yttrande. Att möjliggöra domstolsprövning i form av lagprövning, där en domstol i efterhand skulle pröva om en föreskrift gått utöver vad som är nödvändigt, var således inte avsedd (prop. 2009/10:80). Tvärtom poängteras i förarbetena just det faktum att bestämmelsen har fakultativ karaktär genom att inskränkningen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt och att den slutliga prövningen görs av riksdagen (prop. 2009/10:80).

3 Utmaningar inom hälso- och sjukvården

3.1 Allmänt

Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar. Befolkningsförändringar tillsammans med teknisk utveckling, förändrade arbetssätt och nya behandlingsmetoder leder till förändrat resursbehov inom hälso- och sjukvården.

Befolkningstillväxten medför att vårdbehovet ökar totalt samtidigt som till exempel en ökad andel äldre och därmed allt fler multisjuka innebär att vårdbehoven också förändras.

Nya behandlingsmetoder ger nya möjligheter men medför också nya krav. Utvecklingen ger möjlighet att behandla nya patientgrupper och att ge patienter tillgång till mer effektiv behandling där allt fler botas. När nya patientgrupper kan behandlas ökar trycket på sjukvården samtidigt som utvecklingen också innebär att patientens genomsnittliga tid på sjukhus kunnat förkortas. Den tekniska utvecklingen och en ökad digitalisering ger förutsättningar för nya arbetssätt och en mer tillgänglig vård. Ny medicinteknisk utrustning är i vissa fall stor och tung samtidigt som annan utrustning är lätt och kan flyttas runt. Detta förändrar kraven på sjukvårdens lokaler till exempel gällande ytor och bärighet i operationssalar, samtidigt som ökad användning av mobil utrustning medför andra krav.

Utvecklingen av behandlingsmetoder och arbetssätt innebär dels ökad specialisering och att patientgrupper blir allt smalare, dels skapas möjligheter att erbjuda patienter vård i andra delar av vårdkedjan än på specialistsjukhusen. Detta skapar behov av och ger förutsättningar för nivåstrukturering av vården där framför allt delar av den högspecialiserade vården koncentreras samtidigt primärvårdens roll behöver stärkas. Arbeten med nivåstrukturering pågår såväl regionalt som nationellt. Arbetet med nationell högspecialiserad vård

fokuserar på att identifiera delar av den högspecialiserade vården som kan koncentreras till ett fåtal platser i landet. Samtidigt pågår arbete i Utredningen samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) där man bland annat har uppdrag att ta fram en nationell plan för en god och nära vård i syfte att stärka primärvården. Samtidigt som nivåstruktureringsarbetet syftar till att förbättra förutsättningarna inom vården påverkas resursbehoven i vårdens olika delar.

En stor andel av hälso- och sjukvårdens byggnader, framför allt sjukhus, är byggda under 1950-, 1960- och 1970-talen. Detta är förknippat med utmaningar. Den tekniska livslängden innebär ökade underhållskostnader samtidigt som utvecklingen av hälso- och sjukvården medför förändrade lokalbehov och därmed ett ökat tryck på anpassning och förändring av befintliga byggnader.

3.2 Sjukvårdssystemet

Vårdkedjan

Den svenska vårdkedjan består av primärvård, länssjukvård, regionsjukvård och nationell högspecialiserad vård.

Basen i den svenska hälso- och sjukvården är primärvården. Primärvården består av över 1 000 vårdcentraler, distriktssköterskemottagningar och andra typer av husläkar- och familjeläkarmottagningar. De flesta patienterna tas om hand i primärvården och får medicinsk behandling, rehabilitering, omvårdnad och förbyggande åtgärder. Patienter som inte kan ta sig till vårdcentraler ges vård genom hemsjukvården. I de flesta län har kommunerna ansvar för hemsjukvården. Kommunerna har även ansvar för vård på särskilda boenden och bland annat skolsjukvården. De patienter som inte kan diagnostiseras eller behandlas i primärvården remitteras till specialistmottagning.

Länssjukvården är nästa steg i vårdkedjan. Det finns drygt 20 länssjukhus och över 40 länsdelssjukhus. På länssjukhusen finns specialistkompetens och medicinsk utrustning som täcker de flesta sjukdomstillstånden. Länsdelssjukhusen är ofta mindre och har inte alltid alla typer av specialistmottagningar. En stor del av länssjukhusens verksamhet är slutenvård. De flesta länssjukhusen bedriver även öppenvård.

Regionsjukvård bedrivs vid de sju universitetssjukhusen: Skånes universitetssjukhus i Malmö och Lund, Sahlgrenska Universitets-

sjukhuset i Göteborg och Mölndal, Universitetssjukhuset i Örebro, Universitetssjukhuset i Linköping, Karolinska Universitetssjukhuset i Solna och Huddinge, Akademiska sjukhuset i Uppsala och Norrlands universitetssjukhus i Umeå. Där behandlas sällsynta och komplicerade sjukdomar och skador. Universitetssjukhusen har samarbete med medicinska fakulteter vid universitet och högskolor kring utbildning och forskning. De regioner som inte har eget universitetssjukhus har avtal med närliggande regioner om högspecialiserad vård.

Nationell högspecialiserad vård ersätter den tidigare rikssjukvården och ska bedrivas på högst fem sjukhus i landet.[1] Socialstyrelsen leder arbetet och ska tillsammans med professionerna besluta om vad som definieras som nationell högspecialiserad vård. Syftet är att koncentrera sällsynt avancerad vård för att säkerställa att patienter har tillgång till bästa möjliga vård oavsett regiontillhörighet.

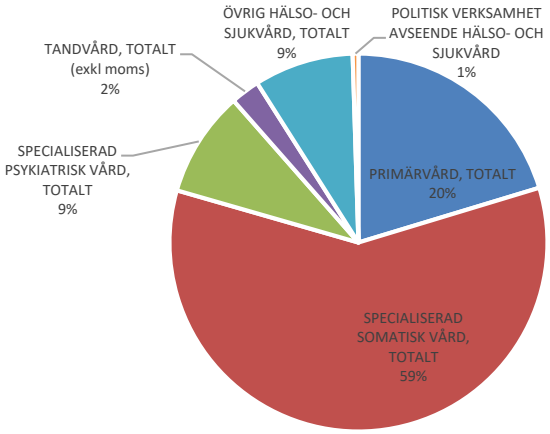
Figur 3.1 Sjukvårdssystemet



[1] www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationell-hogspecialiserad-vard/.

Vården i siffror

Figur 3.2 Fördelning av regionernas nettokostnader för hälso- och sjukvård inklusive läkemedel efter verksamhetsområde 2018



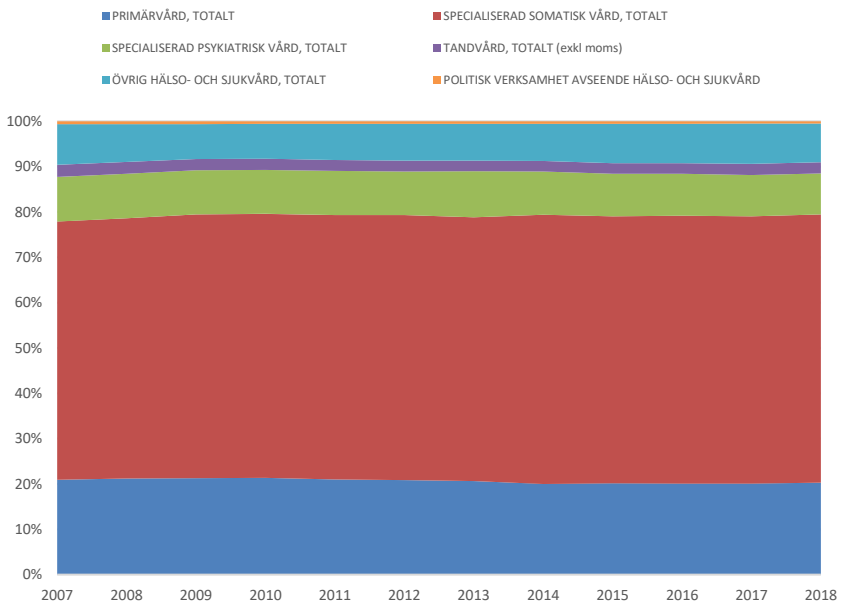
Källa: Statistiska centralbyrån.

Regionernas totala kostnader 2018 för hälso- och sjukvård inklusive kostnader för läkemedel var 275 miljarder kronor. Kostnadernas fördelning på olika delverksamheters andelar av totalkostnaden visas i figuren ovan. Störst andel 59 procent utgörs av kostnader för specialiserad somatisk vård, följt av primärvård 20 procent och specialiserad psykiatrisk vård 9 procent.

Delverksamheternas andelar av totalkostnaden har varit stabila över tid, vilket framgår av figuren nedan. Kostnadsandelen för primärvården har inte ökat över tid. Fram till 2013 var andelen 21 procent och har därefter varit 20 procent. Samtidigt har kostnadsandelen för den specialiserade somatiska vården stigit marginellt under perioden.

Det går alltså inte att se att kostnadsandelarna för primärvården ökar över tid. Dock syns en tendens att slutenvårdens kostnadsandel faller såväl inom den specialiserade somatiska vården som inom den specialiserade psykiatriska vården, vilket innebär att den öppna vårdens kostnadsandel ökar. Inom den somatiska vården utgjorde 2009 slutenvårdskostnadens andel 32,4 procent vilken fallit till 31,9 procent år 2018. Inom psykiatrin är skillnaden tydligare där slutenvårdandelen fallit från 4,6 till 3,3 procent.

Figur 3.3 Delverksamheters andel av regionernas totala nettokostnad för hälso- och sjukvård 2009 till 2018

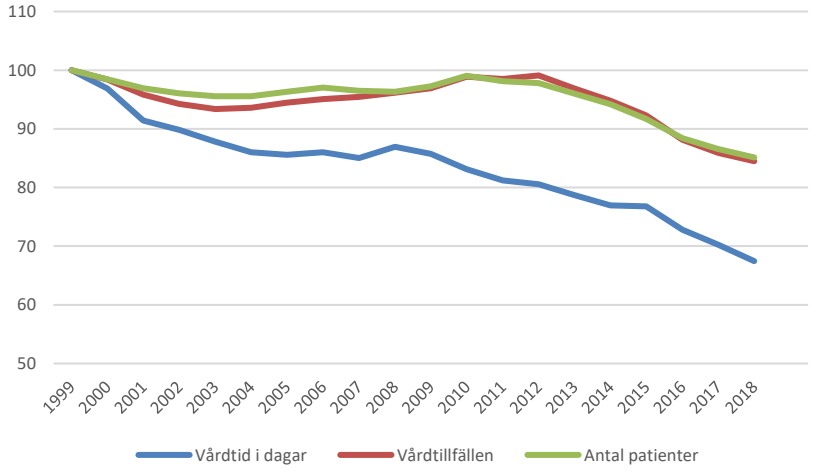


Källa: Statistiska centralbyrån.

Den gradvisa omställningen från slutenvård till en högre andel öppenvård illustreras även i figuren nedan. Medelvårdtiden i slutenvården faller trendmässigt sedan 1999 och under de senaste fem åren minskar såväl antalet vårdtillfällen som antalet patienter i slutenvården. Orsaker till detta är framför allt utveckling inom medicinsk teknik och kunskapsutveckling men även det allmänna hälsoläget i befolkningen spelar roll (SKL 2019b).

Figur 3.4 **Antal patienter, vårdtillfällen och vårddagar i slutenvården 1999 till 2018**

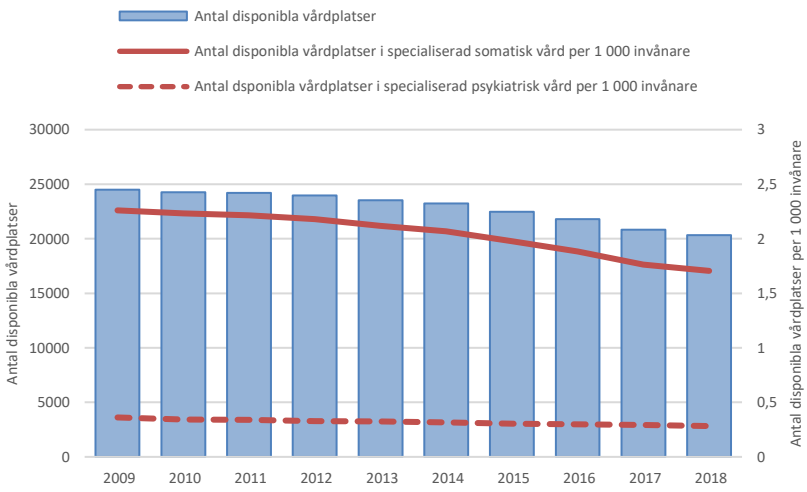
Per 100 000 invånare. Index 1999=100



Källa: Socialstyrelsen, statistikdatabasen.

Utvecklingen av antalet disponibla vårdplatser inom specialiserad somatisk och psykiatrisk vård visas i figuren nedan. Antalet disponibla vårdplatser 2018 inom den specialiserade somatiska vården var cirka 17 400 och inom psykiatrin 2 900. Sedan 2009 har antalet minskat från 24 500 till 20 300 disponibla vårdplatser. Under samma period har antalet disponibla vårdplatser per 1 000 invånare inom somatisk vård minskat från 2,3 till 1,7 och inom psykiatrin från 0,4 till 0,3. Denna utveckling ska ses som ytterligare en illustration av den pågående rörelsen där en allt större del av vården tillgodoses i öppna vårdformer (SKL 2019b).

Figur 3.5 Disponibla vårdplatser i specialiserad somatisk och psykiatrisk vård



Källa: Verksamhetsstatistik Sveriges Kommuner och Landsting.

3.3 Framtidens vård

Svensk sjukvård har i historiskt perspektiv dominerats av investeringar i specialistvård och akutsjukhus. Även om primärvården har en central roll i hälso- och sjukvården vänder sig en stor andel av patienterna till andra vårdnivåer, till exempel akutmottagningar, på grund av bristande tillgänglighet på andra vårdinstanser.

Riksdagen antog 2018 regeringens proposition Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti (prop. 2017/18:83). I propositionen uttalar regeringen att svensk hälso- och sjukvård behöver omstruktureras för att åstadkomma ökad kvalitet, bättre tillgänglighet och effektivare resursutnyttjande samtidigt som patientens behov sätts i centrum. En viktig del i omstruktureringen är att göra primärvården till den tydliga basen i hälso- och sjukvården. Mer resurser behöver föras över till primärvården. I propositionen bedömer regeringen att alla vårdens intressenter och aktörer bör sträva åt samma håll i omstruktureringen av hälso- och sjukvården. En förflyttning bör ske från dagens sjukhustunga hälso- och sjukvård till en förstärkt första linjens hälso- och sjukvård. Grunden är en god och nära vård som tydligt utgår från patientens behov.

De här ambitionerna är inte nya. Redan under 1970-talet uttalades behovet av en förändrad vårdstruktur mot ökad öppenvård och minskad slutenvård. Förändringen ansågs vara mycket komplicerad och bedömdes pågå under en längre tidsperiod. Med hänsyn till bland annat ansvarsuppdelningen inom hälso- och sjukvården ansågs det då vara viktigt att arbetet bedrevs väl samordnat.

Parallellt med omställningen till en vidareutvecklad nära vård har en ny besluts- och arbetsprocess för den nationella högspecialiserade vården lagts fast och började gälla från den 1 juli 2018. Socialstyrelsen ska i detta arbete också analysera konsekvenserna för akutsjukvården. Frågan om nivåstrukturering och koncentration av vård på regional nivå är mycket nära kopplat till detta.

Framtidens vård ställer stora krav på omställning inom hälso- och sjukvården liksom på ett nytt synsätt hos aktörerna i hälso- och sjukvårdssystemet. Det ställer också krav på förändrad inriktning och omfattning på investeringar i olika delar av hälso- och sjukvården.

Digitalisering och ny teknik i vården

Utöver strukturförändringar påverkas hälso- och sjukvården också av digitalisering och ny teknik. För att kunna möta de höga förväntningar som ställs på sjukvården, i dag och i framtiden, måste digitaliseringens möjligheter tillvaratas på bästa sätt. Det kan handla om att ny teknik (bland annat AI) bidrar till nya arbetssätt inom hälso- och sjukvården, att mer vård utförs i hemmet och att patienter i högre grad kan ta ansvar för sin egen vård.

Som ett led i att stärka samordningen inom e-hälsoområdet har staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), numera Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) ingått en överenskommelse om Vision e-hälsa 2025. Överenskommelsen har konkretiserats i en gemensam handlingsplan som beskriver hur det gemensamma arbetet på e-hälsoområdet ska utformas, styras och drivas framåt. En gemensam nationell styr- och samverkansorganisation finns etablerad. För 2018 har en plan arbetats fram i den nationella styr- och samverkansorganisationen som beskriver vilka initiativ som arbetet inom de tre insatsområdena regelverk, standarder och enhetligare begreppsanvändning ska fokusera på. Bland annat har ett nationellt forum för standardisering inom e-hälsoområdet etablerats.

Utmaningen när det gäller digitalisering och ny teknik inom vården är dels att förstå hur framtidens sjukvård kommer att påverkas av ny teknik, dels att se hur den nya tekniken påverkar behovet av investeringar i fysiska vårdinrättningar.

Patientens möjlighet att göra egna val

Vårdval, eller hälsoval, har funnits i hälso- och sjukvården under lång tid. I början av 1990-talet införde flera landsting möjlighet för patienter att välja vårdgivare. Sedan 2010 är vårdval i primärvården obligatoriskt för alla regioner. Respektive region ska organisera primärvården så att medborgarna kan välja mellan olika utförare. Utformningen av vårdvalen innebär etableringsfrihet för aktörer som uppfyller av regionen uppställda krav. Flera av de nuvarande regionerna inför nu även vårdval inom specialiserad vård.

Vårdvalen syftar till att stärka patienternas valmöjligheter. Ur en teoretisk utgångspunkt innebär konkurrensen mellan vårdgivare en strävan att uppfylla patienternas förväntningar på lokalisering, öppettider, bemötande, information och kvalitet i vården (se till exempel SKL, 2013 och Glenngård, 2013). Förutsättningar för ett fungerande vårdval är att det finns flera vårdgivare och att patienterna har tillräcklig information.

Vårdvalen inom primärvården har enligt utredningen *Styrning för en mer jämlik vård* (SOU 2019:42) inneburit en ökad etablering och mångfald samt att patientens valfrihet stärkts. Tillgängligheten anses även ha ökat för många genom att avståndet till närmsta vårdcentral minskat. Mäts tillgänglighet i väntetider ses däremot ingen förbättring. Vad gäller kvalitetskonkurrens konstaterar utredningen att det är för tidigt att bedöma. Vidare bedöms att vårdvalen kan ha haft en viss negativ effekt på jämlikheten i vården. Vad gäller behovsbaserad vård, till exempel ett anpassat utbud i socioekonomiskt utsatta områden eller att vården organiseras för att möta dem med störst behov, visar de fåtal analyser som gjorts att vårdvalen inte gynnar dem med störst behov och har försvårat integrerad vård för dem med stora komplexa behov. Vidare observeras att kontinuiteten i vården är fortsatt låg vilket minskar förutsättningarna för personalen att ta ansvar för ”sina” patienter. Gällande produktiviteten sågs den öka under några år efter vårdvalsreformen men under senare år ses fallande produktivitet.

Målsättningar med vårdval i specialistvården har undersökts i en enkät 2013 till kontaktpersoner vid landstingen (SKL, 2013). Det som nämns mest frekvent är att stärka patientens ställning och valmöjligheter samt förbättrad tillgänglighet och kortare köer. Verksamhetsutveckling, ökad kvalitet och effektiviseringar är andra målsättningar som lyfts fram. Vårdvalen ansågs också kunna bidra till lösningar på problem med att rekrytera och behålla specialister. I flera landsting ansågs vårdvalen också behövas för att flytta ut verksamheter från sjukhusen.

Vårdvalen ger möjligheter i utvecklingen av vården men innebär också utmaningar för regionerna och utformningen får konsekvenser för styrningen. Detta gäller till exempel utformning av ersättning för vårdepisoder och helhetsansvar för viss diagnos.

Rekrytering och bemanning

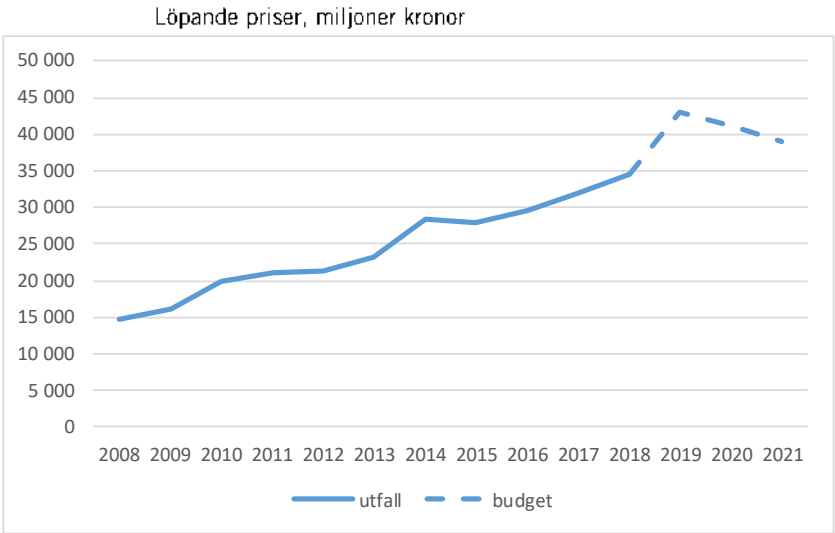
Bemanningen inom hälso- och sjukvården är ytterligare en utmaning som till exempel uppmärksammats i *Effektiv vård* (SOU 2016:2) och *God och nära vård – en primärvårdsreform* (SOU 2018:39). Efterfrågan på läkare och sjuksköterskor är större än utbudet och det kommer enligt SKR, även fortsatt att vara en utmaning att rekrytera personal i takt med ökade behov. Stora personalavgångar i kombination med en ansträngd rekryteringssituation innebär utmaningar att säkerställa en effektivt organiserad vård med rätt kompetens på rätt plats (SKL, 2019). En kortsiktig lösning på bemanningsproblemen är inhyrd personal. Kostnaderna för detta ökar i regionerna.

Det ansträngda rekryteringsläget har flera orsaker. Dels råder det nationell brist på sjuksköterskor, framför allt vidareutbildade sjuksköterskor (SOU 2016:2), dels gör arbetssituationen att många sjuksköterskor väljer att lämna sina arbeten (SOU 2018:39). Bristen på specialister i allmänmedicin har, enligt utredningen för samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2018:39), varit ett problem de senaste decennierna och utredningen bedömer att det krävs åtgärder för att säkerställa att det utbildas tillräckligt många specialister inom allmänmedicin.

3.4 Investeringsbehov

En utmaning för regionerna är stora investeringsbehov. Investeringar i regionerna har ökat med 10 procent årligen i genomsnitt under de senaste tio åren. Under 2018 genomfördes investeringar om drygt 28 miljarder kronor i regionerna, vilket var 15 procent högre än 2017. Inkluderas investeringar i de regionägda bolagen summerar investeringarna 2018 till drygt 34 miljarder kronor. Enligt regionernas budget och plan planeras investeringar under perioden 2019 till 2021 på drygt 120 miljarder kronor, i regioner och regionägda bolag.

Figur 3.6 **Investeringar i regioner inklusive regionägda bolag 2008–2018 samt budget och plan 2019–2021**



Källa: Statistiska centralbyrån, Sveriges Kommuner och Landsting och respektive regionbudget för 2019.

Figuren ovan visar utvecklingen av investeringar i regioner och regionägda bolag under perioden 2008 till 2018, samt budget för 2019 och planerade investeringar 2020 och 2021. Enligt SKL (2018 och 2019a) som varje år genomför en enkät till regionernas ekonomidirektörer genomförs stora investeringar i hälso- och sjukvården och det väntar ytterligare stora investeringar på grund av den växande befolkningen och för att äldre byggnader behöver moderniseras. Investeringar i hälso- och sjukvården omfattar till exempel nya sjukhus, operations-

salar och psykiatribyggnader. Vid sidan av detta ökar även investeringar i kollektivtrafik.

Investeringar i regionägda bolag redovisas endast på totalnivå

SCB samlar in uppgifter om investeringar i regioner och i regionägda bolag. Investeringar i region inklusive regionägda bolag redovisas dock endast på totalnivå, medan investeringar i region delas upp i investeringsslag och verksamhetsområden. Det innebär att de uppgifter som redovisas i den uppdelade statistiken saknar i storleksordningen fem till åtta miljarder kronor årligen, vilket framgår av tabellen nedan.

Investeringar i region delredovisas i kategorierna byggnader och mark, medicinteknisk utrustning och övriga inventarier. Under 2018 utgjorde investeringar i byggnader och mark 71 procent av de totala investeringarna, medicinteknik 11 procent och övriga inventarier 17 procent.

Investeringar ökar i såväl byggnader och mark, som i medicinteknisk utrustning och övriga inventarier. Störst är ökningen av investeringar i byggnader och mark som från 2009 till 2018 ökade med i genomsnitt 12 procent per år. Under samma period var den genomsnittliga ökningen av investeringar i medicinteknisk utrustning 4 procent per år och i övriga inventarier 3 procent per år.

Tabell 3.1 Regionernas investeringar

Miljoner kronor, löpande priser

År	Koncern	Region			
	totalt	totalt	fastigheter	medicinteknisk utrustning	övriga inventarier
2018	**34 476**	28 357	20 205	3 124	4 679
Serviceverksamheter			*55 %*	*37%*	*36%*
Hälso- och sjukvård			*35 %*	*63%*	*37%*
Regional utveckling			*10 %*	*0%*	*26%*
2017	**31 958**	**24 632**	15 626	2 723	6 052
2016	**29 635**	**22 760**	15 229	3 182	4 122
2015	**27 998**	**20 637**	14 059	2 467	4 064
2014	**28 450**	**19 304**	12 865	2 113	4 321
2013	**23 290**	**16 185**	9 968	2 121	4 094
2012	**21 370**	**15 827**	10 127	2 013	3 443
2011	**20 007**	**15 689**	9 598	2 027	3 622
2010	**19 830**	**14 551**	8 008	2 128	4 413
2009	**15 997**	**11 477**	6 311	2 126	2 512

Källa: Statistiska centralbyrån, Sveriges kommuner och landsting.

I vilka verksamheter sker investeringarna?

Investeringsutgifterna redovisas under kategorierna hälso- och sjukvård, regional utveckling och serviceverksamheter (SKL, 2015). De största områdena är serviceverksamheter och hälso- och sjukvård. Serviceverksamheter omfattar bland annat fastighetsförvaltning men också medicinsk service där till exempel laboratorier, operations- och röntgenavdelningar ingår (SCB, 2017).

De verksamhetsindelade investeringsutgifterna för byggnader och mark 2018 visar att drygt hälften av utgifterna utgörs av serviceverksamheter där fastighetsförvaltning utgör över 97 procent. Det framgår dock inte i vilka verksamheter dessa fastigheter används. Knappt 40 procent av investeringar i byggnader sker för hälso- och sjukvården där hälften utgör investeringar för specialiserad somatisk vård, dock redovisas en nästan lika stor andel som övrig hälso- och sjukvård. Investeringar i regional utveckling består nära nog uteslutande av investeringar i trafik och infrastruktur.

Sammanfattningsvis visar statistiken att drygt hälften av investeringarna avser underhåll av befintliga byggnader, någon vidare verksamhetskoppling redovisas dock inte. Den största delen av nybyggnationen avser hälso- och sjukvården där drygt hälften hänförs till specialiserad somatisk vård, men en nästan lika stor del redovisas i samlingskategorin övrig hälso- och sjukvård. Sammantaget innebär detta att tillgängliga uppgifter från SCB endast ger en översiktlig bild av regionernas investeringar i byggnader. Se vidare kapitel 6.

SKL har gjort fördjupade studier

SKL (numera SKR) har genomfört två studier över landstingens fastighetsinvesteringar, 2010 och 2014. Studierna bygger på offentliga uppgifter och på intervjuer med företrädare för samtliga landsting. Syftet har varit att dels sammanställa landstingens planerade investeringar, dels att analysera omfattning och inriktning på planerade investeringar. Orsaker bakom investeringarna varierar (SKL, 2014). Det är allt från nya arbetsmiljökrav och krav på förbättrad patientmiljö till nya tekniska krav och förändrade behov på grund av verksamhetsförändringar och nya arbetsprocesser inom vården som driver investeringarna. Till detta kommer att fastighetsbeståndet är åldrat. SKL identifierade 2014 tre grupperingar av investeringar: teknisk upprustning, akutvårdsavdelningar och nya vårdavdelningar.

Teknisk upprustning följs och kombineras ofta med verksamhetsförändringar. Ett problem som lyfts fram är dock att den tekniska upprustningen och verksamhetsförändringen har olika tidshorisont vilket kan försvåra genomförandet. Med den snabba utveckling som sker till exempel inom medicinteknikområdet är det svårt att i dag förutse behov 10 till 15 år fram i tiden. Den andra gruppen är akutvårdsavdelningar. Akutvården är känslig för befolkningsförändringar, såväl ökning som minskning. Akutsjukvårdens processer har dessutom förändrats mot när många av avdelningarna byggdes. Den tredje gruppen är nya vårdavdelningar. Landstingen har till SKL uppgivit ett ökat behov av enkelrum för patienter främst av hygienskäl. Att bygga om befintliga vårdlokaler till enkelrum uppges ofta ge för få rum för att kunna skapa en effektiv bemanning. Därför byggs nya så kallade vårdblock där antalet enkelrum är tillräckligt stort för att

kunna skapa effektiv bemanning. Landsting med befolkningsökning uppges också behöva totalt fler vårdplatser.

Utöver de tre grupperna pågick enligt SKL projekt för alla möjliga sorters verksamheter. Exempel som nämns är nybyggnadsprojekt av högspecialisthus, administrationshus, närsjukhus, lokaler för rehabilitering, bild- och funktionsmedicin och strålningsbunkrar. Vidare framhåller man att det inte är ovanligt att man bygger nya hus för den verksamhet som är mest teknikintensiv. Ungefär hälften av landstingen hade 2014 projekt för operationsverksamhet och de stora landstingen hade flera stora projekt med nya operationsavdelningar på flera sjukhus.

SKL (2014) konstaterade att det skett en kraftig ökning av vårdinvesteringar under några år och att det inte investerats så mycket i vårdlokaler sedan 1960- och 1970-talen. Man ställde också frågor till landstingen om investeringsplaner framåt och bedömde då att landstingens fastighetsinvesteringar skulle öka fram till 2016 till en nivå på 14 miljarder kronor för att sedan avta. En osäkerhet i prognosen som framhölls är att planer längre fram i tiden är osäkra. Utredningen har ännu inte tillgång till utfallet för investeringar i byggnader och mark för 2018 från SCB. Det finns dock inget i totalsiffrorna som tyder på att investeringsaktiviteten avtar.

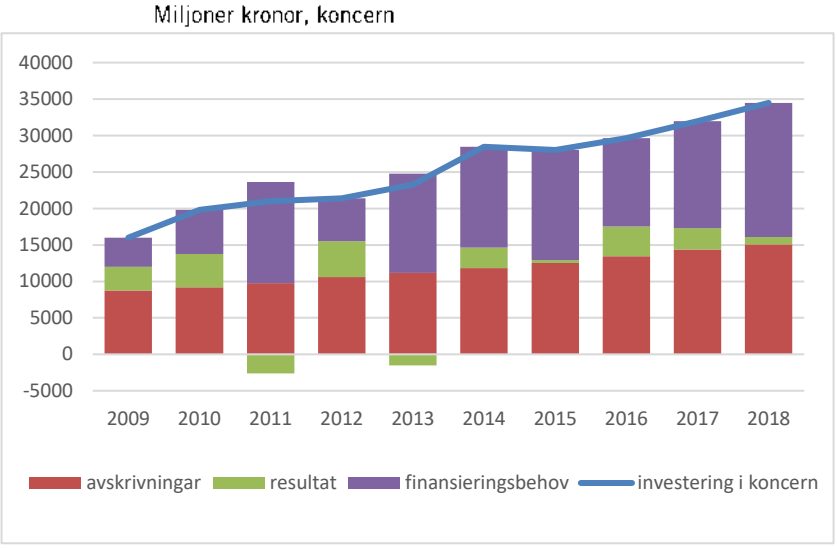
SKL gjorde också en bedömning av storleken på den gemensamma projektportföljen. De räknade på alla projekt över 200 miljoner kronor och kom då fram till att pågående projekt i alla faser från förstudier till de som färdigställs 2014 var 56,3 miljarder kronor. Då exkluderas NKS eftersom det är en OPS, samt ett sjukhusprojekt med privat finansiering i Ängelholm. Räknas dessa in tillsammans med ytterligare några projekt i sen planeringsfas uppskattar SKL den aktuella projektportföljen 2014 till 86 miljarder kronor. Se vidare kapitel 6.

3.5 Ekonomisk utmaning för regionerna

Med ökande investeringar ökar finansieringsbehovet i regionerna. Regionernas skatteintäkter och statsbidrag har ökat över tid, dock inte i samma takt som investeringarna. Under den senaste tioårsperioden har investeringar i regioner och regionägda bolag som andel av skatter och statsbidrag har ökat från 7 procent 2009 till 11 procent

2018 och självfinansieringsgraden har under samma period fallit från 75 till 47 procent.

Figur 3.7 Investeringar och finansieringsbehov i regioner



Källa: Statistiska centralbyrån och Sveriges kommuner och landsting.

Regionernas samlade låneskuld har under perioden ökat från 10 miljarder kronor 2009 till drygt 65 miljarder kronor 2018. I enkätsvar till SKL uppger regionerna att lånebehovet under 2019 till 2021 är i storleksordningen 30 miljarder kronor. Hur regionerna finansierar sig varierar. Stora regioner, till exempel Region Stockholm får vid sidan av lån från banker sin finansiering direkt via kapitalmarknaden, medan mindre regioner finansierar sig via banker och Kommuninvest.

En utmaning för regionerna är att samtidigt som kraftiga investeringar genomförs och upplåningen ökar så är resultatutvecklingen svag. Resultaten 2018 försämrades i 16 av 20 regioner jämfört med 2017. Enligt SKL (2019) är det inte låga intäktsökningar som förklarar svaga ekonomiska resultat. Främsta orsak är kostnadsutvecklingen. Inför kommande år prognostiserar SKL (2019) långsammare tillväxt i skatteunderlaget och fortsatta demografiska utmaningar vilket kommer att ytterligare påverka resultaten negativt.

Den huvudsakliga intäktskällan för regionerna är skatter. Under 2019 har tre regioner höjt skatten och enligt SKL har ytterligare tre

aviserat höjning under 2020. Under den senaste tioårsperioden har ingen region sänkt skattesatsen, däremot har alla regioner utom Stockholm höjt minst en gång, de flesta två gånger eller fler. Regionerna befinner sig enligt SKL i ett utsatt ekonomiskt läge.

4 Aktörer

Av hälso- och sjukvårdslagen framgår att regioner och kommuner är huvudmän för hälso- och sjukvården. För hälso- och sjukvård som berör flera regioner ska landet vara indelat i regioner för hälso- och sjukvård (samverkansregioner), vilket anges i hälso- och sjukvårdsförordningen. Staten styr hälso- och sjukvården endast övergripande genom lagstiftning, föreskrifter, och fördelning av generella statsbidrag. Utöver det finns andra former för statlig styrning som överenskommelser, nationella strategier, nationella samordnare och riktade statsbidrag för särskilda ändamål. Ytterligare ett sätt för staten att styra är genom uppföljning, utvärdering och tillsyn.

Flera olika aktörer på regional och nationell nivå har och kan ha en roll när det gäller investeringar och upphandlingar inom hälso- och sjukvården. Lägger man till att investeringar i sjukhus är nära knutna till den vård som bedrivs inom sjukhuset så blir antalet berörda aktörer än fler. I detta avsnitt presenterar utredningen de olika aktörerna, deras uppdrag och ansvar när det gäller investeringar, upphandlingar och större organisationsförändringar inom hälso- och sjukvården.

4.1 Regioner

Enligt kommunallagen (2017:725, KL) 1:2 sköter kommuner och regioner på demokratins och den kommunala självstyrelsens grund de angelägenheter som anges i lag. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL) kapitel 8 och 12 pekas regioner och kommuner ut som huvudmän för hälso- och sjukvården. Med huvudman avses den region eller den kommun som ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Se även kapitel 2.

Sveriges 21 regioner har alltså ansvaret för att organisera hälso- och sjukvården i respektive region. Generell reglering om regionernas organisation, beslut och verksamhetsformer finns i kommunallagen medan specifika krav för hälso- och sjukvårdens organisering finns i hälso- och sjukvårdslagen. Utifrån detta beslutar sedan varje region om ansvarsfördelning och på vilken nivå enskilda beslut ska fattas.

4.1.1 Generellt om regionernas organisation och verksamhetsformer

Fullmäktige

Enligt kommunallagen finns i varje region en beslutande församling, ett fullmäktige. Dess uppgifter regleras främst i kommunallagen kapitel 5. Fullmäktige får inrätta fullmäktigeberedningar för beredning av ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden som ska avgöras av fullmäktige. Fullmäktige ska tillsätta en styrelse och de nämnder som utöver styrelsen behövs för att fullgöra kommunens eller regionens uppgifter enligt lag eller annan författning. Fullmäktige får bestämma att en nämnd ska ha ett eller flera utskott. Om fullmäktige inte har bestämt något om utskott, får nämnden själv bestämma att utskott ska finnas.

Fullmäktige beslutar i ärenden av principiell beskaffenhet eller av större vikt för regionen, exempelvis mål och riktlinjer för verksamheten, budget, skatt och andra viktiga ekonomiska frågor, nämndernas organisation och verksamhetsformer och val av ledamöter och ersättare i nämnder och beredningar. Fullmäktige får uppdra åt en nämnd att i fullmäktiges ställe besluta i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden om inte beslutanderätten i författning särskilt förbehållits fullmäktige. I samband med att budgeten fastställs eller anslag beviljas får fullmäktige uppdra åt en nämnd att genomföra en viss verksamhet inom ramen för de riktlinjer om verksamheten som fullmäktige har fastställt. Innan ett ärende avgörs av fullmäktige, ska det ha beretts antingen av en nämnd vars verksamhetsområde ärendet berör eller av en fullmäktigeberedning. Om ett ärende har beretts bara av en fullmäktigeberedning, ska en nämnd vars verksamhetsområde ärendet berör alltid ges tillfälle att yttra sig. Fullmäktiges sammanträden är offentliga men fullmäktige får besluta att överläggningen i ett visst ärende ska hållas inom stängda dörrar.

Fullmäktige ska anta en arbetsordning av vilken det ska framgå vad som i övrigt ska gälla för fullmäktiges sammanträden och handläggning av ärenden.

Fullmäktige ska, om inte något annat anges i lag eller annan författning, bestämma nämndernas verksamhetsområden och inbördes förhållanden. Fullmäktige får besluta att styrelsen får fatta beslut om särskilt angivna förhållanden som rör andra nämnders verksamhet. Fullmäktige får också besluta att en annan nämnd än styrelsen helt eller delvis ska ha hand om förvaltningen och verkställigheten i fråga om egendom samt verkställigheten av fullmäktiges beslut. Därutöver får fullmäktige besluta att en annan nämnd helt eller delvis ska ha hand om sin egen medelsförvaltning.

Styrelse

Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen av regionens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Styrelsens arbete regleras primärt i KL kapitel 6.

Styrelsen ska lägga fram förslag till beslut i ett ärende, om inte någon annan nämnd eller en fullmäktigeberedning har gjort det. Styrelsen ska alltid ges tillfälle att yttra sig i ett ärende som har beretts av en annan nämnd eller av en fullmäktigeberedning.

Styrelsen ska särskilt bereda eller yttra sig i ärenden som ska handläggas av fullmäktige, ha hand om den ekonomiska förvaltningen, verkställa fullmäktiges beslut, och i övrigt fullgöra de uppdrag som fullmäktige har lämnat över till styrelsen. Styrelsen ska också följa de frågor som kan inverka på regionens utveckling och ekonomiska ställning. Styrelsen ska göra de framställningar som behövs hos fullmäktige, övriga nämnder och andra myndigheter.

Styrelsen ska enligt KL 7:1 utse en direktör. Direktören ska ha den ledande ställningen bland de anställda och vara chef för den förvaltning som finns under styrelsen. I KL 7:2 stadgas att styrelsen ska i en instruktion fastställa hur direktören ska leda förvaltningen under styrelsen. Instruktionen ska också fastställa direktörens övriga uppgifter.

Nämnd

Nämnder beslutar enligt KL kapitel 6 i frågor som rör förvaltningen och i frågor som de enligt lag eller annan författning ska ha hand om. Nämnderna beslutar också i frågor som fullmäktige har delegerat till dem. Nämnderna bereder fullmäktiges ärenden och ansvarar för att fullmäktiges beslut verkställs. Nämnderna ska redovisa till fullmäktige hur de har fullgjort sådana uppdrag som fullmäktige har lämnat till dem. En nämnd får tillsätta de nämndberedningar som behövs.

Nämnderna ska var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

En nämnd får uppdra åt presidiet, ett utskott, en ledamot eller ersättare att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden. Beslutanderätten får inte delegeras när det gäller ärenden som avser bland annat verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet. En nämnd får uppdra åt ordföranden, eller en annan ledamot som nämnden har utsett, att besluta på nämndens vägnar i ärenden som är så brådskande att nämndens avgörande inte kan avvaktas.

Utskott

KL 3:5 stadgar att nämnder kan ha utskott. Med stöd av KL 6:41 kan en nämnds beslutanderätt delegeras till ett utskott. Ett utskott kan också ha till uppgift att bereda nämndens ärenden. En nämnd ska välja utskott bland ledamöterna och ersättarna i nämnden, KL 6:42.

4.1.2 Regionernas organisering av hälso- och sjukvård

Det yttersta ansvaret för hälso- och sjukvården har fullmäktige då fullmäktige är regionens högsta beslutande organ. Beslutsrätt delegeras av fullmäktige till styrelsen och nämnder som i sin tur kan delegera vidare inom de ramar som kommunallagen ställer upp.

Av hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 7:1 framgår att ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten i en region ska utövas av en eller flera nämnder. I flertalet regioner ligger ansvaret på en hälso- och sjukvårdsnämnd, i andra på en hälso- och sjukvårdsstyrelse eller en beredning. Ytterligare andra har utskott som ansvarar för hälso- och sjukvårdsfrågor eller enskilda styrelser för sjukhus respektive vård. Därutöver kan det också finnas nämnder eller styrelser som ansvarar för specifika frågor inom hälso- och sjukvården. Enskilda sjukhus som bedrivs i offentlig regi är i regel också nämnder.

Regionen ska enligt HSL kapitel 7 planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Regionen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. I frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner ska regionerna samverka.

Regioner och kommuner ska vidare enligt HSL 18:2 medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. De ska också samverka med varandra och med berörda universitet och högskolor i den omfattning som behövs.

4.2 Samverkansregioner

För hälso- och sjukvård som berör flera regioner ska landet vara indelat i samverkansregioner. Det finns sex samverkansregioner: Stockholmsregionen, Linköpingsregionen, Lund/Malmöregionen, Göteborgsregionen, Uppsala/Örebroregionen och Umeåregionen. Det framgår av hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 3:1, där det också anges vilka regioner och kommuner som ingår i vilken samverkansregion. I varje region finns ett regionsjukhus, förutom i Uppsala/Örebroregionen som har två regionsjukhus. Samtliga regionsjukhus räknar sig som universitetssjukhus.

Samverkansregionerna är administrativa enheter och syftar till att möjliggöra samverkan kring regionsjukvård och övergripande frågor om styrning med kunskap i de regioner som ingår i samverkansregionerna. Staten har alltså ålagt regionerna en samverkansskyldighet och beslutat om regional indelning. Staten har däremot inte preciserat

formerna för denna samverkan inom samverkansregionerna, vilket har gjort att samverkansformerna varierar.

Enligt KL 3:8 får kommuner och regioner bilda kommunalförbund och lämna över skötseln av kommunala angelägenheter till sådana förbund. Kommunalförbund har en egen juridisk personlighet skild från sina medlemskommuner. Regler om kommunalförbunds befogenheter återfinns i KL kapitel 9. Huvudregeln är att kommunalförbund kan överta de befogenheter som annars enligt lag tillfaller dess medlemskommuner.[1]

Kommuner och regioner får också med stöd av KL 3:9 besluta att en nämnd ska vara gemensam med en annan kommun eller en annan region. Nämndens uppgifter ska enligt KL 9:22 preciseras i en överenskommelse mellan de berörda kommunerna och regionerna. Om inte annat stadgas tillämpas kommunallagens regler om nämnder även för gemensamma nämnder, KL 9:23.

En kommun eller en region får enligt KL 9:37 även ingå avtal om att någon av dess uppgifter helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller en annan region (avtalssamverkan). Utöver vad som framgår av kommunallagen finns inte någon närmare reglering av samverkansregionernas ansvar, mandat och organisation.

Samverkan inom de sex samverkansregionerna sker antingen i politisk samverkansnämnd eller i ett kommunalförbund. Nämnden eller förbundet består av politiska företrädare för de regioner och kommuner som ingår i samverkansregionen. Ofta finns ett arbetsutskott samt en beredningsgrupp kopplad till nämnden. Samverkansnämnderna skiljer sig åt vad gäller utformning och ansvar.

Mål för samverkan inom samverkansregionerna handlar generellt om att tillgodose samverkansregionens invånares behov av hälso- och sjukvård, att utveckla regionsjukvården vid universitetssjukhuset och samverka kring klinisk forskning och utveckling samt utbildning.

Inom samverkansregionerna finns etablerade samarbeten inom olika områden. Vanliga samarbetsområden är bland annat nationell kunskapsstyrning, regionala cancercentrum, kvalitetsregister, kompetensförsörjning samt forskning och utbildning.

Samverkansnämnden beslutar om samverkansavtal som i regel är fleråriga. Avtalet reglerar bland annat samarbetet om utomlänsvård inom samverkansregionen. Nämnden fastställer också regionala pris-

[1] Högsta förvaltningsdomstolen har dock fastslagit att ett kommunalförbund inte kan ta över normgivningskompetens enligt regeringsformen, HFD 2013 ref 80.

listor för debitering av vård i egen regi av patienter från andra regioner. De flesta nämnder, men inte alla, kan också besluta i enskilda ärenden samt ge rekommendationer till sjukvårdshuvudmännen. Samverkansnämnden beslutar inte om investeringar i enskilda sjukhus, det gör regionerna. Vissa samverkansregioner har dock lagt fast hur det samlade hälso- och sjukvårdssystemet ska se ut i regionen och även i viss mån vilka prioriteringar som ska göras.

4.3 Sjukhus

Den svenska sjukhusvården kan delas in på olika sätt. En typ av indelning är i länsdelssjukhus, länssjukhus och regionsjukhus. Regionsjukhusen i Sverige räknar sig alla som universitetssjukhus. En annan indelning är i universitetssjukhus, akutsjukhus och specialistsjukhus. Det finns inga gemensamma uppdragsbeskrivningar för de olika typerna av sjukhus (Ds 2016:28). Varje region avgör själv hur den ska styra och organisera vården och vilken vård som ska finnas vid de enskilda sjukhusen.

Varje region beslutar också om drifts- och ägandeform för sjukhusen. I vissa regioner har delar av hälso- och sjukvården privatiserats. I andra regioner bedrivs merparten av vården i offentlig regi. Sjukhus som bedrivs i offentlig regi utgör en egen nämnd eller ingår i en nämnd och ska följa kommunallagen. Privatägda sjukhus bedrivs som bolag utifrån aktiebolagslagen (2005:551).

Styrningen av sjukhus sker genom ägardirektiv eller avtal beslutade av fullmäktige. I ägardirektiven fastställs bland annat mål och ekonomiska krav på verksamheten liksom sjukhusets sjukvårdsuppdrag.

Begreppet universitetssjukhus är inte närmare definierat i någon lag eller förordning. Samtliga sju regionsjukhus i de sex sjukhusregionerna räknar sig som universitetssjukhus. Begreppet universitetssjukvård och vad den omfattar läggs däremot fast i de avtal som staten tecknar med regioner om utbildning och forskning inom hälso- och sjukvården (så kallade ALF-avtal, se avsnitt 4.5.1).

4.4 Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är en medlems- och arbetsgivarorganisation för alla kommuner och regioner i Sverige. Det är en politiskt styrd organisation med en styrelse som består av förtroendevalda från kommuner och regioner.

SKR:s uppgift är att stödja och bidra till att utveckla kommuners och regioners verksamhet. SKR arbetar för att påverka utvecklingen i den riktning som ger störst nytta för kommuner, regioner och invånare, bland annat genom intressebevakning. SKR tar fram kunskapsunderlag och öppna jämförelser av kvalitet och effektivitet i kommuners och regioners verksamheter. SKR skapar också nätverk för kunskapsutbyte och samordning samt ger service och rådgivning till tjänstepersoner och förtroendevalda.

Bland de nätverk där representanter för regionerna ingår kan nämnas nätverken för regiondirektörer, hälso- och sjukvårdsdirektörer, ekonomidirektörer, universitetssjukhusdirektörer och fastighetsdirektörer. Under 2020 fokuserar direktörsnätverken inom hälso- och sjukvårdsområdet bland annat på frågor som rör omställning till nära vård och förändrade arbetssätt, kompetensförsörjning, digitalisering och e-hälsa, life science, kunskapsstyrning och nationellt högspecialiserad vård.

När det gäller regionernas fastigheter ansvarar SKR för Fastighetsrådet som är en FoU-fond där samtliga regioner samarbetar och samfinansierar gemensamma FoU-projekt kring regionernas hälso- och sjukvårdsmiljöer. Därutöver utgör SKR kansli för samverkansforumet ”Aktörsnätverket för vårdens byggda miljöer” som främjar och samordnar nationellt forsknings- och utvecklingsarbete. Med i Aktörsnätverket för vårdens arkitektur är Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers tekniska högskola, föreningen Forum Vårdbyggnad, PTS Program för teknisk standard (regionsamverkan organiserat av Region Jönköping), Boverket, Fastighetsrådet och SKR.

Det finns en särskild Sjukvårdsdelegation som består av förtroendevalda från regionerna. Delegationen hanterar övergripande hälso- och sjukvårdsfrågor inklusive läkemedelsfrågor, högspecialiserad vård samt tandvårdsfrågor. Den bereder ärenden åt styrelsen, följer utvecklingen inom sitt sakområde och har viss delegerad beslutsrätt från styrelsen. Sjukvårdsdelegationen kan ta fram rekommendationer om hur regionerna ska hantera en viss fråga. Däremot kan varken Sjuk-

vårdsdelegationen eller SKR:s styrelse formellt påverka enskilda regioners beslut. Andra politiska beredningar att nämna är samhällsbyggnadsberedningen, beredningen för primärvård och äldreomsorg samt beredningen för digitalisering.

Hälso- och sjukvård

SKR ingår överenskommelser med regeringen inom hälso- och sjukvårds- och omsorgsområdet. Samarbetet sker i första hand inom områden som båda parter har identifierat som särskilt viktiga för den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården och omsorgen. Överenskommelser finns för närvarande bland annat som stöd för utvecklingen av nära vård, förbättrad tillgänglighet, utveckling av förlossningsvård och kvinnors hälsa, cancervård och psykisk hälsa. De ekonomiska medlen som regleras genom överenskommelserna går i första hand till regionerna och kommunerna. SKR stödjer medlemmarnas arbete inom de identifierade utvecklingsområdena.

SKR stödjer 25 nationella programområden (NPO) och åtta nationella samverkansgrupper (NSG) som leder det nationella arbetet med kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Ett nationellt programområde består av experter med representation från samtliga samverkansregioner som har ett tydligt uppdrag och mandat att företräda regionen inom det specifika sjukdoms-/organisatoriska området. Gruppen består av deltagare från alla samverkansregioner och en multiprofessionell sammansättning eftersträvas liksom representativet från så väl sjukhus- som primärvård. Värdskap för de olika programområdena är fördelat på de sex samverkansregionerna. SKR ansvarar för närvarande för tre programområden. Programområdets uppdrag är att leda och samordna kunskapsstyrningen inom aktuellt fält. De har bland annat uppdraget att följa upp och analysera sitt område, göra behovsanalyser, identifiera när det saknas kunskapsstöd och bidra i arbetet med användning och utveckling av relevanta nationella kvalitetsregister. Analyser inom fältet och förslag från enskilda programområden ska innehålla ekonomiska värderingar som underlag för prioriteringar. Som exempel på nationella programområden kan nämnas akut vård, barn och ungdomars hälsa, cancersjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar samt sällsynta sjukdomar.

SKR bereder och beslutar också om rekommendation om riksavtal för utomlänsvård. Riksavtalet innehåller bestämmelser om vad som gäller när en person får vård utanför sin hemregion. Detta avtal har godkänts och tillämpas av samtliga regioner. Utöver riksavtalet finns även regionavtal som reglerar samarbetet om utomlänsvård m.m. inom respektive samverkansregion, som vid sina region- och universitetssjukhus driver högt specialiserad sjukvård såsom till exempel neuro-, thorax- och plastikkirurgi. Inom dessa samverkansregioner upprättar de berörda regionerna tillsammans också regionala prislistor, som används vid debitering av hälso- och sjukvård i egen regi av patienter från bland annat andra regioner och EES-länder. Vidare finns mellanlänsavtal som reglerar samarbetet mellan enskilda regioner. Dessa avtal kan avse samverkan om hälso- och sjukvård för till exempel boende i tätortsområden, som är uppdelade på flera regioner eller där regiongränsen korsar en naturlig arbetsmarknadsregion.

4.5 Statliga myndigheter

Det finns flera statliga myndigheter som har ett ansvar inom hälso- och sjukvården och vid investeringar, upphandlingar och större organisationsförändringar inom hälso- och sjukvården. De statliga universiteten ansvarar för forskning och utveckling samt utbildning i samverkan med universitetssjukhusen genom så kallad ALF-avtal. På hälso- och sjukvårdsområdet leder Socialstyrelsen arbetet med att nivåstrukturera den nationella högspecialiserade vården. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) är tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys följer upp, granskar och utvärderar vården. Båda utgår från ett patientperspektiv. Utöver dessa finns också Statens haverikommission som kan utreda olyckor och händelser inom hälso- och sjukvården. Arbetsmiljöverket är tillsynsmyndighet utifrån arbetsmiljölagstiftningen. När det gäller upphandling ger Upphandlingsmyndigheten stöd till upphandlande myndigheter, medan Konkurrensverket är tillsynsmyndighet för den offentliga upphandlingen.

4.5.1 Universitet

Sju statliga universitet bedriver medicinsk forskning och utbildning för läkare: Göteborgs universitet, Linköpings universitet, Lunds universitet, Karolinska Institutet, Umeå universitet, Uppsala universitet samt Örebro universitet. Universiteten är knutna till hälso- och sjukvården genom så kallad ALF-avtal (avtal om läkarutbildning och forskning), se närmare nedan.

I högskolornas uppgift ingår att samverka med det omgivande samhället och verka för att forskningsresultat kommer till nytta. Verksamheten ska bedrivas så att det finns ett nära samband mellan forskning och utbildning. Verksamheten ska anpassas så att en hög kvalitet nås i utbildningen och forskningen. De tillgängliga resurserna ska utnyttjas effektivt för att hålla en hög kvalitet i verksamheten.

Universitetskanslerämbetet (UKÄ) granskar kvaliteten i den högre utbildningen och beslutar om tillstånd att utfärda examina. Om kraven inte är uppfyllda för en viss examen får UKÄ uppmana högskolan eller universitetet att inom en viss tid åtgärda bristerna. Om bristerna kvarstår får UKÄ besluta att universitetet eller högskolan inte längre får utfärda en sådan examen.

ALF-avtal och universitetssjukvård

Staten är huvudman för universiteten och ansvarig för den utbildning som leder fram till läkarexamen, för utbildning på forskarnivå och för medicinsk forskning.

För att främja hälso- och sjukvårdens utveckling och skapa goda förutsättningar för forskning och utbildning har staten och sju regioner slutit avtal om läkarutbildning och forskning (ALF-avtal). Det finns ett nationellt ALF-avtal, som kompletteras av regionala avtal mellan enskilda regioner och universitet.

Det nationella ALF-avtalet anger förutsättningarna för den utbildning och forskning som genomförs i samverkan mellan universitet och hälso- och sjukvården. Genom avtalet fastställs den ersättning (ALF-ersättning) som regionerna får från staten för sitt åtagande att medverka i utbildning av läkare och klinisk forskning. Enligt avtalet ska berörda universitet delta i organisering och ledning av den del av hälso- och sjukvården som omfattar forskning och utbildning. Denna verksamhet betecknas universitetssjukvård och är en gemensam ange-

lägenhet för regioner och universitet. Enligt avtalet ska universitetssjukvården bland annat:

- Bedriva forskning av hög nationell och internationell kvalitet,
- Bedriva utbildning av hög kvalitet,
- Följa den internationella utvecklingen inom medicinsk forskning, utbildning och hälso- och sjukvård,
- Bidra till en evidensbaserad hälso- och sjukvård genom att överföra egna och andras forskningsresultat till praktisk vård och fortlöpande utvärdera etablerade och nya metoder,
- Förmedla resultatet till övriga delar av hälso- och sjukvården,
- Samverka med näringslivet och patientorganisationer.

Av det nationella ALF-avtalet framgår att universitetssjukvården ställer särskilda krav på organisationsutformning, vetenskapligt ledarskap, infrastruktur och finansiering. För optimalt resursutnyttjande för forskning, utbildning och utveckling kan endast begränsade delar av hälso- och sjukvården utgöra universitetssjukvård. De regioner som ingår avtal ska med högt ställda krav på kvalitet komma överens om vilka organisatoriska enheter som ska ingå i universitetssjukvården. Detta regleras i regionala ALF-avtal mellan det enskilda universitetet och regionen.

4.5.2 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet (förordning 2015:284). Myndigheten ska bistå regeringen med underlag och expertkunskap för utvecklingen inom sitt verksamhetsområde. Socialstyrelsen ansvarar också för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling liksom stöd till metodutveckling. Myndigheten ska skapa och tillhandahålla enhetliga begrepp, termer och klassifikationer och ansvarar för föreskrifter och allmänna råd inom sitt verksamhetsområde. Socialstyrelsen ska samverka med relevanta aktörer inom sitt verksamhetsområde för att uppnå målen med verksamheten.

Socialstyrelsens uppdrag ändrades när tillsynsdelen 2013 övergick till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Socialstyrelsen ansva-

rar för att meddela föreskrifter utifrån bland annat hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen, medan IVO bedriver tillsyn utifrån patientsäkerhetslagen. Detta ställer krav på samarbete mellan de båda myndigheterna. I patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) regleras att IVO ska lämna ut uppgifter till Socialstyrelsen om uppgifterna behövs för bland annat kunskapsutveckling, statistikframställning, uppföljning och utvärdering på Socialstyrelsen. Socialstyrelsen ska i sin tur lämna ut uppgifter till IVO om uppgifterna behövs i ett tillsynsärende.

Från den 1 januari 2020 inrättas ett nationellt råd och kansli för kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården på Socialstyrelsen. Det nationella rådet ska långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården.

Nationell högspecialiserad vård

Den tidigare rikssjukvården ersattes den 1 juli 2018 med en ny modell för nationell högspecialiserad vård. Nationell högspecialiserad vård definieras i HSL 2:7 som ”offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje samverkansregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås”. Socialstyrelsen använder följande definition av högspecialiserad vård: ”offentligt finansierad vård som bedrivs vid som mest fem enheter i landet och där endast ett fåtal vårdgivare i landet kan uppfylla kraven på kompetens, tillgänglighet och arbete i multidisciplinära team”. Socialstyrelsen ansvarar för processen att nivåstrukturera den högspecialiserade vården på nationell nivå enligt den nya beslutsprocessen för nationell högspecialiserad vård.

Vid Socialstyrelsen finns Nämnden för nationell högspecialiserad vård (förordning 2015:284). Nämnden är ett beslutsorgan som ska fatta beslut om tillstånd och villkor för att bedriva nationell högspecialiserad vård samt om återkallelse av ett sådant tillstånd enligt 7 kap. 5 a § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Om Socialstyrelsen bestämmer det, får nämnden även fullgöra andra uppgifter. I nämnden ingår företrädare för Socialstyrelsen och regionerna.

4.5.3 Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ansvarar för tillsyn inom bland annat hälso- och sjukvården (förordning 2013:176). Myndigheten bildades och tog över tillsynsansvaret från Socialstyrelsen 2013. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Tillsynen ska genomsyras av ett patient- och brukarperspektiv. Som en del av tillsynen prövar myndigheten klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal enligt bestämmelser i patientsäkerhetslagen. Tillsynen ska även innefatta kontroll av hur verksamheterna fullgör sin skyldighet att bedriva egenkontroll. Resultatet av tillsynen ska redovisas till de granskade verksamheterna och till den region eller den kommun som berörs.

IVO utövar också tillsyn över hälso- och sjukvårdens användning av medicintekniska produkter och tar emot rapporter om händelser med CE-märkta medicintekniska produkter som information.

IVO har sedan något år större utrymme att göra inspektioner på plats, ute i verksamheterna. Inspektionerna är antingen föranmälda eller oanmälda och genomförs både i egeninitierade ärenden och i samband med utredning av anmälningar och klagomål som inkommit till myndigheten. Förutom inspektioner görs även besök hos vård- och omsorgsgivarna där samlade resultat från tillsynsverksamheten redovisas, i syfte att åstadkomma ett brett och systematiskt lärande.

IVOs tillsyn ska planeras och genomföras med utgångspunkt i egna riskanalyser. Riskanalysen innehåller identifierade risker i hälso- och sjukvården och i socialtjänsten. Utgångspunkten är risker för patienter och brukare. Analysen baseras på iakttagelser från såväl den egna tillsynen som från andra aktörer, exempelvis patientförsäkringarna, kommuner, regioner, patientnämnder och brukar- och anhörigorganisationer. För perioden 2018–2020 finns sex prioriterade riskområden. Det handlar bland annat om att samsjukliga patienter riskerar att drabbas av bristande tillgång till vård och omsorg, att patienter som kräver multidisciplinärt omhändertagande riskerar att drabbas av brister i vården, att patienter riskerar att inte behandlas utifrån sjukdomsbild och behov – tillgång på platser och personal blir styrande. Ytterligare ett område är risker kopplade till nätbaserade vårdtjänster och välfärdsteknik. Arbetet inom de prioriterade riskområdena inleds med en förstudie där IVO bland annat konkre-

tiserar frågeställningen och ser över vilka metoder som lämpar sig bäst för tillsyn av området. IVO kan också genomföra tillsyn med systemansats. Det innebär att frågor om ledning och styrning av en organisation ingår i tillsynen, utöver individperspektivet. Bland annat har en systemanalys av patientsäkerhet på akutmottagningarna i Stockholms län gjorts.

IVO lämnar varje år en särskild rapport till regeringen med en sammanfattande analys av arbetet med tillsyn, klagomål enligt patientsäkerhetslagen och tillståndsprövning under det gångna verksamhetsåret. Rapporten innehåller de viktigaste iakttagelserna, de åtgärder som myndigheten vidtagit med anledning av uppmärksammade brister och slutsatser av tillsynen. I redovisningen av tillsyn av verksamhet som rör hälso- och sjukvård ingår prövningen av klagomål enligt patientsäkerhetslagen som en särskild del.

4.5.4 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har till uppgift att ur ett patient-, brukar-, och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom bland annat hälso- och sjukvård (förordning 2010:1385). Myndigheten ska följa upp och analysera vårdens funktionssätt, effektivitetsgranska statliga åtaganden och verksamheter, samt bistå regeringen med underlag och rekommendationer för effektivisering av statlig verksamhet och styrning. Vårdanalys har även till uppgift att på regeringens uppdrag bistå med utvärderingar och uppföljningar av beslutade eller genomförda statliga reformer och andra statliga initiativ. Myndigheten ska också bedriva omvärldsbevakning och genomföra internationella jämförelser. Myndigheten tar varje år fram en särskild analys- och granskningsplan som anger inriktningen för verksamheten under året.

Vid myndigheten finns ett patient- och brukarråd som ska identifiera och lämna förslag på lämpliga områden för analys och granskning. Rådet ska också bistå myndigheten i arbetet med att identifiera patienters, brukares och medborgares behov av information. I rådet ingår företrädare för till exempel patientnämnder, patientföreningar och brukarorganisationer.

Genom sitt uppdrag ska Vårdanalys bidra till att förbättra och effektivisera hälso- och sjukvården samt stärka patienternas och bruk-

arnas ställning. Utifrån medborgarperspektivet värnar myndigheten befolkningens intresse av ett långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem.

Vårdanalys får uppdrag från regeringen, men merparten av projekten är egeninitierade. Myndigheten beskriver sig som en renodlad analysmyndighet som är oberoende av de verksamheter och aktörer som de analyserar, till exempel regioner, kommuner, myndigheter och olika vårdaktörer. Oberoendet grundar sig också i att de inte själva är involverade i hur vården och omsorgen bedrivs.

4.5.5 Statens haverikommission

Statens haverikommission (SHK) är en statlig myndighet som genomför undersökningar enligt lagen (1990:712) om undersökning av olyckor (förordning 2007:860). Exempel på områden där en händelse kan bli föremål för utredning är luftfart, sjöfart, vägtrafik och inom militär verksamhet. Därutöver kan även andra typer av händelser utredas, som till exempel bränder, explosioner, förorenande utsläpp eller händelser inom hälso- och sjukvården.

För att en händelse ska utredas krävs att minst en person omkommit eller skadats allvarligt alternativt att det uppstått omfattande eller allvarlig skada. Utredningar görs i regel inte av långsamma förlopp som på sikt kan leda till allvarlig skada eller dödsfall.

Syftet med en utredning är att klarlägga vad som hänt, varför det hände och hur liknande händelser kan förebyggas eller effekterna av händelsen kan begränsas. Myndigheten lämnar rekommendationer till berörda aktörer i syfte att förbättra säkerheten, men tar inte ställning till skuld eller ansvar. Rekommendationerna är inte bindande. Berörda myndigheter är dock skyldiga att svara på rekommendationerna. Svaren följs upp och bedöms av SHK och rekommendationer som inte fått ett tillfredsställande svar kommenteras i årsredovisningen till regeringen.

Myndigheten samverkar med berörda myndigheter i deras olycksförebyggande verksamhet, framför allt tillsynsmyndigheter.

Utöver vad som framgår av instruktionen kan regeringen ge SHK i uppdrag att utreda en händelse. Det har hittills skett två gånger och avsåg båda händelser som inträffade utomlands.

Utredningar inom hälso- och sjukvård

SHK genomför 20 till 30 utredningar per år. Hittills har endast en utredning inom hälso- och sjukvården gjorts. Det gällde en händelse som inträffade på hjärtkliniken på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna 2010. Rapporten publicerades 2013.

Av SHK:s budgetunderlag 2020–2022 framgår att myndigheten vill utöka utredningsverksamheten av olyckor inom hälso- och sjukvården. Ambitionen är att göra ett tiotal utredningar inom hälso- och sjukvården per år. Anledningen är enligt myndigheten att ett betydande antal patienter drabbas av vårdskador varje år och att det inte finns någon oberoende granskare av skador inom hälso- och sjukvården. SHK:s utredningar skulle kunna vara ett viktigt komplement till de utredningar som vårdgivare själva genomför och till den tillsyn som bedrivs av IVO.

Följande riskområden inom hälso- och sjukvården har SHK identifierat: satellitpatienter (patienter som vårdas på en annan avdelning än de tillhör), multisjuka som är svåra att placera inom vården samt organisations- och ledningsfrågor.

I England och i Norge har myndigheter motsvarande Statens haverikommission i uppdrag att utreda allvarliga händelser inom hälso- och sjukvården. Även där har det skett ett flertal allvarliga händelser inom hälso- och sjukvården. Haverikommissionen i Nederländerna har gjort enstaka utredningar på området.

4.5.6 Arbetsmiljöverket

Arbetsmiljöverket bedriver tillsyn över att arbetsmiljö- och arbetstidslagstiftningen följs av företag och organisationer (förordning 2007:913). Myndigheten meddelar föreskrifter och allmänna råd enligt arbetsmiljö- och arbetstidslagstiftningen. Myndigheten kan fatta beslut om föreläggande eller förbud och begära utdömande av vite eller påförande av sanktionsavgift. Tillsynsaktiviteter planeras främst med utgångspunkt i analyser av arbetsmiljörisk och risk för att aktörer medvetet bryter mot regelverket. Tillsynsaktiviteter styrs även via myndighetens regleringsbrev.

Arbetsmiljöverkets tillsyn är uppdelad på planerad nationell tillsyn, obligatorisk tillsyn och övrig tillsyn. Den obligatoriska tillsynen avser anmälningar enligt 6:6a, 6:7 arbetsmiljölagen samt olyckor.

Övrig tillsyn kan initieras utifrån tips, anmälningar, egna iakttagelser och lokala behov.

I sina inspektioner kontrollerar Arbetsmiljöverket att arbetsgivaren lever upp till arbetsmiljöreglerna, bland annat genom att följa upp de dokument som arbetsgivaren ska ha i sitt arbetsmiljöarbete. En inspektion görs också på delar av arbetsplatsen. Förutom inspektören och arbetsgivaren deltar normalt skyddsombudet eller någon annan representant för arbetstagarna. Om myndigheten upptäcker arbetsmiljöbrister får arbetsgivaren en skrivelse med beskrivning av brister och krav, vilka regler som gäller samt information som stöd för arbetsgivaren att komma till rätta med arbetsmiljöproblemen. Arbetsgivaren ska redovisa till Arbetsmiljöverket om vidtagna och planerade åtgärder. Myndigheten kan också göra en ny uppföljande inspektion. Om arbetsgivaren inte rättar till bristerna kan Arbetsmiljöverket besluta om föreläggande eller förbud, som kan förenas med ett vitesbelopp. Arbetsmiljöverkets beslut kan överklagas av både arbetsgivare och skyddsombud.

Enligt arbetsmiljölagen har arbetsgivaren ansvaret för arbetsmiljön för sina arbetstagare. Detta innebär att arbetsgivaren regelbundet ska undersöka, riskbedöma, åtgärda och regelbundet följa upp arbetsmiljöarbetet. Arbetsgivaren ska vidta åtgärder utifrån riskdömningen före genomförandet av förändringar.

4.5.7 Konkurrensverket

Konkurrensverket är förvaltningsmyndighet för konkurrensfrågor och tillsynsmyndighet för den offentliga upphandlingen (förordning 2007:1117).

På upphandlingsområdet ska Konkurrensverket verka för en effektiv offentlig upphandling till nytta för det allmänna och marknadens aktörer. Myndigheten ska fullgöra uppgifter som bland annat framgår av lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU) och lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner. Konkurrensverket ska även uppmärksamma hinder mot en effektiv offentlig upphandling, lämna förslag till regelreformering samt följa utvecklingen inom sitt ansvarsområde.

Konkurrensverket ska i lämplig omfattning informera företag, upphandlande myndigheter, upphandlande enheter och andra berörda

om avgöranden i konkurrens- och upphandlingsärenden, tillämpningen av LOU och lagen om upphandling av koncessioner och Europeiska unionens konkurrens- och upphandlingsregler. Myndigheten ska främja ett konkurrensinriktat synsätt och verka för en enhetlig tillämpning av de nationella upphandlingsreglerna.

Konkurrensverket ska samverka med Upphandlingsmyndigheten för att utveckla den offentliga upphandlingen.

I sitt tillsynsarbete av den offentliga upphandlingen utreder och beslutar Konkurrensverket om hur upphandlande myndigheter följer regelverken för offentlig upphandling. Tillsynen omfattar inte om upphandlingen har lett till en bra eller dålig affär. Ett ärende kan startas genom tips utifrån, genom omvärldsbevakning eller inom ramen för den planerade tillsynen. Därefter görs en förstudie som leder fram till beslut om att prioritera ett ärende eller avskriva det. Som utgångspunkt används en prioriteringspolicy som bland annat säger att man fokuserar på att utreda frågor där det finns behov av vägledning, där det finns brister i de upphandlande myndigheternas agerande, frågor som har ett allmänintresse och utredningar som kan leda till tydliga resultat.

Går ärendet vidare går myndigheten igenom information och för en dialog med den upphandlande myndigheten. Ett utkast till beslut tas fram som den upphandlande myndigheten får yttra sig om. Därefter fattar Konkurrensverket beslut i ärendet. Tillsynsbeslut publiceras och eventuella tipsare får information om beslutet.

Om Konkurrensverket uppmärksammar överträdelser av upphandlingslagstiftningen kan myndigheten hantera det med olika medel, till exempel genom ansökningar om upphandlingsskadeavgift (gäller otillåtna direktupphandlingar) och tillsynsbeslut. I tillsynsbesluten riktar Konkurrensverket kritik mot att den berörda myndigheten inte har följt upphandlingsregelverket och skälen samt den rättsliga grunden för beslutet anges. Besluten är en form av offentlig anmärkning och är inte förenade med vite, böter eller någon annan sanktion.

4.5.8 Upphandlingsmyndigheten

Upphandlingsmyndigheten bildades 2015 och tog då över delar av Konkurrensverkets verksamhet vad gäller information och stöd om upphandling. Ett argument för den nya myndigheten var att en ny

renodlad stödjande myndighet inom upphandlingsområdet var oberoende från tillsynsverksamheten.

Upphandlingsmyndigheten har det samlade ansvaret för att utveckla, förvalta och stödja den upphandling som genomförs av upphandlande myndigheter och enheter (förordning 2015:527). Myndigheten ska verka för en rättssäker, effektiv och socialt och miljömässigt hållbar upphandling till nytta för medborgarna och näringslivets utveckling. Myndigheten ska främja innovativa lösningar inom upphandling.

Myndigheten ska samverka med ett antal statliga myndigheter, bland annat Konkurrensverket och Kammarkollegiet och med regioner, kommuner, berörda offentliga organisationer samt näringslivet för att utveckla upphandlingen. Vid behov ska myndigheten även samverka med andra organisationer.

Upphandlingsmyndigheten ger generell vägledning i upphandlingens olika faser, men ger inte råd i specifika upphandlingar. Upphandlingsstödet består av bland annat information på myndighetens webbplats, vägledningar, rapporter, seminarier och utbildningar samt frågeservice via telefon.

Den nationella upphandlingsstrategin

Regeringen har tagit fram en Nationell upphandlingsstrategi för att synliggöra de strategiska möjligheter som finns för att kunna nå olika verksamhets- och samhällsmål genom offentlig upphandling. Av strategin framgår bland annat att beslutsfattare måste bli medvetna om att en strategisk användning av upphandling är en förutsättning för att upphandlande myndigheter eller enheter ska kunna nå sina verksamhetsmål och göra goda affärer. Upphandlingsstrategin underlättar och är ett stöd för företrädare och medarbetare på statliga myndigheter, kommuner, landsting och andra upphandlande myndigheter. Den innehåller handfasta tips på hur verksamheter kan utveckla sitt strategiska arbete med upphandling. De upphandlande myndigheterna och enheterna har ett stort ansvar för att upphandla mer strategiskt och ansvara för att skattemedel används på bästa sätt.

Upphandlingsstrategin vänder sig främst till företrädare för de statliga myndigheterna. Kommuner och regioner, vilka står för huvud-

delen av de offentliga inköpen i Sverige, har dock mycket att vinna på att arbeta enligt strategin.

Strategin innehåller sju inriktningsmål: offentlig upphandling som strategiskt verktyg för en god affär (övergripande mål), effektiva offentliga inköp, en mångfald av leverantörer och en väl fungerande konkurrens, en rättssäker offentlig upphandling, en offentlig upphandling som främjar innovationer och alternativa lösningar, en miljömässigt ansvarsfull offentlig upphandling samt offentlig upphandling som bidrar till ett socialt hållbart samhälle.

Upphandlingsmyndigheten har i uppdrag att genomföra och följa upp strategin.

4.6 Kontrollmekanismer

Det finns inte någon entydig definition av begreppet kontrollmekanismer. Kontrollmekanismer kan exempelvis omfatta ansvar, rutiner och processer för att säkerställa att ett regelverk följs eller att en verksamhet bedrivs enligt fastlagda mål, riktlinjer och budget. Det kan också handla om att beslut fattas på rätt sätt och utifrån korrekta underlag. Kontrollmekanismer kan inriktas på att säkerställa olika värden, som till exempel rättssäkerhet, likvärdighet, transparens och effektivitet. De kan också utformas för att säkerställa olika gruppers intressen, exempelvis medborgare eller patienter. Kontrollmekanismer kan vara förebyggande, ske löpande eller komma in i efterhand. De kan finnas på olika nivåer inom en organisation eller på olika nivåer i samhället.

Kontrollmekanismer för hälso- och sjukvården samt investeringar och upphandlingar inom hälso- och sjukvården finns både på regional och nationell nivå. Ansvaret för kontrollmekanismer på regional nivå ligger dels på olika nivåer inom respektive region, dels på de enskilda sjukhusen. På nationell nivå ligger ansvaret ytterst på riksdag och regering liksom på de myndigheter som har ett ansvar för att meddela föreskrifter, utfärda tillstånd, bedriva tillsyn, följa upp, utvärdera eller granska verksamheter.

4.6.1 Kontrollmekanismer på regional nivå

Kontrollmekanismer på regional nivå finns reglerade i kommunallagen (KL). Det handlar om krav på intern kontroll och krav på revision. Ansvaret för intern kontroll ligger på varje enskild nämnd och omfattar också sjukhus som bedrivs i offentlig regi.

Intern kontroll

I KL 6:6 står att varje nämnd ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller styrelsen. Styrelsen har dessutom ett särskilt uppdrag enligt KL 6:1 att leda och samordna regionens angelägenheter och ha uppsikt över de andra nämnderna. Styrelsen ska följa de frågor som kan inverka på regionens utveckling och ekonomiska ställning. Styrelsen ska också ta initiativ, begära upplysningar och yttranden och göra de framställningar som behövs. Sammantaget innebär det att styrelsen har ett övergripande ansvar att se till att de övriga nämnderna arbetar med sin interna kontroll på ett tillfredsställande sätt (SKL, 2008). Fullmäktige har inte ansvar för den interna kontrollen, men kan besluta om reglemente eller riktlinjer för intern kontroll.

Vad är då intern kontroll? I skriften ”Intern kontroll” skriver SKL (2018b) att intern kontroll är en del av styrningen i en organisation, den egna inifrån-kontrollen (att jämföra med extern kontroll). Den interna kontrollen består av de strukturer, system och processer som bidrar till tydlighet och ordning och som säkerställer att verksamheten bedrivs i enlighet med beslutade mål, uppdrag och övriga styrdokument. En bra intern kontroll förebygger, upptäcker och åtgärdar fel och brister som hindrar att organisationen kan nå sina mål på ett säkert och effektivt sätt. Den bygger också in en medvetenhet om behovet av att värna och vårda en stabil, öppen och rättssäker verksamhet. En bra intern kontroll bidrar till att verksamheten når sina mål, att informationen och rapporteringen om verksamheten och ekonomin är tillförlitlig och rättvisande och att verksamheten efterlever lagar, regler, avtal m.m. När ansvaret för den interna kontrollen förtydligades i kommunallagen år 2000 var motivet att den interna kontrollen ska säkra en effektiv förvaltning och att det inte begås allvarliga fel. Den ska bidra till att ändamålsenligheten i verk-

samheten stärks och att den bedrivs effektivt och säkert med medborgarnas bästa för ögonen (prop. 1998/99:66).

SKL lyfter fram fyra byggstenar i arbetet med den interna kontrollen. Det handlar om en *robust organisation*, som omfattar struktur, kultur, ledarskap och kompetens. Här brukar man tala om ”tonen på toppen” för att beskriva hur viktigt det är vad ledningen gör och säger. *Riskanalyser* är en annan central byggsten. Den handlar om att ringa in olika typer av risker som kan hindra eller hota verksamheten. En tredje byggsten är *planerade åtgärder och kontroller utifrån riskanalysen*, det vill säga att hantera de risker man identifierat. Ofta dokumenteras de i en intern kontrollplan som ansvarig nämnd tar beslut om. En fjärde byggsten är *uppföljning och återkoppling av planerade åtgärder och kontroller*. Det är viktigt för lärande och utveckling i organisationen.

Hur den interna kontrollen organiseras och hanteras i praktiken utifrån kraven i kommunallagen varierar i olika kommuner och regioner. SKR:s skrifter syftar till att ge vägledning i detta arbete.

Revision

Kommunal revision regleras i KL kapitel 12. Den kommunala revisionen är oberoende och granskar på fullmäktiges uppdrag. Revisorer i kommuner och regioner granskar årligen i den omfattning som följer av god revisionssed all verksamhet som bedrivs inom nämndernas eller fullmäktigeberedningarnas verksamhetsområden. Revisorerna prövar om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen som görs inom nämnderna är tillräcklig. Revisionen granskar också hur den interna kontrollen är uppbyggd och hur den fungerar i praktiken. Granskningen görs ur ett system-, redovisnings- och verksamhetsperspektiv.

Revisorerna är förtroendevalda och utses av fullmäktige. Varje revisor är självständig, men revisorerna samverkar enligt god revisionssed. Enligt kommunallagen ska revisorerna anlita sakkunniga (yrkesrevisor eller annan specialist) i den omfattning som behövs för att fullgöra granskningen enligt god revisionssed. De sakkunniga ska ha insikt och erfarenhet av kommunal verksamhet. Regionerna har olika modeller för sakkunnigstödet, till exempel genom upphandlade revi-

sionsföretag och andra konsulter, revisionskontor, revisionskansli eller mindre administrativt stöd.

Kravet på god revisionssed finns i kommunallagen. God revisionssed syftar till gemensam utveckling, likartat arbetssätt och bedömningar. Revisionen ska vila på vedertagen praxis och inte vara godtycklig. Revisionsseden beskriver bland annat revisionsprocessen och revisorernas förhållningssätt och arbetsformer. Den goda revisionsseden läggs fast av revisionsdelegationen inom SKR för en mandatperiod, den nu gällande revisionsseden fastställdes 2018.

4.6.2 Kontrollmekanismer på nationell nivå

På nationell nivå finns olika typer av kontrollmekanismer. Flera kontrollmekanismer är i regel aktuella inom ett område.

Riksdagen beslutar om lagar för att reglera en viss verksamhet. Lagstiftningen kan vara mer eller mindre detaljerad. Regeringen kan i sin tur besluta om förordningar som ger närmare reglering inom ett område. Det kan exempelvis handla om vilken eller vilka aktörer som ansvarar för en viss verksamhet och/eller som får meddela föreskrifter.

Uppföljning och utvärdering genomförs i regel löpande inom enskilda verksamheter. Detta kan ses som en del av den interna kontrollen. Det finns också specifika aktörer som har som uppdrag att följa upp och utvärdera ett visst område, enskilda aktörer eller insatser. Exempelvis finns flera analysmyndigheter som har en sådan roll. Regeringen kan också ge en myndighet i uppdrag att utvärdera en specifik verksamhet eller fråga. Genom uppföljning och utvärdering tar man reda på hur det går i en viss verksamhet utifrån de mål och/eller krav som ställs. Ibland lämnas rekommendationer på hur en verksamhet kan utvecklas eller förbättras.

Tillståndsgivning är ytterligare en kontrollmekanism som innebär att man inom ett område har fastställt specifika krav som en aktör ska uppfylla för att få bedriva en viss verksamhet. Kraven utgår ofta från lagstiftning eller en förordning. Tillstånd kan gälla för en viss tid eller löpa på tills en uppföljning eller utvärdering visar att den inte uppfyller kraven.

Tillsyn syftar till att säkerställa att mål och/eller krav uppfylls i en verksamhet utifrån lagstiftning eller annan reglering. Tillsynen kan vara förebyggande, genomföras i löpande verksamhet eller i efter-

hand. Tillsynen kan vara förenad med sanktionsmöjligheter, exempelvis att en myndighet kan meddela vite om en aktör inte följt lagstiftning eller inte uppfyller specifika krav.

Granskning ligger nära revision och avser att ta reda på hur en verksamhet uppfyller målen och/eller om den bedrivs effektivt sett till verksamhet och/eller kostnad. Granskning har både en främjande och kontrollerande roll. I en granskning analyseras i regel vem eller vilka som ansvarar för en viss verksamhet som underlag för ansvarsutkrävande.

5 Entreprenadformer och offentlig-privat samverkan

5.1 Entreprenadformer

Det finns i grunden två entreprenadformer, *utförandeentreprenad* och *totalentreprenad*. Dessa två entreprenadformer förekommer i olika varianter. En vidareutveckling av totalentreprenad är *funktionsentreprenad*. Se till exempel VTI (2007a och 2007b), Konkurrensverket (2007) och SOU 2017:13. I förhållande till övriga entreprenadformer kan offentlig-privat samverkan (OPS) ses som en fortsatt utveckling av funktionsentreprenaden.

5.1.1 Utförandeentreprenad

Utförandeentreprenad innebär i korthet att beställaren ansvarar för detaljprojektering och handlar upp entreprenörer för utförande. Det innebär att beställaren tar fram bygghandlingar och är ansvarig för sina konstruktioner och tekniska lösningar. Utförandeentreprenader kan ske i flera varianter. En är delad entreprenad ett projekt upphandlas i delar och beställaren samordnar arbetena. En annan variant är samordnad generalentreprenad där beställaren upphandlar de olika delarna men utser en av entreprenörerna att sköta samordningen.

5.1.2 Totalentreprenad

Totalentreprenad i sin renaste form innebär att beställaren ansvarar för en programhandling och handlar upp en entreprenör som har ansvar för detaljprojektering och byggande. Här har således entreprenören ett större ansvar för slutprodukten än vid utförandeentrepre-

nad. Beställaren ska gentemot entreprenören beskriva de funktioner som entreprenaden ska uppfylla. Varianter begränsar entreprenörens åtagande gällande projektering och kan då benämnas styrd totalentreprenad och utförandeentreprenad med totalansvar.

5.1.3 Funktionsentreprenad

Funktionsentreprenaden är en vidareutveckling av totalentreprenaden genom tillägg att avtalet också omfattar ett underhållsåtagande efter det att anläggningen tagits i bruk. Det uttrycks ibland som förlängd garantitid och kan ses som ett steg mot ökat livscykelperspektiv.

En central skillnad mot utförandeentreprenad är betoningen på leverans i stället för insats. Beställaren efterfrågar inte ett visst utförande utan en levererad funktion. Det innebär att utförarens risktagande är högre än vid totalentreprenad och åtföljs av riskpremie samt att entreprenören kan bidra med sin tekniska kompetens.

En utvidgad form är funktionsentreprenad med helhetsåtagande. Det innebär att entreprenören åtar sig hela processen från projektering och byggande till underhåll och drift. Underhålls- och driftsåtagandet omfattar en längre tidsperiod än en vanlig funktionsentreprenad och är inte en förlängd garantitid utan ett åtagande i sig.

5.1.4 Offentlig-privat samverkan (OPS)

OPS har stora likheter med en funktionsentreprenad. Det bygger på ett långsiktigt kontrakt mellan den offentliga beställaren och en privat part som kan vara ett företag eller ett konsortium, om att tillhandahålla en tjänst eller funktion, till exempel ett sjukhus, en skola eller en väg.

OPS och utförandeentreprenad skiljer sig åt gällande vilka delar respektive part har ansvar för. I en OPS formulerar beställaren funktioner som ska levereras och den privata parten har ansvar för att genomföra och leverera detta. Det omfattar design, byggnation, drift och underhåll under en längre avtalstid, vanligen mellan 15 och 30 år.

Den huvudsakliga skillnaden mot funktionsentreprenad rör finansieringen. Båda avtalsformerna omfattar en byggfas och en fas med drift och underhåll. Vid funktionsentreprenaden får entreprenören betalt för sitt uppdrag allt eftersom det utförs. Vid en traditionell

OPS finansierar entreprenören projektet och får en löpande fast betalning under hela kontraktstiden som ska täcka investeringskostnaden, löpande drift och underhåll. Se vidare avsnitt 5.4.

5.1.5 Partnering

Partnering är en samverkansform för byggprojekt (Eriksson och Hane, 2014). Det är en metod som utvecklats för strukturerad samverkan mellan uppdragsgivare och entreprenör för ett byggprojekts genomförande. Det är alltså ingen entreprenadform. Partnering utvecklades ursprungligen av beställare inom försvarsmakten i USA och spreds till Europa via Storbritannien. Begreppet har fått stor internationell spridning. I Sverige används också synonyma begrepp som samverkansentreprenad eller entreprenad med utökad samverkan.

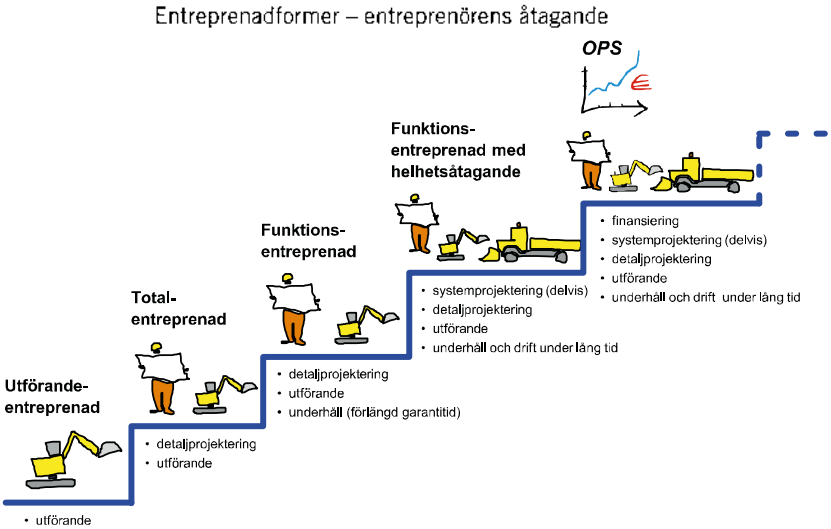
5.2 Val av entreprenadform

Relationen mellan olika entreprenadformer har av VTI (2007a) beskrivits som en trappa där entreprenörens åtaganden ökar vid varje steg uppåt. Vid rörelse uppåt i trappan ökar samtidigt entreprenörens frihetsgrader. Trappan ger en förenklad bild av verkligheten. Dels är det svårt att exakt dra gränser mellan olika entreprenadformer. Dels saknas dimensioner som kan vara viktiga för en entreprenadforms effektivitet, till exempel riskfördelning och ersättningsmodeller. Risken tenderar att öka med åtagandet och därmed skulle risken för entreprenören öka längre upp i trappan, men riskfördelningen påverkas också av andra faktorer, till exempel ersättningsformen.

Trappan kan också signalera att steg uppåt innebär en utveckling från mindre till mer utvecklad och från bättre till sämre. Så bör den dock inte tolkas (SOU 2017:13). Det finns inte en entreprenadform som är bäst för alla projekt. Vilken entreprenadform som är mest lämplig beror på flera faktorer (VTI, 2007a) till exempel:

- Tid till förfogande för planering och genomförande av projektet
- Beställarens organisation och resurser
- Hur entreprenadmarknaden ser ut och konkurrensförhållanden vid upphandlingstillfället
- Projektets komplexitet

Figur 5.1 Entreprenadtrappan



Källa: VTI (2007a).

5.3 Val av ersättningsform

Valet av ersättningsform har betydelse för entreprenörens incitament att hantera projektets resurser effektivt samt för riskfördelningen mellan beställare och entreprenör. Tillsammans påverkar detta beställarens totalkostnad för projektet. Det finns i grunden två ersättningsmodeller, fast pris och rörligt arvode (VTI, 2007a).

Fast pris innebär att entreprenören får den ersättning som avtalats efter upphandling oavsett hur stora kostnaderna för projektet är, under förutsättning att det underlag som upphandlingen baserats på är korrekt. Visar det sig att det finns brister i underlaget har entreprenören rätt till ytterligare ersättning. Med fast pris skapas starka incitament för entreprenören att hålla kostnader på en låg nivå. Varje be-

sparing leder till bättre resultat vad gäller såväl materialåtgång som nedlagd arbetstid. Fastprisersättning leder därmed till mycket stark kostnadskontroll. Däremot bär entreprenören risken för oväntade händelser och får bära dessa kostnader. Vilket entreprenören kräver en riskpremie för i anbudet. Under förutsättning att eventuella besparingar i projektet inte påverkar kvaliteten negativt påverkar fastprisersättning kostnadseffektiviteten i projektet positivt.

Rörligt arvode innebär att det är den faktiskt upparbetade kostnaden som ligger till grund för ersättningen. Beställaren ersätter entreprenören för kostnader för material, arbetstid m.m. samt ett entreprenörsarvode. Denna ersättningsmodell ger varken fokus på kostnadskontroll eller kostnadseffektivitet. Entreprenören löper ingen risk om projektet fördyras eller försenas och har därför svaga incitament att göra större ansträngningar för att hålla kostnaderna nere. Att entreprenören inte tar någon risk innebär å andra sidan att anbuden inte innehåller någon riskpremie.

En utveckling av löpande arvode är incitamentsavtal. Det är en mellanform av fast ersättning och rörligt arvode. Ett sådant avtal innebär att beställare och entreprenör avtalar om riktkostnad som är en uppskattning av slutkostnaden för projektet. Vanligen ändras riktkostnaden om vid större förändringar och tilläggsarbeten. Avviker slutkostnaden för projektet från riktkostnaden delar uppdragsgivaren och entreprenören på kostnadsökningar och besparingar enligt avtalad fördelning. Det innebär att det finns en del risk kvar hos beställaren och att entreprenören inte tar fulla konsekvenser av konstandsöverskridanden.

Liksom vid val av entreprenadform finns det inte en ersättningsform som är lämpligast för alla olika typer av projekt. Vilken ersättningsmodell som passar bäst beror på faktorer som (VTI, 2007a):

- Graden av osäkerhet i projektet.
- Parternas inställning till risk.
- Grad av förtroende och tillit mellan parterna.
- Beställarens resurser att följa upp entreprenörens redovisade kostnader m.m.

5.4 Fördjupad beskrivning av offentlig-privat samverkan (OPS)

5.4.1 Utvecklingen av OPS

Offentlig-privat samverkan (OPS) är den svenska benämningen på en avtalsform som introducerades under tidigt 1990-tal i Storbritannien och som internationellt benämns public private partnership (PPP). Det finns ingen entydig definition av OPS. I OECD (2017) görs en definition i vid bemärkelse där OPS är "*A long-term contract between a private party and a government entity, for providing a public asset or service, in which the private party bears significant risk and management responsibility and remuneration is linked to performance*". OPS har utvecklats över tid och variationen är stor. I korthet innebär det att en offentlig aktör planerar, genomför, finansierar och driver en offentlig anläggning. En central egenskap i OPS är att det offentliga behåller det slutliga ansvaret för att en offentlig tjänst levereras. I den meningen är OPS alltså ingen privatisering.

Det finns olika drivkrafter bakom utvecklingen av OPS. En har varit att undvika att bokföra investeringar inom den offentliga sektorn. Genom OPS kunde investeringar genomföras utan att bruttoskulden eller det finansiella sparandet påverkades. Detta har dock blivit svårare över tid och OPS-projekt klassificeras allt oftare som en del av den offentliga sektorn. Se SOU 2017:13 för utförligare diskussion.

En annan drivkraft har varit att utveckla entreprenadformer och effektiviteten i genomförandet av stora offentliga investeringar. Avsikten har varit att genom att involvera privat kapital stärka incitamenten för den privata parten att bidra till ökad produktivitet, ökad kvalitet i genomförda projekt och därmed öka kostnadseffektiviteten i offentliga investeringar.

Behovet av ytterligare finansiering är den främsta drivkraften bakom att använda OPS, snarare än att uppnå effektivitet eller innovation (Winch m.fl., 2012).

5.4.2 Olika typer av offentlig-privat samverkan

OECD (2008) skiljer mellan två typer av OPS, kontrakts-OPS eller vertikal OPS och institutionell eller horisontell OPS. Kontrakts-OPS är den form som traditionellt avses viken innebär att den offentliga parten, beställaren, ingår ett avtal med en privat part. Relationen mellan parterna regleras i ett OPS-avtal som omfattar uppdraget och de funktioner som ska levereras, ersättningsformer och fördelning av ansvar och risk. Den privata parten är inte sällan ett konsortium av flera företag, till exempel byggbolag och riskkapitalbolag, som gemensamt bildar ett projektbolag, *Special Purpose Vehicle* (SPV). Finansiering av bolaget är vanligen en kombination av eget kapital insatt av grundarna till bolaget och kapital som lånas upp på kapitalmarknaden. Anläggningen ägs av den offentliga parten som efter avtalstidens slut återfår allt ansvar för drift och underhåll av anläggningen. Horisontell eller institutionell OPS omfattar alla andra former av offentlig-privat samverkan.

Omfattningen av OPS i Sverige är inte känd. 2006 genomfördes inom ramen för en licentiatavhandling en enkät till kommuner, landsting och regioner (Andersson, 2008). Resultaten visar att 33 procent av regionerna och 24 procent av kommunerna hade erfarenhet av OPS. Samtidigt råder det stor osäkerhet om vad OPS innebär och svarande inom samma organisation gjorde olika bedömning av om OPS genomförts eller inte. Några exempel på genomförda OPS är sporthall i Sundsvall, konserthus i Västerås, äldreboende i Umeå och bibliotek och kulturcenter i Nacka. Arlandabanan är det första stora exemplet på en OPS inom infrastruktur i Sverige. Det enda större exemplet inom hälso- och sjukvården i Sverige är Nya Karolinska i Solna.

5.4.3 Argument för och mot OPS

Det finns sammanställningar om för- och nackdelar med OPS i litteraturen, se till exempel Europeiska revisionsrätten (2018), EPEC (2011 och 2015). Svenska exempel är ESV (2006), VTI (2007a och b), Konkurrensverket (2007) och SOU 2017:13. Ambitionen här är att sammanfatta de mest centrala argumenten.

Potentiella fördelar med OPS

Riskhantering

Ett vanligt argument för OPS är att det ger möjlighet att fördela risker mellan parterna. Projekt är förenade med olika typer av risker och risknivån varierar också mellan olika typer av projekt. Genom att identifiera och föra över risker som den privata parten är bättre lämpad att hantera än den offentliga parten kan risknivån i projektet minska. Avsikten är att påverka sannolikheten att de inträffar och att lindra effekterna om de inträffar. Att föra över risker till den privata parten syftar till att öka incitamenten i genomförandet av projektet. Att den privata parten satsat eget kapital i projektet och har ett långsiktigt åtagande för investeringen gällande drift och underhåll anses också påverka riskerna.

Viss risköverföring kan uppnås genom funktionsentreprenad med helhetsåtagande (SOU 2017:13). Till exempel risken att den valda konstruktionslösningen ger högre framtida underhållskostnader. Genom att den privata parten i en OPS normalt satsat större andel eget kapital och under längre tid anses dock OPS ge en tydligare risköverföring.

Stärkt livscykelperspektiv

Ett stärkt livscykelperspektiv lyfts ofta fram som en faktor som ger förutsättningar för effektivitetsvinster genom OPS. Genom att en och samma part är ansvarig för dels utformning och byggande, dels för drift och underhåll under avtalstiden som kan vara upp till 30 år ges förutsättningar för optimeringsvinster. Val av lösningar i utformning och byggfas kan påverka framtida underhålls- och driftskostnader. Den privata parten har därigenom incitament att välja lösningar som optimerar drift och underhåll under avtalstiden.

Budgetkontroll

Ett ofta framfört argument är att OPS-projekt i högre utsträckning håller sin budget jämfört med projekt som genomförs med andra entreprenadformer. Detta förklaras främst av att kontrakten bygger på fastprisersättning som gör det svårt för den privata parten att få ersättning för kostnader som överstiger budget. Fastprisersättning i

kombination med andra entreprenadformer kan också användas för att få kontroll över budgeten framför allt under byggtiden.

Det är viktigt att vara noggrann med vad som avses med att ett projekt genomförs inom budget. I ett OPS-projekt blir förändringar och tillägg till det ursprungliga avtalet tydliga genom att de görs i tilläggsavtal. Totalkostnaden för ett projekt kan öka till följd av tilläggsavtal samtidigt som det ursprungliga OPS-projektet hålls inom budget. För bibehållen budgetkontroll bör därför förändringar av påbörjade projektet så långt möjligt begränsas.

Att OPS-projekt i större utsträckning håller sin budget innebär inte nödvändigtvis att de blir regelmässigt billigare än andra projekt, varken i bygg- eller driftsfas. Det avtalade priset påverkas av faktorer som vilken risköverföring som sker till den privata parten och konkurrensförhållanden vid upphandlingstillfället. Eventuella kostnadsbesparingar för drift och underhåll som är större än förväntat vid kontraktstillfället tillfaller dessutom normalt den privata parten. I detta avseende har det dock skett en utveckling av avtal över tid så att de ofta innehåller klausuler om fördelning av besparingsvinster mellan den offentliga och privata parten.

Kontinuerligt underhåll

Det framhålls också att OPS-avtal som löper under lång tid, ofta 20 till 30 år, leder till att anläggningen underhålls mer kontinuerligt än anläggningar som drivs i egen regi där underhållsinsatser beslutas löpande under anläggningens livslängd. Skälet till detta är att avtalet skapar starka incitament att löpande underhålla anläggningen genom att livscykelkostnaden, eller åtminstone avtalscykelkostnaden, är i fokus och att anläggningen vid kontraktstidens slut ska överlämnas i ett skick som specificeras i avtalet. För anläggningar som drivs i egen regi ställs kostnader för planerat underhåll mot övriga prioriteringar i verksamheten vilket under perioder av ansträngd ekonomi inte sällan leder till att underhåll senareläggs. I värsta fall leder detta längre fram till att de totala underhållskostnaderna för ett projekt blir större än planerat genom att akuta underhållskostnader tvingas fram.

En funktionsentreprenad med helhetsansvar skapar också incitament för mer av ett livscykelperspektiv och kan därmed användas för att uppnå vinster av kontinuerligt underhåll.

Tidigareläggningsvinster

Genom att den privata parten bär alla kostnader och dess finansiering under byggfasen av projektet och får intäkter först när anläggningen tas i bruk skapas starka incitament att färdigställa anläggningen. Erläggs betalningar löpande under byggfasen minskar incitamenten att färdigställa i tid. I uppföljningar av projekt har man sett att en större andel av OPS-projekten färdigställs i tid. Det är dock förenat med mätproblem. Generellt har man sett i uppföljning att det finns bättre tillgång till information om OPS-projekt än projekt som drivs i andra entreprenadformer. National Audit Office (NAO) i Storbritannien genomför enkäter där de svarande uppger att OPS-projekt i större utsträckning håller tidplan men samtidigt ser man att skillnaden mot andra entreprenadformer minskat över tid.

Beaktas den tid det tar från upphandling till att ett projekt färdigställts är dock bilden en annan. Upphandling av denna typ av kontrakt är komplicerad och tar lång tid. Europeiska revisionsrätten (2018) fann i en granskning av tolv projekt med medfinansiering från EU att den långa upphandlingstiden medförde att en tredjedel av projekten blev försenade.

Innovation

Ett vanligt argument för OPS-projekt är att det stimulerar innovationer. Genom att den privata parten har ansvar för planering och utformning av en anläggning finns det större utrymme att påverka hur en anläggning utformas och drivs än i en traditionell entreprenad. Grundläggande för innovationsargumentet är att fokus är på leverans eller funktion i stället för insats. Det innebär att även funktionsentreprenaden ger ökade frihetsgrader och att incitamenten för innovation stärks vid funktionsentreprenad med helhetsansvar då livscykelperspektivet stärks. Ett OPS-avtal med dess livscykelfokus som även är kopplat till ersättningsmodellen anses stärka detta ytterligare.

Potentiella nackdelar med OPS

Högre finansieringskostnad

Finansieringskostnaden vid OPS är generellt högre än om det offentliga finansierar projektet. Normalt lånar det offentliga, en stat eller en region eller kommun med beskattningsrätt, till lägre ränta än ett företag eller konsortium. För en mer utförlig diskussion se SOU 2017:13. Placerare är riskaverta och kräver därför en högre förväntad avkastning vid utlåning till privata aktörer än till det offentliga. Vid offentlig finansiering av ett projekt tar den offentliga aktören ur långivarens synvinkel på sig all risk. För en offentlig aktör med hög kreditvärdighet kommer inte händelser i ett enskilt investeringsprojekt att påverka långivarens möjligheter att få den avtalade räntan.

I ett OPS-projekt är det normala upplägget att den privata parten bildar ett projektbolag som ansvarar för projektering, design, byggnation, drift och underhåll av anläggningen. Finansiering av investeringen sker genom ägarnas insatta kapital och genom upplåning i affärsbankerna men också från aktörer som Europeiska investeringsbanken eller Nordiska investeringsbanken. På detta sätt är den risk ägarna till projektbolaget tar begränsad till det insatta kapitalet. Den upplåning som sker i projektbolaget kommer därför på grund av den högre risknivån normalt att ske till en högre ränta.

Högre transaktionskostnader

Vägen fram till ett OPS-avtal är normalt mer resurskrävande än för avtal vid andra entreprenadformer. Det gäller såväl upphandlingsprocessen som formulering av avtalet i sig.

OPS har gemensamt med funktionsentreprenader att anbudsprocessen är mer resurskrävande för såväl uppdragsgivare som anbudslämnare. Uppdragsgivaren ska formulera de funktionskrav som anläggningen ska uppfylla snarare än att i detalj specificera anläggningen i sig, vilket är fallet vid traditionella entreprenadformer. De ökade frihetsgrader anbudslämnaren har innebär i sin tur att lämna ett förslag på hur anläggningen kan utformas för att möta funktionskraven. Vid en OPS-upphandling måste anbudslämnaren dessutom finna finansiering till projektet vilket kräver resurser.

Andra komponenter som leder till högre transaktionskostnader är riskfördelning och kontraktstidens längd. Det gäller att finna en optimal fördelning av risk och att utforma avtalet så att det speglar detta. Den långa kontraktstiden innebär att såväl den offentliga som den privata parten måste vara en aktiv kontraktspart under lång tid. Det sista gäller även för funktionsentreprenad med helhetsansvar.

Avtalstidens längd skapar inflexibilitet

Ett avtal som löper på 20 till 30 år riskerar att begränsa såväl det politiska handlingsutrymmet som att leda till fastlåsningseffekter. Alla investeringar som lånefinansieras påverkar de ekonomiska förutsättningarna genom högre skuldsättning och högre räntebetalningar. Men vid OPS tillkommer att det långsiktiga avtalet kan vara begränsande vid nya förutsättningar och omprioriteringar som i sin tur kan tvinga fram en omförhandling av avtalet. Den långa avtalstiden innebär också att budgeten för drift och underhåll är fast för lång tid, vilket begränsar handlingsutrymmet.

Den långa avtalstiden innebär också en risk för fastlåsning i befintliga lösningar. Demografiska förändringar kan leda till förändrade behov. Utvecklingen inom hälso- och sjukvården går också snabbt. Ny medicinteknik och nya behandlingsmetoder skapar möjligheter men kan också innebära förändrade behov som inte kunde förutses när investeringen planerades.

5.4.4 Internationella erfarenheter

Omfattning av OPS i Europa

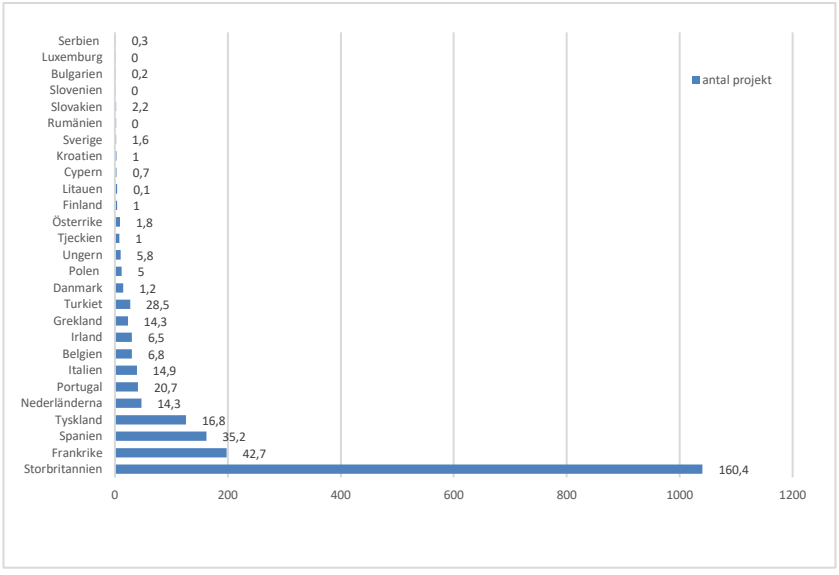
Sedan 1990-talet har 1 841 offentlig-privata samarbeten genomförts i Europa till ett totalt investeringsvärde om 383 miljarder euro[1]. Flest projekt har genomförts på infrastrukturområdet följt av hälsovård och utbildning. Marknaden är störst i Storbritannien där totalt 1 040 projekt till ett totalt projektvärde om 160 miljarder euro genomförts, följt av Frankrike (198 projekt och 42,7 miljarder euro) och Spanien (162 och 35,2 miljarder euro). Figuren nedan, som bygger på data från EPEC (European PPP Expertise Centre) vid Europeiska investerings-

[1] EPEC:s databas https://data.eib.org/epec/.

banken, visar antal projekt och totalt projektvärde för de länder i Europa som genomfört PPP-projekt. Av EU:s medlemsstater har 13 genomfört färre än fem projekt.

Figur 5.2 OPS-projekt i Europa 1990 till 2018

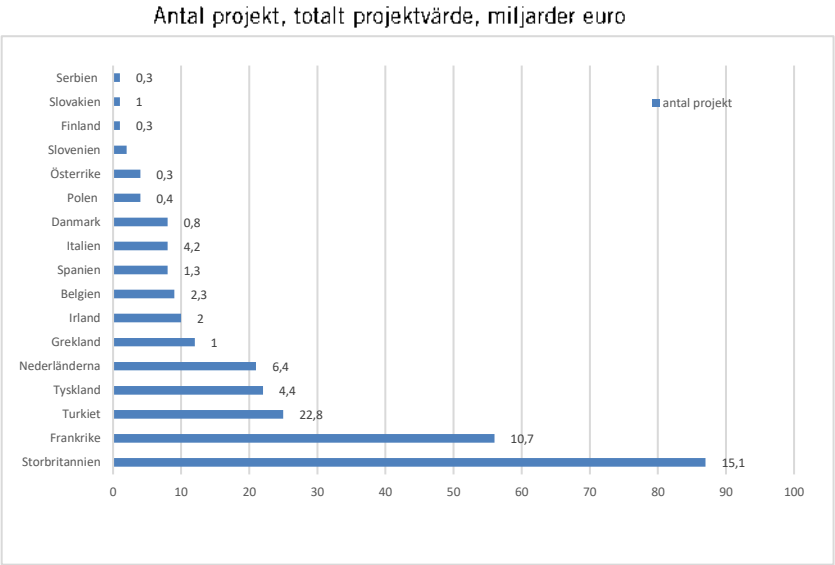
Antal projekt och totalt projektvärde, miljarder euro



Källa: EPEC.

Under de senaste fem åren har 17 länder genomfört minst ett projekt. Sett till antalet projekt är Storbritannien och Frankrike följt av Turkiet de största marknaderna. Sett till totalt projektvärde är dock Turkiet den största marknaden där 25 projekt till ett totalt värde om 22,8 miljarder euro genomförts. Totala projektvärden i Storbritannien och Frankrike var under perioden 15,1 respektive 10,7 miljarder euro.

Figur 5.3 OPS-projekt i Europa 2014 till 2018



Källa: EPEC.

Det är en begränsad andel av de offentliga investeringarna som genomförs som OPS. Av en enkät genomförd av OECD (2011) framgår att alla EU-länder som svarade angav att under 10 procent av de offentliga investeringarna genomförts som OPS. Tjeckien, Grekland, Italien, Slovakien och Storbritannien angav en andel mellan fem till 10 procent och övriga EU-länder under 5 procent. Det finns exempel på länder där användningen är större, men genomslaget är ändå begränsat. Chile och Mexiko uppger att över 20 procent genomförs som OPS medan Australien och Kanada placeras i intervallet 10 till 15 procent och Sydafrika i intervallet 5 till 10 procent.

Erfarenheter från Storbritannien

PFI och PF2

I Storbritannien introducerades *Private Finance Initiative* (PFI) som modell för OPS av regeringen 1992. Modellen ger utrymme för varianter och har utvecklats över tid. År 2012 ersattes PFI av en utvecklad modell kallad PF2.

PFI har använts för olika typer av investeringar till exempel infrastruktur, skolor, fängelser, militärförläggningar och sjukhus. Det finns totalt över 700 aktiva projekt med ett totalt investeringsvärde om nära 60 miljarder pund (HM Treasury, 2017). Under den senaste 20-årsperioden har PFI- och PF2-projekt för omkring 3 miljarder pund genomförts årligen. Detta kan sättas i relation till de totala offentliga investeringarna som är i storleksordningen 50 miljarder pund. Det vill säga mindre än 10 procent av de offentliga investeringarna har genomförts i form av PFI/PF2. Inom hälso- och sjukvårdsområdet finns det närmare 130 aktiva projekt, investeringar som summerar till närmare 13 miljarder pund.

I brittiska finansdepartementet bildades 1997 den så kallade *Treasury Taskforce (TTF)* som central koordineringsenhet för utrullningen av PFI. Huvudsaklig uppgift var att standardisera upphandlingsprocessen och att utbilda personal från enheter för privat finansiering vid övriga departement. Huvuddragen i PFI är att den privata parten finansierar, bygger och underhåller en tillgång och den offentliga parten betalar årliga vederlag under 25 till 30 år. Centralt i modellen är att myndigheter endast får använda privat finansiering om det skapar mervärde för statskassan. Det innebär att en myndighet som vill använda modellen för ett investeringsprojekt ska visa att den ger ”value for money” jämfört med om projektet genomförts med offentlig finansiering, en så kallad public sector comparator.

Finansieringskostnaderna ökade kraftigt i samband med finanskrisen 2008 vilket ledde till att den kritik som redan fanns mot modellen blev starkare. Användningen av PFI minskade som följd av det kraftigt ökade privata finansieringskostnaderna. Kritiken i parlamentet mot PFI ökade och under 2011 genomfördes ett reformarbete som resulterade i att regeringen introducerade en förändrad modell 2012 kallad PF2. PF2 består huvuddragen från PFI, men man har ökat kraven på eget kapital i syfte att reducera riskerna för långivarna och därmed attrahera till exempel pensionsstiftelser att investera i projekten. Den offentliga parten skulle också gå in med tio procent av kapitalet i projekten i syfte att öka transparensen. Fram till 2017 genomfördes totalt sex PF2.

Kritiken mot PFI och PF2

Ända sedan PFI introducerades i Storbritannien har det framförts kritik mot modellen. 2003 sammanfattade parlamentet erfarenheterna från PFI (HC Committee of Public Accounts, 2003). Man utvärderade 223 olika PFI genomförda under åren 1997 till 2003. Utskottet konstaterade att det finns för- och nackdelar med PFI. Ett skäl till att skattebetalarna inte alltid får det mesta för pengarna är att det finns brister i upphandlingen. Utskottets slutsatser och rekommendationer innehöll bland annat följande:

- Den offentliga parten ska ta fram en ”public sector comparator”, det vill säga beräkna vad projektet hade kostat om traditionell upphandling hade genomförts.
- Finansieringskostnaderna utgör ofta en stor del av kostnaderna i ett långtidsavtal. Det är dock ofta oklart vad dessa kostnader består i. Därför ska den offentliga parten alltid jämföra finansieringskostnaden med andra former av upphandling.
- Vinsterna av att använda PFI uppväger inte alltid kostnaderna för privat finansiering. I vissa fall kan det finnas bättre sätt att finansiera PFI-överenskommelser. Mer innovativa finansieringskällor som är en bättre affär för skattebetalarna behöver undersökas ytterligare.
- Konkurrens är essentiellt för att skapa ”value for money”. Utskottet har funnit ett antal projekt där det endast funnits en budgivare. Detta kan enligt utskottet bero på att projektet är dåligt utformat. Uppmaningen är att när det endast finns en budgivare så startas processen om igen.
- I fall då det endast finns en budgivare ska man använda lämpliga metoder för att utvärdera budet. Ett sådant exempel kan vara ”should-cost models”, vilket är en oberoende beräkning av förväntad kostnad för projektet givet den tekniska lösning budgivaren föreslagit. I alla fall, oavsett konkurrens eller ej, måste den offentliga parten förstå hur budgivarens priser beräknas. Vid avsaknad av konkurrens måste budgivarens priser jämföras och den finansiella modellen utvärderas för att bedöma rimligheten i budet.

Över tid har parlamentet fortsatt att framföra kritik mot PFI som bland annat omfattar tveksamhet till att den högre finansieringskostnad modellen innebär verkligen svarar mot andra vinster. En annan tveksamhet rör det faktum att upplåning i ett PFI inte belastar statsskulden och att detta ger andra incitament än effektivitet för att använda modellen. Man har också framfört kritik mot risköverföringsargumentet och menar att en del av risköverföringen kan vara illusorisk. Staten har det ultimata ansvaret att leverera offentliga tjänster och det är därför inte möjligt att låta tjänster som levereras genom PFI upphöra under längre tid.

I en rapport 2018 om PFI var man fortsatt kritisk från parlamentets sida och skriver att det är oacceptabelt att Treasury efter mer än 25 år fortfarande inte har några data visar om PFI-modellen ger ”value for money” (HC Committee of Public Accounts, 2018).

National Audit Office (NAO), har över tid framfört allt mer kritik mot modellen. Löpande har analyser och utvärderingar av PFI genomförts, bland annat genom enkäter riktade till departement som genomfört PFI. I tidiga enkäter (NAO, 2003) rapporteras att PFI-projekt levereras inom budget i större utsträckning än traditionellt upphandlade projekt. I de fall då kostnaden blivit högre än avtalat var orsaken ändrade beställningar från den offentliga sektorn. Det framhålls dock att det faktum att priset är känt inte innebär att byggkostnaden är lägre (NAO, 2009). HC Treasury Committee (2011) fann att i vissa PFI-projekt var priset högre för att täcka oförutsedda kostnader. NAO (2018), framhåller också att de vinster som anförs i samband med PFI kan uppnås på annat sätt utan privat finansiering.

- Budgetkontroll kan uppnås med dels med fast pris, dels genom att begränsa privat kapital till byggtiden (har dock ej använts i PFI/PF2).
- Rörande anläggningens underhåll menar NAO att en garanterad underhållsnivå kan uppnås utan privat finansiering, till exempel genom långsiktiga underhållskontrakt.

Vidare finns det inte några belägg för högre driftseffektivitet inom PFI-projekt jämfört med traditionella offentligfinansierade projekt enligt NAO. Data från NHS London Procurement Partnership visar att kostnader för till exempel städning på Londonsjukhusen är högre

i PFI-kontrakt än annars. Enkäter som NAO genomfört 2017 indikerar att servicekostnaderna är lika höga eller högre i PFI-avtal.

Gällande processen för utvärdering av om ett projekt ger ”value for money” menar NAO att den favoriserar PFI. I Storbritannien ska alla myndigheter ställa ett privatfinansierat projekt mot en ”public sector comparator”, det vill säga jämföra vad kostnaden blivit om projektet genomförts med offentlig finansiering (HM Treasury 2003 och 2004). NAO menar att en myndighet har incitament att visa att det privata alternativet är mer fördelaktigt, eftersom annars kommer projektet inte att genomföras.

NAO (2018) framför också kritik av samma slag som parlamentet om att de effektivitetsvinster som anförts att PFI ger upphov till, inte har kunnat beläggas. Trots att så många projekt genomförts under så lång tid finner man inte ens några försök att kvantifiera vinsterna.

PFI och PF2 avslutas

I statsbudgeten 2018 har brittiska regeringen annonserat att PF2 inte kommer att användas för några nya projekt (HM Treasury, 2018). Regeringen har funnit att modellen är inflexibel och allt för komplex. *Office of Budget Responsibility (OBR)* har också identifierat att modellen innebär risker för det offentliga (OBR, 2017). PF2 har enligt regeringen inte använts sedan 2016 och ett nytt center för best practice kommer att inrättas på *Department of Health and Social Care* med syfte att förbättra hanteringen av existerande PFI-kontrakt.

NPD

I Skottland övergav man PFI 2009 som då ersattes med NPD (Non-Profit Distributing). Två förändringar mot PFI genomfördes, dels att avkastningen till den privata aktören begränsas till en ränta som bestäms i konkurrens, dels att den offentliga parten är minoritetsägare i projektbolaget med rätt att lägga veto mot väsentliga förändringar. Förändrat regelverk på EU-nivå kom att innebära att lånen skulle belasta statsskulden vilket ledde till att NDP-modellen år 2014 ersattes av ”the hub programme” som ny modell för offentlig-privat samverkan.

Europeiska revisionsrätten

Europeiska revisionsrätten har granskat 12 projekt som finansierats genom Europeiska investeringsbanken (European Court of Auditors, 2018). Man menar att PPP försvagar konkurrens, tar lång tid, att riskdelningen inte är ändamålsenlig och att projekten inte jämförts med alternativ upphandling och finansiering och att det därför inte är klarlagt om PPP varit det bästa valet för att genomföra investeringen. Revisionsrätten rekommenderar bland annat att en mer intensiv och bredare användning av PPP inte bör uppmuntras förrän identifierade problem har åtgärdats. Valet av alternativet PPP bör baseras på grundliga jämförande analyser av det bästa upphandlingsalternativet. De ekonomiska konsekvenserna av förseningar och omförhandlingar för den offentliga parten bör minskas.

Rekommendationer från UNECE och OECD

OECD (2012) och UNECE (2008) har båda rekommendationer för styrning av OPS-projekt. Rekommendationerna är likartade och betonar vikten av transparens genom hela processen och att en rimlig riskfördelning uppnås. Vidare att valet av OPS ska baseras på att det skapar ”value for money” vilket kräver att det ställs i relation till det mest effektiva sättet att leverera genom ett traditionellt upphandlat referensprojekt.

5.4.5 Utredningar och rapporter om OPS i Sverige i början av 2000-talet

Trafikutskottet

Trafikutskottet gav 2007 VTI i uppdrag att genomföra en forskningsöversikt om OPS. Syftet var främst att ta del av erfarenheter och forskningsrön som fanns av genomförda OPS-projekt inom väg och järnvägsområdet. I rapportens (VTI, 2007b) sammanfattning av erfarenheterna av OPS framhålls att trots att det finns länder som använt OPS under relativt lång tid är det vanskligt att dra långtgående slutsatser. Det finns åtminstone tre skäl till att det är så.

Det första är OPS-kontraktets beskaffenhet. Eftersom kontrakten ofta innehåller ett fast pris för byggande, underhåll och drift får

man inte med automatik information om hur stor kostnaden kom att bli i förhållande till det anbud som lämnades. Det kan finnas skäl för den privata parten att hålla inne med sådan information om det faktiska utfallet, inte minst för att minska risken att få en diskussion om ”för höga” vinster.

För det andra måste en bedömning av OPS göras utifrån livscykelperspektiv. Det är först när ett tillräckligt stort antal projekt löpt avtalstiden ut som det är möjligt att bedöma om dess fördelar övervägt nackdelarna. Eftersom OPS-projekt innebär avtalstider på mellan 15 och 30 år har avtalstiden ännu inte löpt ut för flertalet projekt. Det är därför inte möjligt att genomföra denna typ av bedömning.

Ett tredje skäl är bristen på utvärderingar eller kvaliteten på de få utvärderingar som genomförts. Det finns få utvärderingar att tillgå vilket gör det svårt att uttala sig om effekterna av OPS. Trots detta är det möjligt att identifiera några generella slutsatser av de projekt som genomförts.

Slutsatserna sammanfaller i stort med de för- och nackdelar som redovisats i tidigare avsnitt i detta betänkande. Man framhåller bland annat att OPS kan ge förutsättningar för ökad produktivitet i bygg- och anläggningsbranschen. Vidare att modellen är förenad med högre transaktionskostnader och bidrar till kortare byggtider och minskade kostnadsöverdrag. Man framhåller också att det saknas belägg för att OPS inneburit minskade kostnader för staten. Det florerar uppgifter om att OPS blir billigare än traditionella entreprenadmodeller. Det kan mycket väl vara så men det saknas belägg för sådana påståenden i den akademiska litteraturen och i de få uppföljningar som gjorts av offentliga tillsynsmyndigheter. Vidare betonas betydelsen av konkurrens i upphandlingen. Antalet budgivare förefaller vara lägre när ett OPS-projekt upphandlas jämfört med då projekt upphandlas i traditionell form. Detta kan enligt slutsatserna i rapporten dels medföra minskat tryck på att utveckla och öka produktiviteten, dels bristande priskonkurrens.

Statskontoret

I rapporten *Privatfinansiering genom partnerskap* 1998 undersökte Statskontoret möjligheten att effektivisera användningen av statliga skattemedel vid infrastrukturinvesteringar genom att använda PPP.

I rapporten menar man att modellen genom samarbete och riskdelning kan leda till kostnadsbesparingar för staten. De höga transaktionskostnaderna betonas och man menar att modellen därför lämpar sig bäst för stora projekt. Detta innebär i sin tur att endast stora företag eller konsortier kan lämna anbud. Därigenom blir antalet möjliga anbudsgivare relativt litet och leder till att kostnadspressen på anbudsgivarna minskar. Det är därför viktigt som beställare vara aktiv redan före upphandlingen och försöka attrahera så många anbudsgivare som möjligt. En rekommendation i rapporten var att ta fram en anpassad PPP-modell för Sverige.

2005 sammanfattade Statskontoret sitt arbete med konkurrensfrågor i offentlig sektor i rapporten *Konkurrens i gränslandet mellan det offentliga och privata*. Rapporten från 1998 tas upp och man följer upp vad som hänt. Härvid hänvisas till Ds 2000:65 där en modell för partnerskap vid infrastrukturinvesteringar utvecklats. Man konstaterar att regeringen dock inte beslutat att genomföra något projekt som PPP.

Ekonomistyrningsverket

Ekonomistyrningsverket redovisade 2006 ett regeringsuppdrag där alternativa sätt att tillhandahålla offentliga tjänster behandlas. Offentlig-privat samverkan är ett av tre alternativ som beskrivs. Det framhålls att Storbritannien är det enda OECD-land där OPS använts i större utsträckning. Potentiella fördelar av den typ som tidigare beskrivits i detta betänkande lyfts fram. Den främsta nackdelen menar man är att modellen är förenad med höga transaktionskostnader och ställer höga krav på upphandlingskompetens. Vad gäller utvärderingar av OPS menar man att erfarenheterna fortfarande är begränsade. De anläggningar som tagits i drift är i början av en lång kontraktsperiod och det går inte att dra några slutsatser utifrån ett livscykelperspektiv. Man framhåller att flera utvärderingar i Storbritannien visar att anläggningar blir klara i tid och inom budget i större utsträckning än projekt som är traditionellt upphandlade. I fall då kostnaden blivit högre än kontrakterat berodde det på ändrade beställningar från den offentliga sektorn.

Konkurrensverket

Konkurrensverket hade i rapporten *Konkurrensen i Sverige 2007* ett deskriptivt avsnitt om OPS. I avsnittet som delvis byggde på en underlagsrapport av KPMG Bohlins beskrevs OPS i relation till andra entreprenadformer och entreprenadtrappan. Vidare beskrevs för- och nackdelar och internationella erfarenheter. Man lyfter fram de potentiella effektivitetsvinster som åtminstone i teorin finns, samt att erfarenheter visar att OPS-projekt i större utsträckning än traditionella entreprenadformer håller budget och tidsplaner.

2008 kom Konkurrensverket med en PM med en kort beskrivning av OPS och en redovisning av rättsliga förutsättningar i förhållande till upphandlingslagstiftningen. I denna PM beskrivs även utvärdering av OPS-projekt där man bland annat lyfter fram att en rapport i Europeiska investeringsbankens rapportserie (Blanc-Brude m.fl., 2007) visat att anbudspriserna var 24 procent högre för OPS-projekt än för traditionella projekt. Det kan finnas flera orsaker till detta: till exempel högre byggkvalitet, större riskpremie och högre transaktionskostnader. Men man framhåller att det saknas uppgifter om huruvida den totala kostnaden för OPS-projekt är högre eller lägre jämfört med traditionella utförandeentreprenader. Vidare lyfter man fram att såvitt Konkurrensverket erfarit förefaller antalet anbudsgivare vara lägre när OPS-projekt upphandlas jämfört med då projekt upphandlas på traditionellt vis. Möjliga orsaker kan, enligt rapporten, vara riskprofilen och komplexiteten i denna typ av projekt.

Sveriges Kommuner och Landsting

Under 2009 publicerades två rapporter som behandlar förstudiearbete inför en anläggningsinvestering, där Sveriges Kommuner och Landsting (SKL numera SKR) var en av flera uppdragsgivare. Samarbetsprojektet *Utveckling av Fastighetsföretagande i Offentlig Sektor (UFOS)* där SKL, Akademiska hus, Fortifikationsverket, Statens fastighetsverk och Specialfastigheter i Sverige AB ingick, gav Ernst & Young i uppdrag att ta fram rapporten *Investera med flera. När passar offentlig-privat samverkan vid fastighetsinvesteringar?* I rapporten beskrivs och diskuteras parametrar som är avgörande för val av entreprenadform. Det betonas att OPS är en av flera möjliga genomförandeformer och att valet kan ske först om nuvärdesberäkningar av alternativ

jämförs. Vidare lyfter man bland annat fram vikten av att tidigt involvera kärnverksamheten för att formulera funktionskrav.

SKL gav under 2009 ut ytterligare en rapport, *Riskhantering vid Offentlig Privat Samverkan, OPS*. Även denna rapport togs fram av Ernst & Young. I rapporten skiljer man på OPS-specifika risker och projektspecifika risker. OPS-specifika risker som identifierats är den relativt begränsade erfarenhet som finns av OPS, att det är komplexa tjänster som ska upphandlas i en totallösning och dessutom beskrivas med funktionskrav, samt de långa avtalsperioderna. Projektrisker utgörs av de tre dimensionerna tid, budget/kostnad och kvalitet. I rapporten menar man att projektriskerna avseende tid, budget och kvalitet hanteras mer eller mindre automatiskt genom de incitament modellen skapar.

I arbetet med rapporten fördes också diskussioner med ett antal kommuner som arbetar med samverkansprojekt. Rapporten avslutas med några reflektioner om framgångsfaktorer som identifierats i dessa samtal. Ett processorienterat förhållningssätt i stället för stuprörsperspektiv framhålls. Med rätt verksamhetsstyrning och verksamhetsprocesser skapas förutsättningar för ett effektivt arbete med internkontroll, riskhantering och uppföljning. Om man bestämmer sig för att utveckla arbetet med processledning är det mycket viktigt att integrera detta i den löpande verksamhetsstyrningen. På så sätt legitimeras arbetet och färre delar i arbetet riskerar att hamna utanför. Vikten av att skapa en hållbar struktur för systematisk riskhantering i projekt betonas också.

6 Regionernas investeringar

6.1 Inledning

De kraftigt ökade investeringarna i regionerna har lett till att dagens investeringsnivåer i byggnader för hälso- och sjukvården är historiskt höga. Som framgått i tidigare kapitel i detta betänkande ger tillgänglig statistik endast en övergripande bild av investeringarna. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL, numera SKR) bidrog med en fördjupad bild i den studie som genomfördes 2014. Sedan 2014 har investeringarna fortsatt att öka och det pågår stora byggprojekt i flera av regionerna.

För att fördjupa bilden av pågående och planerade investeringar i regionerna har utredningen genomfört en kartläggning av regionernas hantering av större investeringsprojekt för hälso- och sjukvården. Kartläggningen omfattar dels en sammanställning av uppgifter från respektive regions budet för 2019, dels intervjuer med respektive regions fastighetschef eller motsvarande. Intervjuerna har genomförts på uppdrag av utredningen av Sweco Society AB. Intervjuerna har dels syftat till att detaljera bilden av vad investeringar avser, dels hur investeringar genomförs i regionerna. Frågor har ställts gällande val av entreprenadform, projektstyrning, utfall mot tidplan och budget, i vilket skede av processen som verksamhetsinnehållet bestäms samt regionernas tillgång till kompetens för större byggnadsinvesteringar.

I kapitlet redovisas först en sammanställning av pågående och planerade investeringar i regioner baserat på sammanställning av uppgifter i respektive regions budget. I de följande avsnitten redovisas resultaten från genomförda intervjuer.

6.2 Pågående och planerade investeringar i regionerna

För att få en mer detaljerad bild än den som statistik från SCB ger av investeringsaktiviteten i regionerna har utredningen sammanställt uppgifter om investeringar från respektive regions budget för 2019. Regionerna har olika benämningar på dessa dokument och detaljeringsgraden varierar. Gemensamt är att alla regioner har en budget för 2019 och plan för 2020 och 2021. Några regioner redovisar planer för flera år, vissa till 2028. Vissa av regionerna redovisar även hittills nedlagda kostnader i pågående projekt.

Av budgetdokumenten framgår att det planeras investeringar om totalt drygt 120 miljarder kronor för åren 2019 till 2021. Det kan noteras att i Ekonomirapporten, maj 2019 från SKR redovisas att totala budgeterade och planerade investeringar i regionerna 2019 till 2021 är över 130 miljarder kronor, vilket bygger på enkätsvar med regionernas ekonomidirektörer under våren.

En utmaning med budgetsammanställningen är att regionerna i varierande grad redovisar vad investeringar avser. Baserat på de regioner som redovisar mer nedbrutet avser uppskattningsvis över 60 miljarder av de budgeterade och planerade investeringarna under åren 2019 till 2021 fastigheter. Denna uppskattning exkluderar i möjligaste mån andra fastighetsrelaterade investeringar som till exempel medicinteknisk utrustning.

För att ytterligare detaljera bilden har utredningen tittat på investeringar i akutsjukhusen. Det finns drygt 60 akutsjukhus eller sjukhus med akutmottagning i Sverige. Se till exempel Socialstyrelsens publikationer över besöksfrekvens och väntetider vid akutsjukhusen. Antalet beror på hur sjukhuset definieras. I vissa regioner har en och samma sjukhusorganisation verksamhet vid flera orter. Ett exempel är Skånes universitetssjukhus som har verksamhet i både Lund och Malmö. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018), som kartlagt akutsjukvårdens organisation och arbetsfördelning, har också tagit fram en lista över akutsjukhus. Utifrån dessa underlag har utredningen tagit fram en lista som omfattar 66 akutsjukhus varav 7 är universitetssjukhus.

Tabell 6.1 Akutsjukhus

Region	Sjukhus	Region	Sjukhus
Blekinge	Blekingesjukhuset Karlskrona		Södersjukhuset
Dalarna	Avesta lasarett		Södertälje sjukhus
	Falu lasarett	**Södermanland**	Mälarsjukhuset Eskilstuna
	Mora lasarett		Kullbergska sjukhuset Katrineholm
Gävleborg	Gävle sjukhus		Nyköpings lasarett
	Hudiksvalls sjukhus	**Uppsala**	Enköpings lasarett
Halland	Hallands sjukhus Halmstad		**Akademiska sjukhuset Uppsala**
	Hallands sjukhus Varberg	**Värmland**	Arvika sjukhus
Jämtland	Östersunds sjukhus		Karlstads sjukhus
Jönköping	Höglandssjukhuset, Eksjö		Torsby sjukhus
	Länssjukhuset Ryhov, Jönköping	**Västerbotten**	Lycksele lasarett
	Värnamo sjukhus		Skellefteå lasarett
Kalmar	Länssjukhuset Kalmar		**Norrlands universitetssjukhus Umeå**
	Oskarshamns sjukhus	**Västernorrland**	Sollefteå sjukhus
	Västerviks sjukhus		Sundsvalls sjukhus
Kronoberg	Ljungby lasarett		Örnsköldsviks sjukhus
	Växjö lasarett	**Västmanland**	Köpings lasarett
Norrbotten	Gällivare sjukhus		Västerås lasarett
	Kalix sjukhus	**Västra Götaland**	Alingsås lasarett
	Kiruna sjukhus		Södra Älvsborgs sjukhus Borås
	Piteå sjukhus		Kungälvs sjukhus
	Sunderby sjukhus, Sunderby		**Sahlgrenska Universitetssjukhuset**
Skåne	Helsingborgs lasarett		**Sahlgrenska Universitetssjukhuset Östra**
	Kristianstads sjukhus		**Sahlgrenska Universitetssjukhuset Mölndal**
	Skånes universitetssjukhus Lund		Skaraborgs sjukhus Skövde
	Skånes universitetssjukhus Malmö		Skaraborgs sjukhus Lidköping
	Ystads lasarett		NU-sjukvården Uddevalla
	Ängelholms sjukhus	**Örebro**	Karlskoga lasarett
Stockholm	S:t Görans sjukhus		Lindesbergs lasarett
	Danderyds sjukhus		**Universitetssjukhuset Örebro**
	Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge	**Östergötland**	**Universitetssjukhuset i Linköping**
	Karolinska Universitetssjukhuset Solna		Motala lasarett
	Norrtälje sjukhus		Vrinnevisjukhuset Norrköping

Utredningen uppskattar att det totalt planeras fastighetsinvesteringar på i storleksordningen 40 miljarder kronor åren 2019 till 2021, varav 20 miljarder avser de sju universitetssjukhusen. Läggs hittills nedlagda kostnader i projekten till ges en bild av storleken på de nu pågående och planerade investeringsprojekten. På detta underlag bedömer utredningen att pågående och planerade investeringar som avser akutsjukhusen i regionerna uppgår till i storleksordningen 100 miljarder kronor, varav halva summan avser universitetssjukhusen. Detta kan ställas i relation till den summa SKL tog fram 2014 på 86 miljarder kronor. Då uppskattades värdet på hela investeringsportföljen i fastigheter för vården medan utredningen har begränsat urvalet till akutsjukhusen.

Det bör noteras att detta är totala investeringar vid akutsjukhusen och omfattar därmed såväl nyproduktion, som underhåll och ombyggnation. På underlag av respektive regions budget och plan har det inte varit möjligt att i för tillräckligt många regioner få fram hur stor del av dessa investeringar i fastigheter som avser nybyggnad, ombyggnad eller underhåll. I anslutning till fastighetsinvesteringar och byggprojekt inom vården genomförs ofta inte obetydliga investeringar i medicinteknisk utrustning. Det är emellertid alltför få av regionerna som särredovisar budgeterade och planerade investeringar i medicinteknisk utrustning. Därför har det inte varit möjligt för utredningen att sammanställa sådana investeringar på sjukhusnivå.

6.3 Pågående större byggnadsinvesteringar i regionerna

För att ytterligare kvalificera bilden av regionernas investeringar har utredningen låtit genomföra intervjuer med regionernas fastighetschefer. Intervjuerna har genomförts av Sweco Society AB. Av intervjuerna framgår att 18 av landets 21 regioner har genomfört större byggnadsinvesteringar (över 400 miljoner kronor) under de senaste fem åren, alternativt är långt framme i planering och/eller genomförande av sådana. Störst investeringar genomförs i storstadsregionerna följt av regioner med universitetssjukhus. Intervjuerna bekräftar bilden av att totala pågående och planerade bygginvesteringar i regionerna uppgår till i storleksordningen 100 miljarder kronor i hälso- och sjukvården.

Störst investeringar i storstadsregionerna

De största investeringarna genomförs i de tre största regionerna, som också har en ökande befolkning – Region Stockholm, Västra Götalandsregionen och Region Skåne. Byggnadsinvesteringar för hälso- och sjukvården uppgår i dessa regioner till 2,5 till 4 miljarder kronor per år.

Region Stockholms investeringar under 2019 uppgår till cirka 3,5 miljarder kronor, efter att ha varit 4,6 miljarder år 2018. De närmaste åren väntas en dämpning till cirka 2,5 till 3 miljarder kronor per år. Regionen arbetar efter planen Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) som nu är långt framme i genomförandet. FHS beskrivs mer i detalj längre fram i detta betänkande. Det nybyggda universitetssjukhuset Nya Karolinska Solna (NKS) kommer att ansvara för den allra mest högspecialiserade vården. Investeringar görs för att bygga om och bygga nytt på de flesta av länets sjukhus. Här redovisas de största pågående investeringarna:

- *Södertälje Sjukhus* etapp 1, vård- och behandlingsytor, ny- och ombyggnation.
- *Södersjukhuset*, främst nyproduktion, allt från operationssalar, obduktion röntgen, stor sterilcentral, ny vårdbyggnad med vårdsalar och helt ny försörjningsbyggnad.
- *Danderyds Sjukhus*, främst nyproduktion. Ny behandlingsbyggnad med akutdel klar.
- *Karolinska Sjukhuset Huddinge*, bland annat ny byggnad Chopin. Främst nya operationssalar, röntgen sterilcentral.
- *S:t Görans Sjukhus*, kombination av ny- och ombyggnad. Innehåller också hela vårdkedjan, både vård och behandling, sterilcentral, förlossning.
- *Karolinska Solna* (gamla Thorax), vårdplatser m.m.
- De *mindre lokalsjukhusen*, bland annat Sollentuna och Nacka, ett antal projekt med mest vårdplatser, geriatrik, psykiatri.

Västra Götalandsregionen gör investeringar på cirka 4 miljarder kronor per år. De största investeringarna som pågår eller planeras är:

- *Östra Sjukhuset*, ny byggnad för kvinnosjukvård, samt investeringar vid *Drottning Silvias barnsjukhus*.
- *Borås Sjukhus*, Psykiatrins kvarter.
- *Skaraborgs Sjukhus, Skövde*, en stor förändring av sjukhuset genomförs.
- *Kungälvs Sjukhus*, ny vårdbyggnad för slutenvård.
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset, *Sahlgrenska Life*, är i programskede.

Region Skåne investerar uppskattningsvis cirka 2,7 miljarder kronor per år. De största investeringarna är:

- *Skånes universitetssjukhus. NSM – det nya sjukhusområdet i Malmö*. Projektet innehåller flera delar, bland annat en servicebyggnad, och en stor vårdbyggnad. I *Lund* har stora framtida investeringsbehov identifierats.
- *Helsingborgs Sjukhus*, nybyggnad och en stor ombyggnad.
- *Hässleholm*, FORTH (Framtidens ortopedi).

Övriga regioner med universitetssjukhus

Regioner med universitetssjukhus som inte tillhör de tre storstadsområdena har också en hög investeringsnivå, i storleksordningen 1 till 1,5 miljarder kronor per år.

Region Uppsala genomför investeringar på cirka 1,1 miljarder kronor per år. Den största investeringen är på Akademiska Sjukhuset i Uppsala, ”Ingång 100–101”. Ny vård- och behandlingsbyggnad som kommer att inrymma högteknologiska operationssalar och avancerade behandlingar för de allra svårast sjuka. Samtidigt innehåller huset moderna dagvårds- och vårdavdelningar.

Region Västerbotten investerar cirka 1,1 miljarder kronor under 2019. Investeringarna väntas bli lägre de närmaste åren, men behoven är

stora. De största investeringarna finns på Norrlands universitetssjukhus i Umeå, med stor byggnad för psykiatri, laboratoriebyggnad och renoveringsprojekt. I utvecklingsplanen finns planerade investeringar i Lycksele. Framtida investeringsbehov finns även i Skellefteå.

Region Örebro län investerar cirka 1 miljard kronor per år. Den största investeringen görs på Universitetssjukhuset Örebro, med nytt högspecialistsjukhus inklusive akutmottagning. Där investeras även i parkeringshus med godsmottagning. Något mindre investeringar har gjorts i Karlskoga och görs i Lindesberg.

Region Östergötland investerar cirka 1,5 miljarder kronor per år. På Universitetssjukhuset i Linköping pågår ett stort projekt i tre etapper, med nya huskroppar, ombyggnad och nybyggnad av i huvudsak psykiatri. På Vrinnevisjukhuset i Norrköping pågår flera projekt. I Vadstena byggs en helt ny anläggning för rättspsykiatri. I Finspång byggs vårdcentrum med bland annat vårdcentral, vårdavdelningar, mödravård.

Övriga regioner som genomfört eller planerar större byggnadsinvesteringar

Regioner som inte har universitetssjukhus men som genomfört eller planerar större byggnadsinvesteringar i hälso- och sjukvården har en investeringsnivå per år i ett brett spann, beroende på om en stor investering redan genomförts, håller på att genomföras eller finns med i en framtidsplanering. Investeringsnivån per år i dessa regioner uppgår till mellan 50 och 800 miljoner kronor.

Region Blekinge investerar på Blekingesjukhuset i Karlskrona i ett nytt hus för bland annat mikrobiologi, patologi och bröstcancer. I femårsplanen finns även investeringar för högspecialiserad vård i Karlskrona.

Region Dalarna investerar i Mora, för vårdcentral och habilitering. En investering på Falu lasarett är i upphandlingsfas.

Region Gävleborg genomför projekt Framtidsbygget med stora åtgärder på Gävle och Hudiksvalls sjukhus under tio år.

Region Jönköpings län genomför investeringar vid Länssjukhuset Ryhov i Jönköping och vid Höglandssjukhuset i Eksjö. En investering vid Värnamo Sjukhus är i slutfas.

Region Kalmar investerar i psykiatri i Kalmar och programarbete pågår även för investering i psykiatri i Västervik.

Region Kronoberg investerar för vuxenpsykiatri i Växjö. Investering pågår även vid Ljungby lasarett. Inriktningsbeslut är också taget för ett nytt sjukhus i Växjö.

Region Norrbotten investerar i två olika projekt vid Sunderbyns sjukhus mellan Luleå och Boden. En stor fråga som diskuteras gäller Kiruna sjukhus, som inte kan vara kvar i nuvarande läge på grund av gruvbrytningen.

Region Sörmland genomför stora sjukhusinvesteringar. Mälarsjukhuset i Eskilstuna, sjukhuset i Nyköping och Kullbergska sjukhuset i Katrineholm är föremål för om- och nybyggnader. Karsuddens sjukhus (rättspsykiatri) moderniseras.

Region Värmland har byggt operationshus vid Karlstads sjukhus. Bygget var klart 2016. Vid Karlstads sjukhus finns också förstudie om ersättningslokaler för akut, onkologi och medicin. Det finns dock inga genomförandebeslut.

Region Västernorrland bygger bland annat nytt operationscentrum vid Sundsvalls Sjukhus.

Region Västmanland har ett kommande projekt för nytt akutsjukhus i Västerås. I Sala byggs ny vårdbyggnad.

Regioner som inte genomfört större byggnadsinvesteringar

De regioner som inte genomfört större byggnadsinvesteringar under de senaste fem åren är Region Gotland, Region Halland och Region Jämtland Härjedalen. Dessa regioners investeringsnivå per år är för närvarande 150 miljoner kronor eller betydligt mindre.

Region Gotland byggde om Visby lasarett i mitten av 1990-talet och har därför ett relativt modernt sjukhus. Nybyggnad av akutmottagning projekteras nu.

Region Halland har ett fastighetsbestånd där tre fjärdedelar är äldre än 30 år. En fastighetsutvecklingsplan tas nu fram för respektive sjukhusområde i Halmstad, Varberg och Kungsbacka.

Region Jämtland Härjedalen har gjort förstudie för en omvandling av Östersunds sjukhus.

6.4 Vilka entreprenadformer används av regionerna?[1]

Regionernas val av entreprenadformer

Av intervjuerna framgår att för mindre och normalstora projekt är utförandeentreprenader vanligast, ofta som generalentreprenader. För stora och komplexa projekt har olika former av partnering, eller samverkansentreprenad, blivit den vanligaste formen. 17 av de 21 regionerna har prövat partnering och i ytterligare två regioner finns det intresse för modellen inför kommande projekt. De flesta uttrycker positiva erfarenheter. Kritiska synpunkter på formen förekommer också, framför allt i storstadsområdena.

I några regioner som arbetar med partnering används, eller planeras användas även utförande- eller totalentreprenader för stora projekt. Några anger att det beror på negativa erfarenheter av partnering, medan andra vill jämföra formerna fortgående eller anser att olika investeringsprojekt lämpar sig bättre eller sämre för den ena eller andra entreprenadformen.

Regionernas erfarenheter av partnering

Behov av ömsesidig förståelse för vad partnering innebär

I intervjuerna lyfter flera fram att partnering innebär ett annat sätt att tänka än vid traditionella entreprenadformer. I ett fall uttrycks detta som ”agilt tänkande”. Det betonas från flera regioner att nyckelord

[1] För en genomgång av entreprenadformer se kapitel 5.

är samarbete, öppna kort, öppna böcker och delaktighet i allt. Om parterna agerar som vid traditionella entreprenadformer så fungerar modellen med partnering dåligt.

Passar bäst för stora, komplexa projekt

Några regioner reflekterar i intervjuerna kring i vilka sammanhang det är en lämplig form. ”Partnering ska ha komplexitet, svårighet och storlek om det ska finnas anledning” är en synpunkt.

Från en region framförs att projekten bör vara minst i storleksordningen 0,5 till 1 miljard kronor. För mindre projekt blir den nära samverkan och behovet av organisation för omfattande för att det ska vara lönsamt.

Partnering ses som särskilt lämpligt när det gäller ombyggnader av äldre fastigheter, där det till exempel före byggstart inte är känt i vilket skick vatten- och avloppssystemen är. Ombyggnad under pågående hälso- och sjukvårdsverksamhet innebär också hänsynstaganden som är svåra att se omfattningen av i förväg. Den nära samverkan ger jämfört med traditionella entreprenadformer större flexibilitet vid oväntade problem och möjligheter att gemensamt identifiera tekniska lösningar som inte fanns med i den ursprungliga projekteringen.

Aktiv medverkan från regionen, med kompetent beställarorganisation

De flesta regioner betonar vikten av aktiv medverkan från regionen som beställare, om partnering ska vara en bra form. ”Det är annars lätt att projektet övergår i en totalentreprenad”, uttrycker en av de intervjuade. Regionen behöver vara med i kalkylarbetet. Det räcker inte att entreprenören gör kalkylerna och sänder över till beställaren för godkännande.

Partnering kräver en tydlig beställarorganisation med kompetens, vilket innebär problem för regioner som står inför ett eller flera stora investeringsprojekt efter ett antal år med endast mindre projekt. Här finns ett särskilt dilemma för regioner som har så liten egen erfarenhet av stora, komplexa projekt att man har svårt att genomföra en projektering inför en upphandling för traditionell entreprenad utan måste vara beroende av entreprenören i ett tidigt skede.

Några vägval när det gäller avtalet mellan beställare och entreprenör

Flera regioner tar upp att partnering bygger på att entreprenören är med i ett tidigt skede, så att projekteringen sker i samverkan. Upphandlingen av denna del bygger bland annat på ”mjuka parametrar” som entreprenörens erfarenheter, kompetens och organisation. På så sätt kan entreprenörens erfarenhet av byggande och beställarens kunskap om verksamheten utnyttjas för att gemensamt finna de bästa lösningarna. Parterna ska komma överens om dels en riktkostnad, dels vilken vinst som entreprenören får ta ut i byggprojektet. En utmaning för regionen är att det finns incitament för entreprenören att uppnå en hög riktkostnad. Om parterna inte kommer överens kan regionen gå vidare med en konkurrensutsatt utförandeentreprenad.

Det finns dock regioner som inte har valt ovanstående väg, utan först projekterar med egna eller särskilt upphandlade resurser. Andra regioner varnar för detta och menar att man då inte får ut fördelarna med partnering. ”Om man först producerar bygghandlingar och sedan går in i partnering blir det stafettpinnar i stället för samverkan”, uttrycks det i en intervju.

En del regioner har använt en modell med incitament, oftast så att entreprenören utöver ett procentpåslag på riktkostnaden också får andel av vinsten om projektet underskrider riktkostnaden. Tendensen tycks dock vara att man överger incitamenten och bara har procentpåslag på riktkostnad.

Fördelar och nackdelar

Flera fördelar med partnering har beskrivits i intervjuerna:

- Större möjlighet till god kvalitet och god arbetsmiljö i projektet genom öppna böcker, samarbete och bra arbetsklimat. I produktionsskedet jobbar man mot samma mål. Man slipper i slutet diskutera kostnader och få otrevligt avslut. Teamkänsla uppstår genom gemensamt projektkontor.
- Man tjänar tid. Mycket arbete kan göras samtidigt som man projekterar, så bygget kan komma igång tidigare.

- Projekten har lättare att hålla budget. Båda parter har drivkraft att leverera en produkt som underskrider riktkostnaden. Det går att hitta ekonomiskt smartare lösningar under resans gång.
- Risken delas på tydligare sätt mellan regionen och entreprenören än i fastprisentreprenad.
- När hälso- och sjukvårdsproduktion pågår samtidigt, och det finns osäkerheter om fastighetens skick, krävs den samverkan och flexibilitet som partnering ger.

Det finns också regioner som har avstått från partnering eller har negativa erfarenheter. Skäl som anförs är:

- Projekten blir dyrare.
- Entreprenören avhänder sig ekonomiska risker.
- Regionen behöver själv ha rådighet över projekteringen med egen hög kompetens.
- Det är svårare att göra projektet tydligt för politiska beslutsfattare.

6.5 Projektstyrning

Gemensamt för regionerna, oberoende av vilken entreprenadform det handlar om, är att man i intervjuerna betonar vikten av att ha en strukturerad process. Tydlighet om vem som fattar vilka beslut är viktigt.

Det finns inte någon gemensam projektstyrningsmodell. Projektstyrningen i regionerna är olika tydligt strukturerad och dokumenterad. I något fall hänvisas till en projekthandbok som dokumenterar hur projekt ska styras, hur beslut tas, styrande dokument, dokumentmallar, återrapportering och uppföljning.

Flera respondenter tar upp vikten av en politiskt beslutad investeringsprocess med tydliga riktlinjer för i vilka skeden politiska beslut ska tas, vilka krav som ställs, återrapportering m.m.

Några betonar att det är viktigt att tillåta sig att inte ha bråttom, vilket har varit ett problem i regioner där behoven har hunnit bli stora och flera stora projekt blir aktuella parallellt. Om ett genomförandeskede startas utan att en fullgod förstudie genomförts, och senare en genomarbetad systemhandling utarbetats, resulterar detta i mindre

genomtänkta beslut. Det riskerar leda till onödigt stora kostnader och produkter som inte är ändamålsenliga.

I entreprenadformen partnering är projektstyrningen mer omfattande från regionens sida än vid total- och utförandeentreprenader, såväl i det inledande skedet som i produktionsfasen. ”Det kostar lite mer att projektstyra en partnering, för vi måste vara med. Hade vi haft totalentreprenad hade det räckt med att följa” säger en respondent.

Det krävs dels en fortlöpande samverkan på ledningsnivå, dels att beställaren har representanter ute på arbetsplatserna, gärna i gemensamma projektkontor med entreprenören.

Övergripande styrning för partnering sker ofta i någon typ av projektråd eller styrgrupp med representanter för beställaren och utföraren. Det förekommer också att en partneringledare tillsätts med uppgiften att säkerställa att andemeningen i partnering behålls. Denna utses gemensamt av beställaren och entreprenören och ska ha en neutral roll i projektet.

Regionerna strävar efter att ha egen personal som projektchef/projektledare, medan man ofta köper in kompetens för kontrollfunktioner i projekten. För projekt i miljardklassen har regionen ofta en projektledare på heltid och därutöver experter på VVS, el, fastighetsautomation m.m. Utöver det finns på beställarsidan besiktningspersoner, kontrollanter, kvalitetsledare och dylikt ofta som köpta tjänster.

I inledningen behövs en kraftfull behovsanalys som prövas ur regionledningsperspektiv. Sjukhusens behov testas mot regionens övergripande planering. Vikten av delaktighet från hälso- och sjukvårdsverksamheterna betonas starkt. Deras insatser behöver komma mycket tidigt i projekten. Aktiv dialog med verksamheterna i de första skedena, bland annat genom lokalutvecklare, är en förutsättning för att kunna fastställa projektens innehåll och undvika propåer om kostsamma förändringar och ombyggnader i senare skeden. Det är väsentligt för en realistisk dialog om behov och möjligheter att alla kostnader förs ut i projekten, så att verksamheterna är medvetna om att man kommer att få betala fullt ut för varje kvadratmeter man hyr.

6.6 Utfall mot budget och tidplan

Den allmänna bilden är att tidsplaner hålls och att ekonomin är under kontroll. Större utmaningar beskrivs i storstadsområdena än i resten av landet. Flera regioner utanför storstadsområdena ger positiva beskrivningar av hur partnering ger stöd för att hålla tider och klara ekonomin – i en del fall till och med under budget.

Ett problem som nämns av flera är att medel budgeteras på årsbasis. Siffror för kostnad i ett väldigt tidigt skede blir en sanning, trots att projektens innehåll förändras och att kostnadsbilden kan bli annorlunda i en högkonjunktur. En respondent ser det önskvärt att avsätta medel på årsbasis för förstudier, för att hamna mer rätt från början och kunna presentera väl genomarbetade underlag för de politiska organen. Stora beslut ska inte tas för tidigt.

6.7 Verksamhetsinnehåll – i vilket skede bestäms det?

En övervägande uppfattning från fastighetscheferna är att verksamhetsinnehållet bör bestämmas tidigt i processen. Det blir kostnadsdrivande att ändra i senare skeden. Vissa delar av ett sjukhus kan behöva vara högteknologiskt specialbyggda och kräva specialbetong, tjocka väggar, massiva dörrar och så vidare. Det innebär att det kan vara kostsamt att flytta om verksamheter i huset i ett sent stadium. Därför är det viktigt att ha verksamheterna med från början och att de får tillit till att deras behov kommer att tillgodoses. Det kan också vara viktigt att sätta gränser, så att önskemål om förändringar kräver starka skäl för att tillgodoses och förs högt upp i organisationen för beslut.

Det finns emellertid även de som förespråkar att ett hus ska kunna hantera många typer av verksamheter, från tung vård till administration. Innehållet behöver då inte vara så detaljerat beskrivet. Dock kan det vara annorlunda vid högteknologisk vård, där utrustningen ofta är väldigt byggnadsberoende.

6.8 Tillgång på kompetens för större byggnadsinvesteringar

Det beskrivs av en respondent som en branschgemensam utmaning att en generation med kompetens om byggnadsinvesteringar lämnade branschen vid fastighetskraschen tidigare. Några intervjuade berättar också att man har flera medarbetare som närmar sig pensionsåldern. Det är inte tillräckligt många personer som har ersatt dem som slutat och som haft möjlighet att skaffa sig stor erfarenhet. Konkurrensen om erfaren kompetens är stor och lönerna har drivits upp.

Intrycket är ändå att regionerna anser sig lyckas rekrytera bra medarbetare. Att arbeta med sjukvårdsfastigheter attraherar vissa, bland annat beroende på att tekniken och komplexiteten i projekten erbjuder utmaningar.

Det finns stark önskan att ha en kvalificerad beställarorganisation med egen anställd personal. Men i regionerna finns inte en jämn sysselsättning i stora projekt, vilket gör att extern kompetens blir nödvändig. Konsulter anlitas för bland annat projektering, särskilt med expertis i form av arkitekter och på områden som till exempel brand, akustik och tillgänglighet. Strävan är dock att ha egen personal på chefs- och nyckelpositioner.

Flera av de intervjuade beskriver att det i mycket är samma konsulter som är med i olika projekt, och att detta är sårbart. I övrigt uttrycks synpunkter om att kvaliteten har gått ner hos konsultföretagen och att de bemannar med alltför juniora personer på avancerade uppdrag.

En respondent nämner särskilt att det är svårt att hitta kompetenta tekniker som ska driva sjukhusen i framtiden. Historiskt har man inte utbildat fastighetstekniker i sina system.

7 Strukturförändringar, investeringar och styrmodeller

I detta avsnitt redogör utredningen för pågående och planerade strukturförändringar inom hälso- och sjukvården och hur de styrs. Nära kopplat till detta är planeringen av investeringar inom hälso- och sjukvården, hur de styrs i dag och hur de tidigare har styrts. I ett avslutande avsnitt presenteras olika styrmodeller inom vården, med särskilt fokus på värdebaserad vård.

7.1 Strukturförändring inom hälso- och sjukvården

Regeringens proposition om styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti (prop. 2017/18:83) antogs av riksdagen 2018. I propositionen uttalar regeringen att svensk sjukvård behöver omstruktureras för att åstadkomma ökad kvalitet, bättre tillgänglighet och effektivare resursutnyttjande samtidigt som patientens behov sätts i centrum. Primärvården ska vara basen i hälso- och sjukvården, vilket kräver en förflyttning från den sjukhustunga hälso- och sjukvården till en förstärkt första linjens primärvård. I detta ligger också överföring av resurser till primärvården. Denna ambition har funnits under lång tid. Redan under 1970-talet uttalades behovet av en förändrad vårdstruktur mot ökad öppenvård och minskad slutenvård.

7.1.1 Hur styrs och samordnas förändringarna?

Ansvaret för strukturförändring inom hälso- och sjukvården ligger på flera olika aktörer. Staten genom Socialstyrelsen ansvarar för nivåstruktureringen av den nationella högspecialiserade vården. Arbetet

med omställningen till en god och nära vård bedrivs ute i regioner och kommuner med stöd av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Den statliga utredningen för en samordnad utveckling för god och nära vård (dir 2017:24) stödjer detta arbete. Huvudansvaret för den regionala nivåstruktureringen, det vill säga strukturförändringen av den öppna och slutna vård som inte definieras som nationell högspecialiserad vård eller primärvård, ligger på de enskilda regionerna och i vissa delar av landet även på samverkansregionerna.

Nationell högspecialiserad vård

Den högspecialiserade vården kännetecknas av att den är komplex, avancerad, investeringstung och sällan förekommande. Den är också beroende av olika specialistkompetenser som samverkar kring patienten. Det finns ingen enhetlig definition av begreppet högspecialiserad vård. Innebörden har förändrats över tid alltefter som nya behandlingsmöjligheter har tillkommit. Den nu gällande definitionen av nationell högspecialiserad vård är ”offentligt finansierad vård som bedrivs vid som mest fem enheter i landet och där endast ett fåtal vårdgivare i landet kan uppfylla kraven på kompetens, tillgänglighet och arbete i multidisciplinära team”. Högspecialiserad vård utförs framför allt på universitetssjukhusen men också på vissa regionsjukhus. Den utgör en liten, men viktig del av vårdkedjan.

Olika modeller har prövats för styrning och samordning av den nationella högspecialiserade vården under de senaste decennierna. Under perioden 2007 till 2018 gällde systemet för rikssjukvård där Socialstyrelsen beslutade om vilken hälso- och sjukvård som skulle utgöra rikssjukvård och var den skulle bedrivas. Totalt under denna period definierades femton områden som rikssjukvård och 21 tillstånd beviljades. Systemet kritiserades för att vara alltför tidskrävande och ineffektivt i förhållande till antalet beslutade tillstånd.

Syftet med att koncentrera den högspecialiserade vården nationellt är att öka kvaliteten i vården och att patienterna ska få en jämlik vård oavsett var i landet de bor. Det ska också leda till ökad säkerhet för patienterna. För vården innebär nivåstruktureringen en möjlighet att profilera sig inom olika områden och bygga upp olika specialistcentra. Ett större patientunderlag för en högspecialiserad verksamhet

skapar nödvändiga förutsättningar för att bedriva högkvalitativ forskning, utbildning och rekrytera spetskompetens.

Socialstyrelsen ansvarar för processen att nivåstrukturera den högspecialiserade vården på nationell nivå. Det görs i flera steg. I ett första steg har Socialstyrelsen tillsammans med nationella programområdesgrupper (NPO) gjort en bruttokartläggning av vårdområden som kan vara aktuella för nationell högspecialiserad vård. Nästa steg i processen är att ta ställning till vilka vårdområden från bruttolistan som bör genomlysas av experter. För detta arbete bildas ett antal sakkunniggrupper. Ytterligare sakkunniggrupper för olika vårdområden kommer att starta successivt under de kommande åren. Sakkunniggrupperna tar fram underlag för olika vårdområden. Underlagen går sedan ut på remiss till de remissinstanser som har bidragit till Socialstyrelsens föreskrift för nationell högspecialiserad vård. Även andra intresserade har möjlighet att lämna synpunkter på sakkunniggruppernas underlag. Syftet med remissförfarandet är att kunna göra en bred konsekvensanalys innan Socialstyrelsen fattar beslut om vad som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och på hur många ställen vården ska bedrivas. Innan Socialstyrelsens beslut kommer även en beredningsgrupp att lämna ett yttrande. Beredningsgruppen leds av Socialstyrelsen och består bland annat av experter med god kännedom om hälso- och sjukvårdssystemet. Efter remissperioden och Socialstyrelsens beslut kommer regionerna att kunna ansöka om tillstånd att bedriva vården. Nämnden för nationell högspecialiserad vård vid Socialstyrelsen fattar beslut om tillstånd liksom om villkor för den nationella högspecialiserade vården. Nämnden beslutar också om återkallande av tillstånd. Det finns ingen statlig finansiering eller någon nationell ersättningsmodell för den nationella högspecialiserade vården. Ersättning utgår från de avtal som sluts mellan samverkansregioner och enskilda regioner.

God och nära vård

Regeringen gav 2017 i uppdrag till en särskild utredare att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård stödja regioner, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredningen (S 2017:01), som tagit namnet Samordnad

utveckling för god och nära vård, ska bland annat i dialog med företrädare för samtliga regioner, myndigheter och andra berörda aktörer utarbeta en nationell plan där primärvården är utgångspunkten för en ökad närhet till patienten. Utredningen har bland annat presenterat en färdplan för omställningen till god och nära vård. Som en del i detta ligger att analysera en resursöverföring från sjukhusvård till primärvård. I planen ska utredaren redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet. Utredningen ska lämna ett betänkande om detta i mars 2020. Utredningen har i tilläggsdirektiv givits i uppdrag att utreda frågan om en ny vårdform vid lättare psykisk ohälsa, vilket ska redovisas i januari 2021.

SKL (numera SKR) skriver i Hälso- och sjukvårdsrapporten 2019 att det krävs en omställning i hela vårdkedjan, från en reaktiv sjukhustung organisationsfokuserad vård till en proaktiv, relationsbaserad vård nära patienter och brukare. Detta för att hälso- och sjukvården samt den kommunala vården och omsorgen ska kunna vara fortsatt effektiv, av hög kvalitet och kunna möta den demografiska utvecklingen och invånarnas behov. SKR stödjer regioner och kommuner i deras utvecklingsarbete utifrån färdplanen som nämns ovan.

På regional och lokal nivå tas lokala målbilder och strategier fram liksom mått för uppföljning. Att hitta uppföljningsmått och indikatorer som kan följa omställningen är komplext. SKR arbetar därför tillsammans med företrädare för regioner och kommuner för att definiera möjliga gemensamma mått och indikatorer. Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i regeringsuppdrag gett förslag på indikatorer som staten kan använda vid uppföljning av och dialog med regioner och kommuner. Förslagen kan komma att ingå i en fastare nationell uppföljningsmodell, och blir då relevanta även för uppföljningen av omställningen mot en god och nära vård. Omställningen är långsiktig och kommer ta tid menar SKR. Följande rörelser kan ses som tecken på omställning:

- från sluten vård till öppen vård
- från akut och oplanerad vård till planerad vård
- mot bättre samverkan mellan specialiserad vård och primärvård
- mot bättre tillgänglighet i primärvård/nära vård

- mot ökade hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och proaktiva insatser
- mot personcentrering och ökad delaktighet
- mot ökad jämlikhet.

Regional nivåstrukturering

Omställningen till en god och nära vård samt satsningen på nationell högspecialiserad vård påverkar också övriga delar av hälso- och sjukvården. Regeringen har pekat på behovet av att nivåstrukturera vården även längre ned i vårdkedjan (prop. 2017/18:40). Medan ansvaret för nivåstruktureringen av den nationella högspecialiserade vården ligger på nationell och statlig nivå, ligger ansvaret för beslut om koncentration av vård på regional nivå på respektive samverkansregion och dess ingående regioner. Argumentet är att den lokala förankringen är avgörande för legitimiteten i och följsamheten till beslut med lokal inverkan. Utmaningen är att samverkansregionerna skiljer sig åt vad gäller beslutsmandat. För att åstadkomma en nivåstrukturering av vården på regional nivå menar regeringen att samverkansregionernas mandat måste stärkas och tydliggöras. Regeringen pekar också på behovet av att följa utvecklingen av hur koncentrationen av vård utvecklas på regional nivå. Det finns ingen nationell aktör som samordnar eller följer upp den regionala nivåstruktureringen. Utredningen har därför inte kunnat få en klar bild av hur utvecklingen ser ut eller hur den bör se ut.

7.2 Planering och investeringar inom hälso- och sjukvården

Strukturförändringarna i hälso- och sjukvården får också konsekvenser för planering och styrning av investeringar. De investeringar som nu görs och planeras inom hälso- och sjukvården kan jämföras med de omfattande investeringar i sjukhusbyggnader som gjordes under perioden från 1950-talet fram till 1980-talet i Sverige. Mycket av det som i dag ersätts eller renoveras är byggt under denna tid. Mot bakgrund av detta har utredningen ställt sig frågan hur planering och styrning av investeringar såg ut under den tidigare utbyggnaden av

hälso- och sjukvården. Vilka aktörer fanns då och vilken lagstiftning? Samordnades investeringarna på nationell nivå? Detta för att kunna jämföra med hur styrningen ser ut idag.

7.2.1 Då: staten samordnade, beslutade och gav stöd till landstingen

Från 1960-talet fram till slutet av 1980-talet hade staten och landstingskommunerna ett gemensamt ansvar för hälso- och sjukvårdens omfattning, kvalitet och framtida utveckling.[1]

Läget, utmaningar och problem inom hälso- och sjukvården beskrevs i hög grad på samma sätt då som i dag: en ökande andel äldre, en ökad efterfrågan på hälso- och sjukvård, svårigheter att rekrytera personal, väntetider för vissa behandlingar samt brister i kontinuitet och omvårdnad. Även utvecklingsfrågorna för hälso- och sjukvården var likartade. Det handlade om att åstadkomma en förändrad vårdstruktur genom utbyggnad av öppen vård och en minskning av andelen slutenvård vid sjukhus. Förändringen av vårdstrukturen sågs som mycket komplicerad och bedömdes pågå under en längre tidsperiod. Med hänsyn till bland annat ansvarsuppdelningen inom hälso- och sjukvården ansågs det viktigt att arbetet bedrevs väl samordnat och för att åstadkomma en förändring behövde fortsatta åtgärder på riksnivå vidtas. Åtgärderna skulle bland annat inriktas på att stödja sjukvårdshuvudmännens långsiktiga arbete med att förändra vårdstrukturen. Flera statliga aktörer skulle gemensamt, genom aktiva åtgärder, stödja huvudmännens omstrukturerings- och utvecklingsarbete.

Under framför allt 1970-talet tog varje landsting fram strategiska planer och femåriga genomförandeplaner samt årsbudgetar för vidareutvecklingen av hälso- och sjukvården. Statens uppgift var att på riksplanet samordna de olika delarna av samhällsverksamheten och göra de avvägningar som var nödvändiga för att utnyttja tillgängliga resurser med hänsyn till den övergripande välfärdspolitiken. Det innebar bland annat att staten påverkade omfattningen och inriktningen av hälso- och sjukvården. Vissa planeringsfrågor behandlades i Socialdepartementets sjukvårdsdelegation. Som central förvaltningsmyndighet för hälso- och sjukvården medverkade Socialstyrelsen i planeringen på central nivå och svarade för tillsynen inom området. Med

[1] Detta avsnitt bygger huvudsakligen på prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m.

stöd av lagen (1971:1204) om byggnadstillstånd kunde staten avgöra vilka större byggnadsprojekt bland annat inom hälso- och sjukvården som skulle få komma till stånd. Ett antal statliga aktörer godkände investeringar och byggnationer av sjukhus. Forsknings- och utvecklingsarbete bedrevs i första hand vid statliga högskoleinstitutioner och vid statliga eller kommunala undervisningssjukhus med statliga bidrag.

Lagstiftning

Två lagar reglerade investering och byggnation av sjukhus: sjukvårdslagen (1962:242) och lagen om byggnadstillstånd (1971:1204).

Sjukvårdslagen reglerade ansvaret för sjukvård, tillsyn, anordnande av sjukhus (bland annat definitioner av olika typer av sjukhus), direktion och tjänster vid sjukhusen. Av 8 § sjukvårdslagen framgick att ”anläggning av sjukhus må icke påbörjas förrän sjukhusets förläggning även som ritningar godkänts i den ordning konungen bestämmer. Vad nu sagts skall gälla jämväl större till- eller ombyggnad av sjukhus.” Sjukvårdslagen ersattes 1983 med hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som gav stort utrymme för landstingskommunerna att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar.

Lagen om byggnadstillstånd infördes 1971. Lagen hade sin grund i regelverk om byggnadstillstånd som infördes redan på 1940-talet. Syftet var i huvudsak arbetsmarknadspolitiskt och handlade om att reglera tillgången på arbetskraft och byggnadsmaterial över landet. Staten kunde, med stöd av lagen, avgöra vilka större byggnadsprojekt bland annat inom hälso- och sjukvården som fick komma till stånd. I lagen nämns dock inte specifikt byggnation av sjukhus, det framgår i stället av förordning (1986:777) om byggnadstillstånd. Lagen upphävdes 2012 (SFS 2012:412). Anledningen var att regelverket inte utnyttjats på över 20 år. En nackdel med att upphäva lagen bedömdes vara att statistik och information om pågående och kommande byggnadsprojekt gick förlorad.

Statliga aktörer

Det fanns flera statliga aktörer som hade en roll i styrningen av hälso- och sjukvården under 1960-talet fram till 1990-talet: Socialdepartementets sjukvårdsdelegation, Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU), Nämnden för socialvårdens och sjukvårdens byggnader (NSB) samt Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri). Socialstyrelsens ansvar var bland annat att samordna planeringen inom hälso- och sjukvården.

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation (S 1966:39)

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation inrättades 1965 och var ett samrådsorgan för staten, landstingskommunerna och de fackliga organisationerna i hälso- och sjukvårdsfrågor. I delegationen ingick företrädare för berörda departement, Socialstyrelsen, Arbetsmarknadsstyrelsen, Universitets- och högskoleämbetet, Landstingsförbundet, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) samt de fackliga organisationerna. Delegationen hade till uppgift att följa utbyggnaden av sjukvårdsresurserna i landet och verka för en samordning av hälso- och sjukvårdsplaneringen. Nämnden kunde genom sina yttranden ge en samlad uppfattning från huvudmän, myndigheter och fackliga organisationer i olika ärenden.

I början av 1970-talet tillsatte delegationen en arbetsgrupp (Ag S-plan) som med hänsyn till kostnadsutvecklingen skulle vidareutveckla de olika planeringsinstrument som fanns inom sjukvården till ett riksomfattande system med enhetligt uppbyggda sjukvårdsplaner. I arbetsgruppen ingick företrädare för Spri, Socialstyrelsen och berörda departement. Parallellt med detta tog Spri fram riktlinjer för hälso- och sjukvårdsplanering.

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation övertog i början av 1980-talet även centrala regionsjukvårdsnämndens uppgifter som bland annat handlade om att samordna den mest högspecialiserade vården. Delegationen startade också projektet Hälso- och sjukvården inför 90-talet (HS 90) som skulle lägga fast den långsiktiga inriktningen av hälso- och sjukvården.

Genom ett regeringsbeslut 1983 ersattes Socialdepartementets sjukvårdsdelegation av ett nytt samrådsorgan, Socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning, som hade i uppdrag att svara för den

övergripande samordningen av hälso- och sjukvården och de sektorer i samhället som var av betydelse för den samlade hälso- och sjukvårdspolitiken. Beredningen skulle också behandla frågor som rörde hälso- och sjukvårdens omvandling mot en struktur med större inslag av förebyggande åtgärder och öppnare vårdformer. Till beredningens område hörde bland annat förutsättningarna för samordning av den långsiktiga planeringen av hälso- och sjukvården, det fortsatta arbetet med läkarfördelningsprogram med de nya förutsättningar för detta som den nya hälso- och sjukvårdslagen gav, övriga vårdpersonalprognoser och utbildningsfrågor samt frågan om hur kunskap och insatser från andra sektorer än hälso- och sjukvården skulle kunna tas till vara.

Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU)

Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU) inrättades 1960. Enligt sin instruktion (förordning 1977:433) hade nämnden till uppgift att ”för statens del granska och godkänna förslag till byggnadsarbeten och anskaffande av utrustning vid kommunala undervisningssjukhus, i de fall där statlig investeringsersättning kan utgå enligt avtal om läkarutbildning och forskning”. NUU skulle bland annat med beaktande av sjukvårdens krav ta till vara utbildningens och forskningens intressen, följa planeringen för undervisningssjukhusen och verka för en samordnad och väl avvägd utbyggnad, följa program- och projekteringsarbetet samt ge huvudmän synpunkter och önskemål om dimensionering, placering och utformning. Nämndens granskning skulle samordnas med handläggning av byggnadsärenden hos Nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader (NSB). NUU skulle också hålla ansvariga statsråd inom Social- och Utbildningsdepartementen fortlöpande underrättade om byggnads- och utrustningsfrågor av större vikt som handlades av nämnden. Varje år redovisade nämnden uppgifter till Socialdepartementet om de investeringsersättningar som staten beräknades betala ut under nästkommande budgetår.

Nämndens arbete hade från 1984 en koppling till ALF-avtalen (avtal om samarbete om läkarutbildning och forskning) som innebar att staten under vissa förutsättningar kunde betala investeringsersättning till sjukvårdshuvudmännen för byggnads- och utrustningsinveste-

ringar. Hur stor investeringsersättning för nybyggnad som skulle utgå avgjordes vid förhandlingar mellan Statens Förhandlingsnämnd (SFN) och sjukvårdshuvudmannen. För om- och tillbyggnad av lokaler var investeringsersättningen 25 procent av nettokostnaden för byggnadsarbetena. För anskaffning av utrustning var ersättningen 25 procent av nettokostnaden. Ersättning utgick förutsatt att förslaget till byggnadsarbeten och anskaffning av utrustning upprättats i samråd med och godkänts av NUU.

Nämnden för socialvårdens och sjukvårdens byggnader (NSB)

Nämnden för socialvårdens och sjukvårdens byggnader (NSB) inrättades 1968. Enligt sjukvårdslagen (1962:242) skulle sjukvårdshuvudmännens förslag till byggnadsarbeten för vissa sjukvårdsändamål granskas av staten. Sjukhus fick inte byggas förrän förläggningen av sjukhuset inom orten och ritningar för sjukhuset godkänts. Även större till- eller ombyggnad av sjukhus skulle godkännas. I sjukvårdskungörelsen (1972:676) angavs vilka byggnadsarbeten som omfattades av bestämmelserna. Granskningen var begränsad till sjukhus och omfattade till exempel inte vårdcentraler. NSB prövade ärenden om förläggning av sjukhus och granskade ritningar för arbetena. Om ett ärende omfattade en medicinsk fråga av ”större principiell räckvidd” skulle NSB med eget yttrande överlämna ärendet till Socialstyrelsen för avgörande. Besvär över NSB:s beslut prövades av regeringen.

NSB hade ett nära samarbete med NUU och med Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri). Ärenden som avsåg sjukhus och sjukhem svarade för en stor del av nämndens arbete trots att antalet ärenden var relativt litet. Antalsmässigt dominerade ärenden som avsåg vårdhem, inackorderingshem m.m. för psykiskt utvecklingsstörda. NSB biträdde här Socialstyrelsen vid rådgivning, granskning och fastställande av antalet platser för vilka anordningsbidrag utgick.

Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri)

Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) inrättades 1968 och drevs gemensamt av staten och sjukvårdshuvudmännen. Spri hade till uppgift att på olika sätt ge sjukvårdshuvudmännen råd samt främja, samordna och medverka i planerings- och rationaliseringsarbetet. De utarbetade och offentliggjorde riktlinjer för dimensionering och planering av sjukhus. Spri sammanställde också rapporter om hur sjukhusen borde utformas för att säkerställa att de höga kraven på eventuell framtida expansion, effektivitet och flexibilitet uppnåddes. Standard för olika anläggningar och funktioner på sjukhus utvecklades och utformning av olika typrum publicerades. Spri ändrade med åren inriktning från sjukhusplanering till utformning av sjukhem och därefter vårdcentraler. 1989 avvecklades Spri:s byggnadsavdelning.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen hade ett allmänt ansvar att medverka i planeringen av hälso- och sjukvården, svara för tillsyn inom området och verka för att statsmakternas beslut och intentioner verkställdes. Socialstyrelsens roll inom hälso- och sjukvårdsplaneringen var att ta fram underlag för såväl statsmakternas vårdpolitiska beslut som de kommunala huvudmännens planering samt att yttra sig över planer för utbyggnaden. Socialstyrelsen sammanställde och analyserade också landstingens planer och verkade för att planerna så långt som möjligt utformades enhetligt. Myndigheten följde också upp planeringen av hälso- och sjukvården på central nivå. Utöver det medverkade Socialstyrelsen i personal- och utbildningsplanering med syfte att anpassa utbildning och personaltillgång till de behov som fanns.

Under 1970-talet tog landstingen fram långsiktiga principplaner, femåriga genomförandeplaner samt årsbudgetar för hälso- och sjukvården enligt ett relativt enhetligt system. Socialstyrelsen sammanställde årligen landstingens femårsplaner i samarbete med Landstingsförbundet. Principplanerna sammanställdes och kommenterades i ett samarbete mellan Socialstyrelsen och Spri.

Det framfördes dock kritik om brister i landstingens planer. De ansågs vara alltför detaljerade och resursinriktade och att de byggde

på alltför optimistiska bedömningar av den ekonomiska utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Regeringen uttalade att landstingens planering måste bygga på realistiska antaganden om den långsiktiga samhällsekonomiska utvecklingen för att man skulle kunna åstadkomma förändringar i bland annat vårdstruktur, arbetssätt och verksamhetsinriktning. Statens ställningstagande skulle utgöra grund för landstingens planering. Landstingen skulle bedriva sin hälso- och sjukvårdsplanering enligt vissa enhetliga principer som var gemensamma för hela landet och använda samma begrepp- och referensramar. Detta för att planeringen skulle kunna samordnas på olika nivåer, planeringsinsatser jämföras och summeras samt resultaten senare skulle kunna utvärderas. Ett samordnat och enhetligt statistiksystem behövdes därför också.

De statliga aktörerna avvecklas

Socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning, Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU), NSB och Spri avvecklades vid olika tidpunkter från 1980-talet och fram till slutet av 1990-talet. Socialstyrelsens ansvar för att samordna landstingens planering för hälso- och sjukvården togs också bort, det är dock oklart när.

Det fanns flera orsaker till detta. Från början av 1980-talet till mitten av 1990-talet genomfördes ett antal reformer som decentraliserade ansvaret för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet till landsting och kommuner. I samband med den nya hälso- och sjukvårdslag som trädde i kraft 1983 och som ersatte den tidigare sjukvårdslagen (1962:242) gavs landstingskommunerna ett vidgat ansvar för befolkningens hälsa och ett stort utrymme att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar. En samordning med kommuner, andra vårdgivare i länet samt med närliggande landstingskommuner skulle ske för att åstadkomma ett samlat och rationellt utbud av vård. Till en början hade staten ett fortsatt ansvar för den centrala, övergripande planeringen och samordningen av hälso- och sjukvården. Detta för att få en rationell och rättvis fördelning av samhällets resurser inom hälso- och sjukvård och i förhållande till andra sektorer i samhället. Efter hand bedömdes behovet av central styrning av hälso- och sjukvården inte vara lika stort. Beslutsfattare och politiker menade bland annat att Sverige hade byggt det antal

sjukhus som behövdes inom en överskådlig framtid. Systemet uppfattades också som alltför byråkratiskt. I samband med nedläggningen av NSB framfördes bland annat att överblicken över det svenska sjukvårdsbyggandet gick förlorad.

7.2.2 I dag: respektive region ansvarar för planering och investeringar i hälso- och sjukvården

Varje region ansvarar självständigt för att finansiera och tillhandahålla hälso- och sjukvård inom sitt geografiska område. Staten har därmed en mer indirekt roll i styrningen av hälso- och sjukvården i dag jämfört med tidigare. När det gäller planering och investeringar inom hälso- och sjukvården har staten i dag ingen formell roll, ansvar eller mandat.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska regionerna planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Regionen ska också beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. Regionernas planer sammanställs eller samordnas inte på nationell nivå. Inom de sex samverkansregionerna samverkar sjukvårdshuvudmännen kring sjukvårdsresurserna. Vissa prioriteringar kan göras inom samverkansregionen, men samverkansregionen har inget mandat att styra enskilda investeringar. I Socialstyrelsens uppdrag för nationell högspecialiserad vård ingår inte att fördela resurser eller att bedöma eller godkänna investeringar i sjukhus för den högspecialiserade vården.

Det finns inte någon nationell aktör som samlat följer upp planeringen och strukturförändringen, inklusive investeringar, inom hälso- och sjukvården. SKR beskriver i hälso- och sjukvårdsrapporten den aktuella utvecklingen i hälso- och sjukvården med stöd av tillgängliga sjukvårdsdata. Det gäller till exempel tillgänglighet, kostnader, patienternas erfarenheter och befolkningens syn på sjukvården samt utveckling och resultat för stora sjukdomsgrupper. Det finns inte heller någon specifik reglering av investeringar inom hälso- och sjukvården. Enligt lagen (2018:597) om kommunal bokföring och redovisning ska kommunernas och regionernas investeringsredovisning innehålla en samlad redovisning av kommunens eller regionens investeringsverksamhet. Hur redovisningen ska se ut är dock inte regle-

rat. SKR tar in uppgifter om regionernas investeringsbudgetar som underlag för den årliga ekonomirapporten. Investeringarna redovisas på en övergripande nivå och går inte in på närmare detaljer om vilken typ av investering det handlar om.

Överenskommelser mellan SKR och regeringen inom vård och omsorg omfattar områden som båda parter har identifierat som särskilt viktiga för den fortsatta utvecklingen av hälsa, vård och omsorg i kommuner och regioner. Det finns inga överenskommelser om planering och investeringar inom hälso- och sjukvård. SKR har en sjukvårdsdelegation som består av företrädare för regionerna. Delegationen hanterar övergripande hälso- och sjukvårdsfrågor inklusive bland annat högspecialiserad vård. Den bereder ärenden åt styrelsen, följer utvecklingen inom sitt sakområde och har viss delegerad beslutsrätt från styrelsen. Sjukvårdsdelegationen kan exempelvis ta fram rekommendationer om hur regionerna ska hantera en viss fråga. Den kan däremot inte formellt påverka enskilda regioners beslut.

7.2.3 Att planera och bygga ett nytt sjukhus

Även om investeringarna i sjukhusbyggnader har ökat och kommer att öka de närmaste åren så är det ändå mycket få helt nya större sjukhus som har byggts de senaste 20 åren. Sunderby sjukhus i Norrbotten som invigdes 1999 är ett exempel, Nya Karolinska i Stockholm som invigdes 2018 är ett annat. Att planera och bygga ett sjukhus är en komplex process. Det handlar inte bara om byggnationen utan också om planering utifrån verksamhet och verksamhetsinnehåll. Eftersom det handlar om omfattande och långsiktiga projekt ställer det också krav på besluts- och genomförandeprocessen.

Vilket stöd finns då för regionerna att få i samband med byggnation av ett nytt sjukhus? SKR:s fastighetsnätverk är en arena där bland annat regionernas fastighetsdirektörer kan utbyta erfarenheter med varandra (se även avsnitt 4.4). På Chalmers tekniska högskola finns Centrum för vårdens arkitektur (CVA) som är en nationell arena för skapande, utbyte och spridning av kunskap om vårdarkitektur. De arrangerar seminarier, temadagar och workshops. CVA bedriver forskning, genomför forskarutbildning samt bidrar till grund- och vidareutbildning. CVA tar också fram stöd i form av planerings- och

beslutsunderlag. Ett exempel är ”den goda vårdavdelningen” där bland annat enpatientrum har utvärderats.

Jan Öhrming, senior professor i företagsekonomi vid Södertörns högskola, har analyserat planering och driftsättning av det nya universitetssjukhuset i Solna (NKS). Han jämför NKS med hur planeringen av Huddinge sjukhus och Sunderby sjukhus gick till. Enligt Öhrming (2017) består den traditionella arbetsgången vid driftsättande och planering av sjukhus av tre faser. Den första fasen är sjukvårdsplanering där regionen analyserar sjukvårdsbehovet i relation till politiska mål och budget. I den andra fasen görs en funktionsutredning, där man analyserar vilka funktioner ett nytt sjukhus kräver, vilka verksamheter som bör finnas på sjukhuset, hur stora utrymmen olika verksamheter behöver och hur verksamheterna ska placeras i förhållande till varandra. Som tredje fas kommer projektering och byggande där funktionsutredningen omvandlas till ritningar och byggnadsbeskrivningar. Därefter påbörjas själva byggnationen av sjukhuset.

Sunderbyn planerades utifrån de tre faserna ovan. Ambitionerna för det nya sjukhuset var höga. Man skulle bygga Europas modernaste sjukhus, sjukhusbyggnaden skulle vara generell och flexibel för att snabbt kunna anpassas till ny medicinsk teknik och nya behandlingsformer utan dyra ombyggnationer. Klinikerna skulle ersättas av verksamhetsområden, vården skulle vara patientfokuserad och professionerna skulle organiseras i multiprofessionella team. Den svåra frågan var lokaliseringen av sjukhuset. I slutändan placerades det mitt emellan Boden och Luleå. Sjukhuset invigdes 1999.

Även planering och byggande av Huddinge sjukhus (1961–1972) följde de tre faserna. Frågan om verksamhetsinnehåll utreddes av ett antal erfarna kliniskt erfarna professorer och överläkare på Karolinska Institutet och avgjordes tidigt i processen. Landstinget beslutade om resursramarna, bland annat antalet vårdplatser. Sjukhuset projekterades och byggdes i landstingets regi av privata företag. I generalplanen angav man relativt detaljerat vårdinnehåll, omfattning, organisation och utbildning.

Öhrming konstaterar att planeringen av NKS sett annorlunda ut. Viktiga delar i sjukvårdsplanering och funktionsutredning har skjutits på framtiden samtidigt som projektering och byggande påbörjats i ett tidigare skede.

7.3 Styrmodeller inom hälso- och sjukvården

Olika modeller för styrning och organisering har prövats på olika nivåer inom hälso- och sjukvården genom åren. På regionnivå har exempelvis marknadsidéer genom beställar-utförar-modeller prövats. Samverkan genom stordrift och specialisering är ett annat exempel. Gamla modeller lever ofta kvar i organisationerna och blandas med nya. Syftet med reformerna har varit att öka hälso- och sjukvårdens effektivitet, kostnadskontroll och ett ökat demokratiskt inflytande (Hallin och Siverbo, 2003).

På verksamhetsnivå har man historiskt sett både i Sverige och internationellt organiserat vården efter specialitet i olika kliniker. Detta förespråkades i ett reformprogram redan i början av 1900-talet där syftet främst var att höja kvaliteten på läkarutbildningen (SBU, 2018). Organisering utifrån specialitet enligt kliniktanken är den vanligaste organisationsformen än i dag. Modellerna för att styra verksamheterna har däremot skiftat över tid. De har i regel kunnat appliceras i klinikorganisationen utan att det krävts större omorganisering. Vissa senare styrmodeller förutsätter dock att vården omorganiseras och att man går bort från organisering utifrån specialitet (klinik).

7.3.1 Exempel på styrmodeller inom hälso- och sjukvården

Styrmodeller i Sverige kommer i regel från den anglosaxiska världen, framför allt från USA och Storbritannien. Internationella erfarenheter visar att en modell i regel överlever i 3–5 år, några modeller har överlevt längre. Därefter tar en ny modell över. Skillnaden mellan de olika modellerna är ofta små, fenomenet har därför döpts till ”pseudoinnovation”. Det kan uppstå flera olika problem när styrmodeller överförs mellan länder som har olika sjukvårds- och sjukförsäkringssystem (SMER, 2019). Sjukvårdsorganisationer som lyckats väl med att förbättra och/eller effektivisera verksamheten har oftast arbetat medvetet med en strategi som de har anpassat och utvecklat vidare i sin egen organisation (SBU, 2018).

Nedan beskrivs några av de styrmodeller som använts och används inom svensk hälso- och sjukvård.

Lean Production

Lean Production användes från början inom tillverkningsindustrin och har med tiden kommit att tillämpas även inom sjukvården. Lean spreds snabbt inom svensk hälso- och sjukvård i början av 2000-talet. S:t Görans sjukhus var det första sjukhuset i Sverige som började arbeta med Lean, vilket var 2005. 2011 angav 90 procent av de svenska sjukhusen att de arbetade med Lean i någon omfattning (Hellman m.fl, 2019).

Syftet med Lean är att skapa värde för kunden. Det som är viktigt för kunden ska vara styrande för alla aktiviteter. Effektivitetsproblem beror på att man fokuserar på enskilda delar i stället för att se till effektiviteten i hela verksamheten. Modellen bygger på ett antal centrala principer, som till exempel att en verksamhet består av ett antal processer eller flöden, att verksamheten utvecklas genom ständiga förbättringar och genom att eliminera onödiga moment, samt att medarbetare ska vara involverade och delaktiga i arbetet.

Studier av Lean i vården visar bland annat att väntetiderna kortas, att vård ges i rätt tid, att vårdkvaliteten ökar liksom patientsäkerheten. Det finns också studier som visar att personalen uppskattar arbetsprocessen och att den leder till mer engagemang. För att få hållbara resultat krävs ledarskap och förmåga att skapa förståelse, struktur och översikt i arbetet.[2]

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård har funnits som begrepp inom hälso- och sjukvården sedan 1960-talet. Personcentrerad vård innebär att vårdpersonalen sätter fokus på personen som är i behov av vård framför sjukdomen. Den strävar efter att synliggöra sammanhanget för personen och dennes förmågor och behov. Det är inte helt lätt att mäta effekterna av personcentrerad vård eftersom det handlar om att mäta mjuka värden. Enligt Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet (GPCC) visar studier att personcentrerad vård leder till bland annat kortare vårdtider, lägre kostnader och högre livskvalitet.

Det finns tre nyckelbegrepp inom den personcentrerade vården. *Partnerskap* som innebär en ömsesidig respekt för varandras kunskap; å ena sidan patientens och närståendes kunskap om hur det är

[2] https://kvalitetsmagasinet.se/positiva-effekter-av-lean-sjukvarden/.

att leva med sjukdomen, å andra sidan vårdpersonalens kunskap om vård, behandling eller rehabilitering vid det specifika tillståndet. Genom noggrant lyssnande på *patientens berättelse* (ofta tillsammans med närstående) och övriga undersökningar skrivs en gemensam hälsoplan, som innehåller mål och strategier för genomförande och kort- och långsiktig uppföljning. *Dokumentation* av berättelsen och hälsoplanen i patientens journal är viktig. Dokumentationen ska vara levande, det vill säga ses över löpande, vara tillgänglig för patienten och följa patienten genom vårdkedjan.

I rapporten Personcentrerad vård i Sverige som SKL publicerade 2018 framgår att 13 av 21 landsting har fattat övergripande beslut om att skapa förutsättningar och samordna insatser för personcentrerad vård. En mängd aktiviteter pågår runt om i landet, allt från utbildningsinsatser, stärkt patient- och brukarmedverkan till implementeringsforskning.

Värdebaserad vård

Begreppet värdebaserad vård introducerades av ekonomerna Michael Porter och Elisabeth Olmsted Teisberg 2004, utvecklades vidare och publicerades 2006 i boken Redefining health care: Creating value-based competition on results. Idéerna var ett svar på de problem med kvalitetsbrister och höga kostnader som funnits inom amerikansk sjukvård i många år. Sjukvården i USA, som till största del är privatfinansierad, följde inte utvecklingstrenderna på andra privata marknader där process- och metodförbättringar ledde till lägre kostnader. I stället fortsatte kostnaderna att öka. Man såg också stora variationer i kostnader och kvalitet mellan olika vårdgivare och i olika geografiska områden. Grundfelet var, enligt Porter och Teisberg, missriktad konkurrens med fokus på vårdproduktion i stället för på hälsoutfall. Om kliniker själva fick möjlighet att upptäcka skillnader i kostnad och kvalitet så skulle de också utveckla en drivkraft för förbättring.

Centralt i värdebaserad vård är värdeekvationen, där värdet är förhållandet mellan hälsoutfall och kostnader. Centralt är också värdestrategin som består av sex komponenter för att förverkliga värdebaserad vård. Komponenterna är beroende av och förstärker varandra.

De sex komponenterna är:

1. Organisera i integrerade vårdenheter.
2. Mäta hälsoutfall och kostnader för varje patient.
3. Övergå till vårdepisodersättning för hela vårdcykeln.
4. Integrera vård som ges på flera enheter.
5. Expandera högkvalitativ vård geografiskt.
6. Bygga ett stödjande it-system.

Den första komponenten innebär att hälso- och sjukvården omorganiseras. I stället för att organisera vården utifrån den kliniska verksamhetens specialitetsindelning organiseras vården utifrån patienten och dennes medicinska tillstånd. På så vis ska vården bli mer patientcentrerad och komma bort från organisatoriska silos. Den andra komponenten innebär att mäta utfallet för vård och behandling samt kostnad för varje patient. Genom aggregerade patientdata kan jämförelser göras mellan olika jämförelsemått. För att få trovärdiga jämförelser krävs tillräckligt många patienter, vilket kräver integrerade vårdenheter enligt den första komponenten. Den sjätte komponenten handlar om att skapa förutsättningar för att på ett smidigt sätt kunna ta fram och jämföra utfall och kostnader mellan olika vårdinrättningar, organisationer och system.

Värdebaserad vård används inom den amerikanska hälso- och sjukvården och det finns också enskilda sjukhus i Europa som arbetar utifrån modellen. I Sverige har tre universitetssjukhus tagit in modellen: Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Akademiska sjukhuset och Karolinska Universitetssjukhuset. Hur modellen införts och i vilken omfattning skiljer sig åt mellan sjukhusen.

7.3.2 Etisk analys av styrmodeller inom hälso- och sjukvården

Statens medicinsk-etiska råd (SMER) kom 2019 med rapporten Styrmodeller i hälso- och sjukvården – förslag till modell för etisk analys. Bakgrunden till rapporten var de senaste årens debatt om styrningen inom hälso- och sjukvården där ambitionerna att effektivisera vården genom nya arbetssätt och styrmodeller har ställts mot kritiken att modellerna inte fått avsedd effekt. SMERr vill genom rapporten be-

lysa hur styrningen bör se ut på olika nivåer inom hälso- och sjukvården för att uppfylla hälso- och sjukvårdens mål om en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen samtidigt som den är kostnadseffektiv.

Enligt SMER är styrmodeller inte värdeneutrala. Innan förändringar i styrsystemen görs eller en ny styrmodell införs bör därför en ingående etisk konsekvensanalys göras. En sådan analys innebär att man analyserar de värden som explicit och/eller implicit ingår i styrmodellen och de konsekvenser modellen sannolikt leder till. Värden och konsekvenser ställs sedan mot målen enligt hälso- och sjukvårdslagen och annan relevant lagstiftning. Analysen bör också innehålla en jämförelse mellan olika alternativ, där ett av alternativen är att fortsätta enligt befintlig styrmodell. SMER menar att ett metodstöd för etisk analys kan fungera som ett verktyg för samverkan mellan beslutsfattare, tjänstemän och professioner, där modeller tas fram och anpassas för att stödja både kvalitet, kostnadseffektivitet och mål för hälso- och sjukvården. Tanken är att metodstödet ska kunna användas för förändringar i styrmodeller och organisation på olika nivåer inom hälso- och sjukvården: från nationell nivå till regional-, sjukhus- och vårdenhetsnivå.

Den föreslagna analysmodellen är en så kallad mål- och hindersanalys som utgår från de fyra begreppen nuläge, mål, hinder och strategier. För varje begrepp finns frågor som man kan ställa i analysen. Centralt i modellen är att det ställs vissa kvalitetskrav på de svar som ges. Evidensen för svaren måste kunna redovisas och svaren får inte bygga på dålig forskning, en problembild utan verklighetsförankring eller alternativa fakta. Särskilt viktigt är att lyfta fram de värden som står på spel och eventuella värdekonflikter som kan uppkomma. Enligt SMER är rådet att 1) utgå från de frågor som aktualiserats av mål- och hinderanalysen, 2) jämföra svaren på dessa frågor med det som påstås i de föreslagna förändringarna eller den nya styrmodellen, 3) granska de belägg som ges för dessa påståenden.

SMER lyfter fram behovet av kontinuerlig uppföljning och utvärdering av styrning och styrmodeller på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Medan flera statliga myndigheter analyserar den statliga styrningen av olika verksamheter (till exempel Ekonomistyrningsverket, Statskontoret, Socialstyrelsen), finns det enligt SMER ingen aktör som vägleder kommuner eller regioner i hur de ska styra sin verksamhet. SMER menar att staten bör ha en större kunskapsstödjande roll

när det gäller styrning och styrmodeller i hälso- och sjukvården. Det behövs också mer forskning om styrning av offentligt finansierad hälso- och sjukvård och etiska analyser på detta område.

Avslutningsvis rekommenderar SMER:

- att etisk analys bör användas på olika nivåer inför introduktion av styr- och organisationsmodeller i hälso- och sjukvården,
- att etisk kompetens måste tillföras och utvecklas bland beslutsfattare på olika ledningsnivåer,
- att nya styrmodeller bör utvecklas i samverkan mellan profession och beslutsfattare där värdefrågor och den etiska analysen bör vara en utgångspunkt.

7.3.3 Utvärderingar av värdebaserad vård

Olika styr- och organisationsmodeller kan innebära fördelar men också nackdelar och utmaningar när de införs i en organisation. De passar i regel olika bra beroende på verksamhetens mål, uppdrag, organisation och möjligheter att följa upp. Hur en styrmodell införs i organisationen, i vilken omfattning och utifrån vilken tidshorisont spelar också in.

Under de senaste åren har värdebaserad vård blivit en både använd och omdiskuterad styrmodell inom hälso- och sjukvården. Förespråkarna av modellen har hänvisat till att den kan bidra till att lösa de problem med ökade kostnader och minskande kvalitet som finns inom hälso- och sjukvården. Kritikerna menar att det saknas evidens för detta och att modellen snarare bidrar till ökade problem.

I Sverige har ett antal utvärderingar och analyser under senare år gjorts av modellen värdebaserad vård. De redovisas närmare nedan.

Värdebaserad vård vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sahlgrenska Universitetssjukhuset lät 2017 göra en utvärdering (SU 2017-03971) av värdebaserad vård som infördes på delar av sjukhuset 2013.

Beslutet att införa värdebaserad vård som övergripande strategi för sjukhusets verksamhets- och kvalitetsutveckling fattades av den dåvarande sjukhusdirektören på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Boston Consulting Group engagerades som konsultstöd. Fyra pilotprojekt startades och för de verksamheter som ingick i piloten kartlade man processer och gjorde kostnadsberäkningar. 2015 omfattade projektet cirka 25 standardiserade processer. Samma år gjordes en första, mindre, utvärdering av projektet som konstaterade att det saknades uppföljningsbara utfallsmått i processkartläggningarna. Fokus lades på att definiera sådana mått. 2015 avslutades också det externa konsultstödet efter att man hade upprättat ett förvaltningscentralt kansli som fungerade som internkonsultstöd.

2016 fattade sjukhusdirektören ett inriktningsbeslut om att värdebaserad vård skulle driftsättas som ledningssystem för hela sjukhuset och att sjukhuset på sikt skulle omorganiseras i tematiska verksamhetsområden utifrån patientflöden med gemensamma standardiserade processer. Denna omorganisation genomfördes dock inte. 2016 kom en ny sjukhusdirektör och en ny ledningsorganisation skapades. Sjukhuset pausade den större omorganisationen. Den nya sjukhusledningen beslutade därefter att helt avstyra en sjukhusövergripande och omfattande omorganisation. Värdebaserad vård har dock behållits som strategi. Ett samverkansarbete med Göteborgs universitet om personcentrerat arbetssätt har också etablerats. Hösten 2017 ingick 31 processer i det värdebaserade arbetet på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

I utvärderingen gjordes en genomgång av de 31 processer som arbetar med värdebaserad vård. Flertalet var så nystartade att det inte fanns några resultat att utläsa. Inom vissa verksamheter hade goda resultat uppnåtts. Ett systematiskt förbättringsarbete hade dock påbörjats redan innan införandet av värdebaserad vård. Det kan tyda på att likartade resultat kan uppnås med andra modeller. Utvärderingen gjorde även en genomgång av litteratur och forskning om värdebaserad vård. Slutsatsen var att det inte finns några vetenskapliga belägg för värdebaserad vård som utvecklingsmodell eller metod och att modellen snarare bör ses som ett strategiskt förhållningssätt. Någon evidens för att införa tematiska organisationer enligt värdebaserad vård finns inte heller. Slutsatsen är att valet av styrmodell eller förbättringsstrategi (värdebaserad vård, Lean eller andra) inte förefaller vara kritiskt för utfallet. Patientfokus och systematiska processkartläggningar i vården kan göras med olika metoder. Enligt utvärderingen bör Sahlgrenska Universitetssjukhuset fortsätta med värdebaserat förhållningssätt som strategi, men inte genomföra omfattande orga-

nisationsförändringar baserade på konceptet. Arbetet med kvalitets- och verksamhetsutveckling bör utföras av och i verksamheten. Verksamheten bör bestämma vilka processer som bör kartläggas. Detta eftersom alla processer, särskilt vid ett universitetssjukhus, inte låter sig standardiseras och för att få patienter endast har en diagnos. Slutligen bör fokus ligga på förenklad uppföljning och i högre grad koppla den till regionövergripande aktiviteter och modeller.

Värdebaserad vård – Kartläggning av kunskapsläget

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) fick 2017 i uppdrag av regeringen att kartlägga kunskapsläget avseende värdebaserad vård. Kartläggningen omfattar systematisk litteratursökning för perioden 2004–2017. SBU har inte utvärderat evidensen eller om studiernas slutsatser är överförbara till svenska förhållanden.

Kartläggningen visar att det finns lite forskning om värdebaserad vård och särskilt forskning om ramverket som helhet. Det är därför svårt att dra generella slutsatser om effekter och resultat av värdebaserad vård. De flesta studier fokuserar på en enskild komponent i modellen och/eller en specifik patientgrupp. Merparten av studierna är amerikanska. Av sex svenska artiklar avser fem implementeringen av värdebaserad vård vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Den forskning som finns har enligt SBU ofta brister och uppvisar en stor variation i hur värdebaserad vård tillämpas. Flertalet artiklar är enkla fallrapporter och de flesta utgår från vårdgivarens perspektiv. Endast ett fåtal har ett patientperspektiv. Få studier undersökte samtliga komponenter inom värdebaserad vård. De flesta fokuserar på mätning av utfall och kostnader. Enskilda komponenter är inte heller unika för värdebaserad vård. Studierna har också flera begränsningar. Urvalet är oklart i flera studier, liksom när och hur data samlats in. De omfattar olika patientgrupper, utfallsmått och kostnadsvariabler.

SBU menar att framtida forskning bör vara inriktad på systematiska, kritiskt prövande och teoriutvecklande undersökningar av åtgärder som bygger på en systemsyn på ramverket värdebaserad vård. I forskningen bör aspekter som patienters upplevelser av värdebaserad vård beaktas liksom arbetsmiljöförhållande för de som arbetar i vården samt övergångar mellan vård inom och mellan sjukhusorganisationer.

Organisationsteoretisk genomlysning av värdebaserad vård

Regeringen gav också Leading Health Care (LHC) i uppdrag att analysera värdebaserad vård. Studien presenterades 2019. Syftet var att analysera och diskutera värdebaserad vård utifrån konceptets innehåll och ändamålsenlighet samt lärdomar för framtiden.

I rapporten jämförs bland annat tillämpningen av värdebaserad vård vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg, Akademiska sjukhuset i Uppsala och Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm. Jämförelsen visar på vissa likheter mellan sjukhusen. Samtliga sjukhus har arbetat flödesorienterat sedan tidigare, de har haft konsultstöd och de beskriver att införandet av värdebaserad vård har inneburit ett stort fokus på att mäta utfall och kostnader för patentens väg genom vården samt på nära samverkan över enhets- och professionsgränser. De betonar att patienten ska inkluderas i arbetet. Det finns också flera skillnader. Processen vid Karolinska Universitetssjukhuset präglades av att den genomfördes med konsultstöd under lång tid och att den var styrd uppifrån. Personalen var mer mottagare av styrsignaler än aktiva förändringsagenter i processen. Den innebar också en omfattande omorganisation där teman skulle införas under tidspress inför flytten till Nya Karolinska. Vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset hade man konsultstöd under den första delen av processen, därefter bedrevs arbetet vid en intern enhet (Värdekontoret). Införandet fick ta tid, och även om införandet kom uppifrån arbetade Värdekontoret med legitimiteten för projektet. Mindre organisatoriska förändringar genomfördes, men den större omorganisationen stoppades. Teman infördes inte. Även Akademiska sjukhuset hade konsultstöd, men under en kort tid. Processen drevs därefter internt och med ett mindre hierarkiskt tillvägagångssätt. Modellen anpassades internt, bland annat genom ”värdebaserad vård light”. En mindre omorganisation med teman har genomförts. Den överläkare som var huvudansvarig för värdebaserad vård och som fungerat som intern förändringsagent har löpande kommunicerat om arbetet internt. Det har bidragit till förankring och legitimitet hos personalen och att processen uppfattats som mer verksamhetsnära. Akademiska sjukhuset betonar också samverkan med externa parter i högre grad än de två andra sjukhusen. Det flödesinriktade arbetet har på så vis ett bredare perspektiv än att enbart integrera enheter inom sjukhuset.

Slutsatser som lyfts fram i rapporten är bland annat att värdebaserad vård syftar till att påverka en hel sektor, vilket gör den svårare att anpassa till lokala verksamheters förutsättningar och behov. Modellen bygger också på att stora mängder data ska standardiseras, aggregeras och jämföras på en övergripande nivå för att sedan användas i styrningen på lokal nivå. Det innebär risk för administrativ överbyggnad, bieffekter av mätning och tveksam måluppfyllelse. Fokus på värdeekvationen i modellen kan medföra att andra värden som finns i exempelvis hälso- och sjukvårdslagen riskerar att åsidosättas. I stället bör flera olika värden genomsyra utvecklingen av hälso- och sjukvården.

8 Nya Karolinska Solna

I detta avsnitt redogör utredningen för det större exempel på OPS-lösning som finns inom hälso- och sjukvården i Sverige i dag: Nya Karolinska Solna (NKS).

Först ges en bakgrund till NKS, därefter beskrivs kartläggningen av besluts- och genomförandeprocessen för sjukhusets verksamhetsinnehåll och hur den förhåller sig till omställningen av hälso- och sjukvården i Region Stockholm. Därefter följer besluts- och genomförandeprocessen för upphandling och finansiering av NKS genom OPS-lösningen samt för den nya verksamhetsmodellen och organisationsförändringen på NKS. I det avslutande avsnittet redovisas de kontrollmekanismer på regional och nationell nivå som aktualiserats i samband med exemplet NKS.

8.1 Nya Karolinska Solna – en bakgrund

Frågan om ett nytt universitetssjukhus i Stockholm blev aktuell redan i slutet av 1990-talet. Karolinska sjukhusets byggnader i Solna var slitna och omoderna med omfattande investeringsbehov. Ett alternativ var att renovera de gamla byggnaderna, ett annat var att bygga ett helt nytt sjukhus. Universitetssjukvården i länet bedrevs då dels vid Karolinska sjukhuset, dels vid Huddinge sjukhus. Tidigt i planeringen av det nya sjukhuset framfördes behovet av ett mindre och högspecialiserat universitetssjukhus, det vill säga inte ett nytt universitets- och akutsjukhus för den norra delen av länet. Ett nytt universitetssjukhus skulle kunna bli motorn i att utveckla Stockholm till en dynamisk region inom life science. En lokalisering i nära anslutning till Karolinska Institutet i Solna skulle underlätta detta.

Karolinska Universitetssjukhuset bildades den 1 januari 2004 genom en organisatorisk sammanslagning av Karolinska sjukhuset i Solna

och Huddinge sjukhus. Karolinska sjukhuset invigdes 1940 och var rikssjukhus fram till 1982 då staten överlät det till Stockholms läns landsting. Därefter har det fungerat som akut- och universitetssjukhus. Huddinge sjukhus byggdes av Stockholms läns landsting och invigdes 1972.

Karolinska Universitetssjukhuset är ett av norra Europas största universitetssjukhus och näst störst i Sverige efter Sahlgrenska Universitetssjukhuset. År 2018 var enligt Karolinska Universitetssjukhusets årsrapport omsättningen 19,5 miljarder kronor och man hade 15 500 medarbetare och 1 350 000 patientbesök (LS 2018-1077/K 2019-1358). Antalet disponibla vårdplatser vid sjukhuset var 1 100 i januari 2020 enligt Region Stockholms vårdplatsrapport vecka 5.

8.1.1 Startpunkten för ett nytt universitetssjukhus i Stockholm

I november 2001 lämnade det dåvarande finanslandstingsrådet en skrivelse till landstingsstyrelsen om nytt universitetssjukhus i Stockholms län (LS 0111-0650). Bakgrunden var att investeringsplanerna för de sju akutsjukhusen i länet uppgick till 14 miljarder kronor för den kommande 10-årsperioden, varav ungefär hälften omfattade Karolinska sjukhuset. Frågan hade diskuterats en tid om det var lämpligt att fortsätta att ”lappa och laga” på Karolinska sjukhuset eller om det var bättre att bygga ett helt nytt sjukhus.

I skrivelsen lyfts att flera äldre sjukhus runt om i Europa ersätts med nya, moderna sjukhus anpassade till den nya tekniken. Utvecklingen i Europa skulle kunna innebära att Karolinska sjukhuset och Karolinska Institutet blev mindre attraktiva för att rekrytera nya forskare. Ett nytt universitetssjukhus skulle därför vara en möjlighet för Karolinska Institutet och Karolinska sjukhuset att återta sin ställning som världsledande inom både forskning och klinisk verksamhet. Ett nytt universitetssjukhus skulle också vara ett stort och angeläget nationellt projekt, exempelvis vad gäller utbildning och forskning för nya läkare och sjuksköterskor. Därför bör, enligt skrivelsen, viss samordning ske mellan Karolinska sjukhuset och Huddinge sjukhus, men även med Akademiska sjukhuset i Uppsala, Sahlgrenska i Göteborg och universitetssjukhusen i Linköping och Umeå. I skrivelsen föreslås att frågan ska utredas och att olika möjligheter att finansiera investeringen ska undersökas, bland annat nämns PPP-finansiering.

Förslaget var att låta undersöka förutsättningarna för att skapa ett nytt universitetssjukhus i Stockholms län. I detta arbete skulle också fastighetsekonomiska och sjukvårdsekonomiska samordningsvinster belysas. Karolinska Institutet skulle ingå i arbetet och bedöma vinster för den framtida forskningen och utbildningen.

8.1.2 Två parallella beslutsprocesser

2005 fattade landstingsfullmäktige i Stockholms läns landsting ett inriktningsbeslut om ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms läns landsting och att fortsätta planeringen av ett nytt universitetssjukhus i Solna. Beslutet grundade sig på SNUS-utredningen och 3S-utredningen som tillsatts med uppdrag att komma med förslag angående bland annat sjukvårdsstrukturen och ett nytt universitetssjukhus i Stockholm (se avsnitt 8.2.1).

Enligt inriktningsbeslutet skulle den högspecialiserade vården koncentreras till Karolinska Universitetssjukhuset, specialiserad vård skulle flyttas ut från Karolinska Universitetssjukhuset till Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och S:t Görans sjukhus. Genomförandebesluten om en förändrad sjukvårdsstruktur skulle enligt underlagen till beslutet ske successivt och så långt som möjligt integreras i förändringsbesluten i det årliga budgetarbetet enligt en föreslagen tidplan.

När det gäller det nya universitetssjukhuset beslutade landstingsfullmäktige att uppdra åt landstingsstyrelsen att fortsätta planeringen för ett nytt universitetssjukhus på Karolinska Universitetssjukhuset Solnas område med utgångspunkt i de av 3S-utredningen angivna, preliminära lokalbehoven. En formgivningstävling för ett nytt sjukhus skulle utlysas och landstingsstyrelsen skulle ta fram förslag till genomförande samt projektramar för ett nytt universitetssjukhus. Landstingsstyrelsen skulle också fatta beslut om projektorganisation för det fortsatta arbetet. Val av finansieringsform vid byggande av nytt universitetssjukhus skulle beslutas i ett senare skede när ett mer förfinat underlag tagits fram.

Därmed startade arbetet med det nya universitetssjukhuset i Stockholm. Det omfattade två parallella processer: den ena handlade om utformning och planering av själva byggnaden, den andra om vilken vård som skulle bedrivas i det nya sjukhuset. I processen för

byggnationen ingick upphandling av byggentreprenör och val av entreprenadform och finansieringsmodell.

8.1.3 Visionen för det nya universitetssjukhuset

Visionen för det nya universitetssjukhuset lades fast tidigt genom de två utredningarna SNUS och 3S (se avsnitt 8.2.1). Det nya universitetssjukhuset skulle bedriva vård, forskning och utbildning av betydande omfattning och av yppersta kvalitet. Verksamheten skulle inriktas på högspecialiserad och specialiserad vård och bassjukvården skulle minska. Universitetssjukhuset skulle vara navet i ett nationellt och internationellt universitetssjukvårdssystem. Sjukvårdsuppdraget skulle balanseras mot forskningsuppdraget och utbildningsuppdraget relateras till forsknings- och sjukvårdsuppdraget. Universitetssjukhuset skulle vara internationellt konkurrenskraftigt och inta en central roll vid utvecklingen av Stockholmsregionen till ett biomedicinskt och bioteknologiskt kraftcentrum. Det nya sjukhuset skulle erbjuda personal, patienter, forskare och studenter en attraktiv vård- och arbetsmiljö. Utformningen skulle stödja profilen som ett av Europas ledande universitetssjukhus och bidra till rekrytering av nationellt och internationellt framstående forskare och vårdpersonal. För patienter i behov av specialiserad och högspecialiserad vård skulle sjukhusets utformning förmedla begrepp som omtanke, trygghet och kvalitet. Lokalutformningen skulle stödja interdisciplinär samverkan och kreativitet.

NKS sågs som ett omfattande och unikt projekt. I rapporten Nya Karolinska Solna – mål och verksamhetsinriktning från 2011 sammanfattas visionen på följande sätt: ”Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus (NKS) är en av de största framtidssatsningarna som någonsin har gjorts i svensk sjukvård. Visionen är att NKS ska bli ett universitetssjukhus av världsklass i centrum av ett av världens främsta områden för life science, det vill säga forskning, utveckling och innovation inom läkemedelsområdet, biomedicin, bioteknik och medicinteknik. Stockholms läns landsting har i och med NKS en helt unik möjlighet att ytterligare förbättra vården för svårt sjuka patienter i hela Stockholmsregionen och att förbättra samverkan och korsbefruktning mellan vård, forskning och utbildning. Anläggningen som sådan, med sin generella utformning, enkelrum för alla inneliggande

patienter, korta avstånd, bra logistik och omedelbara närhet till Karolinska Institutet, skapar mycket goda förutsättningar för ett universitetssjukhus av världsklass." Vidare sägs att "Med det nya universitetssjukhuset i Solna skapas en kreativ miljö i Mälardalen för den högspecialiserade vården som underlättar utvecklingsarbete och sjukhusets möjlighet att hävda sig i en ökande nationell och internationell konkurrens."

8.1.4 Definitionen av högspecialiserad vård

Visionen för NKS var alltså ett universitetssjukhus i världsklass för högspecialiserad vård. Hur definierades då vad som är högspecialiserad vård?

I 3S-utredningen (se avsnitt 8.2.1) definierades högspecialiserad vård som sådan vård (diagnostik och/eller behandling) som kräver särskild kompetens eller resurser och därför måste koncentreras. Utöver definitionen beskrivs att högspecialiserad vård avser utveckling av ny diagnostik och ny behandling av såväl sällan förekommande sjukdomar som folksjukdomar, att den är multidisciplinär och kräver tillgång till särskild professionell kompetens liksom till avancerad och dyrbar utrustning. Den högspecialiserade vården har också en nära relation till teknisk och medicinsk grundforskning och klinisk forskning. Att sprida ut denna vård till flera olika enheter sägs bli ineffektivt och därför bör den huvudsakligen lokaliseras till universitetssjukhuset. 3S-utredningen skriver också att högspecialiserad vård är ett dynamiskt begrepp som förändras över tiden. Enligt 3S föreslås viss högspecialiserad vård överföras till Karolinska Solna, andra delar till Karolinska i Huddinge och i något fall till Södersjukhuset. Förslaget innebär alltså inte att all högspecialiserad vård ska läggas på det nya universitetssjukhuset i Solna. Detta stämmer också med landstingets beslut om koncentration av högspecialiserad kirurgi 2004, där flera delar läggs i Huddinge.

Senare i projektet hänvisar NKS-förvaltningen till en definition från Socialdepartementet (LS 1103-0541). Där står att det inte finns någon entydig definition av högspecialiserad vård. I allmänna ordalag brukar man mena "sjukvård som är forskningsnära, nyskapande, modern, investeringstung eller på annat sätt intar en framträdande position och vanligtvis med ett behov av resurskoncentration." Den

beskrivs också som ”sådan vård som samordnas till en enhet med en sjukvårdsregion (regionsjukvård) eller riket (rikssjukvård) som upptagningsområde, så att hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas. De hänvisar också till Stockholms medicinska råds (SMR) definition som är att högspecialiserad vård utgörs av sådan vård som bör centraliseras till en vårdgivare i länet. NKS-förvaltningen pekar på att genomförda analyser visar att landstingets högspecialiserade och avancerade sjukvård kan beredas plats på NKS oavsett vilken definition som används. Vidare ryms också den riks- och regionsjukvård som Karolinska Universitetssjukhuset bedriver för utomläns- och utlandspatienter. Argumenten för en koncentration av den högspecialiserade vården finns väl beskrivna i landstingets tidigare beslut menar man. NKS-förvaltningens tanke var alltså att länets högspecialiserade vård skulle koncentreras till NKS. Om de med NKS även inkluderar Karolinska Huddinge är dock oklart.

När Karolinska Universitetssjukhuset tog över ansvaret för verksamhetsinnehållet hänvisade de till samma definitioner av högspecialiserad vård som NKS-förvaltningen använde. Längre fram i processen skulle det dock visa sig att Karolinska Universitetssjukhuset och Programkontoret för Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) använde sig av olika definitioner för högspecialiserad vård. Det innebar att Karolinska Universitetssjukhuset bedömde sjukhuset som väsentligt mer högspecialiserat än vad Programkontoret gjorde. Beskrivningen av detta fördjupas längre fram i detta kapitel.

8.1.5 Landstinget ansvarar för och leder projektet

Ansvaret för att driva projektet lades redan från start på central nivå inom Stockholms läns landsting. Det nya universitetssjukhuset skulle utformas som ett helt nytt sjukhus och inte vara ett ersättningssjukhus för Karolinska sjukhuset. Det var därför viktigt att kunna tänka nytt och inte utifrån den befintliga verksamheten. Ett annat argument var att Karolinska Universitetssjukhuset, efter sammanslagningen av Karolinska sjukhuset och Huddinge sjukhus 2004, hade fullt upp med att integrera och profilera det nya sammanslagna universitetssjukhuset liksom med att få kontroll på ekonomin.

En projektledare rekryterades externt 2006 och samma år etablerades ett NKS-kansli. Uppdraget var fastlagt i landstingsfullmäkti-

ges beslut 2005 och handlade först om att ta fram ett projektprogram och planering för det fortsatta arbetet. Till kansliet rekryterades personer externt med kunskap om upphandling och finansieringsmodeller. Man hittade också en särskild lösning där kansliet lånade in personal från Karolinska Universitetssjukhuset, personal som skulle arbeta med inriktning och profilering av det nya universitetssjukhuset. Personerna handplockades från sjukhuset och arbetade en del av sin tid (i regel 20 procent) på NKS-kansliet. De var inte formellt representanter för Karolinska Universitetssjukhuset och hade inget förankrings- eller återrapporteringsansvar gentemot sjukhuset, utan var framför allt utvalda utifrån sin särskilda kompetens. Huvuduppdraget var att resa runt i världen och samla på sig kunskap om vård i världsklass, hur verksamheterna var utformade och vilken profil de hade. Utifrån detta skulle det nya universitetssjukhuset utformas.

NKS-kansliet omformades 2008 till en förvaltning – NKS-förvaltningen – och fick då samma status och mandat som övriga förvaltningar inom Stockholms läns landsting. NKS-förvaltningen lades ner 2011 och ansvaret för projektet övergick då till Karolinska Universitetssjukhuset.

8.1.6 Ett verksamhetsprojekt, inte enbart ett byggprojekt

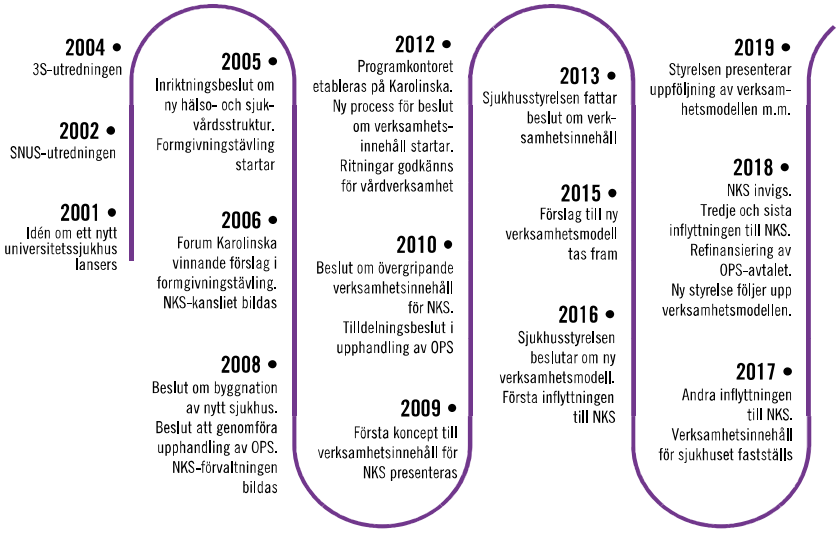
Att NKS-projektet omfattar både byggnation av ett nytt sjukhus och process för beslut om vilken vård som ska bedrivas i det nya sjukhuset är klart redan från början. Men i samband med landstingsfullmäktiges inriktningsbeslut 2009 om övergripande verksamhetsinnehåll för NKS, pekar både tjänstemän och politiker på att projektet inte enbart är ett byggprojekt utan också ett verksamhetsprojekt. Den särskilda NKS-förvaltningen inrättades för att kunna ta tillvara både de verksamhetsmässiga- och byggnadsmässiga aspekterna av projektet.

Det var alltså ett omfattande uppdrag som låg på NKS-förvaltningen: att planera och genomföra byggnationen av det nya sjukhuset men också att bestämma verksamhetsinnehållet i sjukhuset.

8.1.7 Tidslinje för beslutsprocessen för NKS

Beslutsprocessen för planering och byggande av NKS liksom planering och beslut om verksamhetsinnehåll har pågått under en lång period – från 2001 och fram till 2017. Till detta kan man lägga processen för inflyttning i det nya sjukhuset och planering och implementering av en ny verksamhetsmodell på Karolinska Universitetssjukhuset. I nedanstående figurer visas tidslinjer för besluts- och genomförandeprocessen för byggnation och verksamhetsinnehåll från 2001 till 2011 då Stockholms läns landsting ansvarade för projektet. Från 2012 lades ansvaret för bland annat verksamhetsinnehållet på Karolinska Universitetssjukhuset och under den tiden tillkom besluts- och genomförandeprocessen för en ny verksamhetsmodell för sjukhuset.

Figur 8.1 Tidslinje för beslutsprocess för NKS



8.2 Beslutsprocessen för verksamhetsinnehållet på NKS

Visionen för det nya universitetssjukhuset är redan från start att återta Stockholms ställning som världsledande inom både forskning och klinisk verksamhet. Beslutsprocessen för att bestämma inriktning och verksamhetsinnehåll pågår från 2002 fram till 2017 då det slut-

liga verksamhetsinnehållet för sjukhuset läggs fast. Under den perioden genomförs flera utredningar, planeringsdokument och beslutsunderlag tas fram. 2011 övergår ansvaret för verksamhetsinnehållet från NKS-förvaltningen vid Stockholms läns landsting till Karolinska Universitetssjukhuset.

8.2.1 Tidiga utredningar om hälso- och sjukvårdsstrukturen i Stockholm

Som beskrivits i tidigare avsnitt föreslogs i en skrivelse 2001 att undersöka möjligheterna att skapa ett nytt universitetssjukhus i Stockholm.

SNUS-utredningen

I december 2001 beslutade landstingsstyrelsen att låta utreda inriktning för och lokalisering av ett nytt universitetssjukhus i Stockholm.

Vid den här tidpunkten bedrevs universitetssjukvård både vid Karolinska sjukhuset och vid Huddinge sjukhus. Fokus för utredningen låg dock på Karolinska sjukhuset i Solna. Ett motiv var vikten av att säkerställa Stockholmsområdets världsledande högspecialiserade vård och forskning genom en attraktiv, modern och funktionell miljö. Utöver frågan om inriktning för och lokalisering av ett nytt universitetssjukhus analyserades också frågan om finansiering och partnerskap. Samtliga pågående och planerade investeringar inom sjukvården skulle också prövas och granskas. Landstingsdirektören utsågs till ordförande. I styrgruppen för SNUS-utredningen ingick biträdande landstingsdirektören, sjukvårdsdirektören, finansdirektören samt VD för Locum AB. Sjukhusdirektören för Karolinska sjukhuset och rektorn för Karolinska Institutet var adjungerade till styrgruppen.

SNUS-utredningen var färdig i november 2002 och presenterade sina bedömningar och förslag (LS 0201-0049). SNUS-utredningen konstaterade att det fanns funktionella och ekonomiska motiv för att ha endast ett universitetssjukhus i länet. Tiden ansågs dock inte mogen för en sammanslagning av Karolinska sjukhuset och Huddinge sjukhus. Förslaget var i stället en tydligare profilering mellan de båda universitetssjukhusen och att en gemensam ledning skulle övervägas. Förslagen i SNUS-utredningen avsåg i första hand Karolinska sjuk-

huset, men resonemangen om vilket uppdrag ett universitetssjukhus skulle ha ansågs vara giltiga även för Huddinge sjukhus.

Som utgångspunkt för förslagen betonades att frågan om ett nytt universitetssjukhus måste belysas och bedömas utifrån flera aspekter. Sjukhuset måste vara väl anpassat till de förutsättningar och krav som bland annat den medicinska och medicintekniska utvecklingen ställer. Det verksamhetsmässiga uppdraget och ramarna var också av stor vikt för regionen och landstingets hela sjukvårdsstruktur men även nationellt. Ett framgångsrikt universitetssjukhus var en viktig resurs för att stärka och utveckla Sveriges konkurrens- och attraktionskraft inom främst de biomedicinska och biotekniska områdena.

SNUS-utredningen föreslog att den högspecialiserade vården lokaliserades till universitetssjukhuset, dels för att den högspecialiserade vården har ett nära samband med forskning och utbildning, dels att den måste koncentreras till ett fåtal enheter av kompetens- och effektivitetsskäl. Inriktningen för universitetssjukhuset var att bedriva omfattande forskning och utbildning av yppersta kvalitet, vilket är ett universitetssjukhus unika uppgift. Men man pekade också på att all forskning och utbildning varken kan eller bör ske endast vid den fysiska anläggningen ”universitetssjukhuset” utan forskare och lärare måste ges tillgång till hela sjukvårdssystemet i en nätverksorganisation. SNUS-utredningen pekade också på att Karolinska sjukhuset inte skulle vara ett länsdelssjukhus för nordvästra delen av länet utan ett specialistsjukhus för hela länet. Sjukhuset borde därför inte innehålla stora volymer bassjukvård. Antalet slutenvårdsplatser behövde därför minska liksom andelen akutvård. Akutmottagningen skulle inriktas på att endast omhänderta vissa ambulanspatienter, patienter som kommer på remiss eller som hänvisats dit av sjukvårdsrådgivningen. Kriterier för vilka dessa patienter var behövde därför utarbetas.

En omdaning av Karolinska sjukhuset till ett modernt och internationellt konkurrenskraftigt universitetssjukhus måste gå hand i hand med förändringar inom andra delar av landstingets sjukvårdssystem. Exempelvis måste närsjukvården stärkas. Ett nytt universitetssjukhus borde lokaliseras till Karolinska sjukhuset i Solna eftersom det ger den nödvändiga närheten till Karolinska Institutet.

Slutligen föreslog SNUS-utredningen ett fortsatt uppdrag att utreda inriktningen för ett nytt universitetssjukhus i Solna och att precisera sjukhusets uppdrag samt att ytterligare utreda sjukvårdsstrukturens utformning och förverkligande. En fortsatt utredning skulle

också komma med förslag på samordning mellan de två Karolinska sjukhuset och Huddinge sjukhus samt hur samarbetet med övriga universitetssjukhus skulle utformas, i första hand Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Parallellt med SNUS-utredningen gjorde Karolinska sjukhusets ledning en egen intern utredning. Deras förslag var i korthet att uppdraget för det nya universitetssjukhuset skulle vara detsamma som tidigare och att man skulle behålla och renovera de gamla lokalerna i Solna. Förslaget avvisades av SNUS-utredningen, med argumentet att det inte var förenligt med målet att skapa ett nytt effektivt och internationellt konkurrenskraftigt universitetssjukhus. Däremot bedömdes Karolinska sjukhusets förslag om utvecklingen mot en lärande organisation liksom områden för spetsforskning som viktiga och relevanta.

3S-utredningen

Med utgångspunkt i SNUS-utredningens förslag lade landstingsstyrelsen i mars 2003 fast direktiven för det fortsatta arbetet. Huvuduppdraget var att fortsätta utredningsarbetet utifrån den principiella plattform som SNUS-utredningen presenterade. Förslag till ny sjukvårdsstruktur skulle utvecklas och nybyggnation av ett universitetssjukhus studeras med inriktningen Karolinska sjukhusområdet i Solna. Även i 3S-utredningen var landstingsdirektören ordförande. I ledningsgruppen ingick också biträdande landstingsdirektören, beställardirektören, VD för Locum AB samt prorektor/rektor för Karolinska Institutet.

3S-utredningen som var klar våren 2004 analyserade och lämnade förslag på flera delar av sjukvården; den framtida närsjukvården, det nya universitetssjukhuset och den framtida akutsjukvårdsstrukturen, byggnation av nytt universitetssjukhus samt patienternas vårdkontakt vid olika sjukdomstillstånd (LS 0409-1729).

Förslaget var en ny sjukvårdsstruktur som byggde på att närsjukvården utvecklades och akutsjukhusen fick förändrade uppdrag. I detta låg också att förbättra förutsättningarna för forskning, undervisning och utveckling av vården. Förslaget till framtida struktur för akutsjukvården omfattade bland annat att högspecialiserad vård koncentrerades till Karolinska Universitetssjukhuset samtidigt som en pro-

filering och samordning av sjukhusets verksamheter i Solna och Huddinge skulle genomföras. Specialiserad vård skulle flyttas ut från Karolinska Universitetssjukhuset till Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och S:t Görans sjukhus. Även uppdragen för övriga sjukhus i länet föreslogs utvecklas i samverkan med bland annat Karolinska Universitetssjukhuset. Akutverksamhet som inte krävde sjukhusens resurser skulle överföras till närsjukvården. 3S-utredningen går igenom profilområdena för respektive sjukhus och ger konkreta förslag på var olika typer av vård bör bedrivas.

3S-utredningen föreslår även utvecklingen av ett akademiskt sjukvårdssystem. Med Karolinska Universitetssjukhusets inriktning mot högspecialiserad och specialiserad vård måste utbildningsuppdraget spridas till flera sjukhus och till närsjukvården. Grundutbildning av studenter måste ske på flera ställen inom sjukvården där patienter med de vanliga folksjukdomarna tas om hand. Även klinisk forskning och uppföljning måste ske på olika håll inom sjukvården och även inom den kommunala vården. Karolinska Institutet och Karolinska Universitetssjukhuset föreslås få ett stort ansvar för att stödja en sådan utveckling.

8.2.2 Inriktningsbeslut om ny hälso- och sjukvårdsstruktur i Stockholms län

Med 3S-utredningen som underlag och utifrån landstingsstyrelsens förslag till beslut, fattade landstingsfullmäktige i maj 2005 inriktningsbeslut om ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms läns landsting. I korthet handlade det bland annat om att koncentrera den högspecialiserade vården till Karolinska Universitetssjukhuset, att flytta ut specialiserad vård från Karolinska Universitetssjukhuset till Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och S:t Görans sjukhus samt att utveckla närsjukvården. Fullmäktige beslutade också att godkänna de av 3S-utredningen föreslagna principerna för utveckling av ett akademiskt sjukvårdssystem.

I underlaget (LS 0409-1729) till fullmäktiges beslut står att universitetssjukhusen är viktiga resurser när det gäller att genom framgångsrik forskning stärka och utveckla regionens och Sveriges konkurrens- och attraktionskraft. Förmågan att i den internationella konkurrensen kunna upprätthålla en medicinsk forskning i världsklass kan inte tas för given. Nyckeln till fortsatt framgång är profilering och koncen-

tration av den forskningsnära hälso- och sjukvården. Då kan den kraftsamling åstadkommas som är en förutsättning för att garantera fortsatt spetskompetens. I underlaget står också att genomförandebesluten om en förändrad sjukvårdsstruktur ska ske successivt och så långt som möjligt integrerat i förändringsbesluten i det årliga budgetarbetet enligt en föreslagen tidplan. Vissa beslut hade också redan fattats, bland annat bildandet av Karolinska Universitetssjukhuset genom sammanslagningen av Karolinska sjukhuset och Huddinge sjukhus 2004.

Vidare står att den nya sjukvårdsstrukturen ska skapa förutsättningar för utveckling av en nationellt och konkurrenskraftig sjukvård och forskning. Ett universitetssjukvårdssystem ska utvecklas där olika vårdgivare vävs samman med gemensamma forsknings- och utbildningsuppdrag. Systemet ska stödja utvecklingen av så kallade ”centers of excellence”, skapa underlag för god klinisk forskning och utveckling och för undervisning av studenter, AT-läkare och specialister. För att utveckla idéerna om det akademiska sjukvårdssystemet ska ett särskilt utredningsarbete sättas igång i nära samverkan med Karolinska Institutet. Utredningen skulle bland annat belysa vilka delar av Stockholms sjukvård som skulle ingå i universitetssjukvårdssystemet och bära det akademiska ansvaret i framtiden, vilken forskning och undervisning som skulle ske utanför Karolinska Universitetssjukhuset och hur sådan forskning och undervisning skulle organiseras.

När inriktningsbeslutet var fattat utlystes en formgivningstävling för utformning av det nya sjukhuset. Den avslutades 2006 och förslaget Forum Karolinska utsågs till vinnare. Då hade en projektledare rekryterats för NKS-projektet och ansvaret för byggnation och utformning av verksamhetsinnehåll för det nya sjukhuset överläts på ett nybildat NKS-kansli inom Stockholms läns landsting.

8.2.3 Verksamhetsinnehållet för NKS ska beslutas sent

I projektprogrammet för NKS (SLL 2007) som togs fram av NKS-kansliet och vars syfte var att utgöra styrdokument för det fortsatta projektarbetet beskrivs vision och mål för NKS-projektet. Där betonas att det är för tidigt att föreslå verksamhetsuppdrag för NKS vad gäller sjukvård, forskning och utbildning. Det bör i stället ske så sent som möjligt, förslagsvis den 31 december 2010. En anledning

var den snabba medicinska och tekniska utvecklingen och att högspecialiserad vård är ett föränderligt begrepp som nödvändigtvis inte är detsamma då NKS ska tas i full drift 2018. En annan anledning som anges är Ansvarskommitténs förslag om färre och större landsting som kan påverka NKS uppdrag. Även inom Stockholms läns landstings sjukvårdsstruktur kan förändringar komma till stånd som påverkar NKS uppdrag. Ytterligare en anledning att avvakta med verksamhetsinnehållet är det pågående arbetet med att profilera inriktningen mellan Solna och Huddinge. Dimensioneringen av sjukhuset i termer av vårdplatser, öppenvårdsbesök, operationssalar etc. beskriver man ändå. Sjukhuset dimensioneras för 600 slutenvårdsplatser, 500 000 planerade öppenvårdsbesök per år och 38 stora operationssalar.

En riskanalys finns med i projektprogrammet med risker som kan påverka projektets genomförande. Utöver infrastrukturella risker som rör kollektivtrafik, helikopterplatta m.m. lyfts verksamheten fram som en risk. Befintlig verksamhet kan påverkas av byggnationen av det nya sjukhuset. Man lyfter också fram de höga förväntningar som finns på NKS och behovet av att kunna attrahera kvalificerad personal. En viktig konkurrensfördel mot andra vård- och arbetsgivare är arbetsmiljön och att lokalerna i NKS är anpassade efter verksamheten, personalens önskemål och behov. En annan risk som lyfts fram är samverkan med andra projekt och aktörer. Samverkan med Karolinska Institutet är en förutsättning, om samverkan inte kommer till stånd förändras projektet som helhet. Ett samverkansavtal ska därför skrivas med Karolinska Institutet. Ytterligare en risk är NKS-projektets koppling till den förändrade sjukvårdsstrukturen i Stockholms län som föreslås i bland annat 3S. Man skriver att det kommer finnas en osäkerhet kring hur sjukvården kommer att se ut och vara organiserad när NKS ska tas i bruk. Skulle förändringen bli en annan än den som föreslås i 3S, så kan det innebära att lokalerna inte är anpassade för de nya behoven. För att uppfylla projektmålen identifieras ett antal nödvändiga beslut. Ett sådant är beslut om verksamhetsinnehåll vid inflyttning (uppdrag, upptagningsområde, profilering m.m.) som ska fattas av landstingsfullmäktige.

Både landstingsstyrelsen och landstingsfullmäktige ställer sig bakom argumenten att det är för tidigt att besluta om verksamhetsinnehåll för det nya universitetssjukhuset. April 2008 beslutade landstingsfullmäktige att uppdra åt landstingsstyrelsen att senast den 31 decem-

ber 2010 återkomma till fullmäktige med förslag till verksamhetsinnehåll. I en reservation till beslutet framförde Miljöpartiet att det var viktigt att frågan om verksamhetsinnehåll kom upp till diskussion och förankring i olika fora så snart som möjligt.

Ett första koncept för verksamhetsinnehåll presenteras

I maj 2009 presenterade NKS-förvaltningen ett första koncept till verksamhetsinnehåll för NKS. I uppdraget låg också att redovisa eventuella verksamhetsmässiga konsekvenser för övriga delar av sjukvården. Förslaget byggde på en internationell utblick med internationella referensobjekt (universitetssjukhus)[1] samt på intervjuer med ett 50-tal personer från bland annat Karolinska Universitetssjukhuset, Karolinska Institutet, Stockholms läns landsting och övriga akutsjukhus. Hur dessa personer valts ut och hur de representerar olika intressen i länets sjukvård framgår inte.

Enligt konceptet ska utgångspunkten för NKS vara patienten först – patienter som söker NKS ska erbjudas vård av högsta nationella kvalitet, hög tillgänglighet och god service. Högsta nationella kvalitet innebär att patienter endast i undantagsfall ska behöva remitteras till andra regioner för att få rikssjukvård. Sjukhusets uppdrag ska vara att bedriva högspecialiserad vård och forskning. Detta förutsätter ett samarbete med andra vårdgivare i regionen. De administrativa hindren måste tas bort så att patienter och medarbetare kan ”vandra fritt” över sjukhusgränserna. Regionens högspecialiserade vård kan inrymmas på NKS och det finns utrymme att komplettera med specialiserad vård för att verksamheten ska bli kostnadseffektiv. Sjukvård, forskning och undervisning ska integreras. Med stöd av itbaserade journalsystem och vårdprogram, strukturerad uppföljning och kvalitetsregister kan forskningsstudier genomföras med många patienter och vårdgivare. NKS kan på så vis vara navet i det akademiska sjukvårdssystemet och inta en central roll vid utvecklingen av den kliniska forskningen. Utvecklingen underlättas med en närmare integration mellan universitetssjukhuset och Karolinska Institutet både vad gäller organisation, ledning och styrning. Verksamheten bör organiseras i multidisciplinära temaområden. Exempel på teman som

[1] Bl.a. Massachusetts General Hospital, Cleveland Clinic, Mayo Clinic, Brigham and Women’s Hospital, Imperial College Healthcare, University College London Hospitals, Erasmus University Medical Centre (Erasmus MC) och Leiden University Medical Centre (LUMC).

NKS bör utveckla är neuro, cancer, hjärta-kärl, inflammation, reparativ medicin och barn. NKS bör också satsa strategiskt inom ett begränsat antal profilområden där målsättningen ska vara att bli nationellt ledande. Om något av dessa områden också ska få status som rikssjukvårdsspecialitet kan särskilda resurser behöva avsättas. Med stöd av de internationella erfarenheterna bör NKS organiseras utifrån ett processorienterat perspektiv. De gamla klinikstrukturerna bör överges till förmån för tematiska områden och centrumbildningar.

I konceptet redovisas också de synpunkter som framkommit i intervjuer med beslutsfattare och nyckelpersoner inom och utanför landstinget. Här framgår att det råder stor enighet om att NKS inte kan ses isolerat utan som en del i hela sjukvårdssystemet. Det råder dock oenighet om vilken roll NKS ska spela i systemet. Det finns olika uppfattningar om samordningen mellan sjukhuset och Karolinska Institutet, liksom hur forskningen ska påverka verksamhetsinnehållet. Flertalet aktörer, inklusive Karolinska Institutet, betonar att forskning ofta behöver stora volymer specialist- och basvård och att NKS får för lite basvård. Andra ser det som naturligt och nödvändigt att samverka om patientunderlag med alla sjukhus i länet. Vad gäller utbildning ser de flesta aktörer att det är naturligt att anpassa utbildningsplatser till var patienterna finns och att alla vårdgivare medverkar i utbildningsuppdraget. Det råder relativt stor enighet om behovet av nya arbetssätt och nya organisationsformer. Många ser NKS som en möjlighet att utveckla nya arbetssätt, till exempel genom att överge klinikstrukturen och övergå till en mer processtyrd organisation. Om man väljer en sådan organisation är det viktigt att medarbetarna har en tydlig hemmatillhörighet. Ett naturligt sätt att lösa detta kan vara att behålla specialiteterna som en komponent i matrisorganisationen med vårdprocessen som den andra komponenten.

Förslaget behandlas i landstingets FoUU-utskott

Den 15 december 2009 tas frågan om inriktningsbeslut avseende övergripande verksamhetsinnehåll vid Nya Karolinska Solna upp i FoUU-utskottet. Som underlag finns ett tjänsteutlåtande från NKS-förvaltningen daterat den 8 december 2009 (LS 0906-0489) där koncept för verksamhetsinnehåll är bilagt tillsammans med en redovisning av remissvar.

I tjänsteutlåtandet finns en genomgång av tidigare fattade beslut och intentioner med NKS-projektet (SNUS, 3S, landstingsfullmäktiges beslut om byggnation av ett nytt universitetssjukhus). Här nämns bland annat att sjukhuset ska vara både ett verksamhetsprojekt och ett byggprojekt, och att den särskilda NKS-förvaltningen inrättades för att kunna ta tillvara både de verksamhetsmässiga- och byggnadsmässiga aspekterna av projektet. Där står också att landstingsstyrelsen har delegerat rätten att fatta beslut i frågor om det nya sjukhuset till FoUU-utskottet. Vidare står att ett gemensamt beredningsarbete har inletts inom landstingsstyrelsens förvaltning, hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och NKS-förvaltningen för att fördjupa analysen av de konsekvenser sjukhuset får för den övriga sjukvården. I arbetet involveras arbetstagarorganisationerna och verksamhetsföreträdare i temagrupper och seminarier. På motsvarande sätt inhämtas synpunkter från patient- och handikapporganisationer, olika intresseorganisationer och samverkanspartners. Det betonas att det är viktigt att notera att det nya universitetssjukhuset ska ha ett nytt uppdrag med tydligare fokus på högspecialiserad vård och mindre på bassjukvård. Målsättningen är att denna inriktning ska kunna ske över tid och parallellt med en ökning av andelen högspecialiserad vård från andra delar av landet, liksom från utlandet. Ett rimligt mål är att utomlänsintäkter och andra externa intäkters andel av NKS totala intäktsmassa ska dubbleras och därmed öka den finansiella basen för sjukhuset. Här påpekas att ett mycket aktivt förändringsarbete med en omställning och profilering av Karolinskas verksamhet i den riktning som beskrivs redan pågår vid sjukhuset. Vad gäller NKS akutmottagning sägs att den är väl dimensionerad och kommer att ha en god beredskap för att möta olika framtida behov. En hänvisning görs också till att landstingsfullmäktige tidigare fattat beslut om att den högspecialiserade och specialiserade vården vid Astrid Lindgrens barnsjukhus ska förläggas till NKS liksom den handkirurgiska verksamheten vid Södersjukhuset och delar av ögonsjukvården från S:t Eriks ögonsjukhus. I tjänsteutlåtandet finns också ett avsnitt om en tematisk struktur. De sex teman som lyftes fram i konceptet presenteras också.

Vid mötet beslutade FoUU-utskottet att:

- NKS ska bli navet i ett nationellt och regionalt akademiskt sjukvårdssystem, som är internationellt konkurrenskraftigt och där särskild vikt ska läggas vid patientperspektivet och på patientsäkerhet i vården.
- NKS i samverkan med Karolinska Institutet och i tillämpliga delar också med övriga universitet och högskolor i Stockholmsregionen ska utveckla en stark integration och samverkan mellan sjukvård, utbildning, klinisk forskning och grundforskning.
- NKS verksamhetsinnehåll ska baseras på i landstinget tidigare fattade beslut, samt att patientvården vid sjukhuset organiseras i temaområden i enlighet med tjänsteutlåtandet.
- Uppdra åt landstingsstyrelsen att återkomma till fullmäktige senast före utgången av 2011 med ett mer preciserat förslag om det nya universitetssjukhusets verksamhetsinnehåll, samt att då redovisa sin bedömning av vilka förändringar detta medför avseende dagens Karolinska universitetssjukhus i Solna.
- Uppdra åt landstingsstyrelsen att fatta beslut i frågor som rör implementeringsprocessen av verksamhetsinnehållet vid NKS.

Inför beslutet i FoUU-utskottet framförde oppositionen (S, V och MP) att förslaget skulle återremitteras och en politisk process inledas där helheten avseende verksamhetsinnehållet vid NKS och dess påverkan på övriga sjukhusstrukturen diskuterades. Karolinska Huddinges roll föreslogs också klargöras. Oppositionen framförde också behovet av att belysa om kvinnosjukvård bör vara ett eget temaområde eller om det kan få en tydligare roll i den befintliga temastrukturen. FoUU-utskottet beslutade inte om återremittering av ärendet, men däremot om att komplettera den formella beslutsprocessen med partiöverläggningar där verksamhetsinnehållet vid NKS och dess påverkan på övrig sjukvårdsstruktur diskuterades.

Synpunkter framförs på förslag till övergripande verksamhetsinnehåll

I beredningen inför landstingsfullmäktiges beslut om övergripande verksamhetsinnehåll för NKS framförde bland annat hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och personalorganisationerna sina synpunkter på förslaget.

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning var kritisk (HSN 1001-0069). Kritiken handlade bland annat om att det var svårt att definitivt ta ställning till förslaget om verksamhetsinnehåll eftersom det redovisades på en övergripande nivå. Förvaltningen framförde kritik och frågor kring de beräkningar som NKS-förvaltningen gjort vad gäller produktion, vårdtillfällen, vårdtider, effektivitetsvinster (utifrån nya arbetssätt) och vilka patientgrupper som avsågs. Förvaltningen framförde också att det vore rimligt att NKS-förvaltningens fortsatta arbete om NKS verksamhetsinnehåll synkroniserades med Hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag om Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning skrev också att det måste göras en tydlig total investeringskalkyl för hela projektet inklusive investeringar utanför NKS innan slutligt beslut om verksamhetsinnehåll fattas. Det behövdes också göras en noggrannare analys och konsekvensbeskrivning av den föreslagna tematiska indelning och vilken anpassning den kräver hos övriga vårdgivare. Vidare framförde förvaltningen att det var otydligt vad som avsågs med att NKS skulle vara ett nav i hälso- och sjukvården och vad det innebar för övriga vårdgivare och hälso- och sjukvårdsstrukturen i stort i landstinget. Avslutningsvis uttalar förvaltningen att när beslutet om verksamhetsinnehåll i NKS är fattat så måste förändringen av den nuvarande organisationen inledas omgående.

Även personalorganisationerna vid Karolinska Universitetssjukhuset lämnade synpunkter på förslaget till övergripande verksamhetsinnehåll inför landstingsfullmäktiges beslut. Frågan togs upp vid ett möte i den centrala samverkansgruppen (CSG) med personalorganisationerna den 7 april 2010 (LS 1003-0255). Inför mötet hade Kommunal, SKTF, Vårdförbundet och SACO överlämnat synpunkter och frågor i ärendet. SACO och Stockholms läkarförening framförde i sitt skriftliga yttrande över tjänsteutlåtandet (LS 1003-0255) bland annat att de tidigare kritiserat ”konceptet för verksamhetsinnehåll” och beklagade att det skulle utgöra grund för det fortsatta arbetet. Vad gäller temaorganisation föreslår man att ”denna oprövade

organisationsmodell ytterligare granskas och analyseras inte minst i förhållande till övrig verksamhet på Karolinska Universitetssjukhuset innan den införs på NKS". Man lyfter också fram att det är helt nödvändigt att utvärdera NKS:s samband med och påverkan på övrig sjukvårdsstruktur och man beklagar att detta inte gjorts tidigare. Man anger att det är en viktig fråga att besvara som skjuts framåt på ett olyckligt sätt. Detsamma gäller den preciserade beskrivningen av verksamhetsinnehållet på NKS. En beskrivning måste innefatta verksamheten även på Karolinska Huddinge. Man ställer också frågan om innebörden av att NKS ska vara ett "nav". Menar man att NKS är ett av flera universitetssjukhus är det okontroversiellt, men om NKS ska få en överordnad roll måste det beskrivas hur det ska bli möjligt. Ska navet innefatta hela Karolinska eller enbart NKS? Avslutningsvis skriver de att "tjänstutlåtandet ger upphov till ett flertal frågor. För att NKS-projektet ska kunna genomföras på ett framgångsrikt sätt krävs stor lyhördhet och vilja till samverkan med ett flertal berörda parter. Hit hör de fackliga organisationerna liksom företrädare för hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, primärvården, Karolinska Institutet och Karolinska Universitetssjukhuset. De fackliga organisationernas engagemang och kunskap bör i det fortsatta arbetet ta tillvara på ett bättre sätt än som hittills varit fallet."

Även Kommunal pekar på att det är svårt att överblicka verksamhetsinnehållet för det nya sjukhuset. Sjukhusets innehåll påverkar hela sjukvårdsstrukturen för Stockholm och Kommunal har ännu inte tagit del av hela sjukvårdsstrukturen. Trots påtryckningar att få vara med och diskutera den framtida sjukvården har de inte blivit inbjudna. Kommunal finner det mycket anmärkningsvärt att en personalorganisation stängs ute från detta arbete. Temainriktningen har de inga synpunkter på. Däremot måste processarbetet påbörjas i god tid så att en kulturförändring kommer till stånd. Vårdförbundet framför vikten av att personalförsörjningen går hand i hand med byggandet. Annars finns en risk att det finns ett färdigbyggt sjukhus utan den specialistkompetens som behövs. SKTF menar att man först måste färdigställa en övergripande plan för hälso- och sjukvårdsstrukturen inom Stockholms läns landsting. De påpekar också att facken inte fått möjlighet att medverka i arbetet.

I arbetsgivarens kommentarer (LS 1003-0255) med anledning av de fackliga organisationernas synpunkter och frågor står bland annat att det är självklart att det krävs en fortsatt diskussion och utveckling

av verksamhetsinnehållet. Att det inte går att ge svar på alla frågor ligger helt i linje med de prioriteringar som NKS-förvaltningen gjort. Arbetsgivaren skriver också att det är viktigt att förstå att det inte är NKS-förvaltningen som är huvudansvarig för att ange effekterna av planeringen för NKS för övrig hälso- och sjukvårdsstruktur liksom för de två geografiska enheterna för universitetssjukhuset. De övergripande uppgifterna faller på hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och landstingsstyrelsens förvaltning samt i viss mån på ledningen för Karolinska Universitetssjukhuset. Av protokollet från mötet den 7 april 2010 framgår att arbetsgivaren anser att de, med dialogen, har besvarat de frågor och synpunkter som de fackliga organisationerna har framfört. Ärendet är därmed slutbehandlat.

Landstingsfullmäktige beslutar om övergripande verksamhetsinnehåll

På landstingsfullmäktiges sammanträde den 4 maj 2010 fattade fullmäktige beslut om det övergripande verksamhetsinnehållet.

I beslutsunderlaget (LS 1003-0255) lyfts visionen om det nya universitetssjukhuset med högspecialiserad vård, att sjukhuset ska vara kärnan i ett nationellt och internationellt konkurrenskraftigt universitetssjukvårdssystem och inta en central roll vid utvecklingen av Stockholmsregionen till ett biomedicinskt centrum. Med NKS tar landstinget ytterligare steg för att öka patientfokus, patientsäkerhet och vårdens kvalitet. NKS roll blir ett högspecialiserat och forskningsintensivt universitetssjukhus i nära relation till Karolinska Institutet, KTH och medicinteknisk och bioteknisk industri i regionen. Här lyfts också att NKS kommer att organisera vården efter medicinska teman. För att åstadkomma ett multidisciplinärt samarbete överges kliniker till förmån för temaområden. Inom ett tema samlas specialiteter med starka vård- och forskningssamband för att underlätta för patienter och för personal. Det nya sjukhuset skapar också potential för landstinget att erbjuda en utvecklad rikssjukvård som kan attrahera andra landsting att stärka samverkan med Stockholms läns landsting. Samtidigt medför byggandet av och innehållet i NKS att landstingets hela hälso- och sjukvårdsstruktur påverkas. Det ställer krav på en sammanhållen planering och ett genomförande som beaktar olika samband och relationer.

Landstingsfullmäktige beslutade följande:

- Att planera NKS verksamhetsinnehåll så att Karolinska Universitetssjukhusets roll i ett regionalt och akademiskt sjukvårdssystem stärks, och att verksamheten blir internationellt konkurrenskraftig med patientperspektiv och patientsäkerhet som utgångspunkter för all verksamhet
- Att NKS i samverkan med i första hand Karolinska Institutet, men också med övriga universitet och högskolor i Stockholmsregionen, ska bidra till att utveckla en stark integration och samverkan mellan sjukvård, utbildning, klinisk forskning och grundforskning.
- Att verksamhetsinnehållet i NKS ska baseras på det koncept för verksamhetsinnehåll som föreslagits av FoUU-utskottet och de kompletteringar som följer av hälso- och sjukvårdsnämndens analyser av Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS).
- Att uppdra till landstingsstyrelsen att före utgången av 2011 fastställa mer preciserat verksamhetsinnehåll vid NKS, samt hur verksamheten ska organiseras i förhållande till övrig befintlig hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Oppositionen (S, V och MP) framförde synpunkter på den fjärde attsatsen som innebar att man ville ha ett förtydligande om hur verksamheten vid NKS ska organiseras i förhållande till övrig befintlig hälso- och sjukvårdsverksamhet vid Karolinska Huddinge.

Mål och verksamhetsinriktning för NKS presenteras – men inget slutgiltigt beslut om verksamhetsinnehåll fattas

Våren 2011 presenterar NKS-förvaltningen rapporten ”NKS – mål och verksamhetsinriktning”, vars syfte var att sammanfatta var arbetet med verksamhetsinnehåll vid NKS befann sig. Rapporten var inte avsedd att utgöra underlag för beslut om NKS verksamhetsinnehåll på klinik- eller specialitetsnivå eftersom sådana ställningstaganden bedömdes ligga flera år framåt i tiden. I rapporten står att NKS fysiska kapacitet är cirka 600 slutenvårdsplatser, cirka 100 dagvårdsplatser, 100 platser på ett patienthotell och 35 operationssalar. Följande verksamhetsinriktning föreslås för NKS:

- En ökad koncentration av högspecialiserad vård i länet till NKS, där universitetssjukvården som helhet är spridd på flera sjukhus och enheter.
- Ett specialiserat akutmottagande som inriktar sig på de svårast sjuka och skadade patienterna från hela länet, men även vissa volymer bassjukvård kan komma att omhändertas på akutmottagningen.
- En tematiskt organiserad patientvård, baserad på patientens behov, perspektiv och medverkan.

Här lyfts också de sex tidigare föreslagna temana fram: barn, cancer, hjärta-kärl, inflammation, neuro, reparativ medicin (inklusive trauma). För varje tema görs en bedömning av antalet slutenvårdstillfällen och andel högspecialiserade/avancerade vårdtillfällen i NKS. Resonemang förs också kring varje tema, exempelvis om behov och kopplingar till annan verksamhet inom sjukhuset.

Återigen framförs att det är för tidigt att avgöra verksamhetsinnehållet. Argumenten är desamma som tidigare. Man försöker dock precisera vårdkapaciteten för bland annat akutmottagning, vuxenintensivvård, operationsverksamhet, förlossningsvård, öppenvård, kliniska prövningar, universitetslaboratoriet etc. På några områden ges mer specifika förslag på innehåll, exempelvis typ av specialistmottagningar inom öppenvården och verksamhetsområden som ska ingå i laboratoriet.

Något beslut om verksamhetsinnehåll fattas inte med anledning av rapporten. NKS-förvaltningen avvecklas hösten 2011 och ansvaret för bland annat verksamhetsinnehållet överlåts i stället till styrelsen vid Karolinska Universitetssjukhuset.

8.2.4 Parallell process: en regional plan för Framtidens Hälso- och sjukvård tas fram

NKS-förvaltningens uppdrag var att planera NKS och dess verksamhetsinnehåll separat från det övriga regionala sjukvårdssystemet. Aktörer som Karolinska sjukhuset och hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning skulle, om inte direkt uttalat, hållas utanför. Detta för att NKS-förvaltningen skulle kunna tänka nytt och fritt kring NKS och inte fastna i befintliga strukturer och lösningar.

Visionen för NKS om ett mindre högspecialiserat sjukhus förutsatte dock omfördelningar av vård och vårdplatser inom Stockholms läns sjukvårdssystem. Detta framförde hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning i samband med remissomgången på förslaget till övergripande verksamhetsinnehåll 2009. Förvaltningen ställde krav på en total kalkyl för investeringar i länet (inklusive NKS) innan slutligt beslut om verksamhetsinnehåll fattades. De ville också se en konsekvensbeskrivning av den föreslagna tematiska indelningen på NKS och vilken anpassning den krävde hos övriga vårdgivare.

I samband med remissomgången, i december 2009, fick hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning i uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämnden att analysera och konkretisera den framtida hälso- och sjukvården i Stockholms län utifrån behov och finansiella resurser (HSN 0910-1366). Analysen och de kommande förslagen skulle särskilt fokusera på förändringar i utbudet av hälso- och sjukvården fram till 2015 till följd av den demografiska utvecklingen och tillkomsten av NKS. Uppdraget skulle vara slutfört i december 2010. Detta blev starten för arbetet med planen Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS).

Framtidsplan för hälso- och sjukvården

Framtidsplanen för Hälso- och sjukvården (FHS) fastställdes av landstingsfullmäktige den 14–15 juni 2011. I beslutet fastställdes målbilder för den framtida hälso- och sjukvården 2015 respektive 2025. I planen beskrivs den förväntade befolkningsutvecklingen och det framtida vårdbehovet och det finns ett särskilt avsnitt om verksamhetsinnehållet vid NKS. Här står också att Karolinska Universitetssjukhuset får i uppdrag att planera verksamhetsinnehållet vid NKS. Centralt vid utformningen av NKS verksamhetsinnehåll är ett väl utvecklat samarbete mellan NKS och Karolinska Institutet.

NKS bedöms få stor påverkan på hela sjukvårdsstrukturen inom länet. Sjukhuset kommer att bli ett högspecialiserat universitetssjukhus som erbjuder unika möjligheter, men som kommer att ta emot färre patienter än tidigare. Befolkningsökningen tillsammans med NKS minskade vårdproduktion leder till att cirka 40 000 vårdtillfällen inom slutenvården behöver tillskapas. Återigen står att det inte är möjligt eller önskvärt att vid denna tidpunkt fastslå alla delar

i NKS verksamhetsinnehåll eller hur NKS bäst organiseras. Inriktningen är fortsatt att en koncentration av den högspecialiserade vården ska ske vid NKS. Samtidigt sägs att all högspecialiserad vård inte med nödvändighet alltid utförs bäst på NKS. Några delar fastslås dock, bland annat det totala antalet vårdtillfällen inklusive antalet förlossningar vid NKS, kapaciteten för NKS akutmottagning och antalet elektiva öppenvårdsbesök. NKS-konceptets ambition om delade vårdtillfällen, det vill säga att NKS utför en del av vårdkedjan och andra aktörer tar vid och ansvarar för andra delar kommenteras. Delade vårdtillfällen ska enligt planen inte vara en planeringsförutsättning för NKS utan snarare ses som en av flera möjliga verksamhetsutvecklingsfrågor inom akutsjukvården.

Planering av genomförandet

Själva genomförandet av Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) skulle utgå från målbilderna och göras i flera steg.

Ett centralt programkontor för FHS etablerades under landstingsdirektörens ledning. Kontoret ansvarade för att leda och hålla samman arbetet med framtidsplanen. Lokala programkontor etablerades även på Karolinska Universitetssjukhuset, Danderyds sjukhus och Södersjukhuset.

I juni 2012 fastställde landstingsfullmäktige det första steget (LS 1109-1229) i genomförandet. I planen beskrivs bland annat att den framtida hälso- och sjukvården ska bedrivas i nätverk runt patienten där sammanhållna vårdkedjor ska ge kontinuitet och helhet för patienten. NKS beskrivs som en mycket omfattande satsning som kommer få positiva effekter på hela regionen. Den högspecialiserade vården i länet ska i största möjliga mån koncentreras till NKS, som även ska ha ett regionalt och nationellt uppdrag. Rikssjukvård kommer att bedrivas vid sjukhuset. För NKS ska bland annat följande gälla: antalet vårdplatser ska dimensioneras utifrån ett högspecialiserat uppdrag, vården ska vara tematiskt uppbyggd/processinriktad, kopplingen till FoUU är en förutsättning för verksamhetsinnehållet, en större del av vården ska vara planerad, NKS blir en del i en nätverkssjukvård och kommer att samverka med övriga vårdgivare vad gäller sjukvård och FoUU. Det framgår också att planeringen av NKS får konsekvenser för planeringen av övrig vård i länet. Exem-

pelvis står att den framtida profilen för akutsjukhusen inte kan fastställas förrän verksamhetsinnehållet för NKS är klarlagt. En analys behöver också göras av den högspecialiserade vården för att avgöra eventuella utbyggnadsbehov, bland annat vid Karolinska Huddinge. Vidare står att verksamhetsinnehållet på NKS och övriga akutsjukhus måste utformas så att det blir ett effektivt utnyttjande av samtliga investeringar.

Det andra steget i Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) (LS 1304-0527) presenterades 2013. Även i denna plan finns ett särskilt avsnitt om NKS, nu kallat universitetssjukhuset. Här hänvisas till att ett ärende om förutsättningar, planer och förslag för verksamheten vid Karolinska Universitetssjukhuset presenterats för fullmäktige i juni 2013. I korthet handlar det om att Karolinska Universitetssjukhuset i Solna ska vara ett internationellt konkurrenskraftigt universitetssjukhus för den mest avancerade sjukvården med patientperspektiv och patientsäkerhet som utgångspunkt för all verksamhet. Sjukvårdsuppdraget innebär fokus på högspecialiserad och specialiserad vård, region- och rikssjukvård samt vård som är särskilt forsknings- och/eller investeringstung. Den högspecialiserade vården ska i största möjliga mån koncentreras till Karolinska Solna. Vården ska organiseras med hänsyn till universitetssjukhusets roll inom klinisk forskning och ha en stark integration och samverkan mellan sjukvård, klinisk forskning, utveckling och utbildning. Verksamheten ska renodlas och patienter som inte behöver sjukhusets resurser ska ges vård hos andra vårdgivare. Vårdvolymerna bedöms dock förbli väsentligen oförändrade på grund av befolkningstillväxt och ökade vårdbehov. I övrigt hänvisar man till att det pågår ett arbete med att fastställa verksamhetsinnehållet vid Karolinska Universitetssjukhuset och att uppdraget kommer fastställas i avtal och ägardirektiv. Resonemang förs kring några specifika områden, exempelvis psykiatrisk vård, barnsjukvård och barnakut. En lista presenteras över vilka patientgrupper som primärt ska hänvisas till Karolinska Solnas nya akutmottagning. Fortsatt översyn ska dock göras vad gäller om ytterligare högspecialiserad vård ska samlas på Karolinska Solna, verksamhetsinnehållet för barn på Karolinska Solna och vilka intagningskriterier som ska gälla för hänvisning till Karolinska Solna.

I det tredje steget av Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) (LS 1409-1068), som beslutades av fullmäktige 2014, redogörs för förutsättningar och planer för det fortsatta genomförandet. Vad gäller

Karolinska Solna står att volymerna vid sjukhuset har justerats med hänvisning till att kapaciteten påverkas av en anpassad akutmottagning. Detta vägs upp av möjliga ökningar av vårdplatser vid övriga akutsjukhus. Barnsjukvården blir den första verksamhet som flyttar in i det nybyggda sjukhuset. De ursprungliga planerna för Karolinska Solna innebär att den högspecialiserade vården koncentreras dit. Men även en stor del specialiserad vård planeras nu ingå i Karolinska Solnas verksamhet. Även icke högspecialiserad barnsjukvård kommer inledningsvis att bedrivas i det nybyggda sjukhuset. Detta kommenteras med att ett bredare uppdrag för barnverksamheterna på sikt riskerar att påverka möjligheterna att inrymma den högspecialiserade vård som sjukhuset är planerat för, både för barn och vuxna. Hälso- och sjukvårdsnämnden ska i samråd med Karolinska Universitetssjukhuset värdera förutsättningarna och effekterna av en anpassning av akutinflödet av barn och hur det påverkar övriga barnkliniker och akutsjukhus. När sjukhuset är i full drift bör också en utvärdering göras av sjukhusets framtida profil och verksamhetsinnehåll utifrån de ursprungliga planerna. I ett avsnitt ”lägesrapport” står också att landstingsfullmäktige i juni 2013 beslutat om verksamhetsinnehåll för Karolinska Universitetssjukhuset. Uppdraget innebär att vård, utbildning och forskning ska organiseras med hänsyn taget till sjukhusets roll i universitetssjukvården. Mycket av cancervården, liksom mer sällan förekommande cancerdiagnoser ska samlas vid Karolinska Solna. Hälso- och sjukvårdsnämnden, styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset ska i samråd med Karolinska Institutet fortsätta processen kring verksamhetsinnehåll och profilering samt driftsättning av NKS.

8.2.5 Ansvaret för verksamhetsinnehållet går över till Karolinska Universitetssjukhuset

I samband med beslutet om Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) vid landstingsfullmäktiges möte den 14–15 juni 2011 beslutades också att ”styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset ansvarar för NKS och implementeringen av verksamheten från 2012”[2]. Landstingsstyrelsen skulle utifrån beslutet ta fram ett förslag till nytt ägardirektiv och ändringar i reglementet för Karolinska Universitetssjukhuset.

[2] Protokoll 2011-06-14-15.

Ansvaret för byggnationen av NKS, för nödvändiga upphandlingar för färdigställandet av byggnaden samt anskaffande av teknisk utrustning och inventarier skulle även fortsättningsvis ligga på landstingsstyrelsen.

Till skillnad mot tidigare skulle planeringen av verksamhetsinnehållet vid NKS nu förhålla sig till planen Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) som hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning tagit fram och som landstingsfullmäktige beslutade om i juni 2011 (se föregående avsnitt). Av ägardirektivet framgår att Nya Karolinska Universitetssjukhuset Solna (NKS) från 2012 ska utgöra en del av Karolinska Universitetssjukhuset. Uppdraget till Karolinska Universitetssjukhuset är att i samråd med ägaren, beställaren och Karolinska Institutet göra en tydlig uppdragsfördelning och profilering av sjukvård, forskning och utbildning mellan Karolinska Solna och Karolinska Huddinge. I uppdraget ingår också att i samråd med ägaren och beställaren planera för verksamhetsinnehåll i NKS och planera inflyttning och driftsättande av verksamheter i NKS. Väsentliga förändringar i verksamhetsinnehållet som aktualiseras ska fastställas av landstingsstyrelsen. Karolinska Universitetssjukhuset ska också delta i planering av byggnationen och till byggnationen kopplade upphandlingar, installationer avseende it-infrastruktur, medicinteknisk utrustning och övrig byggnadspåverkande utrustning. Karolinska Universitetssjukhuset ska löpande följa och medverka i den planering som sker av landstingets samlade hälso- och sjukvårdsstruktur inom ramen för arbetet med Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS).

Ny process för verksamhetsinnehåll startar

Utöver uppdragsbeskrivningen i ägardirektivet framgår inte några specifika krav på utformningen av verksamhetsinnehållet. I Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) som beslutades av fullmäktige 2011 står att NKS-förvaltningens fördjupade rapport om verksamhetsinnehåll kan utgöra grund för fortsatt planering. I Karolinska Universitetssjukhusets egen dokumentation står att utgångspunkter för arbetet varit NKS-förvaltningens förslag, definitioner av högspecialiserad vård, goda kliniska och FoUU-samband samt konsekvensanalyser utarbetade av respektive verksamhet. Målsättningen för Karolinska Universitetssjukhuset var att skapa ett universitetssjukhus där den

högspecialiserade vårdprofilen kombinerades med en stark FoUU-profil, det vill säga samma vision som NKS-förvaltningen. En stor skillnad mot NKS-förvaltningens arbete var dock att Karolinska Universitetssjukhuset utgick från den befintliga verksamheten i Solna och Huddinge och formade förslaget till verksamhetsinnehåll utifrån det.

Den interna processen på Karolinska Universitetssjukhuset inleddes i januari 2012 under ledning av Programkontoret Karolinska. Av underlag från Karolinska Universitetssjukhuset framgår att arbetsmetodiken byggde på workshops med verksamheterna och Karolinska Institutet där Programkontoret tog hjälp av konsultföretaget Boston Consulting Group (BCG). Att involvera verksamheten var ett medvetet val, på så vis skulle processen få en tydlig förankring i verksamheten och bland de anställda. Något som NKS-förvaltningen inte upplevdes ha lyckats med. Verksamheterna fick fyra huvudfrågor att besvara:

- Vilken vård producerar ni i dag och med vilka resurser?
- Givet strukturförändringarna, vilket verksamhetsinnehåll kan fysiskt flyttas ut från hela Karolinska (Huddinge och Solna) till annan vårdgivare?
- Hur kan profileringen se ut mellan Solna och Huddinge för kvarvarande volymer?
- Hur kommer framtida trender och andra förändringar, utifrån ett 10-årsperspektiv, påverka scenarierna i form av ökad volym?

För att besvara den andra frågan skulle verksamheterna bedöma utflyttning av minst 25 procent av verksamheten, 50 procent av verksamheten eller hela verksamheten (100 procent) till annan vårdgivare (så kallade goda mottagare). De skulle också beskriva för- och nackdelar ur patient-, medarbetar-, FoUU-, effektivitets- och kostnadsperspektiv.

Tidigt i processen konstaterade Karolinska Universitetssjukhuset att det saknades tillräckliga underlag om vårdplatser och att det fanns ett begränsat utrymme på NKS. Parallellt med verksamhetsinnehållet blev frågan om användning av angränsande byggnader som Thorax och Astrid Lindgrens barnsjukhus (ALB) därför viktig. Två alternativ med olika kapacitet på vårdplatser togs fram där det ena

var det planerade NKS och det andra var NKS utökat med Astrid Lindgrens Barnsjukhus och 80 vårdplatser i en annan byggnad. Beslut fattades om att jobba vidare med scenarios för NKS med utökad kapacitet, det vill säga det andra alternativet.

Resultaten från workshoparbetet utgjorde underlag för att bygga olika scenarios för verksamhetsinnehållet. Tre förslag till typsjukhus presenterades för Karolinskas styrelse, som beslutade att ett nytt kombinerat förslag skulle tas fram. Det fortsatta arbetet fokuserade på att ta fram det nya förslaget till typsjukhus och att forma verksamhetsinnehållet utifrån detta. Under processens gång lyftes flera knäckfrågor kring scenarierna upp till ledningsgruppen för projektet och till styrelsen. Det handlade bland annat om verksamheter som ville eller inte ville flytta mellan Solna och Huddinge, där knäckfrågan var om sjukhuset ville gå emot verksamhetens vilja och om beställaren skulle acceptera profileringen. Knäckfrågor ur ett omvärldsperspektiv togs också upp. En av dem pekade på att tidigare målbilder för NKS verksamhetsinnehåll skapat förväntningar bland vissa tjänstemän och politiker att viss verksamhet skulle placeras på NKS, vilket kunde vara avvikande från sjukhusets uppfattning om bästa profilering. En annan knäckfråga var att utarbetade scenarios förutsatte goda mottagare och ofta fortsatt delaktighet från Karolinska Universitetssjukhuset och frågan var om det var realistiskt. Akutmottagningens uppdrag lyftes också liksom kapaciteteten på vårdplatser.

Flera versioner av verksamhetsinnehållet presenterades för Karolinska Universitetssjukhusets styrelse. Version 1.0 i mars 2012, 2.0 i april 2012, 3.0 i juni 2012. Version 4.0 levererades till Centrala Programkontoret för Framtidens Hälso- och sjukvård (PFHS) i oktober 2012. Centrala programkontorets remissvar på förslaget presenterades som knäckfrågor till Karolinska Universitetssjukhuset som behövde lösas innan beslut kunde tas om slutlig vårdprofil. En av knäckfrågorna gällde den högspecialiserade vården och uppdraget för Karolinska Universitetssjukhuset. I förslag 4.0 bedömde Karolinska Universitetssjukhuset att andelen högspecialiserad vård på NKS skulle öka från cirka 50 procent till 60 procent. Centrala programkontorets bedömning var att den högspecialiserade vården på NKS endast uppgick till 15 till 20 procent. Karolinska Universitetssjukhusets förslag innebar enligt Centrala Programkontoret att man inte överförde den högspecialiserade vården i Huddinge till NKS. Programkontoret såg en risk att onödigt stora operationsvolymer blev

kvar i Huddinge och därmed onödigt stora investeringsbehov. Om den högspecialiserade vården i stället flyttades till NKS så skulle en mer begränsad utbyggnad behövas av interventions- och operationssalarna i Huddinge. Karolinska Universitetssjukhusets position var att de arbetade utifrån ägardirektivet och de vägledande principerna. Sjukhuset lyfte också fram att man i samråd med Karolinska Institutet gett dimensionen starka forskningsresultat en större tyngd än vad som gällde i NKS-förvaltningens ursprungliga förslag. Utöver detta handlade knäckfrågorna om bland annat akutmottagningen och fördelningen av barnsjukvård mellan NKS och lokalerna vid Astrid Lindgrens barnsjukhus (kallat Q-huset). Vid Karolinska Universitetssjukhusets styrelsemöte i november 2012 diskuterades version 4.0, Centrala Programkontorets knäckfrågor, den fortsatta beslutsprocessen för verksamhetsinnehållet och plan för utflyttning av vård från Karolinska. Styrelsen fattade inriktningsbeslut som i huvudsak avsåg kompletterande lokaler och hur de skulle användas. Något beslut om det samlade verksamhetsinnehållet fattades inte.

Beslut i landstingsfullmäktige

Karolinskas version 4.0 och styrelsens inriktningsbeslut togs våren 2013 vidare för beslut i landstingsfullmäktige.

I tjänsteutlåtande om Karolinska Universitetssjukhusets uppdrag, verksamhetsinnehåll och kapacitet samt fastighetsutnyttjande vid Karolinska Solna (LS 1304-0528) beskrivs först verksamhetsinnehållet översiktligt. 2018 ska Karolinska Solna ha ett vårduppdrag som fokuserar på högspecialiserad och specialiserad vård, region- och rikssjukvård samt vård som är särskilt forsknings- eller investeringstung. Akutmottagningen ska vara en anpassad akutmottagning för ambulansfall (enligt särskild definition), helikopterfall och remissfall från andra vårdenheter samt patienter som redan behandlas vid sjukhuset. Karolinska Solna ska ha en stark integration och samverkan mellan sjukvård, klinisk forskning, utveckling och utbildning. Den nära kopplingen till Karolinska Institutet förstärks såväl verksamhetsmässigt som geografiskt. Utgångspunkten är att vården organiseras kring patienten och dennes behov. Karolinska Universitetssjukhuset har kartlagt vårdsamband och vårdflöden inom och mellan olika medicinska specialiteter. 150 vårdkedjor har identifierats vid Karolinska

Solna, vilket motsvarar en betydande andel av det framtida vårdinnehållet. Vidare beskrivs inriktningen för akut omhändertagande av vuxna och akut omhändertagande av barn.

Längre fram i tjänsteutlåtandet ges ett mer detaljerat förslag till Karolinska Universitetssjukhusets framtida verksamhetsinnehåll och profilering mellan Karolinska Solna och Karolinska Huddinge. Här står att förslaget, med utgångspunkt i landstingsfullmäktiges inriktningsbeslut, ska genomgå fortsatt konkretisering och justering. En genomgång görs därefter av profil per verksamhetsområde med en fördelning mellan Solna och Huddinge.

I juni 2013 beslutade landstingsfullmäktige att godkänna inriktning av verksamhetsinnehåll för 2018 för Karolinska Universitetssjukhuset. Fullmäktige beslutade också att ge i uppdrag till hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset att i samråd med Karolinska Institutet fortsätta processen kring verksamhetsinnehåll och profilering samt driftsättning av Nya Karolinska Solna. Vid detta möte beslutade fullmäktige också om det andra steget i planen Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS).

En version 5.0 för verksamhetsinnehållet presenteras för Karolinskas Universitetssjukhusets styrelse i oktober 2013. Av det material som utredningen tagit del av är det svårt att utläsa om det gjorts några förändringar utifrån vad som tidigare beslutats. En del handlar om volymförändringar och potentiella mottagare för vissa specifika verksamheter. Det framgår inte av protokollet att styrelsen fattar något beslut om version 5.0. Därefter övergår Karolinska Universitetssjukhuset till att arbeta med allokering av verksamhet inför flytten, det vill säga vilken verksamhet som ska lokaliseras var i NKS. Första flytten planeras till 2016 och den sista till 2018.

8.2.6 Landstingsstyrelsen fastställer verksamhetsinnehåll för Karolinska Universitetssjukhuset 2017

I mars 2017 tog hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning fram ett tjänsteutlåtande om Karolinska Universitetssjukhuset Solnas respektive Huddinges uppdrag, verksamhetsinnehåll och kapacitet (HSN 2016-4792). Anledningen var att det under den fortsatta planeringsprocessen efter landstingsfullmäktiges beslut 2013 om övergripande verksamhetsinnehåll gjorts vissa förändrade ställningstaganden. Flera analyser och underlag hade också tagits fram, bland

annat om fastigheter på sjukhusområdet, akutsjukhusens uppdrag och profilering i de så kallade Gemensamma avsiktsförklaringar inför Omställningsavtal, samt den regionala cancerplanen. Förvaltningen sammanställde därför, i samverkan med landstingsstyrelsens förvaltning/ägarfunktionen och i samråd med Karolinska Universitetssjukhuset, nytt förslag till verksamhetsinnehåll för Karolinska Solna respektive Karolinska Huddinge avseende 2018.

I tjänsteutlåtandet beskrivs den nya anpassade intensivakuten, där uppdraget så långt som möjligt ska omfatta patienter i behov av högspecialiserad vård eller patienter som ingår i på sjukhuset pågående forsknings- eller utvecklingsarbete. Sjukhuset i Huddinge ska fortsätta att ha en traditionell öppen akutmottagning enligt tidigare. Vidare står att anpassningen av verksamheter inom Karolinska Universitetssjukhuset till det nya uppdraget är en dynamisk process i samverkan mellan vårdgivaren, ägaren och beställaren under vilken gällande beslut och riktlinjer, av lokala eller globala skäl, kan komma att behöva ändras. Profileringen av vårdinnehåll inom Karolinska Universitetssjukhuset kräver utflytt av patientgrupper och överföring av uppdrag som sjukhuset utför utanför enheterna i Solna och Huddinge till andra vårdgivare. Detta eftersom Karolinska Universitetssjukhuset endast undantagsvis ska bedriva satellitverksamhet. Målet är att till slutet av 2018 ha flyttat ut cirka 10 000 slutenvårdstillfällen och 260 000 öppenvårdsbesök till andra vårdgivare till exempel via bildandet av specialistcentra inom reumatologi, diabetes och neurologi, överförande av patienter till specialistmottagningar, geriatrik/ASIH samt husläkare. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning har fortsatt i uppdrag att se över möjligheterna till ytterligare koncentration av den högspecialiserade vården till Karolinska Solna, vilket ska ske i samverkan med landstingsstyrelsens förvaltning/Ägarfunktionen samt Karolinska Universitetssjukhuset. Därefter beskrivs verksamheten vid Karolinska Solna respektive Karolinska Huddinge 2018. Karolinska Solna kommer att ha ett vårduppdrag som fokuserar på högspecialiserad och specialiserad vård, region- och rikssjukvård, samt vård som är särskilt forsknings- eller investeringstung. Karolinska Solna ska ha en stark integration och samverkan mellan sjukvård, klinisk forskning, utveckling och utbildning. Den nära kopplingen till Karolinska Institutet förstärks såväl verksamhetsmässigt som geografiskt. Lokaler för forskning och utbildning finns väl integrerade i den kliniska verksamheten. Karolinska Solna kommer att tillhöra

vårdnivån högspecialiserad vård. Detta gäller även akutmottagningen, den så kallade Intensivakuten. Inriktningen är att besöken på akutmottagningen minskar och andelen elektiv vård på Karolinska Solna ökar vilket kan få konsekvenser för sjukhusets uppdrag inom katastrofmedicinsk beredskap. Konsekvenserna av detta måste belysas och utredas närmare. Karolinska Solna behöver säkerställa en flexibel organisation för att möta det katastrofmedicinska behovet samt beskriva eventuella begränsningar. Vidare beskrivs kapaciteten och inriktningen för förlossningsvård, barnsjukvård, psykiatri, akut omhändertagande vuxna respektive barn. För Karolinska Huddinge innebär det högspecialiserade uppdraget i Solna en förändring. Huddinge ska bli ett högproducerande sjukhus inom specialiserad somatisk vård. Behoven av förändringar inom andra delar av vården inom Stockholms läns landsting beskrivs också.

Det förändrade verksamhetsinnehållet för Karolinska Universitetssjukhuset tas upp i landstingsstyrelsen i december 2017 i samband med beslut om slutlig budget för Stockholms läns landsting 2018. I tjänsteutlåtandet (LS 2017-0677) till beslutet står att förvaltningen konstaterar att hälso- och sjukvårdsnämnden föreslagit väsentliga förändringar i verksamhetsinnehållet vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna respektive Huddinge. Det nya verksamhetsinnehållet behöver därför fastställas. I motiveringen till förslaget till beslut står att Karolinska Universitetssjukhuset är en viktig del av den nätverksstruktur som utvecklas inom landstinget. I nätverkssjukvården ingår alla vårdgivare i ett nätverk runt patienten. De olika vårdgivarnas uppdrag renodlas i syfte att patienterna enklare ska få vård av den vårdgivare som är mest lämpad med avseende på patientens samlade behov. Den högspecialiserade sjukvården samlas från 2018 på Karolinska Solna, akutsjukhusens uppdrag renodlas och koncentreras till de patienter som är i behov av dessa resurser, och husläkarnas roll som koordinator i vårdsystemet förstärks. Den icke högspecialiserade vård som utförs på Karolinska Solna ska i framtiden utföras av andra vårdgivare. En del av vården överförs till andra akutsjukhus och vårdsamverkan även med andra vårdgivare förstärks. Det gäller exempelvis utbyggd geriatrik och rehabilitering, men även nära samverkan med andra sjukhus och övriga vårdgivare, inklusive primärkommunala verksamheter. Avgörande för tempot i denna omställningsprocess är bland annat kapacitetsuppbyggnad hos de framtida mottagarna. Karolinska Universitetssjukhuset är Stockholms läns landstings uni-

versitetssjukhus med verksamhet främst i Solna och Huddinge. När NKS tagits i full drift 2018 utgörs det av Karolinska Universitetssjukhuset Solna (Karolinska Solna). Landstingsstyrelsen fastställde verksamhetsinnehållet för Karolinska Universitetssjukhuset 2018 i enlighet med förslag.

8.2.7 Avtal med akutsjukhusen

För perioden 2016 till 2019 slöts *omställningsavtal* med akutsjukhusen.[3] Omställningsavtalen innebar en ny avtalsmodell med tre parter: ägare, beställare och vårdgivare, till skillnad från tidigare avtal mellan beställare och vårdgivare. Avtalen beskrivs också omfatta de flesta uppdrag som ägare och beställare ger akutsjukhusen. Det innebär att omställningsavtalen samlar merparten av akutsjukhusens uppdrag vilka tidigare reglerades i flera avtal. Omställningsavtalen innebar också en återgång till fast ersättning, efter en period med treåriga avtal med rörlig ersättning. I avtalen utgör 97 procent uppdragsrelaterad ersättning och tre procent är målrelaterad.

Syftet med omställningsavtalen beskrivs vara att ge akutsjukhusen långsiktiga, tydliga och stabila förutsättningar att driva sin verksamhet och därigenom underlätta genomförandet av Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). Avtalen ska skapa flexibla förutsättningar för akutsjukhusen att nå såväl ekonomiska som verksamhetsmässiga mål genom en tydlig ekonomisk ram under hela avtalstiden.

Vårduppdraget i avtalen omfattar:

- Högspecialiserad akut och elektiv vård (för vissa sjukhus).
- Specialiserad akut och elektiv somatisk sjukvård.
- Geriatrisk vård (för vissa sjukhus).
- Annan akut och elektiv vård som av olika skäl behöver ges av vårdgivaren.

I omställningsavtalen specificeras även de uppdrag som ägaren och beställaren åtagit sig för att underlätta för akutsjukhusen att styra

[3] HSN 1506-0813 Danderyds sjukhus, HSN 1506-0814 Sankt Eriks Ögonsjukhus, HSN 1506-0815 Karolinska Universitetssjukhuset, HSN 1506-0816 Södersjukhuset, HSN 1506-0817 Södertälje sjukhus.

mot målen i Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). Från 1 januari 2020 ersätts de tidigare omställningsavtalen med *nya avtal* som gäller 2020 till 2023.[4] Utifrån uppdrag och budget 2019 har hälso- och sjukvårdsnämnden i dialog med regionstyrelsen, akutsjukhusens styrelser och berörda nämnder utvecklat en ny avtalsmodell. Syftet är att stimulera utveckling och kostnadskontroll. Regionen beskriver att viktiga principer i de nya avtalen har bland annat varit att säkerställa en sammanhållen vårdkedja och stimulera till införande av digitala tjänster. Avtalen ska också säkra att akutsjukhusens uppdrag att bedriva vård, utbildning och forskning går att förena. De ska också främja en låg kostnadsutveckling och nyttja genomförda investeringar. Den nya avtalsmodellen innebär att andelen rörlig ersättning ökas. Den uppdragsrelaterade ersättningen utgör 54 procent, 40 procent är produktionsrelaterad, 5 procent målrelaterad och en procent är utvecklingsrelaterad.

8.2.8 Verksamhetsinnehållet på Karolinska Universitetssjukhuset i dag

Hur ser då verksamhetsinnehållet vid Karolinska Universitetssjukhuset ut i dag? Utredningen har fått följande beskrivning av den nuvarande sjukhusdirektören. Den planerade utflyttningen av vård från sjukhuset är nu genomförd. Eventuellt återstår utflyttning av små volymer av vård inom enstaka verksamheter där de planerade mottagande verksamheterna inte klarat att ta emot uppdraget eller där det råder oklarheter på regionnivå om vem som ska överta vården. Ytterligare förändringar i vårdinnehåll beslutas av regionen i samband med nya eller reviderade vårdavtal. Graden av högspecialiserad vård på sjukhuset är svår att mäta enligt sjukhusdirektören då det inte finns någon enhetlig definition av vad högspecialiserad vård är.

8.2.9 Konsekvenser för forskning och utbildning

Visionen för NKS och det nya universitetssjukhuset var, som beskrivits i tidigare avsnitt, att bedriva vård, forskning och utbildning av betydande omfattning och av yppersta kvalitet. Utformningen skulle stödja profilen som ett av Europas ledande universitetssjukhus och

[4] HSN 2017-0570, RS 2019-0829, RS 2019-0960.

bidra till rekrytering av nationellt och internationellt framstående forskare och vårdpersonal. Det skulle också stödja utvecklingen av så kallade ”centers of excellence”, skapa underlag för god klinisk forskning och utveckling och för undervisning av studenter, AT-läkare och specialister.

NKS inriktning mot högspecialiserad vård innebar dock att grundutbildning av studenter måste ske på flera ställen inom sjukvården där patienter med vanliga folksjukdomar togs om hand. Även klinisk forskning och uppföljning måste ske på olika håll inom sjukvården och även inom den kommunala vården. Ett akademiskt sjukvårdssystem måste utvecklas i Stockholms län, konstaterade 3S-utredningen redan 2004.

Utredning om akademiskt universitetssjukvårdssystem i Stockholm

När landstingsfullmäktige 2005 fattade sitt inriktningsbeslut om en ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms läns landsting beslutades även att ett särskilt utredningsarbete om utvecklingen av ett universitetssjukvårdssystem skulle sättas igång i nära samverkan med Karolinska Institutet. Uppdraget handlade om att belysa vilka delar av Stockholms sjukvård som skulle ingå i universitetssjukvårdssystemet och bära det akademiska ansvaret i framtiden, vilken forskning och undervisning som skulle ske utanför Karolinska Universitetssjukhuset och hur sådan forskning och undervisning skulle organiseras. I uppdraget ingick också att utreda hur och när detta skulle kunna realiseras utifrån överenskommelsen i det regionala ALF-avtalet. Fullmäktige skulle besluta om förslag kopplat till detta. Någon tidplan för arbetet framgår inte av beslutet.

Utredningen har försökt få klarhet i vad uppdraget resulterade i. Vad utredningen erfar organiserades arbetet med Stockholms akademiska sjukvårdssystem i den så kallade SASS-gruppen vars arbetsområde omfattade forskning och forskarutbildning, utbildning och infrastrukturfrågor. I arbetsgruppen ingick företrädare för Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet. I en första rapport (LS 0505-0775) om en ny struktur för universitetssjukvården i Stockholms län föreslogs att hela Stockholms sjukvårdsorganisation skulle samlas i ett gemensamt system,”Stockholms universitetssjukvård”, där Karolinska Universitetssjukhuset i samarbete med Karolinska Institutet

skulle utgöra ett nav i systemet. Den strategiska forskningen föreslogs utgå från ett antal forskningsprofiler som endast i liten grad skulle vara knutna till den befintliga organisationsstrukturen med sjukhus etc. Detta för att möjliggöra ökad flexibilitet för forskare, starka forskningsnätverk och uppbyggande av så kallade Centers of excellence. Den mer verksamhetsnära forskningen skulle däremot utgå från den befintliga sjukvårdsorganisationen.

I ett beredningsunderlag beskrivs problem och förslag för den grundläggande högskoleutbildningen.[5] I korthet handlar det om att det i samverkansorganisationen mellan Stockholms läns landsting och berörda högskolor och universitet inte funnits förutsättningar för en gemensam strategisk och långsiktig planering. Detta gällde både för grundläggande högskoleutbildning och den kliniska utbildningen. Universiteten och högskolorna gjorde inte konsekvensanalyser av hur förändringar i utbildningsplanering och dimensionering påverkade landstingets verksamheter. Landstinget genomförde i sin tur strukturförändringar i vården som gjort det svårt att upprätthålla kvaliteten på den kliniska utbildningen och få adekvat tillgång till utbildningsplatser. Konsekvensen blev att patienterna inte fanns där studenterna fanns och vice versa. Med anledning av det föreslås en förändrad och fördjupad samverkan mellan berörda parter för att motverka missförhållandena, bland annat genom en mellan Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet gemensam styrelse för utbildning. Det regionala ALF-avtalet behövde i så fall omförhandlas. Landstingsstyrelsen godkände 2006 inriktningen för fortsatt arbete om Stockholms akademiska sjukvårdssystem med inriktning mot utbildning. Utredningen har därefter inte specifikt kunnat följa det fortsatta arbetet utifrån SASS-gruppens förslag och landstingsstyrelsens beslut.

Att den förändrade hälso- och sjukvårdsstrukturen och den nya inriktningen för Karolinska Universitetssjukhuset skulle påverka förutsättningarna för utbildning och forskning var alltså klarlagt redan tidigt. Vilka åtgärder har då vidtagits för att säkerställa utbildning och forskning i det fortsatta planeringsarbetet för NKS?

[5] Utredning om Stockholm akademiska sjukvårdssystem (SASS-utredningen) med inriktning mot utbildning.

Återkommande krav på samverkan

I det första konceptet för verksamhetsinnehåll som presenterades av NKS-förvaltningen 2009 lyftes NKS bland annat fram som ett nav i ett nationellt och internationellt konkurrenskraftigt sjukvårdssystem. I remissomgången på förslaget var Karolinska Institutet en av flera remissinstanser. I sitt remissvar pekade Karolinska Institutet på att det var för snävt att definiera NKS som ett nav eftersom den forskningsintensiva sjukvården i Stockholm bedrevs på universitetssjukhusets båda enheter i Solna och i Huddinge. Planeringen av NKS borde därför omfatta även verksamheten i Huddinge. Karolinska Institutet framhöll också att forskningens och utbildningens behov kräver tillgång till hälso- och sjukvården även utanför universitetssjukhuset. För att tillgodose stora patientflöden krävs därför samverkan med andra vårdenheter i länet. Hur de delas in organisatoriskt och vilka uppdrag de får har betydelse för det akademiska sjukvårdssystemets utveckling menade man. Karolinska Institutet hänvisade också till flera pågående projekt som de bedömde skulle komma att påverka det akademiska sjukvårdssystemet och universitetssjukvården i Stockholm. Dessa projekt behövde samordnas. En övergripande planering för hälso- och sjukvårdsstrukturen i Stockholms läns landsting behövdes också menade Karolinska Institutet.

I de efterföljande besluten i landstingsfullmäktige om verksamhetsinnehållet på Karolinska Universitetssjukhuset och om Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) lyfts återkommande behovet av samverkan och samordning mellan sjukvård, forskning och utbildning för att lösa tillgången till patienter. I landstingsfullmäktiges beslut om övergripande verksamhetsinnehåll 2010 (som utgick från NKS-förvaltningens förslag) lyder en av beslutspunkterna att NKS i samverkan med i första hand Karolinska Institutet ska bidra till att utveckla en stark integration och samverkan mellan sjukvård, utbildning, klinisk forskning och grundforskning. När landstingsfullmäktige 2011 beslutade om Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) framhölls att arbetsformer måste utvecklas som gör det möjligt för Karolinska Institutet att få tillgång till patienter på såväl NKS som andra enheter för undervisning och forskning. Samma sak lyfts fram inför landstingsfullmäktiges beslut om verksamhetsinnehåll för Karolinska Universitetssjukhuset 2013. I tjänsteutlåtandet står att Karolinska Solna ska ha en stark integration och samverkan mellan sjukvård, klinisk forsk-

ning, utveckling och utbildning. Det särskilda uppdraget med högspecialiserad vård kan komma att påverka utbildningarnas tillgång till patienter med vanliga sjukdomstillstånd. Genom organiserad samverkan med ett sjukhus kan studenterna både få tillgång till lärare från universitetssjukhuset och ett sjukdomspanorama som lämpar sig för utbildning. Även styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset betonar vikten av att skapa en gemensam målbild tillsammans med Karolinska Institutet.

Konsekvensanalys för FoU av den nya akutmottagningen på NKS

Utredningen har tagit del av en konsekvensanalys som Karolinska Institutet gjorde 2014 för forskning och utbildning av akutmottagningen på NKS, där de också lyfte fram ett antal slutsatser och rekommendationer. Enligt analysen måste forskningens och utbildningens behov spela en central roll i dimensioneringen av akutverksamheten och akutmottagningen vid NKS. För den kliniska utbildningen krävs ett brett patientunderlag som avspeglar de sjukdomar som finns i befolkningen. Förslaget om en akutmottagning med 13 000 patientbesök per år ger enligt Karolinska Institutet oacceptabla konsekvenser. I stället krävs 25 000–30 000 patientbesök per år och en patientsammansättning som motsvarar forskningens och utbildningens behov. Detta är enligt Karolinska Institutet en lägsta gräns för att kunna utnyttja NKS som undervisningssjukhus. Förutsättningarna för forskning och utbildning måste tillsammans med vårdbehoven vara styrande i det fortsatta arbetet med akutverksamheten och akutmottagningen vid NKS menar Karolinska Institutet. Detta är av vikt för att NKS status som universitetssjukvårdsinstitution inte ska ifrågasättas. Samtidigt framhåller Karolinska Institutet att det är önskvärt med en reduktion av den akuta verksamheten för att möjliggöra utvecklingen för elektiv högspecialiserad öppen- och slutenvård.

Nytt regionalt ALF-avtal om forskning, utbildning och utveckling

I januari 2015 trädde ett nytt nationellt ALF-avtal mellan staten och berörda landsting i kraft. Avtalet avser samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården och

reglerar hanteringen av ALF-medel. Till det nationella avtalet sluts regionala avtal mellan landsting och universitet.

Ett nytt regionalt avtal (LS 1411-1389, KI 5-140/2015) slöts mellan Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet i november 2015. Enligt Stockholms läns landsting[6] innebär det nya avtalet närmare samverkan mellan Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet och skapar bättre förutsättningar att nå internationell toppklass inom såväl sjukvård som forskning och utbildning. I och med det nya regionala ALF-avtalet, fördjupar Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet sitt samarbete och reglerar också hanteringen av ALF-medel. En nyhet i avtalet är att begreppet universitetssjukvård införs för att stärka kopplingen mellan akademin och hälso- och sjukvården.

I det regionala avtalet beskrivs hälso- och sjukvårdens utveckling i Stockholmsregionen. Bland annat står att omvandlingen av hälso- och sjukvården innebär förändrade förutsättningar för den kliniska forskningen och utbildningen, där primärvården och specialistvården utanför akutsjukhusen får ökad betydelse. Tillgången på patienter är en grundförutsättning för den kliniska forskningen och utbildningen. Alla patienter i Stockholmsregionen ska därför erbjudas att ingå i eller lämna bidrag till olika forskningsprojekt och kliniska prövningar. I nära samverkan gör Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet stora infrastrukturella satsningar för forskning, utbildning och utveckling vid främst Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge och Solna. Investeringarnas syfte är att hälso- och sjukvård, forskning och utbildning ges förutsättningar i internationell toppklass. De förväntas också bidra till utvecklingen av verksamheter inom life science i Stockholmsregionen. Samverkan på utbildningsområdet ska omfatta alla utbildningar inom Karolinska Institutet med inriktning mot vården.

I avtalet sätts mål för universitetssjukvården upp och begreppet universitetssjukvårdsenheter (USV-enheter) beskrivs. Vid en USV-enhet ska forskning och utbildning liksom utveckling av hälso- och sjukvård ses som kärnverksamheter och vara likvärdiga med vårdproduktionen. Detta ska avspeglas i både styrning och uppföljning av USV-enhetens verksamhet. En USV-enhet ska uppfylla de krav

[6] www.sll.se/verksamhet/halsa-och-vard/nyheter-halsa-och-vard/2016/03/Nytt-ALF-avtal-mellan-landstinget-och-KI/.

på akademisk infrastruktur, kompetens och kvalitet som föreskrivs i det nationella ALF-avtalet.

Karolinska Universitetssjukhuset ska ha en central roll för klinisk forskning och utbildning inom universitetssjukvården. Samtliga verksamheter inom universitetssjukhuset ska uppfylla kraven på universitetssjukvård. Ledningen för universitetssjukhuset har därför ett särskilt ansvar för att verksamheten är utformad på så sätt som uppfyller kraven på universitetssjukvård och att förutsättningarna för klinisk forskning, utbildning och utveckling av hög kvalitet är tillgodosedda. Vidare framgår att Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet är överens om att Danderyds sjukhus, Södersjukhuset, S:t Eriks ögonsjukhus samt samtliga akademiska vårdcentraler och övriga upplåtna enheter inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) initialt ska utgöra USV-enheter. All landstingsfinansierad hälso- och sjukvård ska kunna genomgå prövning för status som USV-enhet. Andra sjukhus än universitetssjukhuset som har en eller flera USV-enheter benämns undervisningssjukhus med universitetssjukvård.

Utifrån avtalet ska kriterier för universitetssjukvården tas fram liksom kriterier för utvärdering av vården. Utifrån genomförda utvärderingar ska USV-enheter identifieras. Därefter bör återkommande utvärderingar genomföras.

Genom det regionala ALF-avtalet finns för första gången det universitetssjukvårdssystem som återkommande efterfrågats beskrivet och i viss mån också reglerat. Samtidigt tycks mycket arbete återstå för att få organisationen på plats liksom former för styrning, uppföljning och utvärdering. Någon tidplan framgår inte av avtalet.

Nytt beslut om verksamhetsinnehåll för NKS 2017

Som beskrivits i tidigare avsnitt tog hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning i mars 2017 fram ett tjänsteutlåtande för beslut om Karolinska Universitetssjukhusets uppdrag, kapacitet och verksamhetsinnehåll. I tjänsteutlåtandet står att det nya universitetssjukhuset är en investering för att möta framtidens krav på hälso- och sjukvården, och för att förstärka samverkan mellan vård, medicinsk forskning och utbildning. Det gemensamma införandet av begreppet universitetssjukvård tillsammans med Karolinska Institutet innebär att forskningen vid Karolinska Universitetssjukhuset knyts närmare den

dagliga verksamheten i övriga vården. Forskningsuppdraget ska inkludera samarbete med samtliga akutsjukhus, specialistvård utanför akutsjukhus samt med primärvården för att skapa möjlighet till analys av kompletta vårdförlopp som förbättrar förutsättningarna för den kliniska forskningen. Med en mer högspecialiserad profil på Karolinska Solna och en trolig mycket tyngre patientsammansättning på de övriga akutsjukhusen är det nödvändigt att omforma strukturen för hur landstinget uppfyller sina utbildningsuppdrag inom alla personalkategorier och grundutbildning. Med den anpassade akutmottagningen på Karolinska Solna, Intensivakuten, påverkas förutsättningarna för att bedriva utbildning (grundutbildning, vidareutbildning, specialiseringstjänstgöring med flera). Konsekvenserna av detta behöver belysas och utredas. Karolinska Huddinge får en större roll avseende utbildningsplatser för studerande, till exempel läkarutbildning på grund- och specialiseringsnivå, vilket måste ske i samverkan med Karolinska Institutet. För att kunna ge fullgoda yrkesutbildningar måste alla aktörer inom hälso- och sjukvården delta och samverka samt ställa sina kliniska och pedagogiska resurser till förfogande. Landstingsstyrelsen fastställde verksamhetsinnehållet i december 2017.

Karolinska Institutet utreder konsekvenser av det förändrade verksamhetsinnehållet

Karolinska Institutet uttalade tidigt att den högspecialiserade inriktningen för NKS skulle påverka förutsättningarna för forskning och utbildning och att det krävde tillgång till hälso- och sjukvården även utanför universitetssjukhuset och samverkan med andra vårdenheter i länet.

Våren 2017 beslutade rektorn vid Karolinska Institutet om ett uppdrag till styrelsen för utbildning att utreda konsekvenserna av Karolinska Universitetssjukhusets nya verksamhetsinnehåll. Som grund för beslutet hänvisas till tjänstemannautlåtande från hälso- och sjukvårdsnämnden från mars 2017 där Karolinska Universitetssjukhusets uppdrag och verksamhetsinnehåll beskrivs. Enligt Karolinska Institutet påverkar den mer högspecialiserade profilen för sjukvården på Karolinska Universitetssjukhuset Solna, inklusive intensivakuten med ett begränsat högspecialiserat uppdrag, möjligheterna att genomföra flera av Karolinska Institutets utbildningar.

I rapportens (dnr 1-375/2017) sammanfattande analys lyfts de pågående och planerade förändringarna inom Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) i Stockholm som också ger förändrade förutsättningar att bedriva utbildning. Styrelsen för utbildning skriver att det kommer att vara en mycket stor utmaning och tidskrävande process både för Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet att anpassa sig till de nya förutsättningarna. Enligt det regionala ALF-avtalet ska Karolinska Universitetssjukhuset ha en central roll för klinisk forskning och utbildning inom universitetssjukvården. Samtliga verksamheter inom universitetssjukhuset ska uppfylla kravet på universitetssjukvård.

Styrelsen har inhämtat uppgifter från programansvariga institutioner och programnämnder om lärandemål och examensmål kan uppnås. I återrapporteringen från programmen framkommer att de viktigaste konsekvenserna av det förändrade verksamhetsinnehållet på Karolinska Universitetssjukhuset är att studenter som i dag antingen har verksamhetsförlagd utbildning (VFU) eller kurser förlagda på Karolinska Solna inte kommer att nå vissa lärande- och examensmål om inte åtgärder vidtas. Det handlar till exempel om att studenterna behöver möta patienter med vanliga och akuta tillstånd för att självständigt kunna diagnostisera och behandla dessa och om att det måste finnas arenor för interprofessionellt lärande för att studenten ska kunna tillägna sig förmåga till lagarbete. I vissa fall påverkas samtliga studenter på en viss kurs, eftersom alla är placerade på Karolinska Solna, men oftast är så inte fallet. Läkarprogrammet är det program som påverkas mest av det förändrade verksamhetsinnehållet, men även ett flertal andra program berörs.

Styrelsen har utifrån programmens återrapporteringar identifierat ett antal åtgärder som behöver vidtas i samverkan med Stockholms läns landsting. Följande åtgärder måste enligt styrelsen *omgående* vidtas:

- utöka antalet diagnoser/sökorsaker på Karolinska Solna
- utöka antalet platser i specialistöppenvård, främst genom att inrätta akademiska specialistcentra i geografisk närhet till Karolinska Solna och Karolinska Huddinge
- tillse att antalet platser på kliniska utbildningsavdelningar (KUA) och kliniska utbildningsmottagningar (KUM) bibehålls i Solna.

Styrelsen konstaterar också att det inte bara är det förändrade verksamhetsinnehållet på Karolinska Universitetssjukhuset som påverkar möjligheterna att placera studenterna där och uppnå lärande- och examensmålen i utbildningarna. Andra faktorer som påverkar är bland annat ett minskat antal slutenvårdsplatser, utflytt av öppenvårdsbesök från Karolinska Universitetssjukhuset samt nya privata aktörer genom vårdval. För att Karolinska Solna ska kunna förbli en viktig utbildningsnod med stark koppling till Karolinska Institutets forskning krävs också att det finns en kritisk massa av studenter från olika program som genomför sin verksamhetsförlagda utbildning där. Flera förslag ges till hur detta kan uppnås. Som exempel kan nämnas att avtalen mellan Stockholms läns landsting och privata vårdgivare bör ses över och att utöka antalet placeringar på Karolinska Huddinge och eventuellt på övriga akutsjukhus i Stockholm. Avslutningsvis skriver styrelsen för utbildning att det i dag inte går att identifiera var de bästa förutsättningarna föreligger för att bedriva utbildning eftersom det finns för många frågetecken om hur vårdlandskapet kommer att se ut.

Konsekvenser för forskningen

Karolinska Institutet lät också göra en kartläggning 2017 av vilka konsekvenser utflyttningen av vård får för forskningen. Prefekter vid ett urval institutioner fick besvara frågor om hur forskningen påverkades av utflyttningen av vård från Karolinska Universitetssjukhuset till andra sjukhus och till privata aktörer.

Konsekvenserna för forskningen skiljer sig åt mellan olika institutioner. Faktorer som påverkar är bland annat forskningens inriktning samt var och hur forskningen bedrivs. Verksamheter lokaliserade till Karolinska Huddinge påverkas inte i lika hög grad som de som är lokaliserade till Solna. De institutioner som påverkas av vårdval, där vård och patienter ska läggas ut på nya, privata aktörer uttrycker oro för hur det kommer fungera i praktiken. Även om deltagande i forskningsprojekt ingår i avtalen för de privata aktörerna så är vare sig omfattning eller kvalitet för deltagandet specificerat. Forskningen är inom flera projekt beroende av infrastruktur som inte finns tillgänglig vid mindre privata enheter. Man ser också en risk att forskningen

påverkas negativt av att det kan bli svårare för forskare att nå patienter och få tillgång till patientgrupper för forskningsändamål.

Vissa institutioner bedömer att möjligheterna att utbilda framtidens specialister inom olika discipliner försämras när Karolinska Universitetssjukhuset utvecklas till ett uteslutande högspecialiserat sjukhus. Rekrytering och återväxt av framtidens forskare riskerar att hotas. Då forskare flyttar ut för att ”vara där patienterna är”, finns en risk att man inte kan upprätthålla enheternas kritiska massa vad gäller en god och allsidig specialitetsförankrad akademi. Neddragningen av patientunderlaget vid Intensivakuten vid Karolinska Solna bedöms i ett längre perspektiv resultera i försämrad konkurrenskraft för forskare i anslagsansökningar och möjligheten att förlägga kliniska prövningar på Karolinska Universitetssjukhuset. Utöver utflytten av vård bedömer flera institutioner att den nya tematiska indelningen på Karolinska Universitetssjukhuset kommer att slå sönder etablerade forskningssamarbeten, då specialiteter delas upp mellan olika teman och/eller funktionsområden.

Primärvårdens framtida roll för utbildning och forskning berörs också och ses som en stor utmaning på lång sikt. När primärvården i framtiden ska stå för en större andel av den ”vanliga sjukvården” måste nya resurser, inklusive medel till forskning följa med det utökade uppdraget menar man. En väl fungerande samverkansorganisation sägs vara avgörande för att säkerställa detta.

Hemställan från styrelsen vid Karolinska Universitetssjukhuset om Intensivakuten

Frågan om intensivakuten togs upp vid Karolinska Universitetssjukhusets styrelsemöte i december 2018. Av lägesrapporten framgår att utformningen av Intensivakuten medför risker för allvarlig påverkan i närtid på upprätthållande av traumakapacitet och en effektiv och tillräcklig katastrofberedskap samt för utbildningskapacitet (särskilt grundutbildning av läkare och sjuksköterskor) och vissa framgångsrika forskningskluster. Styrelsen beslutade att hemställa hos hälso- och sjukvårdsnämnden att sjukhuset får ett uppdrag att ta emot 20 000 patienter årligen vid Intensivakuten Karolinska Solna samt att uppdra till sjukhusdirektören att planera för att verksamheten vid Intensivakuten utvidgas till denna nivå.

Ett svar på hemställan kom från hälso- och sjukvårdsdirektören vid Region Stockholm i april 2019. I svaret hänvisas till de beslut som fattats om Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) samt beslut om inriktning och uppdrag för Karolinska Solna och specifikt Intensivakuten. Där står att utformandet av vårduppdraget på Karolinska Solna, i den mån det bedömts som möjligt, tagit hänsyn till forskningens behov av patientvolymer samt närheten till Karolinska Institutet. Det hänvisas också till att universitetssjukvården, som anges vara en del av sjukvårdssystemet, enligt Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) får ett särskilt ansvar att identifiera, följa upp och bedriva forskning på patienter i hela sjukvårdssystemet oavsett var patienten vårdas. Vad gäller utbildning står att den högspecialiserade profilen på Karolinska Solna gör det nödvändigt att omforma strukturen för hur Region Stockholm uppfyller sina utbildningsuppdrag. För att kunna ge fullgoda yrkesutbildningar måste alla aktörer inom hälso- och sjukvården delta och samverka samt ställa sina kliniska och pedagogiska resurser till förfogande. Detsamma gäller forskningen som i högre utsträckning måste följa patientens väg genom vården och därmed bedrivas på fler platser. För grund- och specialistutbildning av läkare och sjuksköterskor på Karolinska Solna måste andra aktörer inom akutverksamheten, till exempel närakuter, ta emot studenter för att ge tillräcklig bredd i utbildningen. Sammantaget bedöms uppdraget för Intensivakuten behöva förbli renodlat i linje med sjukhusets uppdrag. För att säkerställa en fullgod grundutbildning måste en långsiktig och hållbar lösning tas fram i samverkan med Karolinska Institutet. Landstinget bör också i samarbete med berörda vårdgivare och Karolinska Institutet se över grundutbildningen inklusive övergångslösningar så att forskningsanknytningen av utbildningen kan säkerställas.

Uppföljning av rektorsuppdraget

I början av 2019 presenterade Karolinska Institutet en uppföljning av rektorsuppdraget avseende konsekvenser av Karolinska Universitetssjukhusets förändrade verksamhetsinnehåll (dnr 1-47/2019). Uppföljningen visar att slutsatserna i den tidigare genomförda analysen fortfarande är giltiga. I uppföljningen beskriver Karolinska Institutet bland annat att det minskade intaget av patienter till akuten vid

Karolinska Solna ger ett för litet patientunderlag för utbildning och forskning. De hänvisar till att både Karolinska Institutet och Karolinska Universitetssjukhuset gjort stora investeringar i både Biomedicum (KI) och BioClinicum (Karolinska Solna) för att nå forskningsresultat som kan användas i vården. Satsningarna erbjuder studenter en unik typ av forskningsanknytning som nu riskerar att inte kunna tas tillvara.

Karolinska Institutet lyfter fram att vissa förändringar har genomförts som bidrar till att lösa en del av utbildningsbehoven, exempelvis etablering av Akademiskt specialistcentrum (ASC) vid Torsplan och samverkan mellan Närakut Haga och Funktion akut vid Karolinska Solna. Det krävs dock ytterligare åtgärder. Bland annat måste Karolinska Institutet inom ramen för samverkan med Stockholms läns landsting verka för att:

- tillgodose en patientsammansättning på Karolinska Solna som motsvarar utbildningens behov
- utöka antalet platser inom specialistöppenvård som är uppbyggda på samma sätt som ASC Torsplan
- utveckla och tillvarata möjligheter till intra- och interprofessionella utbildningsarenor i länet.

Karolinska Institutet skriver också att det krävs en stärkt samverkan med Region Stockholm och med kommuner för att gemensamt se till att det finns tillräckligt med platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) som uppfyller kvalitetskraven. Flera kursansvariga lyfter också fram att ett minskat antal slutenvårdsplatser, utflytt av öppenvårdsbesök från Karolinska Universitetssjukhuset och nya privata aktörer genom vårdval medför svårigheter att uppfylla lärande- och examensmål inom framför allt läkarprogrammet. En analys behöver göras för att hitta lösningar för bland annat hud, hjärta-kärl, öron-näsa-hals, gynekologi och barn. Handlingsplaner för implementering måste också tas fram. Långsiktigt behöver man arbeta fram hållbara modeller och infrastruktur för att utnyttja närakuterna för utbildning. Det finns enligt Karolinska Institutet stora möjligheter till verksamhetsförlagd utbildning vid de närakuter som byggs upp i anslutning till akutsjukhusen.

Andra aspekter som Karolinska Institutet pekar på är att utbildningsuppdraget och dess innebörd tydligt måste framgå i avtal mellan

Stockholms läns landsting och vårdgivare, inklusive privata vårdföretag. I detta ligger också att tydliggöra de ekonomiska förutsättningarna och kompetenskraven. Utbildning och forskning måste också långsiktigt bedrivas i enlighet med statliga föreskrifter.

Idag: allvarlig situation för framför allt utbildning men på sikt också för viss forskning

Företrädare för Karolinska Institutet beskriver för utredningen att dagens situation för utbildning och forskning i Stockholm är mycket komplex och att utmaningarna är stora. De omfattande förändringar som genomförts och ska genomföras inom hälso- och sjukvården i Region Stockholm har fått och får stora konsekvenser för i första hand utbildning men även för forskningen. Omställningen inom sjukvården, där det nya högspecialiserade Karolinska Solna ingår, syftar bland annat till att öka tillgängligheten till vård. Men den innebär också att utbildningen måste spridas på fler aktörer. Detta har varit känt länge. När vårdval införs på nya områden fördelas patienterna ut på ytterligare fler aktörer. Små privata vårdaktörer kan ha svårt att ta ansvar för utbildning. Tid, patientunderlag, kompetenskrav liksom ersättningsnivåer påverkar. Uppfattningen i dag bland privata aktörer är att ersättningsnivåerna är för låga.

Det tudelade ansvaret, där Region Stockholm är huvudman för hälso- och sjukvården i länet och Karolinska Institutet är huvudman för hälso- och sjukvårdsutbildningarna, försvårar situationen menar företrädare för Karolinska Institutet. Medan Karolinska Institutet ansvarar för att lärande- och examensmålen uppnås och för att utfärda examina är det Region Stockholm som ansvarar för lärandemiljön för det verksamhetsintegrerade lärandet (VIL) som ingår i hälso- och sjukvårdsutbildningarna. Detta förutsätter att planering och prioritering för utbildningarna går hand i hand. Den problembeskrivning som gjordes 2006 är enligt Karolinska Institutet dock fortfarande aktuell. Planeringen av vården och planeringen av utbildningen är inte tillräckligt samordnad. Samverkansorganisationen mellan Region Stockholm och Karolinska Institutet enligt det regionala ALF-avtalet är i realiteten bara delvis implementerad. Företrädare för Karolinska Institutet menar också att institutet inte har tillräckligt mandat vid olika planerings- och utvecklingsaktiviteter, vilket bedöms få stora konsekvenser för utbildning och forskning.

I dag saknas platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU). Det är bristande kvalitet i utnyttjande och utveckling av verksamhetsintegrerat lärande (VIL). Personalbristen inom sjukvården innebär brist på lärare och handledare vilket gör att många nyutexaminerade och personal från bemanningsföretag får handleda studenter. Det råder också brist på förenade tjänster som är viktiga för att säkerställa både utbildning och forskning. Företrädare för Karolinska Institutet menar att det saknas ett helhetsperspektiv i utvecklingen av hälso- och sjukvården. Genomgående saknas också konsekvensanalyser för hur förutsättningarna för utbildning och forskning påverkas av enskilda beslut och av förändringarna som helhet. Sammantaget innebär detta stor risk för att lärande- och examensmål inte kan uppnås och att man på utbildningar som Karolinska Institutet ansvarar för måste minska antalet utbildningsplatser eller till och med överväga att lägga ner program, vilket ytterligare försvårar kompetensförsörjningen av hälso- och sjukvården.

8.3 Beslutsprocessen för byggnationen av NKS

8.3.1 De tidiga utredningarna

Landstingsstyrelsen tillsatte i december 2001 en utredning med uppdrag att undersöka möjligheterna att bygga ett nytt universitetssjukhus. De två utredningar som följde, SNUS (LS 0201-0049) och 3S (LS 0409-1729), har beskrivits i tidigare avsnitt vad gäller övergripande inriktning och med fokus på hälso- och sjukvårdsstrukturen i Stockholm. I detta avsnitt är fokus på de alternativ som redovisats för byggnation och finansiering av nytt universitetssjukhus.

SNUS-utredningen

SNUS-utredningen föreslog som beskrivits tidigare att ett nytt sjukhus bör lokaliseras till KS-området i Solna eftersom det ger den nödvändiga närheten till Karolinska Institutet. Två alternativ redovisas, dels nybyggnation och viss användning av befintliga byggnader i sydvästra delen av KS-området vid Solnavägen, dels en kombination av ny- och ombyggnad inom ramen för befintlig byggnadsstruktur.

Alternativet Solnavägen

Alternativet vid Solnavägen innebar att ett nytt universitetssjukhus uppförs i sjukhusområdets sydvästra del intill Solnavägen och Norra Stationsområdet i en relativt kompakt struktur (upp till nio våningar mot Solnavägen). Thoraxkvarteret inordnas i det nya sjukhuset. I dessa block finns vårdavdelningar med mottagningar, diagnostik och behandling samt akut och central behandling/diagnostik (operation/röntgen m.m.).

All högspecialiserad vård liksom FoUU-verksamhet vid det nuvarande sjukhuset inordnas i det nya universitetssjukhuset. Sjukhusets vårdblock byggs ut bakom Norrbackabyggnaden. Norrbackabyggnaden integreras i det nya universitetssjukhuset för administration och forskning. Atrid Lindgrens Barnsjukhus används för barnsjukvård även fortsättningsvis men högspecialiserade delar som har medicinskt funktionellt samband med vuxenvård flyttas till universitetssjukhuset. Det gäller bland annat neonatalvård och intensivvård. Kvar inom Astrid Lindgrens Barnsjukhus finns bassjukvård för barn.

Alternativet befintligt bebyggelseområde

Detta alternativ innebar att det nya universitetssjukhuset utvecklas till del i befintlig bebyggelse i huvudblockets längdaxel, till del i nya vård-/mottagnings-/behandlingsblock längs denna axel. Exakt vilka byggnader som rivs och vilka som bevaras ansågs vara för tidigt att definiera.

Väster om det befintliga entrétorget föreslogs att ett nytt vårdblock skulle uppföras. Nytt akutcentrum placeras i H-kvarteret. Astrid Lindgrens Barnsjukhus inordnas i denna struktur. Onkologiverksamheten förutsätts flytta in i något av vårdblocken. All högspecialiserad vård liksom FoUU-verksamhet vid det nuvarande sjukhuset inordnas i det nya universitetssjukhuset.

Fördel alternativ Solnavägen

SNUS-utredningen jämför alternativen och uttrycker att det pekar på att alternativet Solnavägen ger bättre förutsättningar för kontakt med Karolinska Institutet och övriga staden samt en utbyggd kollek-

tivtrafik. Det bedöms också ge bättre förutsättningar för en god inre miljö, rationell logistik och säkerhet genom en större andel nybyggnation för själva sjukhuset. Båda alternativen bedöms ha goda förutsättningar för utbyggnad. Kostnaderna för alternativ Solnavägen bedömdes till 5,3 miljarder kronor och alternativ inom befintlig bebyggelse till 5,9 miljarder kronor. Till detta kommer investeringar i ny teknik.

Det betonades dock att utredningsarbetet måste föras längre för att definitivt kunna förorda något av alternativen.

Finansiering

SNUS-utredningen tittar på fyra olika alternativ gällande partnerskap och finansiering. Traditionell upplåning, värdepapperisering, finansiering genom samarbetsprojekt stat och landsting, samt PPP som vid tiden var den benämning av det som i dag kallas OPS.

Traditionell upplåning kan ske på olika sätt. Den enklaste formen är banklån. Vid större investeringar kan Europeiska investeringsbanken vara en part. En annan variant är så kallad syndikerad lånefacilitet, vilket innebär att en eller ett par banker är arrangörer av en kreditfacilitet där 15 till 20 banker deltar som långivare. Ytterligare en variant är att ge ut värdepapper, till exempel obligationer. SNUS-utredningen betonade att det var en fördel att landstinget hade god erfarenhet av de flesta av finansieringsformerna.

Värdepapperisering innebär att en organisation säljer en tillgång till ett Special Purpose Vehicle (SPV) som bildats av säljaren. Ett exempel på denna metod är finansieringen av Fysikcentrum vid KTH. Byggnaderna började byggas 1999 och togs i drift 2001. Staten tecknade i samband med detta ett 25-årigt hyresavtal där man tog ansvaret för alla betalningar som kan uppkomma oavsett orsak. Det vill säga staten tog på sig all risk. Hyresavtalet kan inte sägas upp i förtid. Staten tog också på sig ansvaret för fastigheten och det SPV som bildades för att äga fastigheten. Detta SPV kunde sedan med det statliga hyresavtalet som säkerhet emittera obligationer med 25-årig löptid. Även Göteborgs kommun har genom Förvaltnings AB Framtiden emitterat obligationslån i form av en värdepapperisering med parter i fastigheter som säkerhet. SNUS-utredningen identifierade följande fördelar med värdepapperisering:

- Att tillgångarna värderas på egna meriter.
- Tydlig uppdelning av risker.
- Att det möjliggör hög belåningsgrad.

Identifierade nackdelar är att metoden:

- Endast passar vissa tillgångar.
- Kräver långa kontrakt.
- Genererar omfattande transaktion och dokumentation även vid tillämpning av svensk rätt.

Finansiering genom samarbetsprojekt mellan stat och landsting har till exempel genomförts genom stiftelsen Clara. Landstinget bildade stiftelsen med syfte att stödja högre utbildning och forskning på Södertörn. Dess uppgift är i första hand att uppföra, äga, förvalta och hyra ut lokaler till Södertörns högskola. Ett samarbete mellan staten och landstinget krävdes för att få bra lånevillkor för stiftelsen. Detta innebar att landstinget ställde säkerhet för stiftelsens förpliktelser gentemot externa långivare och staten genom Södertörns Högskola tecknar ett hyresavtal med restvärdesgaranti på minst det belopp landstinget går i borgen för.

SNUS-utredningen redogör också för Public private partnership (PPP) och relaterar erfarenheter från Storbritannien. De erfarenheter från Storbritannien man redogör för är att ett antal lärdomar har omsatts i standardkontrakt; att genom att ett avtal ska ingås med extern part ökar pressen att göra betydelsefulla vägval vid rätt tillfälle; att för att uppdragsgivaren inte ska komma i underläge krävs vaksamhet och egen riskanalys i förhandlingen med en inte sällan erfaren motpart; det finns en uppfattning i Storbritannien att ju större och ju mer komplext ett projekt är desto större är den potentiella besparingen jämfört med ett traditionellt projekt; projekt tenderar att vara klara före utsatt datum och till avtalad funktionalitet; upphandlingsprocessen har sin egen logik och tenderar att optimera jämförbarhet mellan anbuden snarare än nytänkande i processen.

SNUS-utredningens bedömning var att modellen inte bör användas. Skälen är dels de högre kostnaderna, dels de risker som är förknippade med att vara pionjär i Sverige på PPP-området. Man menar att det vore mer rimligt att staten går i bräschen för att skapa regelverk

anpassade till svensk lagstiftning. Vidare menar man att ett antal vägprojekt då kan ligga nära till hands. Man framhåller också att så vitt man vet är det endast Skanska av de svenska byggföretagen som genom sin verksamhet i Storbritannien har erfarenhet av PPP. Detta kan påverka konkurrensfrågan och man menar att det kan vara så att det behöver finnas flera PPP-projekt för att flera anbudsgivare ska lägga de omfattande resurser som ett PPP-anbud kräver. Man menar också att ett traditionellt drivet projekt borde kunna ges samma förutsättningar som ett PPP-projekt att drivas utan störningar. Detta kräver rätt formulerade funktionskrav i ett tidigt skede. I PPP-projekt låses kraven tidigt och alla förändringar i funktionskraven kommer att prissättas vilket ger kontroll över avvägningen funktionalitet mot kostnad. Baksidan är den att behov som inte uppmärksammas tidigt leder till förändringskostnader. Fördelen är att kostnaden för förändringar blir synlig vilket ger incitament att identifiera behov tidigt.

PPP-projekt förväntas ha högre finansieringskostnader än en traditionell lånefinansiering. Erfarenheterna från Storbritannien visar att ett PPP-konsortium har högre lånekostnader och till detta ska avkastningen på eget kapital läggas.

Gällande riskfördelning uttrycks tveksamhet kring vilka risker som i praktiken kan transfereras till den privata parten. Går den privata parten i konkurs kan landstinget, som har lagstadgad skyldighet att bedriva vård i slutändan tvingas överta konstruktionen. Man menar att huruvida detta är att jämställa med en garanti är något som måste utredas.

SNUS-utredningens bedömning var som sagt att PPP inte bör användas. Dock menade man att man bör utvärdera om de mest tilltalande inslagen i PPP ändå skulle kunna utnyttjas.

Vad gäller slutlig bedömning av lämplig finansieringsform bedömde SNUS-utredningen att detta inte kunde göras utan att först veta vad som ska byggas och när det ska ske. Förslaget var ett fortsatt utredningsarbete med inriktning att bygga ett nytt sjukhus på KS-området.

3S-utredningen

Med utgångspunkt i SNUS-utredningens förslag uppdrog landstingsstyrelsen i mars 2003 att fortsätta utredningsarbetet med inriktning att nybyggnation av ett nytt universitetssjukhus ska ske på Karolinskas sjukhusområde med utgångspunkt i det av SNUS-utredningen föreslagna nya uppdraget för universitetssjukvården (LS 0201-0049). Det nya universitetssjukhuset ska från projektering till drift genomsyras av miljö- och hållbarhetsperspektivet.

Ny byggnad vid Solnavägen

Den fortsatta utredningen redovisades i september 2004 som 3S-utredningen, utredningen om ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms läns landsting samt förslag till uppförande av nytt universitetssjukhus.
3S-utredningen menade att utvecklingen av Karolinska Solna ställer följande krav på sjukhusbyggnaden:

- underlätta utvecklingen av ett nationellt och internationellt konkurrenskraftigt universitetssjukhus för sjukvård, forskning och undervisning genom bättre lokalsamband
- möjliggöra återkommande lokalanpassning till den medicinska och tekniska utvecklingens krav och behov genom generell och flexibel lokalanpassning
- logistiska lösningar som möjliggör separerade patient-, personal- och varuflöden
- värnande om patienters integritet
- stor omsorg om patientmiljön i mänsklig skala vid utformning av behandlings- och vårdplatser med möjlighet till dagsljus, utblickar, kontakt med omgivningen och konstnärlig utsmyckning
- attraktiv arbetsmiljö som stärker sjukhusets konkurrenskraft hos kvalificerade forskare och sjukvårdspersonal
- hög kostnadseffektivitet och god driftekonomi med stöd av modern infrastruktur

- hög miljöprofil för att kunna möta högt ställda krav på hållbar utveckling.

Tre alternativ utvärderades mot dessa krav:

1. Ny sjukhusbyggnad.
2. Partiell nybyggnation.
3. Successiv upprustning av befintliga lokaler (nollalternativet).

3S-utredningen menade att endast alternativet ny sjukhusbyggnad möter alla de uppställda kraven. Partiell ombyggnation möter delvis kraven medan en successiv ombyggnad inte bedömdes möta några av de uppställda kraven. Kostnad för byggnation exklusive utrustning bedömdes för ny byggnad till 8 till 8,5 miljarder kronor, partiell ombyggnation till 9,4 till 10 miljarder kronor och nollalternativet bedömdes till 9,9 till 12,9 miljarder kronor. De två första alternativen innebar dessutom att möjlighet till försäljning eller alternativ användning av befintliga byggnader inom sjukhusområdet vilka värderades till 1,9 miljarder respektive 1,4 miljarder kronor.

Det nya sjukhuset föreslogs bli mindre och mer profilerat än det befintliga Karolinska sjukhuset. Lokaliseringen föreslogs till Solnavägen så att stark samverkan kan uppnås mellan sjukvården och forskningen samt mellan sjukhusområdet och Karolinska Institutet på andra sidan Solnavägen.

Enligt 3S-utredningen måste den nya byggnaden kännetecknas av ett flexibelt lokalutnyttjande. Byggnadsstrukturen avses därför initialt inredas så att olika *funktioner* hålls samman i våningsplanen horisontellt medan *teman* (verksamhetsområden och specialiteter) flexibelt kan förändras i de vertikala planen.

Gällande de befintliga byggnader som i SNUS-utredningen föreslogs integreras i det nya sjukhuset innebär detta förslag att de inte behövs. I laboratoriekvarteren behövs inte alla befintliga resurser för det nya sjukhuset. De delar som förser länets övriga hälso- och sjukvård med laboratorieanalyser kan ur sjukhusets synvinkel vara kvar. Norrbackabyggnaden innehåller ingen planerad sjukvård i förslaget och man menar att byggnaden på sikt bör rivas för att få till stånd en bra stadsstruktur i det integrerade sjukhusområdet och Norra station. I en övergång framhålls att byggnaden kan användas för forskarbostäder eller patienthotell. Thoraxbyggnaden bedöms inte vara idea-

liska för varken vård eller forskning som kräver laboratorieresurser. Man menar även att byggnaden blockerar en rationell lösning för nybyggnaden och att rivning kan bli aktuell.

Förslaget kräver investeringar i övriga sjukhus och primärvården

3S-utredningen identifierade också att för att genomföra utredningens förslag krävs investeringar i övriga sjukhus. Man uppskattade att anpassningsåtgärder i Huddinge och Danderyd, eventuellt ytterligare ett plan vid pågående byggnadsinvestering i Danderyd samt förlossning, vård och neonatalavdelningar vid Södersjukhuset skulle kosta upp mot 250 miljoner kronor. Upprustning av operationssalar vid Södersjukhuset bedömdes nödvändiga oberoende av förslagen i 3S. Gällande närsjukvården bedömdes att förslaget medförde ökade lokalbehov i Stockholms kommun men ej i kranskommunerna. Detta bedömdes medföra utrustningsinvestering om 50 miljoner kronor samt ökade hyror om 20 till 30 miljoner årligen.

3S-utredningen föreslog vidare att Locum AB bör få uppdrag att i samråd med landstingsstyrelsens förvaltning inventera och sammanställa vilka investeringsbehov och andra insatser som krävs i närsjukvårdens lokaler.

Finansiering

I 3S-utredningen finns även ett kort avsnitt om finansiering av ett nytt universitetssjukhus. PPP beskrivs kortfattat. Det framhålls att en viktig skillnad mellan PPP och traditionell upphandling är fokus på användningen och inte på själva anläggningen. Vidare lyfter man fram att det finns två syften med PPP, dels att lösa finansieringsproblematik, dels att uppnå effektivitetsvinster. Det förstnämnda faller bort för landstingets del då investeringen inte anslagsfinansieras med direktavskrivning. Det sistnämnda menar man i 3S-utredningen fortfarande är intressant och lyfter fram att i Storbritannien pekar erfarenheter på kostnadsbesparingar i spannet 15 till 20 procent och att projekt genomförs i större utsträckning inom budget och tidsram. Det framhålls att det är möjligt att låta den privata aktören finansiera investeringen men för att den ska vara lönsam krävs att effektivitetsvinsten är högre än den privata aktörens lånekostnader.

Traditionell lånefinansiering lyfts fram som det främsta alternativet för att finansiera större investeringsobjekt. En fördel med detta är att både lag- och branschpraxis är mer välutvecklad då de svenska erfarenheterna av PPP är ytterst begränsad. Vidare menar 3S-utredningen att upphandlingsförfarandet torde bli enklare.

3S-utredningen tar även upp samfinansiering med Karolinska Institutet, KI. Det identifieras två alternativ för samarbete kring det nya universitetssjukhuset. Det första är att KI garanterat hyr en viss yta under en längre tid, det andra är ett mer långtgående samarbete där KI går in i projektet och dess finansiering.

Studiebesök

Under 2002 och 2003 genomförde man från Stockholms läns landsting ett antal studiebesök bland annat i Storbritannien. Man besökte tre sjukhus i PFI-projekt, dels ett i London under byggnation, ett barnsjukhus i Manchester och ett i Darby. I de intervjuer utredningen genomfört har det framgått att vid studiebesöken framkom att PFI betraktades som en finansieringslösning i Storbritannien, samt att man inte skulle välja PFI om det inte var nödvändigt. NHS (National Health Service) har två alternativ för att finansiera en investering, antingen ansökan om investeringsmedel från Treasury eller att ingå en PFI. På fråga om det finns något positivt med PFI ska man ha lyft att det krävs att man tillsammans med professionen kommer fram till hur byggnaden ska designas och sedan låser detta. Det innebär att det finns en överenskommelse med professionen om designen.

8.3.2 Formgivningstävling

I behandlingen av 3S-utredningen i landstingsfullmäktige i maj 2005 beslutades dels om förslag till ny hälso- och sjukvårdsstruktur i Stockholms län samt att uppföra ett nytt universitetssjukhus (LS 0409-1729), dels om att utlysa en formgivningstävling för utformning av det nya universitetssjukhuset (LS 0502-0309).

I slutet av 2005 arrangerade Locum AB på uppdrag av Stockholms läns landsting en arkitekt-/formgivningstävling om ett nytt universitetssjukhus med placering inom Karolinska sjukhusets och Karolinska Institutets område. I tävlingen deltog fem bidrag utformade av

team sammansatta av arkitekter och tekniska konsulter. En jury med representanter för Stockholms läns landsting, Karolinska Universitetssjukhuset, Karolinska Institutet, Stockholms Stad, Solna Stad, Locum AB, Akademiska Hus i Stockholm AB samt Sveriges Arkitekter utsåg i augusti 2006 enhälligt förslaget Forum Karolinska från White Arkitekter till vinnare.

Landstingsstyrelsen beslutade i september 2006 att Forum Karolinska ska ligga till grund för fortsatt utveckling av Nya Karolinska Solna. Samtidigt beslutades att White Arkitekter AB skulle upphandlas för att ta fram projektprogram för det nya sjukhuset (LS 0608-1486). Vid detta beslut reserverade sig ledamöterna från M, Fp och KD och framförde att man redan tidigare haft synpunkter på i vilken ordning besluten om det nya universitetssjukhuset tas. Man framför bland annat att sjukvårdsuppdraget måste klarläggas och att det är viktigt med förankring och dialog med personalen. Vidare efterlyser man beskrivning av behoven av ändamålsenliga lokaler för Astrid Lindgrens barnsjukhus samt frågar om det går att finna en lösning så att Thoraxhuset kan bestå.

8.3.3 Projektprogram och utredningar om entreprenadform

I besluten om 3S ingick även ett uppdrag åt landstingsstyrelsen att fortsätta utredningsarbetet avseende sjukvårdsstrukturen i de frågor som framgår av 3S.

NKS-kansliet arbetade tillsammans med White Arkitekter AB fram ett projektprogram för det nya sjukhuset (SLL, 2007). Ytterligare externt konsultstöd togs in för att ta fram underlag om finansiering och upphandlingsform.

8.3.4 Beslut att bygga ett nytt universitetssjukhus

Den 8 april 2008 beslutade landstingsfullmäktige att bygga ett nytt universitetssjukhus i Solna (LS 0710-1039). Den totala nybyggnadsvolymen beslutades vara 335 000 kvadratmeter och den övre ramen för nybyggnadsinvesteringen 14,1 miljarder kronor. Vidare beslutades att uppdra åt landstingsstyrelsen att ytterligare bereda frågan om finansiering och upphandlingsform för det nya sjukhuset så att förslag till beslut kan föreläggas landstingsfullmäktige den 10 juni 2008.

Projektprogram

Projektprogrammet Nya Karolinska Solna som tagits fram vid NKS-kansliet var ett av underlagen för beslutet. Det beskrivs att i arbetet hade ett hundratal konsulter och mer än 300 medarbetare från vården deltagit. I styrgruppen fanns företrädare för landstingsstyrelsens förvaltning, Locum AB, hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Karolinska Universitetssjukhuset samt Karolinska Institutet. Med projektprogrammet som underlag beräknades investeringskostnaden för det nya sjukhuset till 14,1 miljarder kronor.

Val av entreprenadform och finansiering

Gällande val av entreprenadform och finansiering framhålls i beslutsunderlagen att slutsatser i de tidigare utredningarna varit att inte välja OPS-lösning. Nu har man gjort en förnyad analys som genomförts av externa konsulter där ett nollalternativ ställs mot OPS. Landstingsstyrelsens förslag till beslut i fullmäktige var dock att landstingsstyrelsen får uppdrag att fortsatt utreda frågan så att beslut kan fattas i landstingsfullmäktige 10 juni 2008.
I beslutsunderlaget beskrivs nollalternativet kortfattat och benämns samverkansentreprenad med partnering.

- SLL är byggherre och svarar tillsammans med vald samarbetspartner för hela processen från planering till drift.
- Rekommenderad entreprenadform för projektering och byggnation är löpande räkning med riktpris och incitament (så kallad partnering).
- Entreprenaden föreslås uppdelad i 5 delar.
- Entreprenaden föreslås omfatta ett förlängt ansvar vad avser drift av byggnaden under 5–10 år.

Nollalternativet ställs mot en OPS-lösning. Konsulterna menade att det principiellt vore möjligt att genomföra en OPS för hela NKS men att det är olämpligt. Den stora komplexiteten skulle medföra en alltför hög riskpremie och begränsa antalet anbudsgivare. Förslaget var att en OPS-lösning begränsas till fastighetsinvestering, fastighetsförvaltning och allmänna FM-tjänster (facility management) till

exempel säkerhet, bevakning och städning. Verksamhetsspecifika FM-tjänster, verksamhetsnära tjänster och kliniska tjänster föreslås utföras av landstinget i egen regi.

I jämförelse av OPS med nollalternativet beräknas vad som krävs för att kompensera för de högre finansieringskostnader som OPS medför. För att de båda alternativen ska ge samma totalkostnad krävs att OPS leder till en minskad investering om 1 till 1,7 miljarder kronor, eller att nollalternativet försenas 1 till 1,5 år, eller att OPS medför att ytan kan minska med 30 000 till 50 0000 kvadratmeter.

Bedömningen är att OPS förväntas leda till lägre investeringsnivå på grund av ökad konkurrens jämfört med nollalternativet. En genomförd marknadssondering menar man visar att intresset internationellt är stort. Man menar också att offentligt drivna infrastrukturprojekt regelmässigt blir dyrare och försenade i jämförelse med privat drivna projekt. Gällande mindre yta framhåller man att under arbetet med projektprogrammet har arean ökat med 35 procent jämfört med uppdragsramarna från december 2006. Dessa ytor beskrivs som ej uthyrningsbar yta i form av kulvertar, schakt och kommunikationsareor. En OPS-lösning beskrivs kunna medföra lösningar som kan minska dels totalytan, dels andelen ej uthyrbar yta.

Konsulternas bedömning var att förutsättningarna är goda att en OPS-lösning för fastighetsförvaltning och allmän FM är fördelaktigare för landstinget än en traditionell upphandling (nollalternativet). De skäl som framhålls är att OPS sannolikt leder till en bättre konkurrenssituation till följd av större internationellt intresse. Riskerna för kostnadsökningar flyttas från landstinget till den privata parten. OPS leder till förbättrade möjligheter till innovativa lösningar för att åstadkomma långsiktigt optimerade drift- och underhållskostnader (livscykelperspektiv). Finansieringskostnaden är högre för en OPS-lösning än landstingets egen finansieringskostnad, å andra sidan är risken för förseningar och fördyringar beaktade i finansieringskostnaden för OPS.

8.3.5 Finansiering och val av upphandlingsform

I juni 2008 beslutade landstingsfullmäktige att genomföra vad som benämns som en OPS-upphandling.[7] En förutsättning för att genomföra upphandlingen var enligt beslutet att förväntad konkurrens uppnås. Avtalet mellan landstinget och OPS-konsortiet skulle också innehålla en klausul om möjlighet till tidigarelagd överföring av anläggningen i landstingets ägo. Landstingsstyrelsen skulle ansvara för upphandlingen och återkomma till fullmäktige för beslut i samband med kontraktstecknande.

I underlaget (LS 0804-0429) för beslut i fullmäktige förordar landstingsstyrelsen en OPS-upphandling. Noterbart är att i tjänsteutlåtandet (2008-04-14) i underlaget för landstingsstyrelsens beslut tog inte förvaltningen ställning. Man skriver *sammantaget anser förvaltningen att för- och nackdelar med de båda alternativen (samverkansentreprenad och OPS-upphandling) väger så jämt att det inte går att på rent objektiva grunder entydigt förorda det ena för det andra, trots att mycket omfattande utredningar genomförts.*

Två huvudalternativ har varit OPS och samverkansentreprenad. OPS förordas av landstingsstyrelsen eftersom den anses vara internationellt mer prövad, att den ger högre finansiell förutsägbarhet och minskar riskerna för fördyringar och förseningar. Detta uppnås främst genom en bättre projektstyrning där en privat aktör förväntas ha erfarenheter av stora och komplicerade projekt. En annan viktig aspekt är att OPS är optimering av riskfördelning där den privata parten står för den finansiella och operativa risken medan den offentliga aktören sår för planeringsrisken. Det framhålls att den långa kontraktstiden medför ett optimalt livscykeltänkande som stimulerar till tekniska innovationer.

I beredningen av finansieringsfrågan inför beslutet tog man ytterligare externt konsultstöd för att göra en analys och komma med vad som beskrivits som en second opinion på det tidigare konsultunderlaget. I den andra konsultrapporten jämförs tre alternativ:

[7] I den fortsatta texten används därför begreppet OPS-upphandling och avser den upphandling som förväntades leda fram till ett OPS-kontrakt. I underlagen för beslut används både begreppen OPS-upphandling och funktionsupphandling.

0. public sector comparator
1. teoretisk OPS-modell
2. teoretisk OPS-modell med Stockholms läns landsting som finansiär.

Såväl kvalitativa som kvantitativa analyser genomförs. I den kvalitativa analysen framhålls att NKS är ett stort och komplext projekt och att landstinget saknar erfarenhet av liknande projekt. Det som förväntas uppnås med OPS är:

- ökad produktionseffektivitet och tidshållning i projektets konstruktionsfas såväl som i driftskedet och med tjänsteleveranser av god kvalitet
- ökad innovationskraft tack vare livcykeltänkandet
- en ökad kontroll över betalningsflödena, i betydelsen att alla kostnader är kända i förväg (landstinget är försäkrad mot förseningar och fördyringar).

En förutsättning för att uppnå dessa effekter är enligt rapporten en optimal riskfördelning. Grundidén är att NKS och Special Purpose Vehicle (SPV) vardera ska bära de risker som man bäst är lämpad att hantera. Ett privat konsortium i form av ett SPV anses ha bättre möjligheter att själva eller via sina underleverantörer bära såväl ansvar som risker förknippade med operativa och finansiella åtaganden avseende anläggningen och tillhörande servicetjänster än vad Stockholms läns landsting har. Landstinget ska däremot driva kärnverksamheten i anläggningen, vilket främst innebär ansvar för sjukvård och dessutom säkerställa målformulering och sättande av funktionskrav.

Utmaningar utöver risk- och ansvarsfördelning:

- Formulering av funktionskrav.
- Hur skrivs avtal och vad innebär avtalstiden?
- Klarar kreditmarknaden att tillhandahålla en finansieringslösning som är rimlig sett till riskfördelning och kostnad?

Den kvantitativa analysen innebär att de tre alternativen nuvärdesberäknas. Liksom i den föregående konsultrapporten visar beräk-

ningen att nollalternativet har en lägre kostnad än OPS-alternativen. Alternativ 2, OPS med finansiering från landstinget, har lägre kostnad än en OPS med privat upplåning. Detta alternativ bedöms dock vara förenat med stora risker då landstinget bär hela kreditrisken själv. Andra problem detta skulle medföra enligt rapporten är att man förlorar den nytta som skapas av att en tredjepartsfinansiär (bank) går in och tillsammans bevakar projektet; att landstinget skulle sakna incitament att vara kraftfull vid styrning och uppföljning av funktionskrav samt att landstinget skulle riskera att bli gisslan där en privat aktör kan utnyttja det faktum att landstinget sitter på två stolar.

Konsulterna rekommenderar att en OPS-lösning väljs i stället för en samverkansentreprenadlösning då man menar att de analyser som genomförts visar att en OPS-lösning för NKS ger värde för pengarna. Deras uppfattning är att ett privat konsortium i form av ett SPV har bättre möjlighet att själva eller via sina underleverantörer bära såväl ansvar som risker förknippade med operativa och finansiella åtaganden än vad landstinget har. Rekommendationen är därför att en OPS-lösning med 100 procent privat finansiering ska väljas i första hand. Detta för att uppnå en tillräcklig produktionseffektivitet och styrning i konstruktions- och driftsskede. Landstinget bör dock enligt rekommendationen ha en beredskap att gå in med delfinansiering om den privata aktören har svårt att hitta en finansiering som ger tillräckligt låga totalkostnader.

8.3.6 Upphandling – en anbudsgivare

FoUU-utskottet tar nu fram tidplan för upphandlingen, detaljerar innehåll i tekniska tjänster och i servicetjänster i OPS-upphandlingen. NKS-förvaltningen, direkt underställd FoUU-utskottet, inrättas 2008 med ansvar för OPS-upphandlingen. Inför upphandlingen etableras samarbete med Karolinska Universitetssjukhuset, Karolinska Institutet och Locum AB. I arbetet med att ta fram förfrågningsunderlaget beskrivs att ungefär 400 personer i ett femtontal funktionsarbetsgrupper deltagit (Landstingsrevisorerna 2010).

Förfrågningsunderlaget (SLL 2009) var mycket omfattande. Totalt 1 500 sidor innehållande anbudsinbjudan, kravspecifikation avseende verksamheten, avseende teknik och utformning och avseende tjänster, samt ett projektavtal. Av underlaget framgår att den totala

areans övre ram är 335 000 kvadratmeter och att antalet vårdplatser skall vara minst 702 fördelade enligt:

- 72 intensivvårdsplatser (IVA/NEO)
- 5 ECMO-vårdplatser
- 50 intermediärvårdplatser
- 400 slutenvårdsplatser
- 100 dagvårdsplatser
- 75 övervakningsplatser.

Utöver vårdplatserna specificerades att följande rum var av dimensionerande betydelse:

- 35 operationssalar
- 200 mottagningsrum
- 53 rum för bild- och funktion
- 12 rum för strålning.

I upphandlingen ingår även forskningslaboratorier om cirka 40 000 kvadratmeter och 15 000 kvadratmeter kliniska laboratorier.

I oktober 2008 genomfördes ett informationsmöte på Arlanda Conference Centre om OPS-upphandling (LS 0807-0705). Det beskrivs att ungefär 250 personer från omkring 100 organisationer från en rad europeiska länder deltog.[8] Vid mötet inleddes prekvalificeringsfasen för upphandling. Totalt begärde 47 personer från ”ett stort antal företag” ut ansökningshandlingar. Den 15 december 2008 var sista dagen för anbud. Endast en ansökan om prekvalificering hade då inkommit. I detta läge rekommenderade NKS-förvaltningen FoUU-utskottet att gå vidare med OPS-upphandlingen. I tjänsteutlåtandet (LS 0901-0053) anförde NKS-förvaltningen följande: ”Mot beaktande av den rådande finansiella situationen i samhället, storleken på byggnationen, det begränsade antalet stora byggbolag och andra omständigheter, kan en anbudssökande anses var i linje med förväntningarna. Förvaltningen vill påpeka att en anbudsgivare är förenligt med de krav LOU ställer på upphandlingen.” FoUU-utskottet beslutade

[8] Se tjänsteutlåtande Del B 2010-04-08, (LS 1003-0255).

3 februari 2009 att gå vidare med OPS-upphandlingen. Oppositionen (S och V) yrkade på avslag.

8.3.7 Tilldelningsbeslut OPS-upphandling i fullmäktige

I maj 2010 behandlade landstingsfullmäktige OPS-upphandlingen (LS 1003-0255). Det beslutades att genomförandet av OPS-upphandlingen har inneburit att kravet på förväntad konkurrens som förutsetts tidigare uppnåtts och Skanska Infrastructure Development AB/Innisfree Limited tilldelades kontrakt för OPS-uppdraget att konstruera, bygga, driva, underhålla och finansiera NKS. Stockholms läns landsting ska enligt beslutet vara ägare till såväl fastigheter som anläggningar under hela avtalsperioden.

Gällande Thoraxbyggnaden som enligt tidigare beslut skulle rivas för att ge plats åt nya byggnader beslutades nu att denna skulle bevaras och ansluts till den nya sjukhusbyggnaden. Det beslutades också att uppförandet av ett patienthotell ingick i OPS-uppdraget.

Den betalningsmodell som ingick i beslutsunderlaget innebar att landstinget skulle betala vederlag till projektbolaget först när en byggnad är slutbesiktigad och godkänd, det vill säga när landstinget kan börja använda bygganden eller byggnadsdelen. Besluten föregicks av lång debatt om vad avtalet i ekonomiska termer egentligen stod för och vad slutnotan skulle bli.

Efter fullmäktiges tilldelningsbeslut i maj 2010 ingicks en gemensam politisk överenskommelse gällande NKS vilket resulterade i en ändring och komplettering av beslutet från maj. Detta behandlades i fullmäktige i juni 2010. Av beslutsunderlagen framgår att man fått in ett nytt anbud där det föreslås att engångsbetalningar vid färdigställande av viss fas minskas till totalt 1,4 miljarder kronor samt att resultatbaserade betalningar ska erläggas under byggfasen om totalt 7,3 miljarder kronor. Fullmäktige beslutade i enlighet med underlaget vilket innebar att landstinget därmed åtog sig att öka betalningarna under byggfasen vilket skulle finansieras genom koncernfinansiering. Detta resulterade i att landstingets nominella betalning till projektbolaget minskade med 7,1 miljarder kronor. Det framhölls i beslutsunderlaget att den nya betalningsmodellen innebar att riskfördelningen mellan landstinget och projektbolaget förändras genom att landstinget bär viss risk avseende byggnationen av anläggningen.

När projektavtalet undertecknades i juni 2010 slöts en överenskommelse om ett generellt besparingskrav på sammanlagt 1 250 miljoner kronor, som skulle inarbetas i bygghandlingarna under 2011. Detta arbete fördröjdes dock och det var först i mars 2013 som fullmäktige beslutade om tilläggsavtal 16 där besparingarna behandlas. Se även avsnittet om tilläggsavtal i detta betänkande.

8.3.8 Projektavtalet

I november 2010 fick landstingsfullmäktige information om undertecknande av projektavtal inklusive finansiellt avslut av OPS-upphandlingen av Nya Karolinska Solna (LS 1008-0623). Det konstateras att fullmäktige i april 2008 fattade beslut om en övre ram för nybyggnadsvolym för det nya universitetssjukhuset till 335 000 kvadratmeter. Efter vad som beskrivs som vidareutveckling av det inkomna anbudet redovisas att sjukhusets area uppgår till 320 000 kvadratmeter och innehåller bland annat:

- 402 slutenvårdsrum (vuxen, barn och förlossning)
- 87 intensivvårdsplatser varav 18 neonatal och 15 barn
- 100 dagvårdsplatser
- 180 mottagningsrum (mottagning, enodskopi, mvc, neurofys, klin. fys)
- 50 intermediärvårdplatser (vuxen och barn)
- 75 pre/post op platser och
- 36 operationssalar varav 1 sal för kejsarsnitt.

Projektbolaget ansvarar för finansiering och genomförande av projektet. Under byggtiden kommer landstinget att betala totalt 9 868 miljoner kronor i form av resultatbaserade betalningar, engångsbetalningar och årliga vederlag. Se tabell 8.1 nedan. Under avtalstiden betalar landstinget ett årligt vederlag till projektbolaget. Vederlaget kommer i 2010 års penningvärde att uppgå till 1 552 miljoner kronor per år vilket är 108 miljoner kronor lägre än den ram som landstingsfullmäktige beslutade om i juni 2010. Landstingets totala betalningar

under den 30-åriga avtalstiden uppgår till totalt cirka 52 miljarder kronor.

Tabell 8.1 Landstingets betalningar under avtalstiden till projektbolaget
(tusentals kronor)

År	Vederlag	Resultatbaserad betalning	Engångs-betalning	Summa
2010		594 000		594 000
2011		1 072 045		1 072 045
2012	1 964	1 073 256		1 075 220
2013	52 564	1 026 920	500 000	1 579 484
2014	69 944	1 177 613	342 861	1 590 418
2015	81 199	1 026 097		1 107 296
2016	252 472	921 597	525 119	1 699 188
2017	721 141	428 972		1 150 113
2018	1 673 026			1 673 026
2019	1 690 035			1 690 035
2020	1 707 385			1 707 385
2021	1 725 081			1 725 081
2022	1 743 131			1 743 131
2023	1 761 543			1 761 543
2024	1 780 323			1 780 323
2025	1 799 478			1 799 478
2026	1 819 016			1 819 016
2027	1 838 945			1 838 945
2028	1 859 273			1 859 273
2029	1 880 007			1 880 007
2030	1 901 156			1 901 156
2031	1 922 728			1 922 728
2032	1 944 731			1 944 731
2033	1 967 175			1 967 175
2034	1 990 067			1 990 067
2035	2 013 417			2 013 417
2036	2 037 234			2 037 234
2037	2 061 528			2 061 528
2038	2 086 307			2 086 307
2039	2 111 582			2 111 582
2040	1 056 686			1 056 686
	43 549 138	**7 320 500**	**1 367 980**	**52 237 618**

Källa: LS 1008-0623.

8.3.9 OPS-avtalet – den finansiella modellen

NKS finansiering

Utredningen har fått tillgång till den finansiella modell (bilaga 16 till projektavtalet) som är central i affärsuppgörelsen mellan Stockholms läns landsting och Swedish Hospital Partners AB (SHP) och dess två bakomliggande ägare Skanska och Innisfree.[9] Den finansiella modellen består av ett Excel-dokument med ett försättsblad med rubriken ”New Karolinska Solna – PPP Project, Financial Close Model 30 June 2010” och 31 flikar med ett omfattande siffermaterial. Grundstrukturen i flertalet av dessa flikar är en mängd finansiella poster och nyckeltal i 62 kolumner; halvårsvis från första halvåret 2010 till andra halvåret 2040, det vill säga hela den tid som avtalet med landstinget gäller. I avsaknad av länkar mellan de tusentals celler som finns i modellens 31 flikar, så är det ett betydande arbete att sätta sig in i den komplicerade struktur som följer av affärsuppgörelsen.

För att bilda sig en uppfattning om för- och nackdelarna med en OPS-lösning, och i vad mån den valda finansieringsmodellen har varit kostnadseffektiv ur skattebetalares och andras synvinkel, har utredningen sett det som nödvändigt att försöka fastställa de egentliga avkastningsnivåerna för olika aktörer i NKS-projektet. Ambitionen har varit att försöka fastställa långivarnas räntenivåer och aktieägarnas avkastning, både i det som var själva underlaget vid avtalets underskrift i juni 2010 och vad som därefter blivit utfallet. Och hur ställer sig detta i relation till andra möjliga finansieringslösningar som hade varit möjliga när affärsuppgörelsen gjordes?

Huvudsakliga delfrågor som varit vägledande i detta arbete är:

- Hur ser SHP:s lånestruktur ut över tid?
- Vad beräknas ränta och finansiella kostnader uppgå till i den finansiella modellen vid ”financial close” (det vill säga i juni 2010)?
  - Under hela perioden fram till 2040.
  - Under byggfasen 2010–2017.
  - Under den operativa fasen 2018–2040.

[9] Swedish Hospital Partners AB, org. nr 556741-8742, är ett helägt dotterbolag till Swedish Hospital Partners Holding AB, org. nr 556802-5760, vilket ägs av Skanska NKS Invest AB och två fonder, strukturerade som engelska limited partnerships, vilka förvaltas av Innisfree Limited, Innisfree PFI Secondary Fund och Innesfree PFI Secondary Fund 2 LP.

- Vad blev utfallet under byggfasen?
- Vad kan förväntas av den operativa fasen?

För att få en bild av SHP:s ekonomiska utfall under byggfasen av NKS har bolagets årsredovisningar för åren 2010 till och med 2017 stämts av mot den finansiella modellen, ihop med annan ekonomisk information så som Skanskas och 3:e AP-fondens årsredovisningar under motsvarande år. Byggkoncernen Skanska AB började 2013 redovisa vissa finansiella nyckeltal för några av de större byggprojekt som bolaget har i sin projektportfölj, däribland NKS, och 3:e AP-fonden har investerat i Innisfrees infrastrukturfonder och får som andelsägare återkoppling om hur fonden utvecklas.

Det ska ha rått full transparens mellan säljare och köpare om vad den finansiella modellen stipulerar, men som beskrivits ovan, så är den både omfattande och förhållandevis komplicerad. Stockholms läns landsting har anlitat externt konsultstöd som rådgivare, bland annat i frågor som rör den finansiella modellen. I flera avseenden utgör den en prognos för framtiden, exempelvis vid vilka tidpunkter som olika milstolpebetalningar kommer att falla ut och vilka skatter bolaget kommer att betala vid ett visst ekonomiskt utfall. Men framför allt så utgör modellen den detaljerade betalningsflödesplan som följer av själva affärsuppgörelsen. Varje månadsfaktura följer av modellen och de involverade bankerna vet i förväg när varje nytt låneavrop och när varje räntebetalning och amortering kommer att göras. Av det följer också att det generellt är små avvikelser mellan modellen och det faktiska utfallet som redovisas i SHP:s efterkommande årsredovisningar när det gäller bolagets resultat- och balansräkningar. Årsomsättning och resultat följer med små avvikelser de siffror som anges i modellens resultaträkningar och upplåningen från banker och ägare stämmer väl med modellens balansräkningar. Som redovisas nedan, så skiljer det sig dock vad gäller kassaflödet.

I den finansiella modellen finns en sammanställning som summerar den förväntade sammantagna vinsten före skatt (”profit before tax”) i bolaget SHP under avtalsperioden till närmare 5,5 miljarder kronor. Sett i relation till verksamhetens omfattning (årsomsättning som vissa år överstiger 2 miljarder kronor och en balansräkning som vid byggfasens slut överstiger 10 miljarder kronor) och att det rör sig om en avtalstid på cirka 30 år, så framstår inte siffran som iögon-

fallande – vinstprognosen summerar i genomsnitt till cirka 180 miljoner kronor per år.

Det som kanske är mer iögonfallande är hur denna förväntade vinst på 5,5 miljarder kronor över 30 år är tänkt att genereras: 18,4 procent bedöms komma från de marginaler man lagt in i modellen för byggkostnader, service, underhåll och planerade renoveringar samt bolagets overhead-kostnader. Resterande 81,6 procent utgörs av den vinst som förväntas genereras av de finansiella tillgångarna (”financial asset profit percentage”).

Finansiell uppföljning av SHP AB under byggfasen

Resultaträkningar 2010–2017

Vid en uppföljning av resultatutvecklingen i SHP AB under åren 2010 till 2017, det vill säga själva byggfasen av NKS, konstateras att bolagets intäkter och kostnader är marginellt lägre än vad som stipuleras i den finansiella modellen daterad 30 juni 2010. De sammanlagda intäkterna (”Total revenue”) under de åtta åren uppgår till 16 499 miljoner kronor, vilket är 1,7 procent lägre än vad modellen förutspår (16 781 miljoner kronor). De sammanlagda kostnaderna under motsvarande åttaårsperiod hamnar ännu närmare med endast 0,9 procents differens (16 276 mot 16 428 miljoner kronor). Ifall den finansiella modellen från 2010 främst skulle ha utgjort en prognos för den framtida ekonomiska utvecklingen i bolaget hade en sådan överensstämmelse varit osannolik. Men i och med att modellen i stället främst ska ses som en betalningsflödesplan, så blir det precisa utfallet mer förklarligt. Avvikelsen i sammanlagd fakturering, 282 miljoner kronor eller 1,7 procent lägre, beror på att SHP haft marginellt lägre kostnader än vad som stipuleras i modellen. I modellen finns ett antagande om att inflationen kommer att uppgå till 2 procent per år och den 1 april varje år görs en justering av vederlagen, vars storlek bland annat beror på hur den faktiska inflationen under senaste året utfallit.

På motsvarande sätt följer att övriga poster i resultaträkningarna under åren 2010 till och med 2017 stämmer väl överens mellan den finansiella modellen och det som går att utläsa ur SHP AB:s årsredovisningar.

En jämförelse mellan SHP AB:s resultaträkningar och det som sedan 2013 går att utläsa ur Skanska AB:s årsredovisningar visar att

Skanska rapporterar 6 procent högre intäkter och kostnader över åren än vad SHP gör. Den enkla förklaringen till detta är att Skanskas redovisning konsekvent har ett kvartals förskjutning i förhållande till SHP och i takt med att faktureringsbeloppen blivit allt större under byggandet av NKS, så har det lett till denna redovisningsskillnad. En annan betydande skillnad är att Skanska redovisar betydligt högre finansnetto och vinstnivåer längre ned i resultaträkningarna, men om man justerar för de aktieägarlån som Skanska lämnat till SHP och de räntebetalningar som följer av detta, så raderas dessa skillnader ut.

Balansräkningar 2010–2017

Även balansräkningarna stämmer väl överens mellan den finansiella modellen och rapporterat utfall. Låneutvecklingen, både vad gäller seniora lån och aktieägarlån, följer det som stipuleras i modellen. Upplåningen från banker och aktieägare sker i den takt som planerats. Balansomslutningen som helhet följer plan, men är något större än prognostiserat vid utgången av 2017 på grund av en förhållandevis stor kassa (närmare 870 miljoner mot en prognos på 500 miljoner kronor). I Skanskas årsredovisning för 2017 redovisas en väsentligen samstämmig balansomslutning (tillgångar respektive lån och eget kapital summerar till närmare 11,3 miljarder kronor), men fördelningen mellan lån och eget kapital skiljer i och med att Skanska väljer att definiera sin del av aktieägarlånen till SHP som eget kapital.

Kassaflödesanalyser 2010–2017

Till skillnad från resultat- och balansräkningar, så avviker det faktiska utfallet i SHP AB:s betalningsströmmar (”cash flow”) i betydande omfattning från vad som står angivet i den finansiella modellen. Gjorda in- och utbetalningar är cirka 2,2 miljarder kronor större än vad som förväntades vid affärsuppgörelsen 2010. Förklaringen till detta är de närmare 150 tilläggsavtal som gjorts mellan parterna under byggperioden avseende till exempel en påbyggnad av behandlingsbyggnaden med 80 vårdplatser, ett tillagningskök har tillkommit och hotellbyggnaden har lyfts ut från OPS-avtalet. Den ökade kostnaden för dessa tillägg och ändringar till det ursprungliga avtalet har till 100 procent

fakturerats Region Stockholm utan påslag, vilket innebär att SHP AB:s kassaflöde från den löpande verksamheten fortfarande legat i nivå med prognos. Inte heller har kassaflödet från finansieringsverksamheten påverkats – lån, räntor och andra avgifter har följt den ursprungliga planen. Med andra ord så har Region Stockholm helt stått för dessa kostnadsökningar på löpande räkning. Tilläggsavtalen har i vissa fall haft en inverkan på framtida betalningar i och med de justeringar av vederlagen som gjorts varje år med anledning av ändrade förutsättningar (ändringar i beställda tjänster och livscykelarbeten) och faktisk inflation.

Även om SHP AB:s kassaflöde på nedersta raden (”Net cash flow before dividends”) i stort har utvecklats enligt plan under byggfasen av NKS, så hade ändå en större nettokassa än förväntat byggts upp i bolaget vid utgången av 2017, vilket föranledde bolagsstyrelsen att föreslå en aktieutdelning på 330 miljoner kronor. I den finansiella modellen prognostiseras inte någon uppbyggnad av utdelningsbara medel förrän ett år senare, vilket kan tolkas som att bolagets ekonomiska utveckling varit bättre än vad som ursprungligen prognostiserats.

Avkastning på lån och aktiekapital

En av grundidéerna med OPS är överföringen av risk från det offentliga till den privata tjänsteleverantören, i form av ett SPV (”Special Purpose Vehicle” – i NKS-fallet bolaget SHP AB) och att detta sker till en kostnad för det offentliga. Argumenteringen kring huruvida denna fördyring av infrastrukturprojekt som genomförts med en OPS-lösning har varit kostnadseffektiv ur skattebetalares och andras synvinkel, har växlat över tid.

För att närma sig frågan om kostnadseffektivitet krävs att man först kan fastställa nivån på den fördyring som valet av en OPS-lösning leder till. Därav följer att utredningen har försökt fastställa de egentliga avkastningsnivåerna för olika aktörer i NKS-projektet. Vad är långivarnas verkliga räntenivåer och aktieägarnas avkastning, både i den finansiella modellen från 2010 och vad som därefter blivit utfallet? Och hur ställer sig detta i relation till andra möjliga finansieringslösningar som hade varit möjliga när affärsuppgörelsen gjordes?

Redan i oktober 2010 gjordes en extern ansats för att utröna vilken fördyring som OPS-lösningen medförde vid byggandet och drif-

ten av NKS. Beräkningen gjordes av Lars M Andersson vid Mårten Andersson Productions AB.

Beräkningen anger att finansieringen av SHP uppgår till 1,5 miljarder kronor i eget kapital (budgeterad avkastning 11,66 procent) samt 8,4 miljarder kronor i lån (via ränteswapar omvandlat till fast ränta på 6,26 procent som senare under den 30-åriga avtalsperioden ökar till 7,11 procent). Till detta ska läggas en ”up-front-fee” som betalas när lånefaciliteten genom avtal blev tillgänglig och den kan beräknas till cirka 210 miljoner kronor. ”Ett vägt genomsnitt av provisioner, räntekostnader och budgeterad avkastning slutar på omkring 7,17 procent i början av avtalsperioden och omkring 7,90 procent under avtalets slutskede.”

Enligt rapporten så finns det starka incitament för både SHP AB och Stockholms läns landsting att lägga om lånen till en lägre ränta när byggnationen är färdig. ”Landstinget kan enligt avtalet själva begära att lånen läggs om (refinansiering). Landstinget får då 90 procent av den vinst som uppstår och då i form av ett minskat årligt vederlag.”

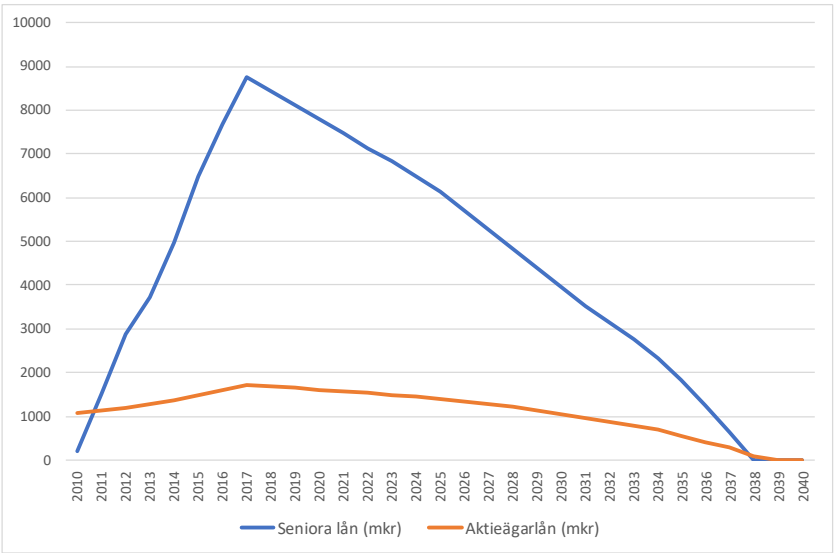
Av detta följer också att 10 procent av den vinst som uppstår vid en refinansiering tillfaller SHP AB. Det är oklart för utredningen vilka underlag som författaren hade full tillgång till vid sammanställningen av rapporten och de beräkningar som redogörs för. En jämförelse ger vid handen att Kommuninvest i juni 2010 hade kunnat låna ut nödvändigt kapital till en fast ränta över 30 år på 4,15 procent, vilket ”innebär en initial ränteskillnad på 3,03 procent, vilket under avtalets löptid kommer att öka till 3,75 procent” och att ”enbart under första året skulle landstinget och skattebetalarna kunna ha sparat 300 miljoner kronor om kapitalbehovet hade lösts via lån hos Kommuninvest. Motsvarande siffra för de första 10 åren blir då följaktligen 3 miljarder kronor.”

Rapportförfattaren summerar det budgeterade finansieringsbehovet för att bygga NKS till 9,9 miljarder kronor (1,5 miljarder eget kapital samt 8,4 miljarder kronor i lån). I de underlag som utredningen fått tillgång till så uppgick den planerade finansieringen i avtalsmodellen till hela 11,1 miljarder kronor och att balansomslutningen skulle nå maximum vid utgången av 2017, när bygget var färdigställt och man gick in i drift av sjukhuset. Den budgeterade balansräkningen vid utgången av 2017 bestod av 823 miljoner kronor i eget kapital (varav 1 miljon utgjordes av aktiekapital och resterande 822 miljoner

av upparbetade vinster) samt 10,2 miljarder kronor i nettolån (8,5 miljarder i banklån/”seniora lån” och 1,7 miljarder i aktieägarlån). Som beskrivits tidigare så blev utfallet vid utgången av 2017 att SHP AB:s balansomslutning som helhet hade följt plan, men med en kassa som var närmare 370 miljoner kronor större än prognostiserat.

Under den operativa fasen med sjukhuset i drift (2018–2040) kommer sedan SHP AB:s balansomslutning successivt att krympa i takt med att de vederlag som Region Stockholm löpande betalar in till bolaget kan användas till bland annat låneamorteringar och aktieutdelningar till ägarna.

Figur 8.2 SHP:s låneutveckling under kontraktstiden



Källa: NKS finansiell modell.

För att få en rättvisande bild av SHP AB:s finansiella kostnader för bank- och aktieägarlån (räntor och andra avgifter) och ägarnas egna kapital (avkastning i form av aktieutdelningar) behöver man ta hänsyn till hur kapitalstrukturen utvecklas över tid. Det går med andra ord inte att endast räkna utifrån hur bolagets balansräkning ser ut ”på toppen”, när lånen är som störst. Med en avtalstid på 30 år får man antingen kartlägga alla betalningsflöden år från år, eller använda sig av en schablon där man försöker fastställa den genomsnittliga kapitalstrukturen över åren. I och med att den finansiella modellen är för-

hållandevis komplicerad och under byggfasen innehåller både förskottsbetalningar samt räntekostnader som ibland betalas och ibland adderas till bolagets skulder (”shareholder loan roll-up”) har utredningen valt att försöka fastställa den genomsnittliga kapitalstrukturen både före och efter färdigställandet av NKS (byggfas respektive operativ fas).

Byggfas

Som framgår av tabellen nedan så uppgår SHP AB:s totala lån den 31 december 2017 till 10 352 miljoner kronor mot budgeterade 10 188 miljoner. Av dessa skulder så utgör de seniora lånen 8 611 miljoner kronor och aktieägarlånen 1 741 miljoner.

Enligt den ursprungliga modellen skulle aktieägarlånen uppgå till 1 702 miljoner kronor vid denna tidpunkt, varav 1 180 miljoner var de lån som betalats ut av Skanska/Innisfree och 522 miljoner utgjorde upparbetade räntor som adderats till skulden. Ett resultat av slutförhandlingarna mellan Skanska och Stockholms läns landsting 2010 var att Skanska Financial Services, på landstingets begäran, redan från början skulle gå in med ett brygglån på 1 070 miljoner kronor, som sedan skulle betalas tillbaka under byggfasen – därav amorteringar på detta belopp. På detta lån fick SHP AB betala ränta som totalt uppgick till 109 miljoner kronor under perioden. Denna konstruktion med ett räntebärande brygglån kan med andra ord ses som en fördyring av NKS-projektet. Utan denna merkostnad hade räntorna på aktieägarlånen under byggfasen begränsats till 561 miljoner kronor.

De seniora lånen har å andra sidan varit förenade med förskottsbetalningar (negativa ”kapitaliserade finansieringskostnader” i tabellen) som sedan ”löses upp” under återstående avtalstid samt finansieringskostnader såsom upfront fees.

Utfallet blir att under perioden 2010 till 2017 så har de seniora lånen uppgått till 4 527 miljoner kronor i genomsnitt och aktieägarlånen till 1 360 miljoner kronor, vilket är helt i nivå med vad som stipulerades i den finansiella modellen.

Räntor och avgifter på dessa lån uppgår under motsvarande period till 3 066 miljoner kronor (3 053 miljoner budgeterat), vilket ger en genomsnittlig ränta på 6,5 procent per år. De seniora lånen har av-

kastat 6,6 procent per år och aktieägarlånen 6,2 procent[10], men till det ska sedan adderas den aktieutdelning på 330 miljoner kronor till ägarna som föreslogs av SHP AB:s styrelse för verksamhetsåret 2017 och som utbetalades under första kvartalet 2018.

Tabell 8.2 SHP:s avkastning under byggfasen

Byggfas (2010–2017)	Forecast enligt modell		Utfall			
					Summa	Summa
Lån (mnkr)	**Seniora lån**	**Aktieägarlån**	**Seniora lån**	**Aktieägarlån**	**Forecast**	**Utfall**
Lånebelopp	8 762	2 250	8 762	2 250	11 012	11 012
Amortering	-1	-1 070	-1	-1 070	-1 071	-1 071
Balans lån	8 761	1 180	8 761	1 180	9 941	9 941
Kapitaliserade finansieringskostnader	-275	522	-149	561	247	412
Lån vid slutdatum	8 486	1 702	8 611	1 741	10 188	10 352
Genomsnittligt lån under perioden	**4 527**	**1 355**	**4 540**	**1 360**	**5 882**	**5 900**
Ränta och avgifter (mnkr)						
Betald ränta	1 949	109	1 883	109	2 058	1 992
Kapitaliserad ränta	0	522	0	561	522	561
Finansiella avgifter*	473	0	513	0	473	513
Summa	**2 422**	**631**	**2 396**	**670**	**3 053**	**3 066**
Antal år	8	8	8	8	8	8
Genomsnittlig betald ränta och avgifter	**303**	**79**	**300**	**84**	**382**	**383**
Årlig avkastning	**6,7 %**	**5,8 %**	**6,6 %**	**6,2 %**	**6,5 %**	**6,5 %**
Föreslagen utdelning för 2017				330		

* Arrangement and Commitment fees, inclusive "Change in Law Reserve Facility" 2018–2036.
Källa: NKS finansiell modell.

Operativ fas

Som beskrivits ovan, kommer SHP AB:s balansomslutning successivt att krympa under den operativa fasen fram till 2040. Denna minskning följer av de vederlag som Region Stockholm löpande betalar in

[10] För hälftenägaren Skanskas del inkluderar denna beräkning den ränta på 109 miljoner kronor som betalats för det brygglån på 1 070 miljoner kronor som Skanska Financial Services gick in med 2010. Förutsatt en rak amortering ner till noll vid utgången av 2017, summerar det till ett genomsnittligt lån på 535 miljoner kronor under perioden som avkastat cirka 2,5 procent per år. Av detta följer att den kapitaliserade räntan på övriga aktieägarlån (i genomsnitt 825 miljoner kronor under perioden) varit cirka 8,5 procent per år.

till bolaget och som enligt plan kommer att användas till att täcka bolagets kostnader (inklusive lifecycle- och FM-kostnader), låneamorteringar och även ge utrymme för aktieutdelningar.

På motsvarande sätt som under byggfasen har utredningen gjort beräkningar av lånestrukturens förändring under av sjukhusets operativa fas fram till 2040 när avtalet mellan Region Stockholm och SHP AB löper ut. Då ska bolagets lån ha amorterats fullt ut. Med utgångspunkt från den finansiella modellen och de mindre justeringar som följer av utfallet under byggfasen, har de genomsnittliga lånen under den operativa fasen beräknats till drygt 6 miljarder kronor (4 898 miljoner kronor i seniora lån och 1 132 miljoner kronor i aktieägarlån).

Ränta och avgifter kommer enligt modellen att uppgå till närmare 9 miljarder kronor under motsvarande period, vilket ger en genomsnittlig avkastning på 7,1 procent per år.

Tabell 8.3 SHP:s avkastning under operativa fasen

Operativ fas 2018–2040	**Forecast enligt modell**		
Lån (mnkr)	**Seniora lån**	**Aktieägarlån**	**Summa**
Lån 1 januari 2018	8 611	1 741	10 352
Amortering under perioden	-8 611	-1 741	-10 352
Lån vid slutdatum	0	0	0
Genomsnittligt lån under perioden	**4 898**	**1 132**	**6 030**
Ränta och avgifter (mnkr)			
Betald ränta	6 591	2 232	8 823
Kapitaliserad ränta	0	0	0
Finansiella avgifter	121	0	121
Summa	**6 712**	**2 232**	**8 944**
Antal år	21	21	21
Genomsnittlig betald ränta och avgifter	**320**	**106**	**426**
Årlig avkastning	**6,5 %**	**9,4 %**	**7,1 %**
Utdelning 2018–2038		1 844	
Årlig avkastning 2018–2038		**17,1 %**	
Utdelning 2039–2040		2 193	
Årlig avkastning 2018–2040		**26,4 %**	

Källa: NKS finansiell modell.

I motsats till under byggfasen, när räntenivån för de seniora lånen var budgeterade att ligga något högre än för aktieägarlånen, beräknas ägarnas avkastning nu ligga flera procentenheter högre än tidigare (brygglånen från Skanska Financial Services hade en lägre räntenivå). Betald ränta på aktieägarlånen är budgeterad till en årlig avkastning på 9,4 procent på genomsnittligt lån. De seniora lånen är tänkt att ge ungefär samma sammanlagda räntesats som under byggfasen (6,5 procent per år i genomsnitt).

Det som dock gör den stora skillnaden är de aktieutdelningar som är budgeterade att utfalla under den operativa fasen. Fram till och med 2038 uppgår de förväntade aktieutdelningarna till drygt 1,8 miljarder kronor (cirka 88 miljoner kronor per år), vilket höjer den årliga avkastningen under perioden 2018 till 2038 med över 7,5 procentenheter till 17,1 procent. Den finansiella modellen förutspår sedan aktieutdelningar på närmare 2,2 miljarder kronor under avtalstidens sista två år 2039 och 2040, vilket adderar ytterligare nästan 10 procentenheter till en avkastning på 26,4 procent per år för ägarna Skanska och Innisfree under perioden 2018 till 2040. Allt förstås under förutsättning att vinster och utdelningsbara medel byggs upp i den takt som stipuleras i den ursprungliga finansiella modellen från 2010.

Om man adderar de 4 miljarderna i aktieutdelningar till räntor och avgifter på närmare 9 miljarder kronor ger summan 13 miljarder en årlig avkastning på de totala genomsnittliga lånen på 6 miljarder kronor på cirka 10 procent under perioden fram till år 2040. I och med att ägarna ursprungligen tecknade ett aktiekapital på endast 1 miljon kronor i bolaget och allt övrigt eget kapital i SHP AB utgörs av upparbetade vinster, skulle avkastningsnivån kunna anses vara representativ även vid en justering för detta.[11]

8.3.10 Tilläggsavtal

Under perioden 2011 till 2019 har det slutits sammanlagt 150 tilläggsavtal till det ursprungliga OPS-avtalet. Totalt har dessa medfört kostnader om 1,7 miljarder kronor utöver de i projektavtalet avtalade 14,5 miljarder kronor för landstinget. Tilläggsavtalen budgeterades initialt till 1,5 miljarder kronor vilket reviderades till 1,7 miljarder

[11] Det genomsnittliga egna kapitalet i SHP AB under den operativa fasen uppgår till 1,27 miljarder kronor och om man adderar detta belopp till de genomsnittliga lånen under perioden så blir den årliga avkastningen på det sammanlagda kapitalet cirka 8,5 procent.

kronor i 2017 års budget. Alla nya överenskommelser resulterar i tilläggsavtal vilket innebär att det finns ett antal avtal som inte medför ökade kostnader för landstinget, till exempel tilläggsavtal 16 som behandlar besparingar m.m. Exempel på tilläggsbeställningar som leder till kostnadsökningar är påbyggnad av strålbyggnaden med vårdplatser, tillagningskök, garage och förbindelse till Thoraxbyggnaden.

Då projektavtalet undertecknades i juni 2010 slöts en överenskommelse om ett generellt besparingskrav på sammanlagt 1 247 miljoner kronor. Tilläggsavtal 16 tar om hand hur besparingarna genomförs. I avtalet benämns dessa besparingar som ”520-mkr-listan” och ”400-mkr-listan” och en ytterligare besparing om 375 miljoner kronor. I mars 2013 godkände fullmäktige tilläggsavtal 16 (LS 1302-0194 och LS 1202-0263). (S) lämnade ett särskilt yttrande där det framförs att beslutsunderlagen är otydliga i det att det inte framgår varför förändringarna är nödvändiga. Vidare angående besparingarna understryker man att det inte är en prissänkning utan en minskning av Skanskas anbud som svarar mot landstingets förändrade krav. Besparingarna består av olika typer av åtgärder, som ändrade materialval och genom att minska ytan. Av bilaga till underbilaga 2A:5 till projektavtalet framgår att ytan minskar med 18 136 kvadratmeter genom omdisponering av ytor på flera plan, vilket ger en besparing om totalt 372 miljoner kronor.

Tilläggsavtal 24 från januari 2014[12] innebär att patienthotellet tas bort från projektavtalet och påbyggnad av strålbyggnaden med vårdplatser. I underlagen till beslut beskrivs att landstinget inte längre ser behov av att låta patienthotellet ingå i projektavtalet och att i stället kan en kommersiell aktör få möjlighet att uppföra hotellet. Vidare beskrivs att det i samband med projektering och byggande av Nya Karolinska har framkommit krav på att utöka antalet vårdplatser inom befintlig anläggning i enlighet med planen Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). I övervägandena beskrivs att genom att låta patienthotellet utgå ur projektavtalet frigörs utrymme i investeringsbudgeten som delvis kan användas till en påbyggnad av behandlingsbyggnaden (strålbyggnaden). Vid byggande av patienthotellet inom ramen för projektavtalet råder osäkerhet om hur många rum som ska nyttjas av landstinget. Det bedöms vara av fördel för landstinget att hyra de rum som behövs på en kommersiell marknad.

[12] Beslutades av fullmäktige i oktober 2013 (LS 1309-0979).

Fem nya våningsplan på strålbyggnaden innebär enligt tilläggsavtalet att antalet vårdplatser på sjukhuset ökar med 79. Totalt ökas ytan med 10 100 kvadratmeter. Tilläggsavtalet är det enskilt största med en investeringskostnad i behandlingsbygganden om 622 miljoner kronor. Att inte uppföra patienthotellet innebär en besparing om 163,4 miljoner kronor, vilket ger en engångsutgift om 458,6 miljoner kronor. Driftskostnaderna beräknades öka med 15,3 miljoner kronor per år.

I behandlingen av ärendet anmälde ledamöter från S, V och MP särskilda yttranden och deltog inte i besluten i landstingsstyrelsen och i fullmäktige. I skrivelsen från S anförs att förslaget om påbyggnad av strålbyggnaden kantats av osäkerhet och motstridiga budskap och att det framkommit att verksamhetens kravställning av byggnaden under upphandlingen åsidosattes.

8.3.11 Refinansiering

Landstinget och SHP träffade en överenskommelse i december 2017 om refinansiering. Motiv för att genomföra refinansiering vid tidpunkten var att risk för fördyring och försening inte längre förelåg och att villkoren för projektbolagets finansieringskostnader kunde påverkas positivt. Landstingsfullmäktige beslutade i februari 2018 att godkänna att en refinansieringsprocess initieras i enlighet med projektavtalet, under förutsättning att en vinst uppstår (LS 2018-0105). Samtidigt godkändes en engångsbetalning om maximalt 3 miljarder kronor under förutsättning att det bidrar positivt till refinansieringsvinsten och landstingets ekonomi. Landstingsstyrelsen beslutade i maj att godkänna förslag till refinansiering, att godkänna tilläggsavtal 141 där refinansieringen hanteras och uppdra åt landstingsdirektören att slutligt godkänna och teckna avtalet. Avtalet innebär att det avtalade vederlaget som landstinget ska betala till SHP minskar med 5,1 miljarder kronor varav 3 miljarder kronor till följd av amortering i förtid. Refinansieringen innebär därmed att de finansiella kostnaderna minskar med 2,1 miljarder kronor. Kostnad för finansiering av engångsbetalningen har angetts till 0,8 miljarder kronor vilket innebär en nettoeffekt av refinansieringen och engångsbetalningen på 1,3 miljarder kronor (Landstingsrevisorerna, 2018).

8.3.12 Upphandling av utrustning

Upphandlingen av utrustning till det nya sjukhuset omfattas inte av OPS-avtalet. Utrustningsinvesteringarna består främst av medicinteknisk utrustning (MTU), informations- och kommunikationsteknik (IKT) samt inredning, vilka budgeterades till totalt 4,3 miljarder kronor inklusive anpassningsarbeten i byggnaden (LS 2017-1455). Landstingsstyrelsen ansvarade formellt för upphandlingarna och har fattat beslut i större ärenden. Organisatoriskt ansvarade SLL juridik och upphandling för MTU och IKT som bedrivs i två projekt med personal från landstingsstyrelsens förvaltning och från Karolinska Universitetssjukhuset. Personalen från landstingsstyrelsens förvaltning har ansvarat för upphandling och personalen från Karolinska för kravställning. NKS Bygg har ansvarat för upphandling av inredning.

Enligt bilaga 9 till projektavtalet ansvarar Stockholms läns landsting för anskaffning, installation och finansiering av utrustning. Landstinget ansvarar för underhåll, reparationer och utbyte. Projektbolaget är dock medvetet om att plats behövs och att anpassning av byggnaden kan komma att behövas för utrustning och ska tillse att detta beaktas vid projektering och byggande. Flera av tilläggsavtalen till projektavtalet omfattar anpassningar och förberedelser inför installation av medicinteknisk utrustning.

Enligt bilaga 9 till projektavtalet skulle parterna senast den 31 december 2010 komma överens om processen för meddelandedatum, tidsfönster, installation, information om leverantör, villkor för utrustningen och ändringar i byggnationen till följd av detta. Enligt en extern granskning som landstingsstyrelsen 2015 lät genomföra framgår att detta datum inte kunde hållas. Orsaker som anförs är att det skulle begränsa landstingets möjligheter att såväl tekniskt som ekonomiskt genomföra lämpliga upphandlingar så tidigt i byggprocessen. Likaså fanns inte en etablerad organisation inom NKS-projektet som kunde hantera den komplexa medicintekniska utrustningen.

Den externa utredningen visade vidare att det funnits utmaningar i upphandlingsprojekten. Utrustningsprojektens arbete startade först 2012. Den bedömning som följde av granskningen var att projekten borde ha etablerats samtidigt med upprättandet av OPS-avtalet för att kunna möta behovet av projekteringsanvisningar till projektbolaget. Granskningen visade också på utmaningar i projekten till

följd av oklarheter i ansvarsfördelningen mellan landstingsstyrelsens förvaltning och Karolinska Universitetssjukhuset.

Gällande upphandling av informations- och kommunikationsteknologi (IKT) beslutade landstingsfullmäktige i september 2011 att genomföra upphandling av totalleverans av IKT, det vill säga fasta och trådlösa nätverk, datahallar och leveranssamordning. Upphandlingen avbröts i juni 2012 med hänvisning till att de inlämnade anbudspriserna låg avsevärt högre än projektbudgeten samt att anbuden innehöll otillåtna reservationer av i anbudet angivna priser. Upphandlingen genomfördes senare i flera mindre delar.

8.3.13 Sjukhusområdet i dag

Det färdiga Karolinska Universitetssjukhuset i Solna är ett betydligt större sjukhus än vad som omfattas av OPS-avtalet.[13] Vid sidan av den nya sjukhusbyggnaden och BioClinicum omfattar det även Thoraxbyggnaden (N-kvarteret), Lab-kvarteret (L-kvarteret) och tidigare Astrid Lindgrens barnsjukhus (ALB) (Q-huset). Anpassningar av Radiumhemmet (P-kvarteret) utreds. BioClinicum är en del av den nya sjukhusbyggnaden och inrymmer utbildning och forskning. Lab-kvarteren har renoverats och försetts med ny utrustning. Thoraxbygganden inrymmer sluten vård, rehab och administration och har förbindelsegångar med den nya sjukhusbyggnaden. ALB-byggnaden inrymmer bland annat Närakut Haga. Patienthotellet som ursprungligen fanns med i OPS-avtalet och togs bort ur detsamma i samband med beslut om att bygga flera vårdplatser hyrs nu till viss del av Karolinska sjukhuset och nyttjas som administrativa lokaler.

Landstinget anger att den totala investeringen i det nya universitetssjukhuset uppgår till 18,5 miljarder kronor. Detta utgörs av de ursprungligen avtalade 14,5 miljarder för byggnation inom ramen för OPS-avtalet. Tilläggsavtal till en kostnad om 1,7 miljarder kronor och landstingets egna byggrelaterade kostnader och kostnader för anpassning och ombyggnation av Thorax, Lab och ALB om totalt 2,3 miljarder kronor. Till detta kommer investeringar i medicintek-

[13] Se t.ex. Årsredovisning 2018 (LS 2018-1077 och RS 2019-0366) och Budget 2019 (LS 2017-1455). En presentation av beräknad totalkostnad finns på www.sll.se/verksamhet/halsa-och-vard/Aktuella-projekt-Halsa-och-vard/Nya-Karolinska-Solna/Avtal-tidplan-och-kostnader-for-Nya-Karolinska-Solna/.

nisk utrustning och tilläggsavtal för anpassning av byggnaden till vald utrustning samt investeringar i IKT om totalt 4,3 miljarder kronor. Total investering i det fullt utrustade sjukhuset beräknas därmed till 22,8 miljarder kronor.

8.3.14 Parallell process: investeringar enligt planen för Framtidens Hälso- och sjukvård

Som framgår av tidigare avsnitt förutsatte det mindre och högspecialiserade nya universitetssjukhuset omfördelning av vård och vårdplatser inom sjukvårdssystemet i Stockholms län.[14] Detta tillsammans med ökande befolkning i länet förutsatte investeringar utöver NKS vid sjukhusen. I planen Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) från 2011 (LS 1104-0624) föreslås investeringar i linje med den föreslagna hälso- och sjukvårdsstrukturen. Utvecklingen av infrastrukturen delas i rapporten upp i två faser. Den första fasen fram till 2018, när NKS ska vara i full drift, planeras i detalj och fasen därefter beskrivs i grova drag. I den första fasen behövde främst befolkningsökningen och konsekvenserna av NKS hanteras. De investeringar som föreslås vid akutsjukhusen bedömdes ha en genomförandetid på fem till sex år. Det betonas att det därför brådskar med beslut om investeringar i akutsjukhusen för att hantera de volymer som inte ryms på NKS. Man menade också att detta visade på behovet av att frigöra lokaler vid akutsjukhusen genom investeringar i andra byggnader i anslutning till akutsjukhusen, till exempel genom att flytta verksamheter som inte behöver akutsjukhusens resurser. Tiden för att genomföra investeringar i närsjukvården angavs som betydligt kortare. I Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) angavs förslag till inriktning för en tioårig investeringsplan. Den konkretiserades därefter i tre steg under åren 2012 till 2014 (LS 1109-1229 och LS 1409-1068).

Den tioåriga investeringsplanen för sjukhusen tillsammans med investeringen i NKS och planerade trafikinvesteringar skulle innebära en period med hög investeringsnivå. För att förstärka riskbedömningen och öka kostnadseffektiviteten i samband med de kommande investeringarna lät landstinget externa konsulter 2012 genomföra en kostnads- och investeringsanalys, som presenterades i feb-

[14] Se tex SNUS och 3S.

ruari 2013.[15] Skälen som angavs var den nya form för investering som OPS för NKS innebär, i tid koncentrerad och hög investeringsnivå i sjukvårdsbyggnader, trafik och utrustning, observationer av internationella kostnadsnivåer och planens inverkan på landstingets kreditvärdighet. Slutsatserna av konsulternas arbete omfattade bland annat att den liggande planen skapar underskott under perioden 2017 till 2019. Om allt lånefinansieras skulle skuldsättningsgraden öka i förhållande till skatteintäkter mer än vad landstinget anger som ekonomisk balans. För att behålla balanskraven skulle en fjärdedel av investeringarna behöva flyttas från åren före 2017 till perioden 2018 till 2022, alternativt effektiviseras med fem miljarder kronor varje år.

NKS och OPS-avtalet analyserades också av konsulterna. Kostnadsjämförelser visade att NKS beräknades bli 53 procent dyrare per kvadratmeter än genomsnittet för skandinaviska jämförelsesjukhus. Skillnaderna förklarades med högre standard, förhållanden på byggplatsen, tidsram och OPS-relaterad risköverföring. En strategi för kostnadsreducering vid NKS föreslogs, vilken bland annat omfattade att undersöka möjligheterna till kostnadsreduceringar i byggnation och finansiering, till exempel genom att lyfta ut patienthotellet från OPS-avtalet och överlåta finansieringen till en kommersiell aktör samt att förändra strålbyggnadens användning. Man lyfte fram behov av förstärkning av kompetens kring strategiska fastighetsfrågor och upphandlingar samt snabbare beslutfattande. Vidare betonades nära samverkan mellan enheten för strategiska fastigheter och investeringar, programkontoret för Framtidens Hälso- och sjukvård (PFHS) och programkontoret vid Karolinska Universitetssjukhuset.

8.4 Beslutsprocessen för ny organisation och verksamhetsmodell vid Karolinska Universitetssjukhuset

I detta avsnitt beskrivs besluts- och genomförandeprocessen för ny verksamhetsmodell och ny organisation vid Karolinska Universitetssjukhuset.

[15] *Kostnads- och investeringsanalys. Rapport till finanslandstingsrådet avseende bedömningar 2012 med blick framåt kring kostnader och investeringar som görs i Stockholms läns landsting.* Dnr saknas.

8.4.1 Temainriktningen för NKS

Som framgått i tidigare avsnitt fanns begreppet tema redan tidigt med i planeringen av NKS. I tävlingsprogrammet i samband med formgivningstävlingen efterfrågades exempelvis hur relationen mellan teman och funktioner kan utformas i byggnaden. I projektprogrammet som utgjorde styrdokument för det fortsatta arbetet med NKS beskrivs att sjukhusbyggnaden är baserad på en tredimensionell matrisorganisation där huvudfunktioner placeras horisontellt medan medicinska teman organiseras vertikalt. Det handlade alltså om hur vården skulle organiseras i själva byggnaden.

Teman lyfts också fram i det första förslaget till övergripande verksamhetsinnehåll för NKS som presenteras 2009. Där beskriver NKS-förvaltningen att utgångspunkten för arbetet är landstingsfullmäktiges och landstingsstyrelsens beslut 2008 om uppdrag och verksamhetsinnehåll för NKS. Det handlar bland annat om att vården ska organiseras i medicinska teman (programområden). Utredningen har försökt härleda vilket fullmäktigebeslut som avses, men har inte hittat något sådant. I förslaget till övergripande verksamhetsinnehåll föreslår NKS-förvaltningen att vården på NKS, med patienten i fokus, organiseras i ett antal process- och behovsrelaterade teman. Förslag på huvudteman ges. Den tematiska organisationen föreslås utgöra grunden för organisationen av patientvården och därmed också för patientadministrativa och ekonomiska uppföljningssystem. Den omfattar inte frågor om NKS ledning och styrning, ledningsfunktioner eller hur organisation av läkare och annan personal ska se ut. I underlaget skriver de dock att de gamla klinikstrukturerna bör överges till förmån för tematiska områden och centrumbildningar.

I inriktningsbeslutet för verksamhetsinnehållet för NKS som först hanteras i FoUU-utskottet 2009 beskrivs NKS koncept med en tematisk struktur för patientvården. Här framhålls att modern sjukvård, i synnerhet den avancerade vård som bedrivs på ett universitetssjukhus, kräver nya organisatoriska modeller som stödjer ett multidisciplinärt och multiprofessionellt samarbete kring de enskilda patienterna och som gemensamt utnyttjar avancerade och dyra resurser. En tematisk inriktning svarar väl mot den strategiska inriktning som utvecklas på Karolinska Institutet. Det är mot denna bakgrund som det nya universitetssjukhusets byggnadskoncept ska ses. Den tematiska strukturen utgår alltså från patientperspektivet.

Patientvården organiseras utifrån vårdlogistiska samband utifrån sjukdomsorsak och sjukdomsförlopp samt sjukdomars diagnostik och behandling. Vidare står att den föreslagna tematiska strukturen har fått stöd av flertalet remissinstanser. Däremot har arbetstagarorganisationerna framfört oro avseende den tematiska strukturens konsekvenser och innebörd för sjukhusets medarbetare. Därför är det viktigt att slå fast att förslaget inte berör frågan om hur läkare och annan personal på bästa sätt bör organiseras på det framtida sjukhuset. Man avser att återkomma i denna fråga. FoUU-utskottet beslutar att patientvården vid sjukhuset organiseras i temaområden i enlighet med tjänsteutlåtandet. Landstingsfullmäktige beslutar därefter, 2010, att verksamhetsinnehållet i NKS ska baseras på det koncept för verksamhetsinnehåll som föreslagits av FoUU-utskottet. Den tematiska strukturen lyfts inte fram specifikt i beslutet.

I Karolinska Universitetssjukhusets fortsatta arbete med NKS verksamhetsinnehåll är utgångspunkten organisation av vården i teman och funktioner. Några förslag om organisation och styrning i den nya sjukhusbyggnaden lyfts däremot inte. I Karolinska Universitetssjukhusets styrelseprotokoll från juni 2014 står exempelvis att ”tema används som instrument för att placera in verksamheter i NKS-byggnaden, men tema är för närvarande inte grunden för någon ny organisationsindelning”.

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning beskriver i ett dokument (HSN 2016-4792) att ”Planeringsarbetet för NKS har utgått från att sjukhuset kommer att ha en temaindelad sjukvård vilket också fastslagits av landstingsfullmäktige. Skälen för en tematisk indelning är bland annat att modern universitetssjukvård blir alltmer komplex och resurskrävande, samt mer multidisciplinär och multiprofessionell till sin karaktär. Tematisk vård innebär att olika specialiteter och professioner samverkar i vårdens processer. Utgångspunkten är att vården ska organiseras kring patienten och dennes behov. En utgångspunkt i detta arbete har varit att identifiera områden där den medicinska utvecklingen kan främjas av att vissa vårdflöden och vårdsamband ytterligare kan förstärkas och fördjupas. En tematisk indelning är vanligt förekommande vid ledande universitetssjukhus i USA, Storbritannien och Nederländerna.”

Tematanken är alltså knuten till byggnaden och organisation av vården. Hur detta påverkar medarbetarna och hur organisationen

och styrningen av verksamheten ska utformas beskrivs i efterföljande avsnitt.

8.4.2 Från flödesarbete till värdebaserad vård och ny verksamhetsmodell

När Karolinska Universitetssjukhuset tog över ansvaret för verksamhetsinnehållet för NKS 2012 var verksamheten organiserad enligt traditionell klinikstruktur. Sjukhuset arbetade utifrån den så kallade flödesmodellen, som var en Lean-baserad verksamhetsmodell som byggde på system för ständiga förbättringar och lärande på alla nivåer i organisationen. Flödesmodellen hade införts i delar av verksamheten av den dåvarande sjukhusdirektören som hade lång erfarenhet av att arbeta med Lean på bland annat Huddinge sjukhus och S:t Görans sjukhus. I verksamhetsplanen för 2013 beskrivs flödesarbetet och flödessynsättet som centralt för sjukhusets väg framåt mot visionen ”Patienten alltid först!”. Ledningen använde arbetssättet ”Gå ut och se” för att få inblick i verksamheten och hur flödesarbetet fungerade i praktiken. På så vis kunde chefer lära av varandra och sprida flödesarbetet i organisationen. Vid styrelsemöte vid Karolinska Universitetssjukhuset i december 2013 (protokoll 9/2013) beskrivs flödesarbetet och styrelsen uppmuntrade ledningen att fortsätta med detta arbetssätt.

Värdebaserad vård ska integreras med flödesarbetet

Målen i Karolinska Universitetssjukhusets verksamhetsplan för 2014 var bland annat att förbättra kvaliteten, kartlägga processer i ett NKS-perspektiv och att utbilda i flödesarbetet. Av protokoll från styrelsemöte i februari 2014 framgår att alla verksamheter inte är igång med flödesarbetet. Målet är att 80 procent av verksamheterna ska omfattas av detta 2018. Styrelsen betonade vikten av att alla kommer igång med flödesarbetet och efterfrågade också hur införandet följs upp. Här framgår också att Karolinska Universitetssjukhuset kartlagt 200 patientflöden inför NKS. En tematisering av verksamheterna planeras. Av protokollet framgår också planerna att koppla värdebaserad vård (VBV) till flödesarbetet. Det framgår dock inte om de kartlagda patientflödena och tematisering skulle leda till en förändring av orga-

nisationen. Den dåvarande sjukhusdirektören framhåller i intervju med utredningen att det inte handlade om att göra någon större omorganisation utan om att arbeta flödesorienterat och därefter göra mindre förändringar i organisationen.

Vid styrelsemöte i februari 2014 presenterade den nye styrelseordföranden ett förslag till strategisk inriktning för 2014–2018 som hade stämts av med de enskilda styrelseledamöterna innan mötet. Fyra initiativ presenterades:

- Initiativ 1: Lednings-, medarbetar- och organisationsmodell.
- Initiativ 2: Styr- och uppföljningsmodell.
- Initiativ 3: Affärsutveckling och alliansskapande.
- Initiativ 4: Integration med Karolinska Institutet och Nya Karolinska.

Visionen för sjukhuset formulerades som värdebaserad och högspecialiserad vård i världsklass. Företrädaren för Karolinska Institutet presenterade institutets syn på universitetssjukhusets roll i universitetssjukvården och konstaterade att det fanns en samsyn i flera väsentliga frågor. Sjukhusdirektören konstaterade i sin tur att det fanns vissa värderingsskillnader mellan initiativen och det arbete som bedrivits hittills på sjukhuset, bland annat vad gällde den kommersiella synen.

Vid nästa styrelsemöte i mars 2014 tas värdebaserad vård upp som en informations- och diskussionspunkt. Enligt verksamhetsplanen är integrering av värdebaserad vård med flödesarbetet en prioriterad aktivitet under 2014. Värdebaserad vård bygger vidare på existerande förbättringsarbete, men har fokus på kvalitetsuppföljning av vården. Värdebaserad vård kan bidra till att sjukhuset levererar en bättre vårdkvalitet och att vårdresurserna används mer effektivt. Detta genom fokus på uppföljning av vårdkvalitet i förhållande till kostnad. Vidare sägs att värdebaserad vård kräver en integrerad syn på utfall och kostnader där lämpliga utfalls- och kostnadsmått tas fram. Initialt är fokus på att ta fram ”proof of concept” för pilotdiagnoser. Det pågående arbetet med värdebaserad vård omfattar bland annat att nio pilotdiagnoser identifierats, att det integreras med redan existerande flödesarbete och att multidisciplinära och multiprofessionella team skapas och kompletteras med flödeskompetens, controllers, patientrepresentanter och forskare. Utbyte och samarbete med pågående

arbete med värdebaserad vård på Sahlgrenska Universitetssjukhuset respektive Akademiska sjukhuset nämns också. Patientgruppsfokus är en central del av värdebaserad vård och kopplar till tematisering på NKS samt övriga delar av Karolinska Universitetssjukhuset. I en figur beskrivs kopplingen mellan teman, patientgrupper och patientflöden. Patientgruppsspecifik expertis i form av specialiteter ingår. Enligt en preliminär officiell beskrivning integrerar Karolinska Universitetssjukhuset värdebaserad vård i flödesarbetet genom att länka samman kliniker utifrån deras kopplingar till väldefinierade patientgrupper och genom att stimulera till ständiga förbättringar av vårdkvaliteten. Värdebaserad vård ska bidra med nya arbetssätt inför flytt till NKS. Ambitionen är att besökare ska komma från hela världen för att se och lära sig av arbetssättet med värdebaserad vård, inte bara för att titta på den nya byggnaden. Tidplanen är att en version av värdebaserad vård som stöttar förändringsarbetet ska finnas på plats 2014–2015, 2018 ska 80 procent av Karolinska Universitetssjukhusets patientgruppsvolymer styras enligt värdebaserad vård och 2022 bör värdebaserad vård vara fullt utvecklad och optimala lösningar vara implementerade på sjukhuset. Målet är att Karolinska Universitetssjukhuset ska utveckla nya arbetssätt för värdebaserad vård som sätter standarden för sjukhus i hela världen. Sjukhuset ska leverera vård i världsklass och visa detta med internationellt jämförbara mått på uppnådd patienthälsa. På så vis ska Karolinska Universitetssjukhuset attrahera ledande företrädare för vårdprofessionen och forskarsamhället från hela världen som vill lära av de nya arbetssätten och arbeta i sjukhusets unika arbetsmiljö.

Integrationen mellan flödesarbetet och värdebaserad vård presenteras också för Karolinska Universitetssjukhusets ledningsgrupp i april 2014. I en omvärldsutblick presenteras OECD-data om goda utfall och låga kostnader på landnivå, med källa BCG analysis. Cleveland Clinic och Martini Klinik tas upp som exempel i omvärlden. Den första utifrån inriktning tematiserad vård i ett vårdsystem och den andra för bland annat systematisk mätning och uppföljning av utfall i patientfokuserad vårdkedja. I samband med detta föreslås också en uppdatering av metodbeskrivningen för Karolinska Universitetssjukhusets flödesarbete för att integrera värdebaserad vård. Som litteraturunderlag hänvisas bland annat till olika material från konsultbolaget BCG och till Porters *Redefining health care*.

En lägesrapportering om värdebaserad vård integrerad i flödesarbetet ges vid nästkommande styrelsemöte i maj 2014. Det rapporteras att strategin att arbeta med ständiga förbättringar och flödesarbete är tydligare integrerat med arbetet med värdebaserad vård. Styrelsen betonade vikten av patienternas delaktighet i förbättringsarbetet. Därefter redovisas inget specifikt om arbetet med värdebaserad vård för styrelsen förrän i december 2014.

En ny verksamhetsmodell ska tas fram

Vid styrelsemötet i december 2014 är en ny sjukhusdirektör på plats, liksom den nye chefen för den nybildade staben Strategisk sjukvårdsutveckling och produktion (SSVP). Den senare hade rekryterats från BCG. Vid mötet är värdebaserad vård en punkt på dagordningen. Av protokollet framgår att målet med värdebaserad vård är höjd kvalitet och effektivitet och att ett antal pilotstudier genomförs. De bedöms ge värdefull input i arbetet med utvecklingen av Karolinska Universitetssjukhusets organisationsmodell. Styrelsen diskuterade och påpekade vikten av samordning med övriga vårdenheter/vårdgivare inom Stockholms läns landsting.

Värdebaserad vård lyfts därefter upp på styrelsemötet i mars 2015. Den arbets- och införandemodell för värdebaserad vård som används på Karolinska Universitetssjukhuset presenteras. En statusrapport ges också liksom en beskrivning av arbetet under 2015. En uppdatering av sjukhusets patientgruppslista visar att sjukhuset har 283 patientgrupper (108 vuxengrupper, 75 barngrupper och 100 delade grupper). Under 2015 ska det värdebaserade arbetet rullas ut på 25–30 patientgrupper (sedan tidigare pågår ett 10-tal piloter). Målet är att 20 procent av patientvolymerna ska arbeta enligt värdebaserad vård 2015. Avgörande för ett gott resultat är ett adekvat systemstöd. Ett stort arbete måste därför läggas på detta. Styrelsen efterfrågar att en patientflödesansvarig bjuds in till ett styrelsemöte för att kunna ge styrelsen en praktisk bild av vad värdebaserad vård innebär. Vid mötet gör sjukhusdirektören också en tillbakablick över den tid som gått sedan han tillträdde och de förändringar som dittills gjorts. Bland annat nämns Karolinskas förändringsstory, utmaningar sjukhuset har och det intensifierade arbetet med ny verksamhetsmodell och värdebaserad vård. Målsättningen är resultat som gör skillnad

för patienten. För att kunna nå denna målsättning måste sjukhuset organiseras utifrån patientens väg genom sjukvårdssystemet, och särskilt patientens väg genom Karolinska Universitetssjukhuset. Den pågående kartläggningen av patientflöden är ett viktigt steg i detta arbete. Det tidigare flödesarbetet nämns däremot inte. Avslutningsvis betonas att förändringsprocessen kräver hela sjukhusets engagemang, kunskap och erfarenheter. Den nya organisationen ska byggas steg för steg. Sjukhusdirektören ska hålla det första stormötet med personalen om förändringsresan i mitten av mars 2015. Ansvariga ska utses för att ta fram initial design av respektive tema/funktion.

Ny verksamhetsmodell för Karolinska Universitetssjukhuset tas upp för information vid styrelsemöte i maj 2015. Inledningsvis beskriver sjukhusdirektören att målet för arbetet med en ny verksamhetsmodell är en tematisk organisation. De stora utmaningar som sjukhuset och universitetssjukvården står inför presenteras och skälen till att en ny verksamhetsmodell behöver utvecklas. Det handlar om silotänkande och brist på helhetssyn, stora skillnader i vården avseende metoder och vårdresultat samt återkommande problem med ekonomin. Arbetet med en ny verksamhetsmodell är processinriktat. Modellen ska utvecklas stegvis och i dialog med verksamheterna genom workshops (dittills med ledning och verksamhetschefer). Processen bygger på en ”emergent and adaptive change approach”, det vill säga en framväxande förändringsprocess som utgår från verksamheterna, där man lär av vunnen erfarenhet och där medarbetarnas förändringsmognad tas i beaktande. Det är alltså inte en färdigdesignad plan som ska rullas ut. De verksamheter som ska flytta in först i den nya sjukhusbyggnaden är först ut med förändringen. Samverkan med de fackliga organisationerna pågår och förslag till beslut om det fortsatta arbetet med ny verksamhetsmodell ska presenteras på nästkommande styrelsemöte. Styrelsen ställde frågor om riskerna med en så stor organisationsförändring och om den stora it-utmaningen, men uttryckte också stöd för det utvecklingsarbete sjukhusdirektören genomför. Produktionschefen med ansvar för den nya verksamhetsmodellen presenterade därefter den nya modellen för styrelsen. Utifrån visionen ”Patienten först” ska sjukhuset fortsätta arbetet med värdebaserad vård, men även arbeta mot en tematisk organisation för hela sjukhuset. Karolinskas ledningsgrupp fattade ett inriktningsbeslut om detta den 30 mars 2015. Projektet ”Ny verksamhets-

modell" har därför startat, som omfattar delområdena organisation och styrning respektive nya arbetssätt. Den nya verksamhetsmodellen beskrivs övergripande, med förslaget sju teman och fem funktionsområden som omfattar de 290 patientgrupper som ingår i Karolinska Universitetssjukhusets uppdrag. Några knäckfrågor lyfts fram, exempelvis styrningen av den nya organisationen, fördelning av mandat och ansvar, hur organisationen bäst ska möta behovet av en tydlig hemvist för professioner och specialiteter. För att hantera behoven kring bland annat utbildning och forskning är förslaget att en specialitetsansvarig utses för varje specialitet. Samtliga specialitetsansvariga bildar ett sjukhusövergripande specialitetsforum. Avslutningsvis presenterar produktionsdirektören förändringsorganisation och tidplan. Tidplanen har lagts utifrån att inflyttningen på NKS påbörjas 2016.

Samverkan med de fackliga organisationerna om en tematisk organisation

Kort därefter, i juni 2015, tas förslaget till tematisk organisation och ny verksamhetsmodell upp för samverkan med personalorganisationerna vid Karolinska Universitetssjukhuset. Arbetsgivaren redogör för förslag till ny organisation. Förslag till beslut är att gå från den dåvarande divisionsbaserade organisationen mot en så kallad tematisk organisation. En tematisk organisation innebär att sjukhuset organiseras i teman och funktionsområden. Efter gemensamma diskussioner meddelar Vision, Vårdförbundet och Kommunal att de biträder arbetsgivarens förslag till beslut. Kommunal uttrycker dock oro över samverkansprocessen. SACO biträder inte beslutsförslaget, men avser inte att påkalla förhandling. Läkarföreningen meddelar att de är oeniga med arbetsgivarens förslag till beslut. De anmäler också en protokollsanteckning till protokollet.

Av protokollsanteckningen framgår skarp kritik mot förslaget. Läkarföreningen anser bland annat att de inte kan se att den föreslagna organisationsförändringen bidrar till att lösa de problem (silotänkande, stora skillnader i vårdresultat och återkommande ekonomiska problem) som anges som huvudorsak till förändringen. De kan inte heller se att den föreslagna organisationen främjar patientcentrerad värdebaserad vård mer än vad den befintliga organisationen kan göra, givet att man fortsätter flödesarbetet med patienten i centrum och

förbättrar beställnings-/betalnings- och ekonomiredovisningssystem inom den nuvarande organisationen. Läkarföreningen saknar också fakta om varför matrisorganisation har valts och menar att den föreslagna förändringen kan bli kostnadsdrivande i ett skede där de ekonomiska förutsättningarna inom Karolinska Universitetssjukhuset och Stockholms läns landsting inte tillåter det. De menar också att man ännu inte beaktat de konsekvenser som uppstår för läkares AT- och ST-tjänstgöring, forskarutbildning, grundutbildning samt fortbildning om man tar bort kliniken som organisationsstruktur. Den föreslagna matrisorganisationen är enligt Läkarföreningen inte nödvändig för att uppfylla det politiska beslutet om tematisk vård. Utöver detta skriver Läkarföreningen att de befarar att matrisorganisationen med en större tröghet i beslutsprocessen i sig (fler beslutsfattare, fler möten) kan bli kostnadsdrivande och snarare förhindra att man kan bedriva en högspecialiserad vård enligt de senaste rönen. De pekar också på att det som dittills samverkats centralt och godkänts är 10 pilotpatientflöden. Beslutsunderlaget för att gå vidare och utifrån det godkänna att all vård ska struktureras i teman och patientflöden anses vara alltför otillräckligt. De underlag som organisationen varit med och tagit fram vad gäller den nya organisationen uppfattas också redigeras till oigenkännlighet innan de når sjukhusledningen. Avslutningsvis skriver Läkarföreningen att de oavsett föreslagen organisation fortsatt kommer medverka enligt samverkansavtalets intentioner för att optimera slutresultatet. Läkarföreningen förutsätter att arbetsgivaren har ett intresse av att förbättra och förstärka den fackliga samverkansprocessen på alla nivåer. En bra facklig samverkan förstärker enligt Läkarföreningen förankringsprocessen hos medarbetare och därmed möjlighet att tillvarata de goda krafter och idéer kring innovativa lösningar som framkommer vid partsgemensam genomgång av verksamheten inför förändring.

Styrelsen beslutar om tematisk organisation

Den nya verksamhetsmodellen tas kort därefter, i juni 2015, upp i styrelsen. Läget i arbetet beskrivs liksom argument för tematisk organisation och identifierade risker, om matrisorganisationer generellt, erfarenheter från piloter i värdebaserad vård samt nästa steg i arbetet. Av underlagsmaterial till styrelsen framgår att två teman är

igång med att detaljera organisationsstrukturen, arbetet inom funktionsområdena har kommit olika långt. Scenariobyggarmöten har genomförts där olika kompetenser och perspektiv har medverkat, bland annat representanter från olika fackförbund, Karolinska Institutet, staber, divisioner och kompetensområden. Förändringsledarna för teman och funktionsområden ska presentera förslag och leverans i juni 2015. Planen är att ledningsgruppen ska fatta beslut om att skapa en tematisk organisation när samverkan är slutligt genomförd. Därefter presenteras förslag till styrelsebeslut. I protokollet står att samverkan med de fackliga företrädarna är genomförd. Styrelsen beslutar:

- att sjukhusets nya organisation ska struktureras i teman och funktionsområden,
- att teman ska samla patientflöden enligt en tydlig vård- och FoU-logik utifrån de 290 beskrivna patientgrupperna i sjukhusets uppdrag,
- att expertis och tjänster som stöttar tvärs tematas patientflöden (till exempel labb, bild och funktion) organiseras i funktionsområden med stort fokus på samverkan med respektive tema och dess patientgruppers behov,
- att i både teman och funktionsområden ska alla uppdrag som universitetssjukhus – vård, forskning och utbildning – integreras.

Arbetet med att utveckla verksamhetsmodellen fortsätter

Efter styrelsens beslut fortsätter arbetet med att närmare utforma den nya verksamhetsmodellen. Vid styrelsemöte i september 2015 sammanfattar sjukhusdirektören och produktionsdirektören arbetet. Principer för ny verksamhetsmodell har identifierats liksom teman och funktioner för vidare detaljering och utredning. Patientflödeschefsrollen är utvecklad med tillräckligt mandat att driva flödet. En stärkt omvårdnadsorganisation med representation hela vägen upp till sjukhusnivån är centralt liksom ett sammanhållet ansvar hela vägen från patientflödeschef och funktionsenhetschef till sjukhusdirektör. Incitament och struktur för samarbete mellan organisatoriska enheter är på plats och former för samarbete mellan Karolinska Universitetssjukhuset och Karolinska Institutet har utvecklats. Spe-

cialiteternas sammanhållning och utveckling samt utbildning i den nya organisationen har säkerställts. Identifierade risker med det framtagna förslaget är att den nya organisationen uppfattas som otydlig, att problem som uppstår i korsningarna mellan teman och funktionsområden behöver eskaleras och att vissa roller (funktionsflödeschef) kan bli otydliga. Steg i det fortsatta arbetet presenterades också. Utöver fortsatt detaljering av organisationen och de olika rollerna ska en ekonomisk utvärdering och analys av kostnadsmassa för den nya organisationsmodellen (i olika varianter) göras. Processen för rekrytering och bemanning av den nya organisationen ska säkras. Efter föredragningen diskuterade styrelsen ansvar och styrning av verksamheten. Särskilt fokus riktades mot skiftet från traditionella roller till team i flöden. Styrelsen avsåg att aktivt delta i den utvecklingsprocess som startat.

Vid nästa styrelsemöte i oktober 2015 presenteras en jämförelse mellan den befintliga och den nya verksamhetsmodellen. Styrelsen informeras om att arbetet med ny verksamhetsmodell går över från central designfas till en implementeringsfas.

Verksamhetsmodellen tas upp på nytt vid styrelsemöte i december 2015. Sjukhusdirektören beskriver att det är ett stort arbete som pågår och att förslaget till verksamhetsmodell ännu inte är moget för beslut i styrelsen eftersom samverkansprocessen pågår och stormötesinformation ska genomföras. Förslaget sammanfattas dock lite närmare för styrelsen och styrelsens ledamöter ställde ett antal frågor. Det handlade bland annat om hur den allmänna inställningen till förslaget är bland personalen, vilka de största farhågorna är vid en sådan här stor förändring, hur ledningsstrategin ser ut och hur ledarna förbereds för sina uppgifter. Ytterligare frågor var hur specialiteterna kommer att hanteras i den nya organisationen och om det finns risk för A- och B-lag beroende på rapporteringsväg.

Den nya verksamhetsmodellen beslutas av styrelsen

Vid nästa styrelsemöte, i januari 2016, tas verksamhetsmodellen upp för beslut i styrelsen. Status i arbetet beskrivs för styrelsen liksom de huvudsakliga riskerna. Det handlar om risk för förseningar, att man inte lyckas attrahera de bästa externa kandidaterna på grund av en pressad rekryteringsprocess. Det finns också risk för ökad per-

sonalrörlighet inom områden där tidspress och förändringar i lokalt ledarskap har lett till att det lokala stödet för förändringen varit bristande. Det finns också en risk att begränsningar i it-systemen i interimsfasen gör att potentialen i den nya verksamhetsmodellen åtminstone initialt inte kan realiseras fullt ut. Av styrelseprotokollet framgår att sjukhusets ledningsgrupp tagit ställning till modellen den 11 januari 2016. Synpunkter som framförts under arbetet nämns, det handlar exempelvis om säkring av karriärvägar, krav på rätta kompetensprofiler och balans mellan olika kompetenser samt god hantering av specialitetsfrågan. Synpunkterna har eller kommer att på olika sätt beaktas under det fortsatta arbetet. Styrelsen framförde bland annat följande synpunkter på förslaget till verksamhetsmodell: viktigt att hålla ihop specialiteterna, risk för otydlig ledningsstruktur, samma kompetenskrav bör ställas i ett funktionsområdes linje som i ett temas linje, ett antal stödfunktioner/yrkeskategorier finns inte beskrivna i förslaget (vilka framgår dock inte). Styrelsen lyfte också att det är viktigt att kunna hantera de risker organisationsförändringen medför och att en förändring som denna innebär viss osäkerhet och att man måste vara beredd att hantera den. Sjukhusdirektören beskrev organisationsförändringen som en utmaning men helt nödvändig att genomföra. De risker som har och kommer att identifieras behöver minimeras. Därefter fastställde styrelsen förslag till ny verksamhetsmodell för Karolinska Universitetssjukhuset.

8.4.3 Modellen: Värdebaserad universitetssjukvård genom teman, patientflöden och funktioner

Hur ser då den nya verksamhetsmodellen ut? I en beskrivning av verksamhetsmodellen inför styrelsens beslut i januari 2016 framgår bakgrunden till modellen, målsättningar och styrande principer, grundstenar samt beskrivning av organisation på tema- och funktionsnivå liksom utbildning i den nya organisationen. I appendix finns detaljerade beskrivningar för de olika rollerna i organisationen. Den framtida styrmodellen beskrivs endast kort vad gäller vissa grundläggande komponenter. Detsamma gäller de centrala stabernas framtida organisation.

Av beskrivningen framgår att Karolinska Universitetssjukhusets huvudstrategi är värdebaserad vård. Grunden i en värdebaserad vårdmodell är att följa upp värdet för patienten och bedriva förbättrings-

arbete längs patientflödet. Utgångspunkter för utformningen av den nya verksamhetsmodellen har enligt dokumentet varit principerna i Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) liksom de krav som ställs på en universitetssjukvårdsenhet enligt det regionala ALF-avtalet. De fem största utmaningarna för Karolinska Universitetssjukhuset anges vara organisatoriskt silotänkande och brist på helhetssyn, stora skillnader i metoder och vårdresultat, ojämn kvantitet och kvalitet på FoU, återkommande problem med ekonomin samt återkommande svårigheter att säkerställa adekvat personalförsörjning. Grundorsakerna till utmaningarna sägs vara att sjukhuset haft en organisation som försvårar det interprofessionella och interdisciplinära samarbete som är nödvändigt för att tillgodose patienternas behov. Det befintliga styrsystemet saknar helhetsperspektiv på universitetssjukvård. För att nå målen måste en stor transformering göras. Karolinska Universitetssjukhuset måste utveckla sin organisation, sina styrsystem och sina arbetsformer. Det ska göras utifrån visionen ”Patienten först”, genom värdebaserad vård och en tematisk uppdelning av vården. Med grundansatsen i värdebaserad vård behöver sjukhuset mäta de viktigaste utfallen i vården i förhållande till de resurser som krävs för att nå resultaten. Genom att använda internationellt vedertagna mått kan Karolinska Universitetssjukhuset jämföra resultat med andra ledande centra i världen och lägga grunden för ett starkare interprofessionellt och interdisciplinärt samarbete över dagens organisatoriska gränser. Det bidrar också till att stärka förutsättningarna för att integrera forskningsresultat och innovationer i vårdrutinerna. Med ”patientvärde” eller ”värde för patienterna” menas uppnådda resultat (mätt som betydelsefulla utfall för patientgruppen) relativt de resurser som använts längs hela patientflödet för att skapa utfallet.

Mål och styrande principer

Målsättningen för den nya verksamhetsmodellen är att skapa största möjliga värde för patienten, genom att sätta patienten i centrum. Det uppnås genom att organisera vården i interprofessionella och interdisciplinära team kring patienten och genom att per patientflöde följa upp och styra på patientutfall och kostnad/resursförbrukning per patient. Målet är också att skapa en ny universitetssjukvårdsorgani-

sation som ger förutsättningar för höggradig integration av vård, forskning och utbildning i nära samverkan med Karolinska Institutet.

Nio huvudprinciper ska kännetecknа den nya verksamhetsmodellen. Det handlar om: fokus på kontinuerlig förbättring av värdet för patienten längs med hela patientflödet, interdisciplinära och interprofessionella patientflödesteam med hög grad av autonomi, gemensamma målsättningar mellan organisatoriska enheter, sammanhållet chefsansvar på alla nivåer i organisationen, proaktivt och datadrivet beslutsfattande som bygger på snabba återkopplingscykler, en god och nära samverkan med Karolinska Institutet, nya typer av roller som möjliggör fler alternativa karriärvägar, flexibel användning av gemensamma resurser för högt kapacitetsutnyttjande och kostnadseffektivitet samt ändamålsenliga staber och administration som ska möjliggöra detta. Den slutliga modellen ska säkra att alla huvudprinciperna uppnås.

Ny styrmodell måste utvecklas

Den nya verksamhetsmodellen förutsätter att sjukhusets styrmodell utvecklas. Den nya organisatoriska lösningen räcker inte för att uppnå önskvärd förändring av arbetssätt och beteenden. Den nya styrmodellen ska stödja ansvariga på samtliga nivåer att kunna styra sin egen verksamhet med fokus på patientvärde, ta ett helhetsansvar för sjukhusets uppdrag, samt att stödja samarbete mellan enheter. Ökat fokus läggs på vårdkvalitet och utfallsmått på patientgruppsnivå. Uppföljning av utfallsmått ska så långt som möjligt bygga på lättillgängliga data med snabb återkoppling. Chefer kommer att följa upp och styra sina verksamheter på helheten i sin verksamhet (vård, ekonomi, medarbetare, forskning och utbildning) genom styrkort som innehåller styrtal från samtliga områden. Samarbete är en grundpelare i den nya organisationen. Styrmodellen kommer att skapa gemensamma målsättningar för ett gott samarbete mellan organisatoriska enheter genom gemensamma styr- och nyckeltal där en verksamhet inte kan lyckas på bekostnad av helheten. Detaljering av styrmodellen pågår i ett separat projekt och införande sker i takt med att verktyg och processer utvecklas. Den utvecklas därför inte närmare i dokumentet.

Teman och funktioner

Den nya verksamhetsmodellen för värdebaserad universitetssjukvård bygger på en organisation med teman och funktioner. De 290 identifierade patientgrupperna ska organiseras i olika patientflöden.

Sju *teman* är föreslagna: barn och kvinnosjukvård, hjärta-kärl, neuro, cancer, trauma och reparativ medicin, inflammation och infektion samt åldrande. Ett tema leds av en temachef. På temanivå finns också en operativ chef. Inom ett tema finns *patientområden*, som samordnar flera *patientflöden*. Varje patientområde och patientflöde leds av en chef. På tema och patientområdesnivå finns också FoU-chefer och omvårdnadschefer. Patientområdeschefen har ett sammanhållet ansvar för det värde som levereras i patientområdets patientflöden, för integration av vård och FoU samt för ekonomi och medarbetare. Utöver detta kan ansvar för utbildning (ST, AT etc) föras ned till patientområdeschefen.

Fem *funktioner* är föreslagna: akut, PMI (perioperativ medicin och intensivvård), KUL (Karolinska universitetslaboratoriet), hälsoprofessioner samt bild och funktion. En funktion samlar en gemensam medicinsk resurs med uppgift att utgöra ett sjukhusövergripande medicinskt kompetensområde som samverkar med teman som en integrerad del av patientflöden. Funktionen leds av en funktionschef. En funktion består av flera *funktionsområden* som samlar arbetet med flera patientgrupper i behov av likartat stöd. Funktionsområden leds av funktionsområdeschefer. Varje funktionsområde består i sin tur av *funktionsenheter* som leds av funktionsenhetschefer som är ansvariga motparter gentemot patientflödescheferna. Varje funktion har också en FoU-chef och en operativ chef.

Utbildning ska i den nya organisationen integreras med vård och forskning i nära samverkan med Karolinska Institutet. Målsättningen är att sjukhuset ska erbjuda ledande utbildningar på samtliga nivåer. Det ska ske i enlighet med gällande regler, riktlinjer och föreskrifter för specifik utbildning. För att säkerställa sammanhållning och utveckling av en specialitet utses ett *specialitetsansvarigt tema/funktion* alternativt patient-/funktionsområde per specialitet där den största delen av specialisterna har sin huvudsakliga verksamhet. Specialitetsansvar tilldelas patientområdeschef respektive funktionsområdeschef genom deluppdrag. För varje specialitet ska finnas en ansvarig för ST-läkarutbildning (studierektor) inom utsett tema/funktion/pati-

entområde/funktionsområde. Det ska också finnas en första linjens chefsansvar för ST-läkare (ST-chef). Även detta ligger på de teman/funktioner och patientområdes-/funktionsområdeschefer som har ett specialitetsansvar. På sjukhusövergripande nivå ska det finnas en sjukhusövergripande AT-studierektor och AT-chef. Ansvar för utbildning på grundnivå och avancerad nivå inklusive verksamhetsintegrerat lärande (VIL) läggs på patientområdes-/funktionsområdeschefer. Detta uppdrag kan delegeras.

I ett appendix finns rollbeskrivningar för de tio chefsrollerna inom temaorganisationen och de fem chefsrollerna i funktionsorganisationen. För varje roll beskrivs huvudsakligt uppdrag, ansvar, befogenheter, arbetssätt och ledning, uppföljning och styrning samt profil.

8.4.4 Fortsatt implementering av modellen parallellt med inflyttning till NKS

Efter att styrelsen i januari 2016 fattat beslut om den nya verksamhetsmodellen fortsätter arbetet med att implementera modellen, att rekrytera chefer till den nya organisationen och att utveckla det itstöd som är nödvändigt för att modellen ska fungera. Detta pågår parallellt med förberedelserna inför flytten till NKS. Arbetet delas in i Fas 1, som består av de verksamheter som först ska flytta in på NKS, och Fas 2 som är resterande verksamheter.

Rekrytering av chefer och placering av medarbetare i den nya organisationen

Under våren 2016 påbörjas rekryteringen av chefer till de verksamheter som först ska flytta in på NKS; tema Barn- och Kvinnosjukvård, tema Hjärta/Kärl samt funktion Akut, Bild och Funktion. Det är den nya organisationens chefer som kommer att ansvara för den slutliga driftsättningen av NKS. Rekryteringsarbetet ska vara klart till juni 2016. Även rekrytering av chefer för övriga teman och funktioner ska vara klart vid denna tidpunkt.

Vid styrelsemöte i september 2016 konstaterar styrelsen att ett framgångsrikt rekryteringsarbete har lett till att 270 nya chefer rekryterats till den nya organisationen. Totalt tillsattes 400 chefer i fas 1. Enligt vad utredningen erfar var en stor andel av de nya cheferna

rekryterade internt och flera av dem hade inte tidigare chefserfarenhet. I oktober 2016 rapporteras att den övergripande tidslinjen har uppdaterats. Rekrytering av chefer och placering av medarbetare i fas 2 planeras vara färdigt innan sommaren 2017.

Fortsatt designarbete

Parallellt med rekrytering pågår ett arbete med att placera in patientgrupper inom de teman som ingår i fas 2. Ett arbete ska också göras där patientflödena ska definieras vad gäller processer, volymer och resursförbrukning. En arbetsgrupp har tillsatts för att ta hand om frågeställningar som rör specialiteterna och deras utveckling i den nya verksamhetsmodellen. I arbetsgruppen ingår representanter från teman, funktioner, Karolinska Institutet och Läkarföreningen.

It-system och digitala styrkort

Det pågår också ett projekt för att ta fram digitala styrkort. Styrkorten ska bidra till att göra utfallsdata samt vissa ekonomiska data tillgänglig för patientflödescheferna och på så vis underlätta styrning och uppföljning inom prioriterade områden för respektive patientgrupp. Projektet ska övergå från pilotfas till produktionsfas. Arbete pågår med 23 patientgrupper och 112 utfallsmått. Planen är att itsystemen under andra halvan av 2016 ska uppdateras utifrån den nya verksamhetsmodellen. En ny masterdatastruktur anpassad för de nya krav som ställs på rapportering och uppföljning i den nya verksamhetsmodellen ska implementeras för fas 1 och 2. I maj 2016 rapporteras att 12 styrkort har lanserats i fas 1 och 9 styrkort för fas 2.

Övergång till nya verksamhetsmodellen samt inflyttning på NKS

Arbetet med den nya verksamhetsmodellen delades upp i två faser i syfte att synkronisera arbetet med ny organisation och inflyttning i den nya sjukhusbyggnaden. I juni 2016 gick tema Hjärta/Kärl och tema Barn samt några funktioner över i den nya modellen. De var också först med att flytta in på NKS, vilket skedde i november 2016. I september 2017 gick tema Åldrande och Karolinska Universitets-

laboratoriet över i den nya verksamhetsmodellen följt av tema Cancer, tema Inflammation och Infektion, tema Neuro samt tema Trauma och Reparativ Medicin i oktober 2017. Hela Karolinska Universitetssjukhuset arbetade från oktober 2017 i den nya verksamhetsmodellen.

Identifierade risker

De huvudrisker som identifieras handlar om risk för ökad personalrörlighet på grund av tidspress och förändringar i lokalt ledarskap, lägre tempo i förändringsarbetet och missnöje på grund av den stora utmaning omorganisationen innebär främst för specialitetsgruppen. Ytterligare en risk är att it-systemen inte hinner uppdateras i tid då det visat sig vara en större utmaning än vad som först identifierats. Det finns också en långsiktig risk att begränsningar i it-systemen gör att potentialen i den nya verksamhetsmodellen inte kan realiseras fullt ut. Därutöver identifieras risk för förseningar och att inte attrahera de bästa externa kandidaterna till chefsjobben. Senare identifieras även arbetsbelastning och ökad stress hos personalen som en risk, när design och planeringsarbete för verksamhetsmodellen ska göras parallellt med produktionen. Även bristande tillgång på strukturerade data tillkommer som risk.

8.4.5 Kritik i media mot konsultdriven modell

Konceptet värdebaserad vård kritiseras från 2016 i olika debattartiklar av bland annat företrädare för Karolinskas läkarförening.[16] Kritiken handlar bland annat om att modellen lanseras hårt av Boston Consulting Group (BCG) och att BCG:s argument för modellen utgår från en felaktig beskrivning av situationen inom svensk sjukvård. Kritikerna hänvisar också till internationella studier som visar på tveksam effekt av managementsystem som värdebaserad vård. Karolinska beskrivs som det sjukhus som är mest radikalt i införande av värdebaserad vård. Som förklaring anges bland annat att sjukhuset valt att anställa en av de tidigare konsulterna från BCG som operativ

[16] www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2016/11/Dags-for-nyanserad-debatt-om-varde-i-varden/.
http://dstest.se/debatt/vaerdebaserad-vard-staeller-patienter-mot-varandra-31031.

chef för sjukhuset. BCG beskrivs också ha hoppat över det första steget i vad en managementkonsult gör när den påbörjar ett arbete hos en klient, nämligen analysen av klientens styrkor och svagheter. Konsulterna har i stället valt att marknadsföra en färdig produkt som inte tar hänsyn till det enskilda sjukhusets förutsättningar. De skriver också att konceptet värdebaserad vård bygger på konkurrens och därmed vänder upp och ner på den behovs- och solidaritetsprincip som gäller inom svensk vård. I stället kommer grupper prioriteras utifrån vad som är mest kostnadseffektivt menar kritikerna. I och med att vården allt mer påverkas av personer med andra incitament än det som är viktigt för patienten finns risker för att konflikter uppstår om vilka förändringar av vården som behövs. Risken är att man väljer att förändra saker inte för att det är riktigt och rätt utan för att man är lojal mot modellen. Den största risken är inte att skattepengar hamnar hos managementbolag utan att beslut fattas som raserar vården för lång tid framöver. Utifrån rådande evidens och förutsättningar i svensk sjukvård anser kritikerna att det finns starka incitament för att avbryta införandet av värdebaserad vård på Karolinska Universitetssjukhuset, men även på andra håll i Sverige. De menar också att det är dags för de folkvalda att sätta sig in i frågan så att vården inte styrs av modeller utan verklighetsförankring.

8.4.6 Politiken vill ha en omstart för Karolinska Universitetssjukhuset

I april 2018 meddelade den politiska ledningen i Stockholms läns landsting att styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset skulle bytas ut.[17] Argumentet var att det var nödvändigt för att ge rätt förutsättningar för en omstart efter den kritik mot sjukhuset som under en längre tid framförts i media. Den politiska ledningen lyfte i samband med detta fram ett antal utmaningar för Karolinska Universitetssjukhuset. Det handlade bland annat om att sjukhusets ekonomistyrning inte hållit tillräcklig kvalitet. Här avsågs brister i hantering och kontroll av konsultfakturor. Styrningen av sjukhuset bedömdes också vara otillräcklig. Överanvändning av konsulter hade gjort att medarbetarna inte varit tillräckligt involverade i hur vården skulle bedrivas i det nya sjukhuset. Det hade skapat onödig oro i samband med den

[17] www.dn.se/debatt/vi-i-alliansen-byter-ut-styrelsen-for-karolinska/.

pågående flytten. De lyfte också fram betydelsen av bred politisk enlighet i stora projekt. Den politiska ledningen menade att det var en fördel att beslutet om att bygga Nya Karolinska fattades med bred majoritet och utifrån en gemensam uppfattning om behovet av ett nytt högspecialiserat sjukhus. Det ger stabilitet över tid. Nya Karolinska har därefter i alltför hög grad blivit ett politiskt debattämne som riskerar att negativt påverka medborgarnas förtroende för den vård som bedrivs. Därför var det viktigt att söka samförstånd kring långsiktiga strategiska frågor. Att tillsätta en ny styrelse var ett led i detta.

Oppositionens svar var att en ny styrelse var en nödvändig förändring, men det var inte tillräckligt.[18] Mer omfattande förändringar krävdes, bland annat föreslog man att en ny sjukhusdirektör skulle tillsättas, att jävsfrågor skulle granskas och att en grundlig analys av länets framtida behov av vårdplatser skulle göras.

8.4.7 Den nya styrelsen gör en uppföljning av verksamhetsmodellen

I maj 2018 utsåg landstingsfullmäktige nya ledamöter till styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset. Antalet ledamöter utökades också från fem till sju.

Den nya styrelsen gav i uppdrag till styrelsens vårdutskott att göra en uppföljning av den nya verksamhetsmodellen. Syftet var att ge styrelsen kunskap om hur modellen fungerade vad gällde i första hand ledarskap och ansvarsförhållanden i linjen. Uppföljningen skulle ge underlag för förbättringsarbete och belysa eventuella behov av justeringar i modellen. Uppföljningen byggde på styrdokument, medarbetarundersökning, probleminventering som genomfördes av Strategisk Sjukvårdsutveckling och Produktion (SSVP) under 2018 med ett 15-tal chefer, forskargruppdialoger med första linjens chefer och medarbetare utan chefsuppgifter, individuella samtal med samtliga temachefer, samt med medarbetare som själva tagit initiativ till att lämna synpunkter samt information från forskare som följt processen med den nya verksamhetsmodellen. De olika uppgifterna som samlats in har sedan värderats i förhållande till varandra.

Uppföljningen var klar i januari 2019 och presenterades för styrelsen.

[18] www.dn.se/debatt/repliker/alliansens-omstart-inte-tillracklig/.

Verksamhetsmodellen

Uppföljningen visar att de flesta som vårdutskottet mött accepterar grundtankarna i modellen om att skapa väl fungerande patientflöden, mätning av patientrelevanta utfall och uppbyggnad av stödjande it-system. Kritiken handlar om brister i hur det har införts i organisationen. Den nya verksamhetsmodellen betonar behovet av helhetssyn på verksamheten, men det finns en utbredd uppfattning bland medarbetare att fragmentisering och stuprörstänkande har ökat med modellen. Denna uppfattning finns även bland chefer och bland forskare som följt modellen. Det har också uppstått oklarheter kring ansvar och beslutsfattande, vilket delvis anses bero på den nya verksamhetsmodellen. Enligt modellen ska beslut fattas så nära patienten som möjligt. Uppföljningen visar att trenden snarare går mot ökad centralisering av beslut, särskilt i ekonomiska frågor. Medarbetarundersökningen visade på bristande förtroende för sjukhusledningen, vilket bland annat knutits till den nya verksamhetsmodellen. Styrningen av Karolinska Universitetssjukhuset anses i alltför hög utsträckning präglas av konsultidéer.

Effekter på vårdens innehåll

Införande av patientflöden har fått olika konsekvenser för olika patientkategorier. För vissa har det inneburit förbättringar men för andra försämringar. I det senare fallet gäller det framför allt multisjuka patienter som varit svåra att placera i rätt patientflöde. Detta kan medföra sämre vårdkvalitet. Det finns också exempel på teman där de medicinska vårdresultaten utvecklats mer gynnsamt. Vårdutskottet menar dock att det är alltför tidigt att bedöma de långsiktiga effekterna av den nya verksamhetsmodellen för den högspecialiserade vårdens vårdkvalitet och kunskapsutveckling. Vad gäller de patientsäkerhetsproblem som rapporterats tycks många bero mer på hög personalomsättning och bristande klinisk kompetens än till den nya verksamhetsmodellen. En särskild riskgrupp vid vårdplatsbrist och snävt avgränsade patientflöden är de multisjuka patienterna. Frekventa utlokaliseringar av patienter kan ge negativa effekter på patientsäkerheten.

Chefer och medarbetare

Enligt uppföljningen finns förstalinjechefer som fungerar mycket bra som ledare, men det finns också åtskilliga exempel på sämre fungerande chefer. Bland annat har det framförts kritik om kompetensbrister i ledarskapet hos en del av de nya chefer som tillsatts under implementeringen av den nya verksamhetsmodellen. Cheferna upplever i sin tur att de har en hög arbetsbelastning och tunga administrativa uppgifter. Ett bristande it-stöd bidrar till detta. Det begränsar också möjligheten att följa upp verksamheterna vad gäller vårdkvalitet och ekonomi samt att arbeta med digitala styrkort. Delade vårdgolv med flera operativa verksamhetschefer fungerar ofta bra, men det finns också exempel där det funnits en oklar rollfördelning och bristande samordning.

Kompetensflykt oroar medarbetare inom flera verksamheter på sjukhuset. Oron är särskilt stor vid akutmottagningarna. Många medarbetare och särskilt läkare anser att de fått sämre inflytande över sin arbetssituation och hur arbetet planeras. Den begränsade tillgången på vårdplatser ses som ett stort problem som ökar påfrestningarna i det dagliga arbetet. Utvecklingen vid sjukhuset uppfattas av många som negativ. Övergången till den nya verksamhetsmodellen är en del av detta, men sannolikt också de övriga stora förändringar som genomförts, som den nya sjukhusbyggnaden och det förändrade vårduppdraget. Många talar om en tystnadskultur. De administrativa uppgifterna har ökat markant både för chefer och medarbetare, det finns en större administrativ överbyggnad och en resurskrävande mötes- och projektkultur. Trots målet om patienten först går utvecklingen åt motsatt håll enligt vissa. De administrativa uppgifterna tar allt större utrymme på bekostnad av tid för patienter. Det finns också en utbredd kritik, framför allt bland läkare, mot uppdelningen av medicinska specialiteter på flera teman eller patientområden.

Utbildning och forskning

Företrädare för utbildning på grund-, AT- och ST-utbildning för läkare är oroliga över utbildningens position på sjukhuset. Det beror dels på det ändrade uppdraget för Karolinska Solna, dels på svårigheter att mobilisera tillräckliga handledarresurser. Den kliniska forskningen är stark och det finns goda förutsättningar i form av teknik

och lokaler för avancerad forskning. Men flera är bekymrade över återväxten bland kliniska forskare. Styrelsen behöver vara mer engagerad i utvecklingen av klinisk forskning vid sjukhuset. Forskningens kvalitet måste också följas bättre. Relationerna till Karolinska Institutet är avgörande.

Övrigt

Många oroar sig för sjukhusets ekonomiska situation och vilka konsekvenser det kan få. Problemen anses bland annat bero på att förstalinjens chefer saknar full insyn i de egna enheternas ekonomi. Därutöver anses det ökade antalet organisatoriska enheter i sig vara kostnadsdrivande.

8.4.8 Organisationen på Karolinska Universitetssjukhuset i dag

Styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset beslutade i januari 2019 om ett antal åtgärder med anledning av uppföljningen av verksamhetsmodellen. Sjukhusdirektören gavs i uppgift att vidta åtgärder för att förtydliga ansvar och delegation på olika beslutsnivåer i organisationen. Särskilt skulle rollen verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen belysas. Sjukhusdirektören fick också i uppdrag att utifrån både verksamhetsmässiga och ekonomiska skäl göra en fortsatt översyn av organisationen kring patientflöden och medicinska specialiteter. Särskilt skulle möjligheterna att minska uppdelningen av medicinska specialiteter på olika teman/patientområden ses över.

Med anledning av detta har flera förändringar genomförts i verksamhetsmodellen. Teman och funktionsområden ligger fast, men antalet patientflöden har minskats. Från den 1 januari 2020 finns ett 80-tal patientflöden. Antalet chefer i organisationen har minskat från drygt 900 till cirka 680 chefer. Rollen som verksamhetschef är tydliggjord i verksamhetsmodellen. Varje patientflöde har en medicinsk chef och en omvårdnadschef. Enligt den nuvarande sjukhusdirektören har ambitionen varit att tydliggöra vem som ansvarar för vad i organisationen och därmed minska gråzonerna när det gäller ansvar och mandat. Sjukhusdirektören menar dock att det alltid kommer att finnas gråzoner, det är svårt att ta bort dem helt. Man

har också arbetat med informationsförsörjningen till första linjens chefer och enligt sjukhusdirektören finns i dag it-system på plats. Patientsäkerhet ingår som en del i det löpande kvalitetsarbetet på sjukhuset. Ambitionen är fortsatt att arbeta med ständiga förbättringar och anpassa modellen utifrån behov.

Utredningen har tagit del av den senaste medarbetarenkäten för sjukhuset. Syftet med medarbetarundersökningen är bland annat att undersöka den psykosociala arbetsmiljön och ge stöd i förbättringsarbete. Resultatet ska ligga till grund för verksamheternas strategiska arbetsmiljö- och hälsoarbete. En jämförelse med 2017 visar att totalindex gått upp från 70 till 71 (av 100). Medarbetarindex har ökat från 73 till 74 medan ledarskapsindex ligger kvar på 75. Kompetensutvecklingsindex som var nytt i undersökningen låg på 70. De högsta värdena noteras för meningsfulla arbetsuppgifter, motivation i arbetet och att cheferna behandlar medarbetarna med respekt. Lägst värden noteras för inflytande över planeringen av arbetet, rimlig arbetsbelastning, stolthet över att arbeta på Karolinska Universitetssjukhuset och förtroende för sjukhusets ledning (sjukhusdirektör och ledningsgrupp). Förtroendet för ledningen har dock ökat mellan 2018 och 2019 (från 35 till 41). Siffrorna i enkäten är i regel något lägre bland läkarna än bland sjuksköterskor, undersköterskor och övriga.

8.5 Styrning och kontroll

I detta avsnitt går utredningen dels igenom styrningen av NKS-projektet och hur det är kopplat till övriga beslut om förändringar inom hälso- och sjukvården i Region Stockholm, dels de kontrollmekanismer på regional och nationell nivå som vid olika tidpunkter och på olika nivåer har aktualiserats i processen. I avsnittet går utredningen också igenom användandet av process- och organisationsstöd.

8.5.1 Styrningen av NKS-projektet

Besluts- och genomförandeprocessen för att planera, upphandla och bygga det nya universitetssjukhuset har pågått under många år. Starten för det nya universitetssjukhuset var 2001, formgivningstävlingen utlystes 2005 och vinnare utsågs 2006, upphandlingen påbörjades 2008 och tilldelningsbeslut fattades 2010, byggnationen

påbörjades 2010. De första verksamheterna flyttade in i sjukhuset 2016 och den sista inflyttningen genomfördes hösten 2018. Processen för att fastställa verksamhetsinnehållet och genomföra förändringarna vid Karolinska Universitetssjukhuset har också varit lång. Först 2017 fastställdes det slutliga verksamhetsinnehållet för sjukhuset. Genomförandet av förändringarna i planen Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) pågår fortfarande. Den nya verksamhetsmodellen och omorganisationen på Karolinska Universitetssjukhuset genomfördes däremot på relativt kort tid. De första stegen togs årsskiftet 2014/15, modellen beslutades i början av 2016 och infördes från hösten 2016 etappvis i verksamheten och skulle vara införd på hela sjukhuset 2017.

Under processens gång har många beslut och delbeslut fattats som krävt ett långsiktigt perspektiv. Samtidigt har de politiska majoriteterna varierat och organisationen av projektet förändrats över tid.

Stockholms universitets genomlysning av beslutsprocessen

Stockholms läns landsting beslutade i maj 2017 att genomföra en oberoende genomlysning av beslut rörande projektet att uppföra ett nytt universitetssjukhus i Solna och dess konsekvenser. I uppdraget ingår bland annat att belysa förberedelser, utformning och utfall av fattade beslut. Särskilt nämns de beslut som gäller OPS-avtalet. Granskningen omfattar beslutet att bygga ett nytt universitetssjukhus, genomförandet av projektet, finansieringsmodell, verksamhetsinnehåll, driftsättning och avtalsförvaltning. En oberoende utvärdering bedöms kunna ge värdefull kunskap inför framtida beslut om utbyggnader av hälso- och sjukvården i en kraftigt växande region.

Uppdraget gick till Stockholms universitet. I juni 2017 slöt Stockholms läns landsting ett avtal med Stockholms universitet om uppdragsforskning. Projektet är förlagt på Statsvetenskapliga institutionen och sträcker sig från den 1 juli 2017 till den 30 juni 2020. Hittills har tre delrapporter publicerats. Den första delrapporten avsåg de tidiga besluten om ett nytt universitetssjukhus och valet av OPS. Den andra delrapporten beskriver de beslut som därefter fattades vad gäller OPS och verksamhetsinnehållet vid sjukhuset. Den tredje delrapporten beskriver processer kring bland annat tilläggsavtal. Frågor kring styrning och organisering är centrala i rapporterna.

Slutsatser om styrning och organisering

Stockholms universitet lyfter i delrapporterna fram NKS-projektet som ett så kallat mega-projekt, det vill säga ett stort, kostsamt och komplext projekt med en omfattande förändringsambition. Komplexiteten i mega-projekt består ofta i att en stor mängd aktörer med ofta motstridiga behov och intressen berörs av projekten vilket kan leda till konfliktfyllda beslutsprocesser. Stockholms universitet konstaterar att politiken har varit drivande i visionen, men också i val av och beslut om lösningar liksom i själva organiseringen av NKS-projektet.

I den tidiga projektfasen fanns en betydande samsyn på politisk nivå om vision och inriktning för det nya sjukhuset. Lite längre fram i projektet, när OPS lyftes upp som finansieringslösning, minskade den politiska samsynen. Projektet kom i samband med detta att organiseras närmare den politiska ledningen genom en relativt självständig enhet under ett politiskt utskott till landstingsstyrelsen. Sådana organisatoriska speciallösningar är enligt Stockholms universitet inte ovanliga när det gäller megaprojekt och handlar om att handlingskraft (effektivitet) prioriteras framför bred förankring (legitimitet) av projektet. Genom att landstingsstyrelsen delegerade beslutsmandat i ett stort antal frågor till utskottet koncentrerades också ansvaret för och inflytandet till särorganisationen. Detta tenderar att bidra till att den politiska kontrollen av hur ärenden bereds ökar, samtidigt som andra enheters möjlighet att påverka arbetet minskar. Det kan också innebära att etablerade rutiner för ärendehantering, samordning och kvalitetssäkring frångås, vilket gör att frågor kan bli för ensidigt belysta. När graden av tillträde till beslutsprocessen minskar, ökar också risken för eventuella konflikter. Stockholms universitet lyfter också fram exempel på mikrostyrning eller informell styrning i projektet, där tjänstemän upparbetar nära kontakter med politiker och därigenom läser av politiska signaler, anteciperar och agerar utifrån detta. Beredningen av OPS-frågan är ett sådant exempel.

Stockholms universitet pekar också på att den organiserande parten, vilket i NKS-projektet var den politiska ledningen, å ena sidan måste hitta en lämplig balans mellan att driva processen effektivt och å andra sidan förankra projektet hos berörda aktörer för att värna legitimiteten. På samma sätt som bildandet av den särskilda förvaltningen för NKS-projektet var uttryck för politik, var nedläggningen

av samma förvaltning också det. Nedläggningen föregicks av stark kritik från två aktörer som hållits utanför processen: Karolinska Universitetssjukhuset och Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Politikens beslut att avvakta med beslutet om verksamhetsinnehåll för Karolinska Universitetssjukhuset påverkade också möjligheten för övriga sjukhus att planera sin verksamhet och att planeringen för hela regionens hälso- och sjukvård kom att tappas bort under den första delen av NKS-projektet. De politiker och tjänstemän som var drivande i planeringsfasen av projektet hade inte samma roll i genomförandefasen vilket gjorde att visionen till en del tappade kraft. Detta visar på svårigheten att organisera och driva ett stort, komplext projekt över flera mandatperioder menar Stockholms universitet.

Den politiska styrningen

Politisk majoritet

Gällande den politiska makten var det en borgerlig majoritet i Stockholms läns landsting fram till 2002 och finanslandstingsrådet och ordföranden i landstingsstyrelsen tillsattes av moderaterna. Följande mandatperiod (2002–2006) skedde maktskifte och finanslandstingsrådet och ordföranden i landstingsstyrelsen tillsattes av socialdemokraterna. Mandatperioden därefter blev det maktskifte igen och från 2006 och framåt har finans-landstingsrådet och ordföranden i landstingsstyrelsen tillsatts av moderaterna.

Politisk organisation

Den politiska organisationen för NKS-projektet har varierat över tiden. Fram till 2011 hade landstingsstyrelsen delegerat beslutsrätt till FoUU-utskottet i frågor som rörde Nya Karolinska Solna. 2011 inrättades NKS-beredningen bestående av ledamöter från landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och produktionsutskottet. Från årsskiftet 2012/2013 fördes arbetsuppgifterna från NKS-beredningen över till landstingsstyrelsens arbetsutskott som har i uppgift att bereda övergripande styrnings- och strukturfrågor inom landstinget.

Politiska beslut

Enligt kommunallagen beslutar fullmäktige i ärenden av principiell beskaffenhet eller av större vikt för landstinget. Fullmäktige kan uppdra åt en nämnd att i fullmäktiges ställe besluta i ett visst ärende och även att genomföra en viss verksamhet inom ramen för de riktlinjer som fullmäktige har fastställt. Innan ett ärende avgörs av fullmäktige, ska det ha beretts antingen av en nämnd vars verksamhetsområde ärendet berör eller av en fullmäktigeberedning. Landstingsstyrelsen leder och samordnar förvaltningen av landstingets angelägenheter och ska ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet.

Stockholms universitet lyfter fram svårigheten att organisera och driva ett stort, komplext projekt över flera mandatperioder. NKS-projektet omfattar dessutom inte enbart ett enskilt sjukhus utan berör också förändringen av en hel sjukvårdsstruktur i regionen. Fullmäktige har fattat ett flertal centrala beslut i denna process, vilket beskrivits i tidigare avsnitt. Vissa beslut har fattats av landstingsstyrelsen. I beredningen inför fullmäktiges beslut har landstingsstyrelsen hanterat frågan och innan dess det politiska organ som ansvarat för projektet (FoUU-utskottet, därefter NKS-beredningen och från 2012/13 landstingsstyrelsens arbetsutskott). När det gäller planen Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) har hälso- och sjukvårdsnämnden berett frågan innan beslut i fullmäktige. Utredningen vill här belysa några av de beslut som fattats av fullmäktige.

Inriktningsbeslutet om en ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms läns landsting fattades av fullmäktige 2005. Beslutet omfattade koncentration av högspecialiserad vård, utflyttning av specialistvård samt satsning på närsjukvården. I beslutet låg också principer för utveckling av ett akademiskt sjukvårdssystem. I beslutet står att genomförandebesluten ska ske successivt och integreras i det årliga budgetarbetet. Genom beslutet fanns en helhetssyn på riktningen framåt och utvecklingen av det nya universitetssjukhuset var en del i detta. Vad utredningen erfar tog dock utvecklingen en annan riktning. Det politiska fokuset lades på NKS-projektet, som också genom politiska beslut organiserades avskilt från den övriga planeringen av länets hälso- och sjukvård. Konsekvensen blev att planeringen och utvecklingen av sjukvårdsstrukturen i Stockholm inte skedde samordnat och att den också försenades.

Våren 2008 beslutade fullmäktige om byggnation av ett nytt universitetssjukhus i Solna. Landstingsstyrelsen fick i uppdrag att bereda frågan om finansiering och upphandlingsform inför beslut i fullmäktige. I underlaget inför fullmäktiges beslut förordar landstingsstyrelsen en OPS-upphandling trots att förvaltningen i underlaget till landstingsstyrelsen inte tagit ställning i frågan. Fullmäktige beslutade i enlighet med landstingsstyrelsens förslag att en OPS-upphandling skulle genomföras. Den politiska nivån hade tidigare varit eniga i satsningen på ett nytt universitetssjukhus, men genom beslutet att gå vidare med en OPS-upphandling uppstod politisk oenighet. I fullmäktiges beslut uttalades att en förutsättning för att genomföra upphandlingen var att förväntad konkurrens uppnåddes. Som beskrivits i tidigare avsnitt kom endast ett anbud in i prekvalificeringsfasen i upphandlingen. Beslutet att ändå gå vidare med detta enda anbud fattades av FoUU-utskottet under landstingsstyrelsen. 2010 fattade fullmäktige tilldelningsbeslut i upphandlingen av det nya universitetssjukhuset.

När det gäller verksamhetsinnehållet för Karolinska Universitetssjukhuset beslutade fullmäktige 2009 att uppdra åt landstingsstyrelsen att senast 2011 återkomma med ett mer preciserat förslag till verksamhetsinnehåll och vilka förändringar detta skulle medföra för Karolinska Universitetssjukhuset. Detta trots att hälso- och sjukvårdsnämnden i remissomgången på förslaget kritiserat förslaget och pekat på behovet av en samordnad process. Fullmäktiges beslut innebar att möjligheten till en samordnad planering av hälso- och sjukvården i länet försvårades ytterligare och att övriga sjukhus inte kunde planera för sin framtida verksamhet. I praktiken kom det slutliga verksamhetsinnehållet för Karolinska Universitetssjukhuset att fastställas av landstingsstyrelsen först 2017.

Efter hälso- och sjukvårdsnämndens kritik på förslaget till övergripande verksamhetsinnehåll för NKS 2009 gav nämnden i uppdrag till hälso- och sjukvårdsförvaltningen att ta fram en plan för Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). 2011 fattade fullmäktige beslut om att genomföra planen. I samband med detta beslutades också att lägga över ansvaret för bland annat verksamhetsinnehållet för NKS på ledningen för Karolinska Universitetssjukhuset. Genom detta beslut fanns återigen förutsättningar för en samordnad planeringsprocess. Beslutet fattades emellertid långt fram i processen. Ett annat problem var att styrningen i uppdraget till Karolinska Universitets-

sjukhuset var vag vad gäller hur sjukhuset skulle förhålla sig till det övergripande verksamhetsinnehåll som NKS-förvaltningen tagit fram. I praktiken innebar det att Karolinska Universitetssjukhuset började om processen om verksamhetsinnehåll, där de utgick från den befintliga vården på sjukhuset i stället för att utgå från det underlag som NKS-förvaltningen tagit fram.

Organisation och styrning på tjänstemannanivå

Organisationen för NKS-projektet har liksom den politiska organisationen förändrats över tid. Formgivningstävlingen av det nya sjukhuset arrangerades 2005 av Locum AB. För att utveckla det vinnande förslaget inrättades 2006 NKS-kansliet som var underställt ledningen vid Locum AB. Kansliet avvecklades 2007 och i november publicerades ett projektprogram som sammanfattade kansliets arbete. 2008 beslutade landstingsfullmäktige att bygga ett nytt sjukhus och inrättade samtidig en separat förvaltning, NKS-förvaltningen, för att organisera arbetet med det nya sjukhuset. NKS-förvaltningen fick därmed samma mandat som övriga förvaltningar inom landstinget. Förvaltningen arbetade nära FoUU-utskottet under landstingsstyrelsen som fått delegerat ansvar för NKS-projektet. NKS-förvaltningen kom att kritiseras av både hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och Karolinska Universitetssjukhuset och efter beslut i fullmäktige 2011 lades NKS-förvaltningen ned. Ansvaret för NKS-projektets verksamhet delades i stället upp mellan landstingsstyrelsens förvaltning och Karolinska Universitetssjukhuset. På landstingsstyrelsens förvaltning startades NKS bygg som en egen avdelning direkt under landstingsdirektören. Uppdraget för NKS Bygg var att vara beställare för sjukhusbyggnationen och det 30-åriga projektavtalet samt ansvara för upphandling av inredning, medicinteknik och IKT. Karolinska Universitetssjukhuset ansvarade för verksamhetsinnehåll och att förbereda sjukhuset inför inflytten i den nya sjukhusbyggnaden. 2011 bildades också ett landstingsgemensamt programkontor för att genomföra planen Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) som fullmäktige hade beslutat. Programkontoret drevs gemensamt av hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och landstingsstyrelsens förvaltning. Syftet var att planera, samordna och genomföra landstingets nya inriktning för hälso- och sjukvården där NKS var

en viktig del. Samma år byggdes också ett lokalt programkontor vid Karolinska Universitetssjukhuset upp.

Beredning av ärenden och framtagande av beslutsunderlag

Förvaltningen och tjänstemännen har en viktig roll att säkerställa att frågor hanteras på ett rättssäkert, effektivt och demokratiskt sätt. Förvaltningen ska ta fram väl underbyggda underlag och förslag för den politiska organisationens beslut. De tidiga rapporterna (SNUS och 3S) och Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) är exempel på detta.

Stockholms universitet pekar i sin andra delrapport på de problem som uppstår när frågor i stället politiseras. Det kan medföra en risk att en ”amatörförvaltning” skapas som agerar kortsiktigt utifrån politiska signaler i stället för att säkerställa väl genomarbetade underlag. Detta blir särskilt viktigt när konsulter anlitas som stöd i förvaltningens arbete. Stockholms universitet lyfter fram förvaltningens hantering av OPS som ett exempel på detta. De menar att organisationen av NKS-projektet i landstinget liksom managementkonsulters tillträde och relation till projektorganisationen hade avgörande betydelse för hur OPS-idén legitimerades. Konsulter som bistod landstinget blev ”idéodlare” som genom att idealisera OPS i relation till den traditionella modellen för att driva byggnationsprojekt inverkade på vilka beslut som initierades, bereddes och fattades i landstinget. Utredningen har i sina kontakter uppfattat att NKS-förvaltningen drev OPS-linjen, medan andra delar av förvaltningen argumenterade mot OPS. I landstingsdirektörens tjänsteutlåtande inför landstingsstyrelsens och fullmäktiges beslut förordades inte det ena alternativet framför det andra. Detta eftersom för- och nackdelar med båda alternativen bedömdes väga så jämt att det inte gick att på objektiva grunder förorda ett alternativ trots att omfattande externa utredningar genomförts. Därmed överläts till den politiska nivån att avgöra frågan. Stockholms universitet menar att det finns ett behov av att förstärka den konventionella förvaltningen då det blir allt vanligare att nyttja extern expertis i form av konsulter.

Samverkan och kulturfrågor

Komplexiteten i NKS-projektet handlade i första hand om att det berörde många aktörer med olika behov, intressen och uppfattningar om projektet. Hur projektet samverkat med olika aktörer under olika faser har därför varit en viktig fråga.

Utredningen har fått liknande bild av NKS-projektets organisation och samverkan som Stockholms universitet och Jan Öhrming (2017) beskriver i sina rapporter. För att värna visionen för projektet och kunna fokusera på det nya valde Stockholms läns landsting att organisera det fritt från befintliga aktörer och intressen. Potentiellt motsträviga aktörer skulle hållas på avstånd från projektet. Det gällde särskilt Karolinska Universitetssjukhuset som uppfattades vara svårstyrda och förändringsobenägna. Även hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och i viss mån Locum skulle hållas på avstånd. Karolinska Institutet sågs dock som en viktig samverkansaktör.

Projektledare och övriga i organisationen för NKS-projektet rekryterades externt. Bland annat handplockades personal från Karolinska Universitetssjukhuset till projektet för att utifrån internationella exempel utforma den bästa vården och verksamhetsinnehållet på det nya sjukhuset. Personerna valdes primärt utifrån sin kompetens och inte som representanter för sjukhuset. Företrädare för Karolinska Universitetssjukhuset, Locum och Karolinska Institutet ingick i en styrgrupp för projektet. Processen var utformad så att NKS-förvaltningen arbetade fram förslag med stöd av de så kallade 20-procentarna från Karolinska Universitetssjukhuset. Styrgrupper och referensgrupper fick information, men hade egentligen inga större möjligheter att påverka inriktningen. Först när det första förslaget till övergripande verksamhetsinnehåll fanns framme 2009 gick det ut på remiss till personalorganisationerna vid Karolinska Universitetssjukhuset, Karolinska Institutet, hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning samt till andra sjukhus. Många remissinstanser var kritiska och menade att förslaget var för övergripande att ta ställning till, att det behövde samordnas med planeringen av hälso- och sjukvården i länet och att förutsättningarna för utbildning och forskning i länet behövde säkerställas. Personalorganisationerna uttryckte att de inte fått varit tillräckligt delaktiga i processen. Särskilt kritiska var Karolinska Universitetssjukhuset och hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Som beskrivits i andra avsnitt i betänkandet så age-

rade båda aktörerna för att ansvaret för projektet skulle övergå till dem. NKS-förvaltningen arbetade dock på ytterligare några år. Efter förändringar på politisk nivå fattades dock sådana beslut. I beslutet om Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) 2011 beslutades också att NKS-förvaltningen skulle läggas ned och att ansvaret i stället skulle övergå till ledningen för Karolinska Universitetssjukhuset och landstingsstyrelsens förvaltning (NKS Bygg). Frågan om verksamhetsinnehåll för Karolinska Universitetssjukhuset skulle samordnas med FHS genom ett centralt programkontor inom landstinget och ett lokalt programkontor på Karolinska Universitetssjukhuset. Därmed övergick NKS-projektet från att vara ett avgränsat och isolerat projekt inom regionen till att i organisatorisk mening vara en del av en helhet. Karolinska Universitetssjukhuset skulle dock koncentrera sig på den egna verksamheten och vilken vård som skulle bedrivas där. Vilka sjukhus som skulle och som kunde ta över vård från sjukhuset var länge oklart. Det tycks också som att sjukhusets samverkan med Karolinska Institutet inte fungerade fullt ut. Den sammantagna bilden är att NKS-projektet slets mellan att å ena sidan ha uppdraget att tänka nytt och utforma ett unikt högspecialiserat sjukhus fritt från det gamla, och å andra sidan hantera alla de aktörer som var viktiga för att visionen om det högspecialiserade sjukhuset skulle kunna bli verklighet.

En fråga som hänger nära samman med detta är organisations- och professionskultur. Att förändra en kultur tar ofta lång tid och kräver insikt, förståelse och att de som är del av kulturen görs delaktiga i processen. Som nämnts tidigare i detta avsnitt uppfattades både ledning och personal vid Karolinska Universitetssjukhuset som svårstyrda och förändringsobenägna. Denna uppfattning var en anledning till att Karolinska Universitetssjukhuset skulle hållas utanför planeringen av det nya sjukhuset. I stället skulle det nya sjukhuset, utformat av andra än sjukhusets personal och ledning, tvinga fram en transformation också av kulturen på sjukhuset. En ny byggnad, ett delvis nytt verksamhetsinnehåll och nya arbetssätt skulle underlätta förändringen. Det var också därför som NKS-projektet sågs som lika mycket ett verksamhetsprojekt som byggprojekt. Den här uppfattningen förstärktes också när det gällde organisationen och verksamhetsmodellen för det nya sjukhuset. Det ansågs viktigt att den nya verksamhetsmodellen var på plats i samband med att verksamheterna skulle flytta in i den nya byggnaden. Tidplanen för byggnaden blev

på så vis också tidplanen för den nya organisationen och verksamhetsmodellen, även för den del av verksamheten som var placerad i Huddinge. Det innebar att många förändringar skulle göras samtidigt och på relativt kort tid. Av de samverkansprotokoll utredningen tagit del av och av utredningens kontakter med personalorganisationerna framgår att personalen reagerade mot detta och att de motsatte sig hela eller delar av förändringarna.

8.5.2 Externt process- och organisationsstöd

I utredningens uppdrag ingår att kartlägga användningen av process- och organisationsstöd. Användningen av externt konsultstöd har olika karaktär. Beslutsprocesserna inför byggnadsinvestering och strukturförändring kräver omfattande underlag inom olika områden, även inom områden som ligger vid sidan av den egna organisationens expertis, vilket ger behov att ta in extern expertis i form av konsulter. I andra fall har konsultstödet varit en ren resursförstärkning av organisationen.

Användandet av process- och organisationsstöd skiljer sig åt i besluts- och genomförandeprocesserna för upphandling och byggnation samt inflyttningen till NKS, verksamhetsinnehåll för NKS respektive den nya verksamhetsmodellen vid Karolinska Universitetssjukhuset. Stödets omfattning varierar också över tid liksom vilken aktör som varit beställare av stödet.

I processen fram till beslut om och upphandling av byggnation av nytt universitetssjukhus i Solna har externt stöd använts löpande och inom flera områden. Stödet har bland annat omfattat initiala kostnadsberäkningar av investeringen. Vid utformningen av byggnaden har arkitekter och byggteknikkonsulter anlitats. Externt stöd har även använts i beslutsprocessen som ledde fram till valet av OPS för genomförande och som avtalsform. De båda externa konsultföretag som anlitades förordade OPS för genomförandet. OPS hade utretts i såväl SNUS-utredningen som 3S-utredningen som avrått från att använda denna typ av finansieringslösning. De externa underlagen var så vitt utredningen erfar avgörande för valet av OPS. I den förhandling som följde av upphandlingen anlitades externt stöd bland annat för att säkerställa att den finansiella modellen i avtalet som reglerar regionens betalningar till projektbolaget var korrekt. Vidare

har man under planering och genomförande anlitat externt stöd för arbete med riskanalyser. Externt stöd har även anlitats i samband med upphandlingar av utrustning till det nya sjukhuset. Vad utredningen erfar har detta stöd främst utgjort en resursförstärkning av upphandlingsorganisationen då mycket omfattande upphandlingar skulle genomföras i landstinget.

I Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) föreslogs en tioårig plan för investeringar i länets hälso- och sjukvård. Planen tillsammans med investeringen i NKS innebar omfattande investeringar för landstinget. För att förstärka riskbedömningarna togs externt stöd in för att genomföra kostnads- och investeringsanalys, som bland annat innebar förslag att skjuta en fjärdedel av planerade investeringar i tid, till efter 2018, för att bibehålla ekonomisk balans i landstinget.

Vad utredningen erfar använde Stockholms läns landsting inget externt stöd i de tidiga processerna med verksamhetsinnehållet för NKS. NKS-förvaltningen anställde personal från Karolinska Universitetssjukhuset på 20 procent för att utifrån internationella exempel ta fram förslag till lämpligt verksamhetsinnehåll. När ansvaret för verksamhetsinnehållet gick över till Karolinska Universitetssjukhuset bedömde Programkontoret Karolinska att det fanns behov av externt stöd, bland annat för att facilitera workshops med personalen om vilken vård som skulle vara kvar på sjukhuset respektive flyttas ut från sjukhuset. Redan innan dess hade Karolinska Universitetssjukhuset också anlitat externt stöd för utveckling av bland annat värdebaserad vård med koppling till flödesmodellen.

Från 2014, när den nya sjukhusledningen började utveckla tankarna om värdebaserad vård och behov av en ny verksamhetsmodell, ökade Karolinska Universitetssjukhusets avrop för externt process- och organisationsstöd. Utredningen har tagit del av sammanställningar för konsultkostnader och avrop för konsulter för perioden 2014 till 2018. Av dessa framgår att avrop för Omställningen vid Karolinska Universitetssjukhuset under perioden 2014–2018 uppgår till totalt 380 miljoner kronor. Exakt vad som ingår i omställningen är oklart, men en del i detta är stöd till utformning av den nya verksamhetsmodellen och förberedelser inför flytten till NKS. Merparten av kostnaderna (256 miljoner kronor) ligger på 2016 vilket sannolikt förklaras av att den första inflytten till NKS skulle genomföras det året, att den nya verksamhetsmodellen var beslutad och skulle implementeras i organisationen samt att ett stort antal nya chefer skulle

rekryteras och ett nytt it-stöd tas fram. Hösten 2016 fattade Karolinska Universitetssjukhuset beslut om att reducera och avveckla användningen av Boston Consulting Group (BCG) och att avvecklingen skulle ske under ordnade former så att inga leverantörsstörningar för driftsättning och andra omställningsaktiviteter uppstod. Utfasningen genomfördes successivt under våren 2017 och avslutades helt i juni 2017.

Översyn av processen för inköp av externa konsulter

I slutet av 2017, efter att konsultkostnaderna vid Karolinska Universitetssjukhuset lyfts fram och kritiserats i media under en tid, beslutade sjukhusdirektören i samråd med styrelsens ordförande att göra en översyn av sjukhusets process för inköp av externa konsulter med specifikt fokus på Boston Consulting Group (BCG). Översynen gjordes av internrevisorn vid Karolinska Universitetssjukhuset.

Av rapporten (Dnr K2017:5710) framgår bland annat att sjukhusets övergripande riskanalysmodell inte använts fullt ut, risker för oegentligheter har inte fångats upp. I avsnittet om upphandlingsprocess och val av konsulter beskrivs att BCG under 2012 lånat ut två konsulter ”gratis” till sjukhuset för att stötta en del i verksamhetsplanen för 2013 avseende värdebaserad vård. Sjukhuset tecknade därefter avtal med bolaget. Internrevisorn konstaterar att det är direkt olämpligt att först ”låna” konsulter från ett konsultbolag för att senare teckna avtal med samma bolag. 2014 anställdes en tidigare konsult från BCG som produktionsdirektör vid Karolinska Universitetssjukhuset. Produktionsdirektören medverkade i upphandlingsprocessen och poängsättning av konsultleverantörer samt vid tilldelningsbeslut av bland annat BCG. Bolaget har enligt revisionsrapporten använt taktisk prissättning för olika konsultkategorier och fakturor saknar specifikationer. Utfall har i stället kommunicerats via mail och telefon mellan leverantören och sjukhuset.

Flera rekommendationer ges i rapporten, exempelvis att förtydliga informationen om jäv och användning av sekretess- och jävsförbindelse, utveckla checklistor och lathund för anskaffning, upphandling, beställning och uppföljning av konsulttjänster. Rekommendationer ges också om stärkta rutiner för fakturor och attester samt för riskanalyser.

8.5.3 Kontrollmekanismer i exemplet NKS

I detta avsnitt går utredningen igenom vilka kontrollmekanismer som identifierats i exemplet NKS och hur de påverkat processer och beslut vad gäller verksamhetsinnehåll, upphandling och OPS-avtal samt införandet av den nya verksamhetsmodellen på Karolinska Universitetssjukhuset. Utredningen har inte haft möjlighet att närmare kartlägga riskanalyser eller kontrollmekanismer i beslutsprocessen för Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS), det vill säga den större strukturförändring av hälso- och sjukvården som genomförts och genomförs i Region Stockholm. En genomgång av revisorernas granskningar av FHS har dock gjorts.

De delar som gäller upphandlingen och byggnationen kan ses som en självständig process, medan processen för att fastställa verksamhetsinnehållet varit knuten till den större förändringen av hälso- och sjukvårdsstrukturen i regionen. Frågan om ny verksamhetsmodell för sjukhuset har hanterats internt inom Karolinska Universitetssjukhuset.

Kontrollmekanismer i projektet

En viktig del av den interna kontrollen inom ett projekt är riskhantering, det vill säga att göra riskanalyser, att formulera åtgärder för att hantera risker och att följa upp och uppdatera riskerna under projektets gång. Som utredningen beskrivit i tidigare avsnitt definierades NKS-projektet inte enbart som ett byggprojekt utan också som ett verksamhetsprojekt. Utredningen har tagit del av riskanalyser m.m. i NKS-projektet för att se vilka risker som har identifierats och hur de har hanterats i projektet.

Den sammantagna bilden är att verksamhetsrisker inte varit i fokus för NKS-projektet. Detta bekräftas också i utredningens intervju med den tidigare direktören för NKS-förvaltningen. Fokus har i stället legat på infrastrukturella risker, upphandling och byggnation. En del verksamhetsrisker identifieras dock under projektets gång.

Verksamhetsinnehåll för NKS

Besluts- och genomförandeprocessen för verksamhetsinnehållet vid NKS har pågått under lång tid – från 2001 fram till 2018. Olika aktörer har ansvarat för arbetet med verksamhetsinnehåll – NKS-kansliet, NKS-förvaltningen och därefter Karolinska Universitetssjukhuset.

I projektprogrammet som NKS-kansliet presenterade 2007 ingår en sammanställning av risker i projektet. Bland risker med störst sannolikhet att de ska inträffa dominerar risker kopplade till detaljplan och byggnation. En mer verksamhetsrelaterad risk är ”risk med samverkan mellan NKS och Karolinska Institutet”. För att undvika dessa risker i projektet måste en god kommunikation och dialog med samtliga intressenter upprätthållas. Visionen för det nya sjukhuset måste hållas levande skriver man. Den fortsatta hanteringen av risker i NKS-projektet ska ”utgå från att den som är ansvarig för en aktivitet också är ansvarig för identifiering och hantering av risker. Risker bör hanteras och kommuniceras så tidigt som möjligt för att kunna minimeras”.

I de löpande riskanalyser som därefter görs inom NKS-förvaltningen är frågor om verksamhetsinnehåll inte i huvudfokus. Under hösten 2009 lyfter NKS-förvaltningen dock upp risker kring verksamhetsinnehållet. Riskerna är bland annat ett försenat arbete med Stockholms framtida sjukvårdsstruktur och att Karolinska Institutets framtida organisation inte är synkroniserad med NKS och Stockholms läns landstings sjukvårdsstruktur. Utöver det lyfter man fram risker med bristande förankring vid Karolinska Universitetssjukhuset, med de fackliga organisationerna och med patientorganisationer. Åtgärderna är att samverka med hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, med Karolinska Institutet och med Karolinska Universitetssjukhuset i referensgrupper. Även personalorganisationer och patientorganisationer ska hanteras genom referensgrupper.

Utredningen har begärt ut underlag från Karolinska Universitetssjukhuset avseende arbetet med verksamhetsinnehållet från 2012. Av de underlag utredningen fått del av framgår inte några specifika riskanalyser eller beskrivning av hur riskarbetet går till. När verksamhetsinnehållet tas upp första gången i styrelsen januari 2012 efterfrågar styrelsen en fördjupad riskanalys i projektet. Därefter tas risker kopplat till verksamhetsinnehållet upp och diskuteras vid några till-

fällen med styrelsen. Vid styrelsemöte i december 2013 beskrivs att de största riskerna är att den ordinarie driften av sjukhuset upptar så stor del av resurserna och engagemanget att projektets utveckling hindras. De ekonomiska förutsättningarna för projektet utgör också en risk. Som systemrisker lyfts kompetensförsörjningen och att man inte når ut med information på ett bra sätt. Hur riskerna ska hanteras framgår dock inte.

Upphandling och byggnation

Som beskrivits i tidigare avsnitt redovisar NKS-kansliet i Projektprogrammet för Nya Karolinska Solna från november 2007 risker som kan påverka genomförandet av projektet. För risker kopplade till upphandlingen och genomförandet av byggprojektet genomför NKS-förvaltningen löpande analyser och det upprättas en intern kontrollplan (LS 0909-0773). Risker som lyfts är beroenden av externa processer som planarbeten och omgivande byggarbeten. Man redovisar även under 2008 en initial sammanställning av OPS-relaterade risker för vidare arbete där man tar upp kontraktsrisker, kommersiella, legala, operationella, och politiska risker, samt miljö-, samhälls-, finansierings- och restvärdesrisk. Till exempel lyfts att långa kontrakt kan medföra inlåsningseffekter och att förändrade krav på verksamheten och teknisk utveckling behöver kunna hanteras. Vidare anges risken att Karolinska Universitetssjukhuset får högre kostnader än andra aktörer och därmed förlorar i konkurrenskraft.

Under hösten 2008 genomfördes med externt konsultstöd en studie av tidsramar för produktionen av NKS där bedömningen att sjukhuset kan vara i drift från 1 januari 2016 gjordes, men att tidplanen var extremt känslig för störningar.

I februari 2013 genomfördes med externt konsultstöd en kostnads- och investeringsanalys, vilken beskrivits i tidigare kapitel. Denna analys omfattar landstingets totala investeringar under perioden 2012 till 2023 och innehåller riskbedömningar, slutsatser och strategiska överväganden för att undvika underskott och för bibehållet balanskrav och kreditrating.

NKS-förvaltningens ledningsgrupp beslutade om projektdirektiv för projektets olika delar, till exempel förberedande arbeten på tomten, OPS-upphandling, upphandling av IKT samt utrustning och

medicinsk teknik. I direktiven identifierades risker och åtgärder anges för att hantera dem. Gällande direktiven för OPS-upphandlingen (LS 0809-0870) identifierades risker att upphandlingen måste avbrytas eller göras om. Såväl legala risker togs upp liksom risker för att inga anbud inkommer eller att lämnade anbud inte uppfyller kraven. Åtgärd för att hantera risken att inga anbud inkommer identifierades som marknadsföring samt återhållsamhet med skall-krav i förfrågningsunderlaget.

Ny verksamhetsmodell vid Karolinska Universitetssjukhuset

Medan Programkontoret på Karolinska Universitetssjukhuset från 2012 ansvarade för processen för verksamhetsinnehåll och frågor kopplade till byggnation och flytt till NKS, låg ansvaret för verksamhetsmodellen på stabsnivå i sjukhusorganisationen. I slutet av 2014 etablerades en ny stabsfunktion – Strategisk sjukvårdsutveckling och produktion (SSVP) – vars chef rekryterades från BCG. SSVP ansvarade för att samordna arbetet med den nya verksamhetsmodellen.

Vad gäller risker och riskanalyser framgår att styrelsen ställer frågor om risker när verksamhetsmodellen lyfts upp på styrelsemöten under 2015. Först 2016 tycks dock SSVP börja arbeta mer systematiskt med att identifiera och följa upp risker. Bland annat presenteras för styrelsen 2016 att riskerna hanteras löpande av Programstyrning och i samarbete med relevanta staber. I övrigt följer programmet den övergripande modellen för riskhantering på Karolinska som är fastställd i styrelsen. Nästa steg för Programstyrning är att säkra god styrning och stöd till det lokala implementeringsarbetet samt att löpande identifiera och hantera risk. En projektledare har anställts för denna uppgift.

Riskerna handlar framför allt om hur den nya verksamhetsmodellen uppfattas och om den kommer att vara tillräckligt tydlig. Åtgärderna är att anpassa och förtydliga modellen och modellbeskrivningen. Däremot framgår inte några identifierade risker om hur den nya verksamhetsmodellen uppfyller lagkrav enligt hälso- och sjukvårdslagen eller patientsäkerhetslagen. Detta efterfrågas inte heller av styrelsen. Andra identifierade risker avser rekryteringen av chefer till den nya organisationen och försening av uppbyggnad av it-stöd. I båda

fallen hänger riskerna på en snäv tidplan inför inflytt i den nya sjukhusbyggnaden och övergång till den nya verksamhetsmodellen.

Kontrollmekanismer i besluts- och genomförandeprocessen

Om kontrollmekanismer på projektnivå i huvudsak avser att säkerställa projektets genomförande och att hantera risker, avser kontrollmekanismer i besluts- och genomförandeprocesser bland annat kvaliteten på beslutsunderlag, hur den beslutande nivån ställer krav på projektet samt följer upp hur besluten genomförs.

Verksamhetsinnehåll för NKS och ny struktur för hälso- och sjukvården

Besluts- och genomförandeprocessen för NKS har redan från början varit nära knuten till den nya strukturen för hälso- och sjukvården i Stockholm. De tidiga utredningarna (SNUS och 3S) som var viktiga beslutsunderlag pekade på detta och landstingsfullmäktiges inriktningsbeslut om en ny hälso- och sjukvårdsstruktur byggde på denna tanke. I praktiken kom dock inriktningsbeslutet från 2005 inte att genomföras förrän 2011 då fullmäktige beslutade om planen Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). En möjlig förklaring till detta kan vara att den politiska majoriteten skiftade efter att inriktningsbeslutet fattades. Fullmäktiges beslut 2008 om att verksamhetsinnehållet för NKS skulle beslutas i ett senare skede påverkade också möjligheterna till en samordnad process. Först 2017 fastställde landstingsstyrelsen verksamhetsinnehållet för NKS.

Vad utredningen erfar tycks ingen aktör ha följt upp hur inriktningsbeslutet följdes. Landstingsstyrelsen, som enligt kommunallagen har en uppsiktsplikt över övriga nämnders verksamhet, har inte agerat. Inte heller tycks någon kontrollmekanism ha trätt in vad gäller fullmäktiges beslut om sent fastställande av verksamhetsinnehåll för NKS. 2009 pekade hälso- och sjukvårdsnämnden på att verksamhetsinnehållet för NKS behövde samordnas med planeringen för hela regionens hälso- och sjukvård. När landstinget 2011 beslutade att ge ledningen för Karolinska Universitetssjukhuset ansvaret för verksamhetsinnehållet formulerades uppdraget dock ensidigt, det vill säga sjukhuset skulle analysera vilken vård som skulle vara kvar respek-

tive flyttas ut från sjukhuset, utan att veta vilka som var mottagare av utflyttad vård.

Även frågan om det akademiska sjukvårdssystemet lyftes i ett tidigt skede och ett uppdrag formulerades om att ta fram förslag om hur ett sådant system skulle kunna utformas. Flera förslag presenterades. ALF-avtalet från 2015 kan ses som ett sent resultat av detta arbete. Men även om det finns en organisation i teorin, är det bara delar av organisationen som i praktiken finns på plats. Även här tycks genomförandet utifrån fattade beslut inte ha fungerat fullt ut och ingen aktör eller kontrollmekanism har säkerställt att så sker.

Utredningen har inte kunnat se att det gjorts några konsekvensanalyser som del i beslutsunderlagen om verksamhetsinnehåll. Viktiga frågor att belysa är exempelvis konsekvenser för vården, patientsäkerhet, personal och förutsättningar för utbildning och forskning.

Upphandling och byggnation

Beslutet 2005 att uppföra ett nytt universitetssjukhus i Solna föregicks av SNUS-utredningen som senare följdes av den mer omfattande 3S-utredningen. I båda utredningarna föreslogs att ett nytt universitetssjukhus skulle lokaliseras till KS-området i Solna. Att bygga ett helt nytt sjukhus vid Solnavägen ställdes mot utveckling av det befintliga sjukhusområdet genom renovering och partiell nybyggnation. I båda utredningarna bedömdes att en ny byggnad bäst svarade mot uppställda krav som visionen för det nya universitetssjukhuset innebar.

Underlagen för beslutet 2008 att genomföra en OPS-upphandling omfattar vid sidan av den egna organisationens underlag två olika rapporter som tagits fram med externt konsultstöd från två olika företag. Gällande val av entreprenadform gjordes likartade bedömningar i båda rapporterna. Dels att OPS är förenligt med LOU. I den ena rapporten bedöms också att detta bör inbegripa möjlighet till ett förhandlat förfarande. Dels att OPS rekommenderas framför nollalternativet (samverkansentreprenad med partnering).

I det tjänsteutlåtande som presenterades därefter tog tjänstemännen inte ställning för någon upphandlingsform utan presenterade två alternativ, dels en traditionell upphandling av en samverkansentreprenad där landstinget står för finansiering, dels en OPS-upphand-

ling. Gällande OPS-upphandling med privat finansiering skriver man att det viktigaste argumentet för denna genomförandeform är att den ger en högre finansiell förutsägbarhet och minskar riskerna för fördyringar och förseningar genom att den privata parten förväntas ha erfarenhet av stora och komplicerade projekt. Det som talar emot OPS är att det är oprövat i Sverige vilket kan påverka svenska och internationella entreprenörers intresse att delta i anbudstävlan. Sammantaget ansåg förvaltningen att för- och nackdelar med de båda alternativen vägde så jämt att det inte på rent objektiva grunder gick att entydigt förorda det ena före det andra, trots att mycket omfattande externa utredningar genomförts. Vidare ansåg man att ytterligare utredning i frågan inte skulle tillföra analysen något mer.

Landstingsrådsberedningen föreslog därefter att genomföra en OPS-upphandling. Landstingsfullmäktige beslutade enligt beredningens förslag. En förutsättning för genomförande av upphandlingen var enligt beslutet att förväntad konkurrens uppnås.

Upphandlingen var indelad i tre faser: Kvalificering, Anbud och Utvärdering- och förhandling. I kvalificeringsfasen inkom endast en ansökan om att bli kvalificerad. FoUU-utskottet beslutade att gå vidare och låta denna enda kandidat lämna anbud. I de följande förhandlingarna med SHP hade landstinget även externt konsultstöd gällande den finansiella modellen.

Ny verksamhetsmodell vid Karolinska Universitetssjukhuset

Behovet av en ny verksamhetsmodell lyftes till styrelsen av sjukhusdirektören första gången i slutet av 2014. Då hade styrelsen redan tidigare hanterat frågan om värdebaserad vård och hur den skulle kunna integreras i flödesarbetet på sjukhuset. Däremot hade inte behovet av en helt ny verksamhetsmodell diskuterats tidigare.

Under våren 2015 återkommer sjukhusdirektören till de problem sjukhuset har och att en ny verksamhetsmodell ska bidra till att lösa problemen. Beslutsprocessen för den nya verksamhetsmodellen går därefter relativt fort. Vad utredningen erfar togs inte någon förstudie eller liknande underlag fram för verksamhetsmodellen. I stället tycks de tio pilotflöden som tidigare startats ha använts för att lyfta fram och argumentera för modellen. Styrelsen fattar ett inriktningsbeslut om en tematisk organisation redan våren 2015 och därefter påbörjas

arbetet på allvar med att utforma den nya verksamhetsmodellen. Under våren 2015 samverkas modellen första gången med personalorganisationerna. Läkarföreningen framför att beslutsunderlaget (erfarenheterna från tio pilotflöden) är alltför otillräckligt för beslut om hur all vård på sjukhuset ska organiseras. Styrelsen tycks däremot ha godtagit beslutsunderlaget. Verksamhetsmodellen tas upp vid i stort sett varje styrelsemöte under 2015. Styrelsen ställer vissa frågor om risker men uttalar också att de ska delta aktivt i den utvecklingsprocess som startar. Redan i oktober 2015 informeras styrelsen om att arbetet med verksamhetsmodellen övergår i en implementeringsfas. Styrelsen ställer frågor om hur den allmänna inställningen till modellen är bland personalen, hur specialiteterna kommer att hanteras i den nya organisationen. I januari 2016 fastställde styrelsen den nya verksamhetsmodellen.

De underlag till styrelsen som utredningen tagit del av är i regel kortfattade och beskriver stegen i arbetet med modellen, arbetsläget och vilka risker som identifierats. Några konsekvensanalyser av införandet av modellen redovisas inte och styrelsen efterfrågar inte heller detta.

Under 2016–2018 fortsätter arbetet med att implementera modellen för hela verksamheten på Karolinska Universitetssjukhuset samtidigt som inflyttningen till NKS genomförs. Redan 2016 går Läkarföreningen ut i media och kritiserar den nya verksamhetsmodellen. Medialäget tas därefter återkommande upp i styrelsen, men några åtgärder eller beslut fattas inte. 2018 går den politiska ledningen för Stockholms läns landsting ut och meddelar att styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset ska bytas ut. Den nya styrelsen beslutar att göra en uppföljning av verksamhetsmodellen och konstaterar att modellen har problem och brister och behöver ses över. Smärre förändringar genomförs därefter.

Regionrevisorerna

Regionrevisorerna är en gemensam benämning för de förtroendevalda revisorerna, lekmannarevisorerna och revisionskontoret. Revisionskontoret biträder revisorerna i deras arbete. Regionrevisorerna (i detta avsnitt benämns de landstingsrevisorerna) har löpande genomfört granskningar av styrningen och kontrollen av NKS-projektet. Detta

har rapporterats i flera särskilda rapporter och i årsrapporterna för landstingsstyrelsen. Revisorerna har inte gjort någon specifik granskning av beslutsprocessen för verksamhetsinnehåll för NKS. Däremot har de granskat byggnationen av NKS, avtalsmodellen och flytten till NKS. Revisorerna har också löpande granskat arbetet med Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS), där NKS indirekt behandlas.

Strukturförändringsarbetet i sjukvården – jämförelser med Västra Götalandsregionen och Region Skåne (2005)

2005 genomförde landstingsrevisorerna i Stockholms läns landsting en granskning av strukturförändringsarbetet i sjukvården tillsammans med revisionskontoren i Västra Götalandsregionen och Region Skåne. Syftet var att jämföra strukturarbetet i de tre regionerna för att se likheter och skillnader vad gäller bland annat styrning och kontroll. I Stockholms län var det 3S-utredningen och beslutsprocessen för inriktningsbeslut om en ny hälso- och sjukvårdsstruktur som granskades. I detta låg också beslutsprocessen för det nya universitetssjukhuset i Stockholm. Granskningen visade både på skillnader och likheter mellan regionerna.

Landstingsrevisorerna i Stockholms län konstaterade att det var oklart vilken vård som skulle inrymmas i det nya universitetssjukhuset, att inriktning och volym av högspecialiserad vård – specialistvård – bassjukvård behövde preciseras samt att beslutsunderlaget behövde kompletteras med bland annat kostnads- och riskanalyser. I rapporten skriver revisorerna att erfarenhet från tidigare sjukhusbyggen talar för att en omsorgsfull genomlysning före byggstart kan förhindra senare förgäveskostnader, kostnadsfördyringar etc. I övrigt konstaterar revisorerna att definitionerna av begreppen högspecialiserad vård och närsjukvård var mycket vida och därmed inte särskilt lätta att använda för avgränsning. Stockholms läns landsting behöver enligt revisorerna en strategi och styrmedel för att fortlöpande hantera koncentrationen av högspecialiserad vård. Det finns annars en uppenbar risk att man startar ett bygge av ett nytt universitetssjukhus men vårdinnehållet vid Karolinska Solna förblir oförändrat.

När det gäller 3S-utredningens förslag om ett akademiskt sjukvårdssystem och satsning på ”centers of excellence” varnar revisorerna för att landstinget och Karolinska Institutet kan ha olika uppfattningar om hur inriktningen för forskning och utbildning ska se

ut på det nya sjukhuset. Det gäller till exempel fokus på högspecialiserad vård/FoUU å ena sidan och folksjukdomarnas betydelse för forskning å den andra.

Vad gäller uppföljning och styrning skriver revisorerna att det saknas genomtänkta förslag till uppföljning och utvärdering av strukturförändringsarbetet inom Stockholms läns landsting. Detsamma gäller för de två andra regionerna.

I ett tjänsteutlåtande yttrar sig landstingsdirektören över rapporten. Bland annat sägs att fullmäktiges inriktningsbeslut är att se som ett långsiktigt inriktningsbeslut vars förverkligande kräver ett antal mer konkreta beslut framöver. Dessa beslut kommer i allt väsentligt att fattas inom ramen för de årliga budgetbesluten och då görs också den slutliga ekonomiska bedömningen. Uppföljning av fattade beslut kommer ske i samband med den löpande uppföljningen av landstingets verksamheter och ekonomi. Vad gäller universitetssjukhusets uppdrag och verksamhetsinnehåll står att en ytterligare precisering inte är möjlig eller meningsfull. Anledningen är den snabba medicinska och tekniska utvecklingen och de forskningsgenombrott som görs. Byggnadens höga generalitet och flexibilitet är en grundförutsättning för utformandet av det nya sjukhuset. Förvaltningen anser därmed att synpunkterna från revisionen till stor del är beaktade och besvarade.

Offentlig Privat Samverkan (2010)

2010 granskades upphandlingen och OPS. Revisorernas slutsats var att upphandlingsarbetet skedde med ett stort antal specialister inom ett flertal fackområden, vilket inneburit att upphandlingen kunnat genomföras regelrätt och med bred förankring. Man menar att valet av OPS öppnat för innovativa lösningar och lyfter fram att sjukhusets leverans- och logistikcenter fått en helt ny utformning efter anbudsgivarens förslag. Vidare så ökade Stockholms läns landsting sina finansiella risker i det slutliga avtalet. Granskningen visar enligt revisorerna att landstinget försökt åstadkomma en godtagbar riskfördelning mellan parterna. Den långa avtalsperioden på 30 år lyfts dock fram som en risk i sig.

Gällande frågan om konkurrens konstaterar revisorerna att landstingsfullmäktige i ett tidigare beslut angivit att upphandlingen skulle

genomföras under förutsättning att förväntad konkurrens kunde uppnås. Den normala innebörden av detta menar revisorerna är att flera anbud inkommer och att en konkurrenssituation föreligger. Enligt revisorerna har det dock inte förelegat en upphandlingsrättslig skyldighet att avbryta upphandlingen då endast ett anbud inkom. Det konstateras också att i och med landstingsfullmäktiges beslut att tilldela kontraktet till SHP blev det tidigare förbehållet om konkurrens överspelat. Gällande finansiering och avkastning anger revisorerna att enligt uppgift önskade Skanska/Innisfree 15,25 procent i avkastning på sin kapitalinsats, vilket efter förhandling inför det första tilldelningsbeslutet låg på 13,85 procent och vid så kallad financial close 30 juni 2010 justerades avkastningen till 11,66 procent. Revisionskontorets kommentar är att det inte säkert går att uttala sig om avtalets avkastnings- och räntenivåer är rimliga eller inte.

Granskningen omfattar även hur avtalet ger landstinget möjligheter till insyn, uppföljning och kontroll. Revisorernas bedömning är att landstingets önskemål tillgodoses genom avtalet.

Byggnationen av Nya Karolinska Solna (2012)

Byggnationen av Nya Karolinska Solna granskades 2012. Revisorerna granskade landstinget som beställare av det nya sjukhuset och om landstingsstyrelsen skapat förutsättningar för en väl fungerande styrning, kontroll och samordning av byggnationen i NKS-projektet. Gällande styrning och samordning är fokus på de förändringar i organisationen som träder i kraft 2012. Till och med 2011 hade landstingsstyrelsen ett sammanhållet ansvar för NKS-projektet. Från årsskiftet har ansvaret för verksamhetsinnehållet flyttats över till Karolinska Universitetssjukhuset. Beredningsansvaret för byggprocessen har legat på NKS-förvaltningen och flyttas nu till landstingsstyrelsens arbetsutskott. NKS Bygg som organiseras som en egen avdelning direkt under landstingsdirektören bildas med uppdrag att vara beställare för sjukhusbyggnationen. Revisorerna konstaterar att den politiska styrningen av NKS-projektet stärks genom att ansvaret läggs på arbetsutskottet men att landstingsstyrelsen bör öka transparensen i beslut avseende NKS så att det finns möjlighet för insyn i det politiska beslutsfattandet.

I årsrapporten för 2011 påtalades att det fanns oklarheter i gränssnittet mellan programkontoret på Karolinska och NKS Bygg. Vid granskningen 2012 anges att samarbetet mellan NKS Bygg och Karolinska Universitetssjukhuset fungerar bra på förvaltningsnivå. Man har kontakter på daglig basis och NKS Bygg rapporterar till landstingsstyrelsen. Problem som kommit upp vid granskningen är att organisationen i NKS Bygg är underdimensionerad gällande framför allt byggnadsteknisk kompetens. Revisorerna lyfter att det är viktigt att säkerställa den byggnadstekniska kompetensen och controllerfunktioner vid NKS Bygg.

Gällande riskhantering påpekade revisorerna att landstinget och projektbolaget enligt projektavtalet skulle utse varsin riskförvaltare med uppgift att vara ansvarig för riskhanteringen och rapportera till och lämna råd till respektive huvudman. Landstinget hade inte utsett någon specifik riskförvaltare för NKS-projektet, medan projektbolaget hade etablerat en särskild riskfunktion. Revisorernas bedömning är att landstinget bör utse en riskförvaltare.

Gällande besparingar konstaterar revisorerna att när projektavtalet undertecknades i juni 2010 slöts en överenskommelse om ett generellt besparingskrav på sammanlagt cirka 1 250 miljoner kronor, som skulle inarbetas i bygghandlingarna under 2011. Detta arbete fördröjdes dock. Enligt revisorerna anger parterna att de nu, det vill säga hösten 2012, är överens om hur besparingarna ska genomföras och att arbetet med att revidera alla handlingar kommer att vara klart i november 2012.

Revisorerna granskar även ändrings- och tilläggsbeställningar. Vid tidpunkten hade 23 ändringsförfrågningar inkommit till en uppskattad kostnad om totalt 456 miljoner kronor. Antalet ändringsförfrågningar i relation till liknande byggprojekt i Europa förefaller enligt revisorerna att ligga på en antalsmässigt låg nivå inom NKS-projektet. Vid tidpunkten uppgick kostnaderna till mellan 3 och 4 procent av totalkostnaderna och revisorerna menar att i traditionella byggentreprenader uppgår dessa arbeten vanligen till mellan 15 och 20 procent av byggkostnaden.

Av intervjuer genomförda inom ramen för revisorernas granskning framkom kritik mot tröghet i beslutsprocessen för olika ändringsförslag som behandlas i byggprocessen. Revisorernas bedömning var att landstinget i fortsättningen kontinuerligt bör utvärdera

beslutsordningens effekter inte minst för att undvika förseningar i tidplanen och att onödiga kostnader uppkommer.

Karolinska Universitetssjukhusets omställningsarbete (2013)

2013 granskade revisorerna Karolinska Universitetssjukhusets omställningsarbete där bland annat verksamhetsinnehållet och kopplingen till Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) ingick. Av revisionsrapporten framgår att omställningsarbetet på Karolinska sjukhuset i huvudsak är välorganiserat och löper på enligt plan. Sjukhuset är dock beroende av hur arbetet inom FHS fortskrider, särskilt vad gäller utflytt av vård till andra vårdgivare. Revisorerna pekar på att förseningar i utbyggnaden vid andra akutsjukhus kan innebära att Karolinska sjukhuset måste ha kvar verksamhet för att upprätthålla vårdproduktionen samtidigt som den högspecialiserade vården ska flytta in på NKS. De konstaterar att det inte finns något landstingsövergripande beslut om vilka vårdgivare som ska ta emot vården från Karolinska, vilket försvårar sjukhusets planering. Landstingets övergripande styrning upplevs inte fungera helt tillfredsställande enligt sjukhuset. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen upplevs ha svårt att förena beställarperspektivet med perspektivet för FHS. Det har lett till att olika signaler om vårdens inriktning har gått ut till verksamheterna. Även om det pågår ett arbete på programkontoret för FHS med att ta fram avsiktsförklaringar där verksamhetsinnehållet ska läggas fast för respektive akutsjukhus är utfallet ännu inte klart. Sjukhusdirektörerna har dock förklarat att de i stort ställer sig bakom de gemensamma avsiktsförklaringarna. Några verksamheter på Karolinska sjukhuset har tagit egna initiativ till diskussion med andra akutsjukhus om eventuellt mottagande av vård. Revisorerna menar att det är viktigt att Karolinska sjukhuset ändå planerar för hur vården ska kunna genomföras och tillsammans med programkontoret för FHS driva på för att få fram beslut om vilka vårdgivare som ska vara mottagare av vården. Av rapporten framgår också att omställningsarbetet tagit mycket tid, sjukhusdirektören uppskattar att över 1 000 personer engagerats i arbetet och att det dränerar verksamheten på kraft. Revisorerna menar att Karolinska noggrant bör planera för hur verksamheterna ska kunna avsätta tid och engagemang för det fortsatta omställningsarbetet. De rekommenderar att ledningen vid

Karolinska sjukhuset tar ett tydligare grepp om produktionsplaneringen så att bemanningen kan anpassas till omställningsarbetet i en genomförandefas och till nya arbetssätt i den framtida verksamheten.

Upphandlingen av IKT-infrastruktur (2014)

Upphandlingen av IKT-infrastruktur granskades 2014. Upphandlingen av IKT-infrastruktur inleddes 2011 och avbröts 2012 då de inlämnade anbuden vida översteg projektets budgetramar. Anbuden innehöll även otillåtna reservationer. I det fortsatta arbetet med upphandlingen delades den i flera mindre delar. 2013 betonade revisorerna vikten av att vidta åtgärder för att minska risken att upphandlingar måste avbrytas. Revisorerna bedömde 2014 att de bedömningar som gjordes inför upphandlingen inte var realistiska och att det fanns en otillräcklig styrning och kontroll över vad efterfrågad riskfördelning skulle kosta. Revisorerna har också granskat vilka konsekvenser den avbrutna upphandlingen givit på NKS-byggnationens tidplan. Bedömningen var att marginalen i planen minskat men att tidplanen i stort skulle kunna hållas.

Vid tiden för granskningen hade en delupphandling genomförts. Gällande denna bedömde revisorerna att roller och ansvar i upphandlingsprocessen var tydliga. Man uppfattar att avtalet är tydligt gällande rollfördelning mellan leverantör och landsting. Revisorerna identifierar dock ett behov av att tydliggöra uppgifter och ansvar internt i landstinget för insatser rörande uppföljning av avtalet. Granskningen visar att de båda upphandlingarna genomförts med betydande användning av konsulter. Trots att konsultanvändningen minskade i den nya upphandlingen har flera centrala funktioner bemannats med konsulter. Även företrädaren för Karolinska Universitetssjukhuset med uppgift att vara kravställare var konsult. Av protokoll framgår att tre av fyra representanter från landstinget har varit konsulter. Revisorerna bedömer att det varit en betydligt större styrning av konsulterna i den första delupphandlingen. Detta bedöms ha gett en ökad insikt och medvetenhet i landstinget för gjorda bedömningar av kostnader. Revisorerna bedömer även att en funktion som bemannas av en konsult är mer sårbar än om den bemannas med en anställd. Eftersom den granskade upphandlingen är den första av flera bedömer revisorerna det angeläget att eventuella risker med

användningen av konsulter uppmärksammas så att inte oönskade konsekvenser uppstår.

Framtidens Hälso- och sjukvård (2013–2018)

Från 2012 har revisorerna årligen granskat arbetet med Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). I den första rapporten från 2013 lyfts bland annat att det är hög tid att lägga fast vårdplatsinnehållet, det vill säga att klargöra vilken vård som ska bedrivas var. Avsaknaden av beslut har gjort att det varit svårt att göra en långsiktig planering för såväl vårdverksamheten på akutsjukhusen som byggnationerna. Om det drar ut på tiden riskerar det att leda till förseningar, fördyringar och omflyttningslogistiska problem. Vård och byggplaner måste samordnas, annars finns risk för att det uppstår en vårdplatsbrist. I de intervjuer som revisorerna gjort framgår en oro för att man i arbetet med FHS ska upprepa misstaget från NKS-projektet att i allt för hög grad utgå från byggplaner snarare än en sammanhållen idé om verksamheten. FHS är ett vårdprojekt och inte ett byggprojekt. Revisorerna pekar också på problemet med tröghet i investeringsprocessen. Ansvaret mellan berörda parter på såväl fastighetssidan som i verksamheten måste klaras ut. Verksamheten vid NKS påverkas av övriga byggprojekt. Om övriga projekt inte färdigställs i tid kan inte verksamheter från Karolinska flyttas ut enligt planerna, vilket i sin tur kan leda till behov av att fortsätta bedriva verksamhet i de gamla lokalerna.

I rapporten för 2014 noterar revisorerna att arbetet med FHS innebär ständigt nya ställningstaganden, bland annat beroende på att lokaler som bedömts som möjliga att återställa inte varit det eller att vårdplatser stängts. I början av FHS-projektet uttalades att de mindre sjukhusen skulle byggas ut först, men i stället startade de byggnationerna sist. Revisorerna menar att detta antingen kan bero på bristande beslutsunderlag eller visa på en flexibel projektstyrning. De berörda parterna har trots ändringar i ägardirektiv och förtydliganden i FHS-planen inte en samsyn när det gäller ansvar och roller. Detta riskerar att påverka samordningen av de strategiska investeringarna. Ett fortsatt problem är också utflyttning av vård från akutsjukhusen, Eftersom mottagarna av vård inte varit kända har det varit svårt att föra en dialog om utflyttning. I granskningen beskrivs att investerings-

puckeln från 1960-talet skapar reinvesteringsbehov samtidigt som det pågår stora investeringar i såväl akutsjukhusen som de mindre sjukhusen. Sammantaget innebär de pågående och planerade investeringarna en ekonomisk utmaning för landstinget framför allt åren 2016 till 2020. Revisorerna bedömer att det ur ett ekonomiskt perspektiv är nödvändigt att försöka kapa en del av investeringspuckeln, det vill säga sprida investeringarna jämnare över tiden.

Denna fråga återkommer i 2015 års granskning då revisorerna gjorde bedömningen att en av de viktigaste förutsättningarna för en framtida ekonomi i balans var att få kontroll på investeringsvolymerna. Revisorerna konstaterar att renoverings- och ombyggnadsbehoven vid de mindre sjukhusen har underskattats, vilket fått konsekvenser för utbyggandet av nätverkssjukvården där de mindre sjukhusen skulle spelat en central roll. Revisorerna skriver också att FHS-arbetet överförts från ett sammanhållet projekt på landstingsövergripande nivå till planering och genomförande i linjen. Även om landstingsstyrelsens förvaltning har ett koordinerande uppdrag finns en påtaglig risk att helhetsperspektivet försvinner och ersätts av en rad enskilda beslut utan tydlig koppling till målen för FHS. Revisorerna konstaterar också att förutsättningar och kunskap för arbetet med FHS förändrats sedan 2011. Förändringar har skett successivt där det inte alltid varit tydligt vem som fattat beslut om ändrad inriktning. Det gäller exempelvis frågan om specialistcenter ska vara en del av nätverkssjukvården eller inte. De förändringar som görs behöver återföras till fullmäktige.

Rapporten för 2016 pekar på att mycket av FHS-arbetet handlar om ombyggnation och lokalfrågor medan frågor om vårdens innehåll inte fått samma fokus. Om visionen för FHS ska nås är det enligt revisorerna centralt att FHS inte enbart behandlas som ett bygglogistiskt projekt utan även fokuserar på utvecklingen av vården. Landstingsstyrelsen bör därför se till att det finns ett sammanhållet ansvar för detta. En annan viktig förutsättning för FHS är att det finns tydligt definierade vårdnivåer. Revisorerna konstaterar att det trots olika utredningar fortfarande finns otydligheter beträffande vilka patienter som omfattas av den högspecialiserade vård som ska bedrivas på NKS. Revisorerna konstaterar också att etableringen av närakuter har försenats i avvaktan på formella beslut. I granskningen framkommer även att det saknas medel i investeringsbudgeten för nödvändiga lokalanpassningar för närakuter. När prioriteringar gjorts

i investeringsbudgeten har investeringar i närakuter skjutits på framtiden trots att ombyggnationer av de mindre sjukhusen var högprioriterade i ett tidigt skede i FHS. Samtidigt pågår omfattande byggverksamhet vid akutsjukhusen. Revisorerna konstaterar att prioriteringarna i investeringsbudgeten får en avgörande betydelse för genomförandet av nätverkssjukvården i FHS. Förutsättningarna för FHS-arbetet har förändrats väsentligt sedan fullmäktiges beslut. Därför rekommenderar revisorerna att landstingsstyrelsen bör sammanfatta nuläget i FHS-arbetet, utvärdera och analysera hur det ska vidareutvecklas utifrån aktuella förutsättningar. En sådan uppdatering bör tydligare definiera de olika vårdnivåernas uppdrag, hur de ska samverka med varandra, hur behovet av vårdplatser ska se ut och hur investeringarna bäst kan prioriteras för att nå målen.

Revisorerna är mycket kritiska i rapporten 2017 och skriver att genomförandet av FHS är inne i en mycket intensiv fas med stora förändringar av det akuta omhändertagandet och utflytt av vård samtidigt som omfattande byggnationer pågår. Den sammantagna bedömningen är att det är allvarligt att inget politiskt organ har ett samlat grepp om utvecklingen för en av landstingets största satsningar som går in i den mest intensiva omvandlingsfasen. Det finns också oklarheter om ansvar och roller i genomförandet av bland annat investeringar. Vidare konstaterar revisorerna att det inte finns någon samlad och systematisk uppföljning som visar utvecklingen för FHS i förhållande till målbilden. Det är hög tid att göra en sådan uppföljning skriver revisorerna. I rapporten hänvisar de också till granskningar av byggprojekten i vårdens fastigheter som revisorerna gjorde 2017 och där de fann att byggprojekten vid akutsjukhusen enligt liggande prognoser skulle bli i storleksordningen 1,6 miljarder kronor dyrare än initialt beräknat. Granskningen visade att Locum valt ersättningsformen löpande räkning och utformningen av avtalen innebar att landstinget bar hela den ekonomiska risken. Locum ansåg enligt revisorerna att när upphandlingen sker i ett läge där beställaren inte helt preciserat projektets hela omfattning bör löpande räkning tillämpas för att undvika att entreprenören kan komma att ta ut en stor del av ett eventuellt fast pris i risktillägg. Revisorernas bedömning var att kostnadskontrollen hittills inte lett till att kostnadsutvecklingstakten kunnat begränsas som planerat. De bedömde också att fördyrningar av projekten innebar en risk för att samtliga investeringar som behövs för genomförandet av FHS inte kan fullföljas i

enlighet med planen vilket i sin tur medför risk för att verksamheten inte kan utvecklas som planerat.

I rapporten för 2018 ger revisorerna en samlad bedömning av FHS-granskningarna. Arbetet med FHS behöver enligt revisorerna stärkas inom flera områden för att målen som helhet ska kunna säkerställas. Stora omstruktureringar av vården har genomförts, men förändringen av vårdsystemet har inte följt planeringen i FHS. En samlad analys behöver därför göras av vilka konsekvenser strukturförändringarna har fått för vårdsystemet. Hälso- och sjukvårdsnämnden har också beslutat om inriktning för Hälso- och sjukvården 2040. Revisorerna bedömer att det är angeläget att kunna dra slutsatser om hur FHS förhåller sig till målbilden 2025 i Framtidsplanen som en grund för Hälso- och sjukvården 2040. Annars finns en risk att den inte tar hänsyn till erfarenheterna från FHS-arbetet. I rapporten lyfter revisorerna också att det finns oklarheter avseende hur klinisk forskning ska bedrivas inom ramen för nätverkssjukvården. När vård flyttas ut från bland annat akutsjukhusen finns ett fortsatt behov av att ställa krav på vårdgivarnas medverkan i klinisk forskning. Detta måste också formuleras i vårdavtalen.

Refinansiering (2018)

Refinansieringen granskades 2018. Revisorerna bedömde att processen i allt väsentligt genomförts i enlighet med projektavtalet. En brist i de underlag som legat till grund för landstingsstyrelsens beslut är att ekonomiska analyser av vilken nivå på engångsbetalning som är mest fördelaktigt för landstinget inte redovisats. För att ge en korrekt bild av nettoresultatet borde också en beräkning av de förväntade finansiella kostnaderna för engångsbetalningen ha redovisats som en del av den totala effekten. Fullmäktige beslutade att engångsbetalning om maximalt 3 miljarder kronor fick göras om det bidrog positivt till landstinget ekonomi. Revisorerna skriver att slutsatsen om storleken på engångsbetalningen inte grundar sig på ekonomisk analys utan på en mer översiktlig bedömning av alternativ som övervägdes. Revisorerna bedömer också att de underlag som låg till grund för landstingsstyrelsens beslut i relativt begränsad utsträckning redovisar konsekvenserna av engångsbetalningen och refinansieringen. Sammantaget bedömer revisorerna att den interna kontrollen i huvud-

sak varit tillräcklig i processen. Brister är att ett tydligt uppdrag inte definierats, det har saknats plan för arbetet, samt att fullständiga och dokumenterade riskanalyser inte upprättats inför och under genomförandet.

Särskild utredning av hanteringen av operationskapacitet vid Karolinska Universitetssjukhuset

Karolinska Universitetssjukhuset beslutade i februari 2018 att genomföra en extern utredning av sjukhusets hantering av situationen med försenade operationer för cancer i övre buken sommaren 2017. Anledningen var den kapacitetsbrist gällande canceroperationer inom övre bukkirurgi som uppstod vid Karolinska Universitetssjukhuset sommaren 2017 och som uppmärksammades i media. Sjukhuset gjorde tre Lex Maria-anmälningar till IVO med anledning av händelsen.

Den externa utredningen som redovisades i slutet av maj 2018 fokuserar på hantering och planering av operationskapacitet, kommunikationen relaterat till situationen och handläggning av erbjudande om hjälp från annat sjukhus. I uppdraget ingick inte att göra bedömningar i enskilda kliniska fall, att bedöma värdet av sjukhusets nya verksamhetsmodell eller att analysera för- och nackdelar med nivåstrukturering och centralisering av viss sjukvård.

Flera slutsatser dras i rapporten. Det handlar bland annat om kompetensbrist, kompetensanvändning och kompetensförsörjning men även om kommunikationsutmaningar och bristande eskalering i organisationen. Ett antal faktorer i sjukhusets organisation, ledning och kultur lyfts fram som möjliga bidragande orsaker till problemen. Den nya organisationen och det faktum att sjukhuset var mitt uppe i en stor organisationsförändring med nya chefer, rapporteringsvägar, fora och samarbetspartners bedöms ha bidragit till kommunikationsbristerna. I detta ligger också oklarheter kring roller och ansvar i prioriteringsfrågor. Ett begränsat stöd till linjen i prioriteringsfrågor och en kultur som inte uppmuntrar eskalering av problem som saknar lösningar till ledningen bedöms också som bidragande orsaker. Därutöver gav inte tillgängliga data en rättvisande bild av situationen och det fanns brister i registreringen och i tolkningen av data. Den samlade bedömningen är att sjukhuset och hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning borde ha haft en större medvetenhet om den ansträngda bemanningssituationen och vad den innebar för

att kunna vidta relevanta åtgärder. Sjukhusdirektören borde ha säkerställt en mer aktiv operativ central styrning, inte minst med tanke på den rådande situationen med kapacitetsbrist, flytt in i ny byggnad och övergång till en ny verksamhetsmodell. Situationens allvar, patientsäkerhetsrisken och oförmågan att lösa problemet borde ha kommit till sjukhusdirektörens och sjukhusledningens kännedom. Ansvaret för att säkerställa att så skedde låg dock på sjukhusdirektören och sjukhusledningen, vilket de inte gjort. Sjukhuset borde också ha bett hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning om hjälp med en landstingsövergripande prioritering och omstyrning när problemen uppmärksammades. Ett antal rekommendationer ges till Karolinska Universitetssjukhuset och till Stockholms läns landsting. Det handlar bland annat om landstingsövergripande prioritering och koordinering för att hantera kapacitetsutmaningar, starkare stöd till linjen inklusive välkomnande av eskalering av patientsäkerhetsrisker. Sjukhusledningen bör också utvärdera hur en kultur kan främjas som lägger större vikt vid att utifrån data och information dra relevanta slutsatser för patienten och verksamheten.

Karolinska Universitetssjukhuset uttalade i samband med att rapporten publicerades bland annat att sjukhuset sedan hösten 2017 arbetat med en starkare central samordning av vårdproduktionen på sjukhuset och på fortsatt utveckling av datastöd liksom kvaliteten på data för att få bättre överblick över väntetider och förutse behoven. Sjukhuset har också arbetat med att öka koordineringen och stärka dialogen och samarbetet internt på sjukhuset och externt med hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och med andra sjukhus.

Nationella kontrollmekanismer

Utöver kontrollmekanismer på regional nivå finns också nationella aktörer med ansvar att följa upp, kontrollera och bedriva tillsyn inom olika områden. Det finns också nationella aktörer som har i uppdrag att ge stöd. Exemplet NKS omfattar flera olika frågeställningar och därmed också flera nationella kontrollmekanismer. Utredningen redogör för dessa nedan.

Strukturförändringar inom vården

Varje region ansvarar för hur hälso- och sjukvården i den egna regionen ska organiseras. Det finns inga aktörer på nationell nivå som har ett ansvar att följa upp eller bedriva tillsyn över den regionala planeringen av hälso- och sjukvård när det gäller verksamhetsinnehåll eller strukturförändringar inom vården.

Inriktningen för den omstrukturering eller omställning av vården som NKS och Region Stockholm visar exempel på, ligger i linje med de intentioner som regeringen har uttalat för hälso- och sjukvårdens utveckling i Sverige. Som utredningen beskrivit i tidigare avsnitt handlar det om en satsning på primärvården, den nationella högspecialiserade vården samt en regional nivåstrukturering av den övriga hälso- och sjukvården. NKS inriktning mot högspecialiserad vård har en koppling till detta och till planeringen av den nationella högspecialiserade vården (tidigare rikssjukvården) i Sverige. Socialstyrelsen har och har haft ett ansvar för denna process och att tillsammans med olika aktörer ta fram områden för nationell högspecialiserad vård. Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar sedan om tillstånd för sådan vård. Socialstyrelsen har dock inget ansvar eller mandat att ha synpunkter på hur den vård som är högspecialiserad, men inte definieras som nationell högspecialiserad vård, ska fördelas eller organiseras inom en region. Avgränsningen av vad som är nationell högspecialiserad vård är här av stor betydelse. Socialstyrelsen har inte några medel att fördela i samband med tillståndsbeslut om nationell högspecialiserad vård. Det finns inte heller något nationellt ersättningssystem för nationell högspecialiserad vård. Ersättningsnivåerna sätts av samverkansregioner och av enskilda regioner.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har bland annat till uppgift att på regeringens uppdrag bistå med utvärderingar och uppföljningar av beslutade eller genomförda statliga reformer och statliga initiativ. 2017 tog myndigheten på regeringens uppdrag fram ett kunskapsunderlag som analyserar förutsättningarna för en jämlik, patientcentrerad och effektiv primärvård. Myndigheten tog 2018 fram en egeninitierad rapport om akutsjukvården, dess organisation och arbetsfördelning. Syftet har varit att bidra med kunskap i den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården. Myndigheten har vad utredningen erfar inte analyserat den regionala högspecialiserade vården eller processer för omställning av vård på regional nivå.

Patientsäkerhet

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ansvarar för tillsyn inom hälso- och sjukvården. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Som en del av tillsynen prövar myndigheten bland annat klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal enligt bestämmelser i patientsäkerhetslagen. Tillsynen ska även omfatta kontroll av hur verksamheterna bedriver egenkontroll.

IVO har mottagit ett flertal lex Maria-anmälningar från Karolinska Universitetssjukhuset under perioden 2014–2019. 2014–2016 beslutade IVO i genomsnitt i 70 lex Maria-ärenden som rör Karolinska Universitetssjukhuset. Motsvarande siffra för 2017 var drygt 130 ärenden, för 2018 uppgick det till 41 ärenden och för 2019 endast 20 ärenden. Det är oklart om antalet anmälningar för perioden skiljer sig åt jämfört med tidigare år, om det är en högre andel jämfört med motsvarande sjukhus liksom vad skillnaderna i antal beslut mellan enskilda år beror på. Sett år för år kan man se en signifikant ökning av inkomna ärenden för 2017. Vid handläggningen av dessa lex Marior fann IVO att datum för händelserna många gånger var 2–3 år gamla. Antalet anmälningar per år speglar därför inte alltid händelser för respektive år.

Utredningen har begärt ut de tillsynsärenden som rör Karolinska Universitetssjukhuset för perioden 2014–2019. Antalet tillsynsärenden uppgår till 5–7 per år. De avser egeninitierade tillsynsärenden, verksamhetstillsyn, nationell tillsyn samt tillsyn med anledning av enskilda lex Maria-ärenden. Utöver det har också oanmälda inspektioner gjorts vid Karolinska Universitetssjukhuset. Utredningen lyfter här fram några exempel på den tillsyn som IVO genomfört.

Vid ett datorhaveri på Karolinska Solna, Danderyds sjukhus och Södersjukhuset i september 2016 slutade datorer och larm att fungera. IVO genomförde en tillsyn med anledning av detta. I tillsynen ställde IVO frågor till landstingsstyrelsens förvaltning om bland annat orsaker till haveriet, vilka åtgärder som vidtagits och som planerats samt hur åtgärder ska följas upp. Landstingsstyrelsens förvaltning besvarade frågorna och ett dialogmöte hölls. Vid mötet fick IVO svar på sina frågor men pekade på vikten av fortlöpande riskanalyser för att förhindra framtida liknande händelser. IVO avser att

under våren 2020 granska Region Stockholm (SLSO) informationssäkerhetsarbete utifrån främst NIS vilket således också indirekt kommer att inbegripa NKS.

2017 genomförde IVO en inspektion av verksamheten vid akutmottagningen på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. Tillsynen var en del av en nationell tillsyn med syfte att ge en samlad bild av patientsäkerheten i samband med övergången mellan somatiska akutmottagningar och vårdplats i sluten vård. Tillsynen visade på brister i övergången mellan akutmottagning och vårdplats i sluten vård vid Karolinska Universitetssjukhuset. Bland annat vårdades patienter i korridoren på grund av brist på vårdplats. IVO bedömde att vårdgivaren inte levde upp till sin skyldighet att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls. IVO konstaterade också att vårdgivaren inte uppfyllde sin skyldighet att bedriva egenkontroll och ett systematiskt patientsäkerhetsarbete samt uppföljning och utvärdering av vidtagna åtgärder i de delar som tillsynen omfattade. I slutet av 2017 inkom sjukhuset med åtgärdsplaner vilka IVO godkände för Solnas del. Karolinska Huddinges svar krävde komplettering. Efter ytterligare inspektioner och dialog med sjukhusledningen, vilket skedde i början av 2018, godkände IVO de vidtagna åtgärderna. I januari 2020 har IVO startat en uppföljande tillsyn på regionens samtliga akutmottagningar inklusive Karolinska Huddinge. Även denna tillsyn kommer att ha fokus på patientsäkerheten i samband med övergången mellan somatiska akutmottagningar och vårdplats i sluten vård. Karolinska Solnas akutmottagning ingår inte i tillsynen eftersom sjukhuset sedan 2017 har fått ett ändrat uppdrag och nu är en intensivvårdsakut.

IVO genomförde i januari 2017 en inspektion på barnakuten på NKS som togs i bruk november 2016. IVO genomförde bland annat tillsyn av larmfunktioner, hissar, telefoner och telemetri (övervakningsutrustning). IVO fann ett flertal brister och kunde konstatera att det grundläggande kravet på vårdgivaren att det finns de lokaler och utrustning som krävs för att kunna ge en god vård inte var uppfyllt för Funktionsområde Akutsjukvård Barn. IVO fann att lokalerna inom Akutsjukvård Barn inte var anpassade för verksamheten vilket gav problem med sekretessen samt att personalen inte kunde överblicka de patienter som väntade på omhändertagande. IVO fann även brister inom samverkan mellan enheter inom barnsjukvården då tidigare upparbetade rutiner för samverkan hade försvunnit i och

med organisationsförändringen. Beslutet blev att vårdgivaren skulle vidta åtgärder och redovisa hur de skulle komma till rätta med brister i lokalerna på barnakuten. De skulle även redovisa hur de skulle åtgärda bristerna inom processer och rutiner avseende samverkan och avvikelsehantering. I den slutgiltiga redovisningen från vårdgivaren gjorde IVO bedömningen att de åtgärder som vårdgivaren hade vidtagit var rimliga och adekvata.

I slutet av 2017 gjordes tre lex Maria-anmälningar som gällde försenad operation för patienter med cancer i övre buken. IVO genomförde med anledning av dessa ärenden en tillsyn som ledde till att IVO riktade kritik mot Karolinska Universitetssjukhuset i de tre fallen. Enligt den patientsäkerhetsansvarige läkaren på Karolinska Universitetssjukhuset var orsaken brist på vårdplatser och operationsresurser, främst sjuksköterskebrist. IVO bedömde att Karolinska Universitetssjukhuset brustit genom att de inte tillgodosett att patienterna fått den vård som anses rimlig i rätt tid. IVO gör ingen närmare analys av bakomliggande orsaker till bristerna, som exempelvis organisation och styrning. I den externa utredning som Karolinska Universitetssjukhuset själva tog initiativ till med anledning av de försenade operationerna (se tidigare avsnitt) drar utredaren bland annat slutsatsen att den nya organisationen bidragit till oklara ansvarsförhållanden och bristande kommunikation till ledningen.

På förekommen anledning genomförde IVO under 2019 en egeninitierad tillsyn av Astrid Lindgrens Barnsjukhus. Tillsynen inleddes på grund av allvarliga brister i verksamheten som framkommit i ett flertal ärenden som inkommit till IVO. Dessa brister hade lett till allvarliga patientskador och även i vissa fall dödlig utgång. Tillsynen genomfördes genom inspektioner, intervjuer med patienter och närstående, personal och ledning samt en genomgång av avvikelsedata. Tillsynens resultat har återförts genom en dialog med vårdgivaren och regionen. Ärendet är fortfarande under handläggning.

IVO har inte genomfört någon samlad verksamhetstillsyn av patientsäkerheten med anledning av den nya verksamhetsmodellen som infördes på Karolinska Universitetssjukhuset 2016. Vad utredningen erfar ligger det i myndighetens uppdrag och mandat att också genomföra tillsyn i förebyggande syfte eller i samband med att förändringar inom en verksamhet genomförs. IVO har dock nyligen startat en tillsyn med anledning av att fyra av regionens akutsjukhus, däribland Karolinska Universitetssjukhuset, har varslat om uppsäg-

ningar och i vissa fall stängning av vårdenheter. Syftet med tillsynen är att aktivt granska och följa upp hur sjukhuset och regionledning säkerställer att eventuella patientsäkerhetsrisker inte uppstår.

Statens haverikommission (SHK) genomför undersökningar enligt lagen (1990:712) om undersökning av olyckor. Händelser inom hälso- och sjukvården som medfört att någon omkommit eller allvarligt skadats kan undersökas av SHK. SHK har utrett en händelse som inträffade på hjärtkliniken vid Karolinska Solna 2010. Rapporten publicerades 2013. Vad utredningen erfar kontaktades SHK angående förhållandena på NKS i samband med att verksamheten flyttade in i de nya lokalerna vid Karolinska Solna 2016. Det som framkom i dessa kontakter föranledde dock inte SHK att inleda någon utredning. SHK har analyserat förutsättningarna för att genomföra ytterligare utredningar inom hälso- och sjukvården område (se avsnitt 4.5.5).

Arbetsmiljö

Arbetsmiljöverket har genomfört tillsyn under byggnationen av NKS och har hanterat anmälningar gällande NKS enligt 6 kap. 6 a § arbetsmiljölagen.

Arbetsmiljöverket fick under mars och april 2018 in tre anmälningar om ingripande enligt 6 kap. 6 a § arbetsmiljölagen gällande Nya Karolinska Solna. Utifrån de handlingar utredningen tagit del av från Arbetsmiljöverket framgår att en av anmälningarna avsåg bristande och dysfunktionella lokaler på Tema Barn och kvinnosjukvård (2018/018254). Anmälan resulterade i ett föreläggande från Arbetsmiljöverket att arbetsgivaren vid vite att senast 15 maj 2019 ha genomfört en undersökning av arbetsförhållandena vad gäller organisatoriska och sociala faktorer för verksamheten och utifrån resultatet av undersökningen göra en riskbedömning och utarbeta en handlingsplan med konkreta åtgärder. Arbetsmiljöverket har bedömt att arbetsgivaren uppfyllt ställda krav och har avslutat ärendet. Vidare framgår av handlingarna att en anmälan avsåg arbetsmiljöansvar i delade omklädningsrum, skåpens storlek och antalet duschar (2018/019006). Angående denna anmälan meddelade Arbetsmiljöverket att det inte kommer att framföras något föreläggande. Antalet duschar anses vara tillräckliga och att skåpen är tillräckligt stora.

Gällande frågan om arbetsmiljöansvar menar Arbetsmiljöverket att arbetsgivaren har visat rutiner för hur detta ska hanteras.

Den tredje anmälan till Arbetsmiljöverket rörde läkarnas arbetsmiljö (2018/017094) och avsåg en lång rad brister gällande bland annat arbetsbelastning, brist på jourrum, arbetsrum och omklädningsrum. Vidare lyftes problem med planering av operationssalar och att ansvaret för arbetsmiljöfrågor i den nya organisationsmodellen är otydligt. Med anledning av anmälan genomförde Arbetsmiljöverket tre inspektioner under våren 2018. Utifrån inspektionerna har Arbetsmiljöverket beslutat om föreläggande på tre punkter; A) hälsosam arbetsbelastning med krav och resurser i balans, B) anpassade vårdnära arbetsplatser och granskningsplatser, C) utformning av paus- och matrum. Karolinska Universitetssjukhuset har återkommit med åtgärder avseende punkt B och C. Arbetsmiljöverket har godkänt dessa åtgärder. När det gäller punkt A har Karolinska Universitetssjukhuset begärt om ytterligare tid för redovisning av analys och åtgärder. Enligt Arbetsmiljöverkets beslut ska sjukhuset undersöka arbetsförhållanden avseende organisatoriska och sociala faktorer för läkare. Undersökningen ska bland annat omfatta kraven i arbetet och om resurserna för arbetet är anpassade till kraven. Detta med anledning av att en ökad arbetsbelastning upplevs då arbetet utförs i de nya lokalerna. Påverkande faktorer och bakomliggande orsaker till den upplevda höga arbetsbelastningen ska identifieras och utifrån det ska en bedömning göras om det finns risker för ohälsa i arbetet. Arbetsgivaren ska vidare säkerställa att resurserna är anpassade till kraven i arbetet. Arbetsgivaren ska i en skriftlig tidsatt arbetsplan ange konkreta åtgärder som behöver vidtas och som inte genomförs omedelbart. Arbetsgivaren ska ha rutiner för att regelbundet följa upp vidtagna åtgärder och kontrollera om de haft avsedd effekt. Karolinska Universitetssjukhuset har begärt förlängd svarstid och ska återkomma till Arbetsmiljöverket senast den 30 september 2020.

Arbetsmiljöverket har i ett projekt om systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) på hög nivå inom kommun och region under 2019 informerat så gott som samtliga kommuner och regioner. Bakgrunden är att både politiker och tjänstemän har ansvar för systematiskt arbetsmiljöarbete i kommuner och regioner. Arbetsmiljöverket har genomfört en informationsinsats för politikerna i Region Stockholm. Syftet med insatsen är att politikerna erhåller kunskaper om sin roll i uppföljningen av den egna organisationens systematiska arbets-

miljöarbetet. Informationsinsatsen kommer att följas upp av en inspektionsinsats ute på enheterna med start i november 2020. Då kommer en inledande inspektion göras på den beslutande nivån, med politiker och tjänstemän. Sedan genomförs stickprovsinspektioner på enhetsnivå. Därefter ges en återkoppling till den beslutande nivån och då ställs eventuella krav. Med detta upplägg vill Arbetsmiljöverket aktivera alla nivåer i organisationen, skapa långsiktig effekt och lägga en grund för ett hållbart arbetsliv inom dessa organisationer.

Utbildning och forskning

Staten har ett ansvar för utbildning och forskning, vilket också omfattar hälso- och sjukvårdsutbildningar. Det nationella ALF-avtalet är ett avtal mellan staten och de sju regioner som bedriver universitetssjukvård. Avtalet reglerar samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. Därutöver finns regionala ALF-avtal mellan respektive region och universitet. I Region Stockholm finns ett regionalt ALF-avtal mellan regionen och Karolinska Institutet som reglerar hur universitetssjukvården ska bedrivas. 2016 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att utvärdera universitetssjukvården, med avseende på strukturer och processer vid de landsting och universitet som omfattas av ALF-avtalet. Samtidigt fick Vetenskapsrådet två uppdrag att utvärdera den kliniska forskningen. Rapporterna kom 2018 och visade i huvudsak på goda resultat. Det framkom inte några särskilda iakttagelser som rör omställningen eller omstruktureringen av vård och hur det påverkat förutsättningarna för utbildning och forskning. Från den 1 januari 2020 inrättas ett nationellt råd och kansli för kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården på Socialstyrelsen. Det nationella rådet ska långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården.

Tillstånd att utfärda examen inom olika områden beslutas av Universitetskanslersämbetet (UKÄ). Myndigheten ansvarar även för kvalitetssäkring av universitetens och högskolornas verksamhet genom bland annat utvärdering av utbildning på grundnivå, avancerad nivå och forskarnivå. Vad utredningen erfar görs detta inför att en högskola eller universitet ges tillstånd att utfärda examina. Granskning av kvaliteten på enskilda utbildningar som fått tillstånd, som till ex-

empel specialisttjänstgöringen (ST) inom läkarutbildningen, ska genomföras av en extern aktör vart femte år utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Syftet med granskningen är att läkarna ska erbjudas en likartad och jämn utbildning oavsett på vilken klinik eller vårdcentral i landet utbildningen bedrivs. Det finns privata företag med koppling till läkarprofessionen som erbjuder denna tjänst. Granskning av utbildningar vid Karolinska Universitetssjukhuset har i några fall visat på kvalitetsbrister och resulterat i att utbildningar lagts ned.

Investeringar

Gällande planering och styrning av investeringar i hälso- och sjukvården finns det inga statliga myndigheter med specifika uppdrag. Som framgår på annan plats i detta betänkande har det tidigare funnits statliga myndigheter som hade en roll i styrningen av hälso- och sjukvården, till exempel Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU) och Nämnden för socialvårdens och sjukvårdens byggnader (NSB).

Upphandling

Konkurrensverket som är tillsynsmyndighet över offentlig upphandling har inte genomfört någon tillsyn med anledning av tilldelningsbesluten gällande NKS 2010. I utredningens kontakter med myndigheten har det framkommit att myndigheten i samband med tilldelningsbesluten mottog anmälan mot att Stockholms läns landsting valt att gå vidare med upphandlingen trots att endast ett anbud inkommit. Konkurrensverket gick dock inte vidare då det inte bedömdes strida mot regelverket. Vidare har tilläggsavtal till OPS-avtalet om sjukhusapotek och forskningslaboratorier samt uppförande av patienthotell resulterat i ärenden som dock avskrivits efter bedömning att de uppfyller undantagskraven i LOU för tilläggsbeställningar (dnr 428/2914 och 87/2015). Konkurrensverket har också övervägt granskning av upphandling av konsulter från BCG. Efter en kammarrättsdom gällande detta avslutade myndigheten denna granskning.

Förvaltningsrätten i Stockholm prövade landstingsfullmäktiges tilldelningsbeslut den 4 maj 2010 och den 8 juni 2010 efter överklagan av två medborgare. Förvaltningsrätten bedömde den 14 september 2010 att besluten inte strider mot lag och avvisade överklagandena (Mål nr 30154-10, 31655-10, samt 33444-10).

Upphandlingsmyndigheten bildades 2015, verksamheten låg tidigare i Konkurrensverket. Uppdraget är stödjande och vägledande verksamhet riktad till bland annat regioner. Myndigheten har noterat att det i upphandlingen av NKS arbetades med funktionskrav och det har vid myndigheten tagits fram ett stödjande material i form av metodblad för att formulera, utvärdera och följa upp funktionskrav.

9 Analys och rekommendationer

9.1 Utgångspunkter för analysen

Utredningens uppdrag är att utreda former och ändamålsenlighet för besluts- och genomförandeprocesser i samband med upphandlingar och investeringar i hälso- och sjukvården och i samband med olika lösningar för avtalsrelaterade samarbeten mellan den offentliga förvaltningen och enskilda företag och organisationer. I uppdraget ingår också att kartlägga användandet av process- och organisationsstöd i detta sammanhang. Uppdraget omfattar kartläggning av hur relevanta kontrollmekanismer har tillämpats vid beslut och genomförande av upphandlingar, investeringar och större organisationsförändringar i samband med offentlig-privat samverkan (OPS).

Utredningen kan konstatera att frågor om upphandling, investeringar och organisationsförändringar är mycket nära kopplade till varandra i komplexa processer som ställer krav på helhetsperspektiv.

Utredningen har kartlagt pågående och planerade investeringar i regionerna och genomfört en fördjupad kartläggning av Nya Karolinska Solna (NKS). NKS identifieras i direktiven som det första större exemplet på en OPS inom hälso- och sjukvården i Sverige. Det finns ingen entydig definition av OPS, det kan omfatta alla typer av samverkan mellan det offentliga och det privata. Utredningens arbete har avgränsats till OPS-lösningar av den typ som tillämpats för NKS och som det finns bred erfarenhet av i framför allt Storbritannien.

Utredningen har funnit att det finns lärdomar att dra av exemplet NKS. Kartläggningen omfattar beredningen av och besluten om NKS. Det vill säga beredning och beslut om upphandlingen av byggnationen genom en OPS, verksamhetsinnehållet och organisationsförändringen vid det nya sjukhuset och därtill hörande frågor. Det gäller till exempel arbetet med omställningen av hälso- och sjukvården och hur förutsättningarna för utbildning och forskning har tagits om

hand i den regionala hälso- och sjukvårdsplaneringen och i planering och beslut om NKS.

På förekommen anledning vill utredningen framhålla att detta inte är en granskning av NKS-projektet eller av Region Stockholm. Det som redovisas syftar inte till att identifiera felaktigheter eller peka ut ansvariga. Ett syfte med kartläggningen av NKS-exemplet som utredningen redovisar i detta betänkande är att bidra till att öka den nationella förmågan vad gäller kunskapsuppbyggande och systematiskt lärande. Utredningen lämnar även ett antal rekommendationer i syfte att stärka förutsättningarna för att lärdomarna ska omhändertas på ett bra sätt. Region Stockholm var tidig i att behandla frågor om sjukvårdens struktur och högspecialisering av vården. Ambitionsnivån i NKS-projektet har varit hög och förändringarna av det nya sjukhusets uppdrag har påtaglig påverkan på sjukvårdssystemet i regionen, vilket gör exemplet NKS intressant ur ett lärandeperspektiv.

En utmaning i utredningens arbete har varit NKS-projektets omfattning. Frågan har beretts under lång tid och omfattar såväl byggande av nytt sjukhus som förändringar av Karolinska Universitetssjukhusets uppdrag och de följder detta ger i det regionala hälso- och sjukvårdssystemet samt för förutsättningar för utbildning och forskning. Till detta kommer den organisationsförändring som genomförts vid Karolinska Universitetssjukhuset i samband med att verksamheten för det nya uppdraget flyttades in i den nya sjukhusbyggnaden. Omställningsarbetet är dessutom pågående och genererar fortsatt såväl utmaningar som lärdomar.

9.2 Framtidsutmaning och investeringar i hälso- och sjukvården

9.2.1 Strukturförändring av vården och investeringsbehov

Sjukvårdshuvudmännen står inför gemensamma utmaningar gällande hälso- och sjukvårdens förändrade behov. Pågående arbeten i regionerna är bland annat omställning av vården mot en vidareutvecklad nära vård och samtidigt ökad koncentration av regional och viss nationell högspecialiserad vård. En utmaning är vilka behov av lokaler framtidens hälso- och sjukvård medför. Den medicinska och medicintekniska utvecklingen, digitalisering, nivåstrukturering av vården och befolkningsutveckling är exempel på faktorer som skapar denna

framtidsutmaning. Trenden att patientens tid på sjukhus förkortas, att allt mer avancerad sjukvård bedrivs i hemmen, och utvecklingen av den nära vården där allt fler tillstånd kan (eller skulle kunna) behandlas i kommunal eller regional regi i primärvården är ytterligare exempel på faktorer som påverkar behoven av sjukhuslokaler framöver.

En följd av de stora investeringar i sjukhusbyggnader som genomfördes kring 1960-talet är att en stor del av det befintliga fastighetsbeståndet i landet har nått en ålder där den tekniska livslängden ställer krav på ersättningsinvesteringar. Samtidigt medför utvecklingen inom hälso- och sjukvården ett förändrat behov av lokaler med om- eller nybyggnationer som följd. Sammantaget innebär detta att investeringsbehoven är stora i många av regionerna.

Beslutet att bygga NKS har sin grund i dessa utmaningar. Den tekniska livslängden på det befintliga Karolinska sjukhuset i Solna ställde krav på allt större investeringar för bibehållen kapacitet. Samtidigt innebar utvecklingen inom hälso- och sjukvården ett förändrat behov av lokaler, vilket krävde om- eller nybyggnation. Svaret på framtidsutmaningen vid investeringen i NKS var att bygga en flexibel byggnad som skulle kunna anpassas till framtidens behov i takt med den högspecialiserade vårdens utveckling.

Samtidigt som regionerna står inför stora investeringsbehov är ekonomin ansträngd. Sjukvårdskostnaderna har ökat under lång tid och ökar, enligt Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) ekonomirapport från oktober 2019, allt snabbare. Ökningstakten under 2018 var 6,0 procent, vilket är nära två procentenheter högre än ökningstakten under den senaste femårsperioden. Snabbast är ökningstakten för öppenvården, vilket är i linje med ambitionen att vården ska bedrivas på den lägsta effektiva vårdnivån. Dock fortsätter kostnaderna för den specialiserade somatiska vården att öka i snabb takt. Detta samtidigt som antalet vårdtillfällen enligt SKR minskar i den specialiserade somatiska vården. För en ekonomi i balans krävs större effektivitetsökningar än vad som hittills mäktats med. Även bemanningen är en utmaning för regionerna och kostnaderna för inhyrd personal fortsätter att öka. Stora pensionsavgångar och en ansträngd rekryteringssituation innebär utmaningar att säkerställa en effektivt organiserad vård med rätt kompetens på rätt plats, enligt SKR. Den huvudsakliga intäktskällan för regionerna är skatter. Tre regioner höjde skattesatsen under 2019 och ytterligare tre har aviserat höjning

under 2020. Under den senaste tioårsperioden har ingen region sänkt skattesatsen, däremot har alla utom Region Stockholm höjt minst en gång och de flesta två gånger eller fler. SKR bedömer att regionernas ekonomi är ansträngd de närmaste åren (SKL 2019).

9.2.2 Det saknas nationell överblick

Investeringstakten i regionerna är hög och har ökat under flera år. Störst är investeringarna inom regionernas huvudsakliga ansvarsområden hälso- och sjukvård, trafik och infrastruktur, samt inom fastighetsförvaltning. Statistiska centralbyrån (SCB) samlar in uppgifter och för statistik om regionernas investeringar. SKR genomför enkäter och samlar in kompletterande uppgifter om regionernas investeringar och investeringsplaner. Dessa används bland annat som underlag för Ekonomirapporten från SKR. Tillgänglig statistik ger emellertid inte någon detaljerad bild av vad investeringar i hälso- och sjukvården avser, då en betydande del av dessa redovisas i samlingsposter.

En genomgång och sammanställning, som utredningen genomfört, av regionernas budgetar visar att investeringar såsom NKS inte är unika. En stor del av de investeringar som genomförs i regionerna avser akutsjukvården. Utredningens sammanställning[1] visar att beräknade totalkostnader för nu pågående investeringsprojekt vid akutsjukhusen i regionerna uppgår till ungefär 100 miljarder kronor, varav ungefär 50 miljarder kronor avser investeringar vid universitetssjukhusen.

Regionerna samverkar på olika sätt. Regionalt inom samverkansregionerna och nationellt bland annat inom ramen för SKR:s olika nätverk. Regionerna samverkar även genom gemensamma projekt med investeringar i till exempel biobanker och medicinteknisk utrustning. Det finns dock så vitt utredningen erfar inte någon nationellt gemensam samordning och planering av investeringar inom sjukvården.

Samverkan sker även mellan regioner och staten. Den pågående omställningen och nivåstruktureringen av hälso- och sjukvården genomförs främst på regional nivå men arbete utförs även på nationell nivå. Socialstyrelsen beslutar om *nationell högspecialiserad vård* och

[1] Se kapitel 6.

leder arbetet där sjukvårdshuvudmännen i samverkan genomför ett arbete om vad som ska omfattas av nationell högspecialiserad vård. Gällande omställningen av vården och vidareutveckling av den nära vården har staten och SKR bland annat ingått överenskommelser 2019 och 2020 om *god och nära vård* (S2019/02858/FS och S2020/00440/FS).

Mot bakgrund av pågående omställningsarbete är frågan om det finns behov av ytterligare samverkan kring vilka investeringar som krävs för att möta de behov som förutses i framtidens hälso- och sjukvård. Investeringsbehovet är stort i regionerna, bland annat till följd av behoven av ersättningsinvesteringar samt att regionernas ekonomi enligt SKL (2019) är ansträngd. Detta understryker frågan om hur det på nationell nivå säkerställs att de investeringar som genomförs regionalt är kostnadseffektiva ur ett totalt hälso- och sjukvårdsperspektiv.

Regeringen tillsatte i oktober 2019 en utredning (S 2019:03) med uppdrag att utreda hur pågående och planerade investeringsprojekt i sjukhus förhåller sig till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå (dir. 2019:69). Uppdraget ska redovisas senast den 15 januari 2021.

9.3 Exemplet NKS – styrning och organisering

9.3.1 NKS – både ett behovs- och visionsdrivet projekt

Beslutet att bygga ett nytt universitetssjukhus i Solna hade sin grund i flera olika problem och utmaningar.[2] När förslaget först kom upp i början på 2000-talet gjordes en utblick i Europa som visade att äldre sjukhus runt om i Europa ersattes med nya, moderna sjukhus anpassade till den nya tekniken. Karolinska sjukhusets lokaler i Solna var gamla och slitna och behövde moderniseras. Konkurrensen från de moderna sjukhusen i Europa skulle kunna medföra att både Karolinska sjukhuset och Karolinska Institutet blev mindre attraktiva för forskare. Genom att bygga ett nytt modernt universitetssjukhus kunde lokalfrågan lösas och Karolinska sjukhuset och Karolinska Institutet skulle kunna återta sin världsledande ställning inom högspecialiserad vård och forskning samt locka personal och forskare. Det nya sjuk-

[2] För beskrivning och referenser, se kapitel 8.

huset skulle också kunna få en nationell roll vad gäller utbildning för nya forskare och sjuksköterskor. Att bygga nytt bedömdes vara ett billigare och mer kostnadseffektivt alternativ jämfört med att renovera befintliga lokaler.

Ett nytt universitetssjukhus kunde alltså få betydelse för regionens, Karolinska sjukhusets och Karolinska Institutets utveckling och ställning både nationellt och internationellt. Projektet kan därmed sägas vara både visions- och behovsdrivet.

9.3.2 Ett komplext projekt som ställer krav på samordning

Besluts- och genomförandeprocessen för NKS-projektet har pågått under många år och innefattat ett flertal skilda ställningstaganden, varav flera mycket komplexa vart och ett för sig. De första utredningarna av ett nytt universitetssjukhus initierades 2001, 2005 fattade fullmäktige ett inriktningsbeslut om en ny hälso- och sjukvårdsstruktur i regionen och det färdiga sjukhuset invigdes 2018. Det nya universitetssjukhuset (NKS) ingick som en del i den omfattande förändring av hela hälso- och sjukvårdsstrukturen i Region Stockholm som omfattar såväl högspecialiserad vård, akutsjukvård, specialistvård som primärvård. Region Stockholm kan därför ses som ett tidigt exempel på den större strukturförändring av hälso- och sjukvården som nu genomförs och ska genomföras runt om i Sverige.

NKS-projektet är också ett exempel på ett komplext projekt. Komplexiteten ligger i första hand i att projektet berör många aktörer med olika behov och intressen. Projektet har också flera beroenden till andra satsningar, inte minst till den planerade förändringen av sjukvårdsstrukturen i regionen. Komplexiteten ökar ytterligare genom de valda ansatserna kring bland annat finansiering och verksamhetsmodell. Detta ställer krav på projektets organisation, styrning samt på samordning och samverkan med olika aktörer.

9.3.3 Projektet samordnades inte med övrig sjukvårdsplanering och viktiga aktörer hölls på avstånd

Hur har då behovet av samordning och samverkan hanterats i NKS-projektet? Utredningens bild är att landstingets fokus låg på NKS-projektets vision och genomförande framför helhetsperspektiv, sam-

ordning och förankring. Projektet organiserades och bedrevs under de första fem åren separat från övrig hälso- och sjukvårdsplanering i länet. Detta trots att fullmäktige fattat inriktningsbeslut om en ny hälso- och sjukvårdsstruktur som förutsatte samordning. Viktiga aktörer hölls på avstånd från projektet.[3] Det fanns flera förklaringar till detta.

En förklaring var den politiska visionen att det nya universitetssjukhuset skulle vara något helt nytt i svensk sjukvård. Det skulle inte vara ett ersättningssjukhus för Karolinska sjukhuset och skulle därför planeras fritt från befintliga aktörer. En annan förklaring var att man från politiskt håll ville att arbetet med det nya universitetssjukhuset drevs framåt och höll tidplanen. Därför etablerades en särskild organisation separat från befintliga aktörer både på politisk nivå och inom landstingsförvaltningen. 2008 lades det politiska ansvaret på FoUU-utskottet direkt under landstingsstyrelsen. Utskottet gavs mandat att fatta beslut inom ramen för projektet. En projektledare (senare förvaltningschef) rekryterades externt. Det så kallade NKS-kansliet övergick efter något år till att bli en NKS-förvaltning med samma mandat som övriga förvaltningar i landstinget. Det gav tyngd åt projektet och gav förutsättningar för projektets genomförande. Till NKS-förvaltningen handplockades personal från Karolinska Universitetssjukhuset. Deras uppdrag var att utveckla verksamhetsinnehållet vid sjukhuset, de företrädde inte sjukhuset.

Flera aktörer som var berörda av projektet gavs en indirekt roll, bland annat Karolinska Universitetssjukhuset och hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Även om landstinget uttryckte att Karolinska Institutet var en viktig aktör och samarbetspartner för NKS-projektet, så tycks samarbetet inte ha fungerat fullt ut. Sjukhusdirektören för Karolinska Universitetssjukhuset ingick i en styrgrupp för projektet tillsammans med företrädare för Karolinska Institutet. Styrgruppen fick information om arbetet i projektet men upplevde att de i realiteten hade liten påverkansmöjlighet. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning var remissinstans på förslaget till övergripande verksamhetsinnehåll, men var i övrigt inte involverad direkt i projektet. Inriktningsbeslutet om en ny hälso- och sjukvårdsstruktur pekade dock på behovet av en samlad planering. Även personalorganisationer vid Karolinska Universitetssjukhuset uttryckte att de inte fick förutsättningar att vara tillräckligt involverade i processen.

[3] För närmare beskrivning och referenser, se kapitel 8.

2011 fattade fullmäktige beslut om en ny organisation och ansvarsfördelning för projektet samt en samordning av hälso- och sjukvårdsplaneringen genom planen Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). Detta efter långvarig kritik från framför allt Karolinska Universitetssjukhuset och hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Genom beslutet fick Karolinska Universitetssjukhuset ansvaret för NKS, verksamhetsinnehållet och implementeringen av verksamheten från 2012. Ett centralt programkontor för FHS inrättades på landstingsnivå och ett lokalt programkontor på Karolinska Universitetssjukhuset.

9.3.4 Följsamheten till politiska beslut

Stora förändringsprojekt som pågår under lång tid ställer krav på långsiktigt hållbara förutsättningar och beslut. Det blir särskilt viktigt i en politisk organisation där politikens inriktning kan förändras över tid. NKS-projektet visar utifrån utredningens genomgång på betydelsen av långsiktighet och helhetssyn i det politiska beslutsfattandet och i den politiska styrningen av förändringsprocessen. Det visar också på komplexiteten med omfattande förändringsprojekt som pågår under lång tid. Besluten om inriktningen för en ny hälso- och sjukvårdsstruktur, verksamhetsinnehållet för NKS respektive beslutet om OPS visar på detta.[4]

Enligt fullmäktiges inriktningsbeslut 2005 om en ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms län skulle genomförandebesluten fattas successivt och integreras i det årliga budgetarbetet. Utredningens genomgång i kapitel 8 visar dock att landstinget inte arbetade vidare med att utveckla, planera och genomföra förändringar i övriga delar av sjukvårdsstrukturen. I stället lades fokus under de första fem åren på planering och byggande av det nya universitetssjukhuset. Det uttalades tidigt, både från NKS-projektet och landstingsdirektören, att verksamhetsinnehållet för det nya universitetssjukhuset skulle beslutas sent. Detta fastställdes genom beslut i fullmäktige. Förutsättningarna för en samordnad planering av hälso- och sjukvården påverkades därmed. 2011, sex år efter inriktningsbeslutet, fattade fullmäktige beslut om satsningen på Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) och en samordnad process för hälso- och sjukvårds-

[4] För närmare beskrivning och referenser, se kapitel 8.

planeringen där också NKS ingick. Därmed fanns återigen förutsättningar för en samordnad och långsiktig process. Beslutet kom dock sent, vilket medfört att planering och investeringar i övriga sjukvårdssystemet försenats. Det har också fått konsekvenser för Karolinska Universitetssjukhusets utflytt av vård utifrån det nya uppdraget.

Upphandlingen och beslutet att gå vidare med endast en anbudsgivare i upphandlingen av byggnationen genom en OPS är ytterligare ett exempel på vikten av långsiktigt hållbara processer. Vid sidan av argumentet att OPS var en metod för riskhantering bedömdes att konkurrensen skulle komma att bli starkare vid en OPS jämfört med traditionell upphandling. Detta eftersom OPS bedömdes attrahera internationellt intresse. I den interna beredningen i landstinget bedömdes dock konkurrenssituationen något annorlunda och det framfördes farhågor att konkurrensen skulle kunna bli svag. När fullmäktige fattade beslut att genomföra upphandling av byggnationen genom OPS formulerades en förutsättning för att gå vidare i processen att tillräcklig konkurrens uppnåtts (LS 08084-0429). Endast ett företag ansökte om prekvalificering i upphandlingen. I detta läge beslutade FoUU-utskottet att tillräcklig konkurrens uppnåtts. Anbudet höll sig inte inom den av fullmäktige beslutade ramen och den efterföljande förhandlingen ledde till överenskomna besparingar om 1,25 miljarder kronor genom förändrade materialval och minskade ytor. Genom att gå vidare med endast en anbudsgivare följdes inte det ursprungliga beslutet fattat i landstingsfullmäktige (Landstingsrevisorerna 2010). I vilken mån detta har inneburit negativa ekonomiska konsekvenser för landstinget har inte bedömts ligga inom denna utrednings uppdrag.

9.3.5 Professionernas delaktighet

Komplexa och långsiktiga förändringsprocesser ställer krav på samordning och samverkan. En viktig part i detta är professionerna, och en viktig aspekt är hur de involverats i planeringen av den nya sjukhusbyggnaden, sjukhusets verksamhetsinnehåll och den nya verksamhetsmodellen. Utredningen konstaterar att det finns skilda uppfattningar om i vilken omfattning professionerna har varit delaktiga under processen. Medan NKS-förvaltningen beskriver att ett 1 000-tal personer varit involverade i planeringen av sjukhuset, pekar andra

källor (bland annat Stockholms universitet) på att professionerna inte varit delaktiga i tillräcklig grad.

Utredningens bild utifrån intervjuer med företrädare för personalorganisationerna vid Karolinska Universitetssjukhuset och en genomgång av dokumentation från samverkan är att personalorganisationerna har fått möjlighet att lämna synpunkter på sjukhusbyggnaden, verksamhetsinnehållet och verksamhetsmodellen. Vad utredningen erfar har det dock skett i ett förhållandevis sent skede, i vissa fall kort innan beslut fattats när möjligheterna till påverkan och delaktighet är små. Detta påverkar möjligheterna att omhänderta synpunkterna. Synpunkterna från personalorganisationerna skiljer sig också åt. Medan Läkarförbundet har varit mycket kritiska till förslag till verksamhetsinnehåll och verksamhetsmodell har Vårdförbundet varit mer positiva till förändringarna. Företrädare för Kommunal menar att samverkan förbättrades när Karolinska Universitetssjukhuset tog över ansvaret för verksamhetsinnehållet. Det finns dock en samstämmig uppfattning hos personalorganisationerna att det krävs både vilja till samverkan och lyhördhet hos ledningen för att förändringar ska lyckas. Enligt den genomlysning av NKS-projektet som Stockholms universitet gör på uppdrag av Region Stockholm har förändringsviljan hos såväl den politiska ledningen, projektledningen och senare även sjukhusledningen varit starkare än viljan till samverkan och lyhördhet.

9.3.6 Användningen av externt konsultstöd har varierat i typ och omfattning

Förändringen av hälso- och sjukvårdsstrukturen i Region Stockholm och byggandet av ett nytt universitetssjukhus har varit en lång och komplex process. I flera delar har det krävt kompetens vid sidan av den egna organisationens expertis. Ett sätt att stärka den egna kompetensen är att ta in externt stöd i form av konsulter. Utredningens genomgång visar att användandet av process- och organisationsstöd skiljer sig åt i besluts- och genomförandeprocesserna för upphandling och byggnation av NKS, verksamhetsinnehåll för NKS respektive den nya verksamhetsmodellen vid Karolinska Universitetssjuk-

huset. Stödets omfattning varierar också över tid liksom vilken aktör som varit beställare av stödet.[5]

Landstinget har tagit in extern expertis på flera områden. Detta gäller exempelvis inköp av tekniska konsulttjänster i samband med utredning av förutsättningarna för att bygga ett nytt universitetssjukhus, stöd vid genomförande av riskanalyser och stöd kring den ekonomiska modellen i projektavtalet som reglerar landstingets vederlag till projektbolaget. Inom andra områden har konsultstödet mer haft karaktären av allmän förstärkning av den egna organisationen. Ett område där man så vitt utredningen erfar inte använt sig av externt stöd på motsvarande sätt är förändringen av hälso- och sjukvårdsstrukturen i länet.

Externt konsultstöd förefaller också ha varit avgörande i vissa vägvalsbeslut i projektet. Vid valet av OPS som upphandlings- och genomförandeform av NKS finns det i de underlag utredningen fått ta del av endast två underlag som förordar OPS. Båda dessa underlag är analyser genomförda av externa konsulter. I de två interna utredningar som landstinget lät genomföra, SNUS (LS 0201-0049) redovisades 2002 och 3S (LS 0409-1729) redovisades 2004, gjordes bedömningen att OPS-modellen inte skulle användas. Även i den följande interna beredningen av de externa underlagen gjordes bedömningen att det trots omfattande utredning av frågan inte på objektiva grunder gick att avgöra om OPS skulle skapa värde för landstinget jämfört med traditionell upphandling (LS 0804-0429). Valet av genomförandeform lämnades till beslut på politisk nivå.

Ur styrningssynpunkt uppfattar utredningen att externt konsultstöd i vissa fall visat sig vara en utmaning. Ett exempel på detta är upphandlingen av IKT som fick avbrytas 2012. Konsultanvändningen vid denna upphandling var enligt vad utredningen erfar omfattande. Landstingsrevisorerna (2014) identifierade brister i underlagen och gjorde bedömningen att det är angeläget att uppmärksamma risker med användning av konsulter för att undvika oönskade konsekvenser.

Utredningen konstaterar att det externa konsultstödet har varit mycket omfattande i arbetet med den nya verksamhetsmodellen för Karolinska Universitetssjukhuset. Konsulter, särskilt från ett konsultbolag, bedöms ha haft en drivande roll inför beslutet att införa värdebaserad vård och en ny verksamhetsmodell på sjukhuset samt i att genomföra själva förändringen. En tidigare konsult vid det anlitade

[5] För närmare beskrivning och referenser, se kapitel 8.

konsultbolaget anställdes som hög chef med ansvar för att driva förändringen på sjukhuset. Internrevisorn vid Karolinska Universitetssjukhuset har i en granskning beställd av ledningen för sjukhuset gått igenom konsultanvändningen. Granskningen (K 2017:5710) visar bland annat att risker för oegentligheter inte fångats upp i sjukhusets riskanalyser, att konsultbolaget lånat ut konsulter gratis för att stötta i arbetet med värdebaserad vård och att sjukhuset därefter slutit avtal med konsultbolaget för fortsatt arbete med värdebaserad vård och ny verksamhetsmodell. Den tidigare konsult som anställdes som produktionsdirektör vid sjukhuset medverkade i upphandlingsprocessen och poängsättning av konsultleverantörer samt vid tilldelningsbeslut till det bolag konsulten kom ifrån. Bolaget har enligt revisionsrapporten också använt taktisk prissättning för olika konsultkategorier och fakturor saknar specifikationer.

9.4 Exemplet NKS – verksamhetsinnehåll och förändring av hälso- och sjukvårdsstrukturen

9.4.1 Det nya universitetssjukhuset innebär förändringar i hela hälso- och sjukvårdsystemet

Beslutsprocessen för ett nytt universitetssjukhus startade med att Stockholms läns landsting lät genomföra två utredningar. Den första (benämnd SNUS) tillsattes 2001 och avsåg inriktning och lokalisering av ett nytt universitetssjukhus i Stockholm. Den andra (benämnd 3S) tillsattes 2003 och skulle fortsätta utredningen av dels inriktningen för ett nytt universitetssjukhus i Solna, dels hur sjukvårdsstrukturen i länet skulle utformas och förverkligas. Båda utredningarna betonade att utvecklingen av ett nytt högspecialiserat universitetssjukhus måste gå hand i hand med förändringar i andra delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Konkreta förslag presenterades både kring det nya universitetssjukhuset och för hälso- och sjukvårdsstrukturen i länet. 3S-utredningen gick igenom profilområdena för respektive sjukhus och gav konkreta förslag på var olika typer av vård bör bedrivas. Även närsjukvården hanterades. Redan tidigt konstaterades alltså att det nya högspecialiserade universitetssjukhuset var en del av en helhet och måste planeras i relation till övrig hälso-

och sjukvård i länet, ända ut till närsjukvården. Även landstingsrevisorerna pekade på detta.

Utifrån SNUS och 3S fattade landstingsfullmäktige 2005 ett inriktningsbeslut om ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms läns landsting. Beslutet låg helt i linje med utredningarnas förslag, det vill säga att koncentrera den högspecialiserade vården till Karolinska Universitetssjukhuset, att flytta ut specialiserad vård från Karolinska Universitetssjukhuset till Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och S:t Görans sjukhus samt att utveckla närsjukvården. Genomförandebesluten om en förändrad sjukvårdsstruktur skulle ske successivt och så långt som möjligt integrerat i förändringsbesluten i det årliga budgetarbetet enligt en föreslagen tidplan. Genom inriktningsbeslutet fanns förutsättningar att genomföra förändringar utifrån ett helhetsperspektiv där utvecklingen av Karolinska Universitetssjukhuset genomfördes parallellt med förändringar i det övriga hälso- och sjukvårdssystemet. Processen kom dock i praktiken att se annorlunda ut.

9.4.2 Verksamhetsinnehållet för NKS ska beslutas sent

Efter att arkitekttävlingen för det nya universitetssjukhuset var klar 2006 startade planeringen. Uppdraget var att planera och genomföra byggnation av NKS och att bestämma sjukhusets verksamhetsinnehåll. Ett projektprogram (SLL 2007) togs fram som skulle utgöra styrdokument för det fortsatta projektarbetet.

I projektprogrammet betonas att det är för tidigt att föreslå verksamhetsinnehåll för NKS vad gäller sjukvård, forskning och utbildning. Det bör av flera skäl ske så sent som möjligt. Ett skäl som angavs var den snabba medicinska och tekniska utvecklingen och att högspecialiserad vård är ett föränderligt begrepp som nödvändigtvis inte är detsamma då NKS ska tas i full drift 2018. Ett annat skäl som lyfts fram var att förändringar inom Stockholms läns landstings sjukvårdsstruktur kunde påverka NKS uppdrag. En generell och flexibel byggnad medgav att verksamhetsinnehållet fastställdes sent. Landstingsfullmäktige ställde sig bakom detta och beslutade att landstingsstyrelsen skulle återkomma med förslag till verksamhetsinnehåll för det nya universitetssjukhuset (LS 1003-0255). I senare beslut i fullmäktige skjuts beslutet om verksamhetsinnehåll fram ytterligare i

tiden.[6] Detta trots att det uttrycktes en enighet hos olika aktörer att NKS inte kan ses isolerat utan som en del av sjukvårdssystemet.

Utredningen bedömer att beslutet att skjuta på fastställande av verksamhetsinnehållet för det nya universitetssjukhuset innebar att förutsättningarna för ett helhetsperspektiv på utvecklingen av en ny hälso- och sjukvårdsstruktur försämrades. Argumentet i projektprogrammet att förändringar i länets övriga sjukvårdsstruktur kunde påverka NKS uppdrag visar på en slags moment 22-situation. Verksamhetsinnehållet för NKS ansågs vara beroende av hur sjukvårdsstrukturen i länet utvecklades, samtidigt som förändring i sjukvårdsstrukturen förutsatte att man kände till verksamhetsinnehållet för NKS. Det visar enligt, utredningens bedömning, på att helhetsperspektivet i praktiken var bristfälligt trots att inriktningsbeslutet talade för en helhet. Genom landstingsfullmäktiges beslut att skjuta på beslutet om verksamhetsinnehåll påverkades planeringen av den övriga hälso- och sjukvårdsstrukturen i länet.

9.4.3 Parallell process för Framtidens Hälso- och sjukvård startar

När det första förslaget till övergripande verksamhetsinnehåll för NKS presenterades 2009 framfördes kritik från olika aktörer om att förslaget var alltför övergripande och därmed svårt att ta ställning till.[7] En återkommande synpunkt från olika aktörer var att NKS samband med och påverkan på den övriga hälso- och sjukvårdsstrukturen måste tydliggöras. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning var särskilt kritiska. De hade samma år fått i uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden att analysera och konkretisera den framtida hälso- och sjukvården i Stockholms län utifrån behov och finansiella resurser. Analysen och förslagen skulle framför allt fokusera på förändringar till följd av den demografiska utvecklingen och tillkomsten av NKS. Uppdraget blev starten för arbetet med Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) och kan ses som ett sent svar på landstingsfullmäktiges inriktningsbeslut 2005 om ny hälso- och sjukvårdsstruktur.

I underlaget till landstingsfullmäktiges beslut 2010 om övergripande verksamhetsinnehåll för NKS (LS 1003-0255) framhålls att byggandet av och innehållet i NKS innebär att landstingets hela hälso-

[6] För närmare beskrivning och referenser, se kapitel 8.
[7] Ibid.

och sjukvårdsstruktur påverkas. Det ställer krav på en sammanhållen planering och ett genomförande som beaktar olika samband och relationer. Fullmäktige beslutade att uppdra till landstingsstyrelsen att före utgången av 2011 fastställa ett mer preciserat verksamhetsinnehåll för NKS samt hur verksamheten ska organiseras i förhållande till övrig befintlig hälso- och sjukvårdsverksamhet. Därmed kan det sägas att det återigen fanns förutsättningar för att få ett helhetsperspektiv på utvecklingen av hälso- och sjukvårdsstrukturen i Stockholm. Detta gjordes emellertid fem år efter att NKS-projektet startade och det skulle dröja ytterligare ett år innan ett förslag till preciserat verksamhetsinnehåll för NKS skulle presenteras. Vidare fanns det otydligheter om organisationen för samordning mellan NKS-projektet och planeringen för Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). Arbetet pågick parallellt. Den bristande samordningen hade redan fått konsekvenser för planering och investering i övrig hälso- och sjukvård i länet vilket exempelvis noteras genom förseningar i investeringar och byggnation vid andra sjukhus. Det innebar också att tidplanen för NKS-projektet blev mer pressad i förhållande till planerad inflyttning 2016.

9.4.4 Karolinska Universitetssjukhuset får ansvaret för NKS och arbetet knyts till Framtidens Hälso- och sjukvård

När landstingsfullmäktige 2011 beslutade om planen för Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) beslutade de också att styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset skulle få ansvaret för NKS och implementeringen av verksamheten från 2012. I detta låg ansvaret att precisera verksamhetsinnehållet för NKS och att planeringen av verksamhetsinnehållet skulle förhålla sig till FHS. Väsentliga förändringar av verksamhetsinnehållet skulle fastställas av landstingsstyrelsen. Anledningen till beslutet var bland annat kritik från hälso- och sjukvårdsförvaltningen mot NKS-förvaltningen och att Karolinska Universitetssjukhuset aktivt arbetat för att få ta över ansvaret. Beslutet innebar att NKS-förvaltningen på landstinget lades ner och att det i stället inrättades ett centralt programkontor för Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) och ett lokalt programkontor på Karolinska Universitetssjukhuset.

Karolinska Universitetssjukhuset, som dittills hållits på avstånd från NKS-projektet, fick genom beslutet ansvaret för frågan om att

definiera vilken vård som skulle bedrivas på sjukhuset. Till skillnad mot NKS-förvaltningen, som hade en mer förutsättningslös ansats och inte utgick från den befintliga vårdsstrukturen, utgick Karolinska Universitetssjukhuset från den befintliga vården på sjukhuset. Huvudfrågan var vilken vård som skulle vara kvar på sjukhuset, vilken vård som kunde flyttas över till andra vårdgivare och i vilken omfattning.[8] Det fanns enligt utredningens bedömning flera utmaningar med detta. Dels kan det vara krävande att be den egna personalen att överväga flytt av den vård de dagligen arbetade med, dels kan det vara svårt att bedöma vilka aktörer som skulle kunna ta emot den vård som skulle flyttas ut. Karolinska Universitetssjukhuset konstaterade redan i ett tidigt skede att det saknades tillräckliga underlag om vårdplatser och att det fanns för få vårdplatser på NKS. Om det berodde på att de ursprungliga beräkningarna hade brister eller om det berodde på att Karolinska Universitetssjukhuset hade en bredare definition av vårdinnehållet på NKS är för utredningen oklart. Det bedöms dock ha fått konsekvenser för den pågående investeringen i det nya sjukhuset. Behovet av ytterligare vårdplatser innebar att ytorna i det nya sjukhuset utökades. En delförklaring är ändrade prognoser över befolkningsökningen i länet men så vitt utredningen erfar var orsaken även att befintlig verksamhet skulle kunna inrymmas i det nya sjukhuset.

9.4.5 Högspecialiserat universitetssjukhus?

En fråga som uppstod när Karolinska Universitetssjukhuset tog över ansvaret för verksamhetsinnehållet var vad som räknades som högspecialiserad vård. NKS-förvaltningens inriktning för NKS var ett litet högspecialiserat sjukhus med en viss andel specialiserad vård. Någon bassjukvård skulle inte bedrivas på sjukhuset. Sjukhusets högspecialiserade uppdrag förutsatte samarbete med andra vårdgivare.

Hösten 2012 lämnade Karolinska Universitetssjukhuset ett förslag till verksamhetsinnehåll till Programkontoret för FHS för synpunkter.[9] Karolinska Universitetssjukhusets bedömning var att andelen högspecialiserad vård på NKS skulle öka från 50 procent till 60 procent genom förslaget. Bedömningen från Programkontoret för

[8] Enligt utredningens intervjuer med företrädare för Karolinska Universitetssjukhuset.
[9] För närmare beskrivning och referenser, se kapitel 8.

FHS var att andelen högspecialiserad vård på NKS endast uppgick till 15–20 procent. För lite högspecialiserad vård hade överförts från Karolinska Huddinge till NKS enligt Programkontoret. Det innebar i sin tur att det krävdes större investeringar i Huddinge än vad som ansågs nödvändigt om vården i stället förlades till NKS.

Vad utredningen erfar fanns det, sju år efter att NKS-projektet startade, olika uppfattningar om den mest centrala delen i visionen och inriktningen för NKS – den högspecialiserade vården. Detta är i sin tur nära kopplat till bedömningen av investeringsbehov och förutsättningar för utbildning, forskning och utveckling.

9.4.6 Verksamhetsinnehållet på NKS fastställs först 2017

Arbetet med att ta fram förslag till verksamhetsinnehåll för NKS påbörjades 2006. Ett första övergripande förslag till verksamhetsinnehåll fanns framme 2009. 2010 fick landstingsstyrelsen i uppdrag att senast den 31 december 2011 presentera ett förslag till verksamhetsinnehåll. Något beslut om verksamhetsinnehåll fattades dock inte 2011. I stället övergick ansvaret för verksamhetsinnehållet till Karolinska Universitetssjukhuset som presenterade ett första förslag 2013. Detta förslag bearbetades ytterligare.

Verksamhetsinnehållet för Karolinska Universitetssjukhuset togs därefter upp 2017 för beslut i landstingsstyrelsen. Anledningen var att Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslagit väsentliga förändringar i verksamhetsinnehållet vid sjukhuset. Den icke högspecialiserade vård som utförs på Karolinska Solna ska i framtiden utföras av andra vårdgivare. En del av vården överförs till andra akutsjukhus och vårdsamverkan med andra vårdgivare förstärks. Avgörande för tempot i processen är bland annat kapacitetsutbyggnad hos de framtida mottagarna.

Tolv år efter att processen kring verksamhetsinnehållet för NKS startade fastställde landstingsstyrelsen alltså verksamhetsinnehållet för Karolinska Universitetssjukhuset. Då hade stora delar av verksamheten redan flyttat in på NKS. Av beslutet framgår att processen inte är klar, utflyttningen av vård till andra vårdgivare i nätverkssjukvården måste fortgå. Hur tidplanen för detta ser ut framgår inte. Detta visar enligt utredningen på de utmaningar som finns i planering och

genomförande av större strukturförändringar inom hälso- och sjukvården.

9.4.7 Förutsättningarna för utbildning och forskning har försämrats

Det högspecialiserade uppdraget för NKS liksom den nära integrationen mellan vård, klinisk forskning, utveckling och utbildning fanns med redan i de första planerna för ett nytt universitetssjukhus. Visionen omfattade också centrum för Life science och satsningar på så kallade centers of excellence. Detta låg i linje med de behov och mål som Karolinska Institutets ledning uttryckte. SNUS-utredningen pekade dock på att en högspecialiserad inriktning innebar att grundutbildning av studenter måste ske på fler ställen där patienter med vanliga folksjukdomar togs om hand. Detsamma gällde den kliniska forskningen som är i behov av ett brett patientunderlag.

I samband med fullmäktiges inriktningsbeslut om ny hälso- och sjukvårdsstruktur 2005 gavs ett uppdrag att utreda hur ett universitetssjukvårdssystem där utbildningen förlades till olika vårdgivare i länet skulle kunna se ut. Uppdraget skulle genomföras i nära samverkan med Karolinska Institutet. Resultatet av arbetet var bland annat förslag om ny struktur för universitetssjukvård i Stockholm och en ökad samverkan mellan Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet för att förbättra förutsättningarna för en gemensam strategisk och långsiktig utbildningsplanering. I de efterföljande politiska besluten om verksamhetsinnehåll för NKS har forskning och utbildning samt betydelsen av ett nära samarbete med Karolinska Institutet återkommande lyfts fram.

I utredningens intervjuer med företrädare för Karolinska Institutet framgår att Karolinska Institutet vid ett antal tillfällen framfört att det inte tagits tillräckliga hänsyn till förutsättningar för forskning och utbildning i beslut om verksamhetsinnehåll för Karolinska Universitetssjukhuset och i arbetet med Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). Det har enligt Karolinska Institutet inte gjorts tillräckliga konsekvensanalyser för hur forskning och utbildning påverkas av förändringarna och av införande av vårdval. Samtidigt som investeringar har gjorts i bland annat Bioclinicum vid NKS har vårdinnehållet i Solna smalnats av både vad gäller diagnoser och patientunderlag. Det kraftigt minskade intaget till intensivakuten är en del i detta. Enligt

Karolinska Institutet har det fått negativa konsekvenser för bland annat utbildning för läkare och sjuksköterskor. Utbildning är nära knutet till forskning och på sikt kommer även forskningen att påverkas negativt menar Karolinska Institutet. Redan nu finns exempel på forskare som fått forskningsanslag och som påverkas av förändringen. Förändringar som enligt Karolinska Institutet varit positiva, som till exempel etableringen av Akademiskt specialistcentrum riskerar enligt Karolinska Institutet hotas av beslut om införande av fler vårdval.

Vad utredningen erfar har visionen om en nära integration mellan vård, utbildning, klinisk forskning och utveckling vid det nya universitetssjukhuset ännu inte realiserats i alla delar. Detsamma gäller i utvecklingen av Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). Trots att det tidigt flaggades för att det var viktigt att analysera hur förutsättningarna för utbildning och forskning bäst skulle tillgodoses tycks förutsättningarna ännu inte vara på plats. De problem med en gemensam strategisk och långsiktig planering som beskrevs redan 2005 förefaller i väsentliga delar fortfarande vara aktuella.

9.4.8 Investeringar i övriga delar av hälso- och sjukvårdssystemet

De tidiga utredningarna SNUS och 3S identifierar att en förutsättning för att förändra verksamhetsinnehållet på Karolinska Universitetssjukhuset och skapa ett nytt högspecialiserat universitetssjukhus med förändrade patientflöden som följd är att det genomförs investeringar i övriga delar i länets hälso- och sjukvård. 2005 beslutar landstingsfullmäktige att ett nytt universitetssjukhus ska byggas i Solna vilket följs av formgivningstävling, utredningar om former för genomförandet och till slut 2010 upphandling av byggnation genom OPS.[10] Samma år startas arbetet med planeringen av Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) (LS 1104-0624, LS 1109-1229 och LS 1409-1068) där man även tar ett helhetsgrepp på investeringsbehoven som krävs för att genomföra förändringar i hälso- och sjukvårdsstrukturen i landstinget. Behov av omfattande investeringar i såväl övriga akutsjukhus som vid de mindre sjukhusen identifieras.

[10] För beskrivning av denna process och referenser, se kapitel 8.

Byggandet av det nya universitetssjukhuset tillsammans med nödvändiga investeringar på övriga sjukhus i länet och stora trafikinvesteringar innebar att landstinget vid tiden stod inför en period med höga föreslagna och planerade investeringar. Vid denna tid tog landstinget in externa konsulter för att förstärka riskbedömning och öka kostnadseffektiviteten i samband med de kommande årens investeringar. 2013 presenteras slutsatserna av konsulternas arbete, bland annat att den liggande investeringsplanen skapar underskott under perioden 2017 till 2019. I redovisningen anges att för att hålla vad landstinget anger som ekonomisk balans och balanskraven skulle en fjärdedel av investeringarna behöva flyttas från åren före 2017 till perioden 2018 till 2022.[11]

Landstingsrevisorerna bedömde i flera granskningar under åren 2013 och framåt (projektrapporter 14/2013, 15/2014, 15/2015, 12/2016, 12/2017 och 14/2018) dels att investeringar av ekonomiska skäl behövde flyttas framåt i tiden för att undvika underskott under perioden 2016 till 2020, dels att de förseningar och omprioriteringar som gjordes i investeringsbudgeten innebar svårigheter att genomföra planen i FHS. Bland annat kunde inte de initialt planerade investeringarna i de mindre sjukhusen genomföras fullt ut enligt plan då investeringsbehoven underskattats. Detta var investeringar som enligt FHS var nödvändiga för genomförande av nätverkssjukvården och för att verksamheter skulle kunna flytta ut från Karolinska enligt planerna.

Utredningens bild är att planeringen av förändringar i länets hälso- och sjukvårdsstruktur kom igång sent, vilket kommit att påverka när investeringar kunnat genomföras i tid. Trots att landstinget i ett tidigt skede av planering och utredning av strukturförändringar identifierade att ett förändrat uppdrag och verksamhetsinnehåll för Karolinska Universitetssjukhuset påverkade övriga sjukhus och medför investeringsbehov i såväl akutsjukhusen som i de mindre sjukhusen lades fokus ändå främst på NKS. Detta har inneburit behov av att prioritera mellan investeringar, skjuta på investeringar i tid och att de strukturförändringar av vårdsystemet som hittills genomförts inte fullt ut kunnat genomföras så som planerats i Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS).

[11] *Kostnads- och investeringsanalys. Rapport till finanslandstingsrådet avseende bedömningar 2012 med blick framåt kring kostnader och investeringar som görs inom Stockholms läns landsting.* Dnr saknas.

9.4.9 Verksamhetsinnehållet vid Karolinska Universitetssjukhuset i dag

Enligt den nuvarande sjukhusdirektören vid Karolinska Universitetssjukhuset är den planerade utflyttningen av vård från sjukhuset nu genomförd. Eventuellt återstår utflyttning av små volymer av vård inom enstaka verksamheter där de planerade mottagande verksamheterna inte klarat att ta emot uppdraget eller där det råder oklarheter på regionnivå om vem som ska överta vården. Ytterligare förändringar i vårdinnehåll beslutas av regionen i samband med nya eller reviderade vårdavtal. Graden av högspecialiserad vård på sjukhuset är svår att mäta enligt sjukhusdirektören då det inte finns någon enhetlig definition av vad högspecialiserad vård är. Det nya vårdavtalet ger enligt sjukhusdirektören förutsättningar för sjukhuset att utföra sitt uppdrag. Samtidigt är den stora utmaningen framåt att få en ekonomi i balans. Målsättningen är att uppnå balans i ekonomin under 2020. De personalvarsel som presenterades under 2019 är en åtgärd för att åstadkomma detta, liksom sänkta material- och läkemedelskostnader.

9.5 Exemplet NKS: finansiering och byggnation

9.5.1 Valet av entreprenadform – OPS inte ett självklart val

Utredningen kan konstatera utifrån landstingets olika beslutsunderlag att det inte varit självklart att välja OPS som genomförande- och finansieringsform för NKS.[12] Under de år frågan bereddes kom fokus också att flyttas från finansiering till en metod för riskhantering och genomförande av ett komplext projekt.

I ett tidigt skede då de första landstingsutredningarna (SNUS och 3S) om ett nytt universitetssjukhus genomfördes lyftes OPS fram som en alternativ finansieringsform att utreda. I detta skede avfärdades OPS som finansieringsform. Det slogs fast att det inte förelåg något finansieringsproblem i landstinget och att finansiering genom OPS skulle bli dyrt.

I slutskedet av beredningen av OPS-frågan kom underlag (LS 0710-1039 samt LS 0804-0429) som tagits fram av externt konsultstöd att bli avgörande. I dessa underlag betonades komplexiteten i NKS-pro-

[12] Se till exempel utredningarna SNUS och 3S samt underlagen inför beslut i juni 2008 (LS 0804-0429).

jektet och behovet av riskhantering för att genomföra bygginvesteringen. OPS förordades framför en traditionell upphandling av samverkansentreprenad. Det framgår inte av de underlag utredningen tagit del av att det har genomförts någon analys av vilken finansierings- och entreprenadform som skulle vara främsta alternativet till OPS.

9.5.2 Erfarenheterna från Storbritannien

I Storbritannien hade man sedan början av 1990-talet genomfört offentliga investeringar genom en modell kallad Private Finance Initiative (PFI) vilket framför allt sågs som en finansieringsform. I de landstingsutredningar (SNUS och 3S) av ett nytt universitetssjukhus som följde tog man del av erfarenheterna från Storbritannien och genomförde flera studiebesök. Av intervjuer utredningen genomfört framgår att bland de erfarenheter som delades var att PFI utgjorde en lösning på ett finansieringsproblem som utförare av sjukvården i Storbritannien stod inför och därmed möjliggjorde investeringar som annars inte skulle komma till stånd. Modellen betraktades dock som dyr. Det uttrycktes att om finansieringsproblemet inte existerat skulle man inte använt sig av PFI. Ytterligare en erfarenhet som delades var att det var viktigt att i ett tidigt skede låsa fast verksamhetsinnehållet i sjukhuset för att undvika dyra tilläggsbeställningar till följd av ändringar i beställningen. Det tycks dock ha funnits en bild vid den här tiden att den riskdelning som PFI möjliggör kunde skapa effektivitetsvinster.

Över tid har PFI kritiserats allt mer i Storbritannien. Finansieringslösningen betraktas som dyr och den brittiska revisionsmyndigheten (NAO, 2018) har konstaterat att det är oklart vilka vinster modellen medför. I statsbudgeten för 2018 beskrivs PFI och PF2 som oflexibel och allt för komplex. Det konstateras också att i Office for Budget Responsibilitys senaste Financial Risks Report 2017 identifieras att modellen medför risker för det offentliga. I budgeten deklarerades att den brittiska regeringen inte kommer att genomföra fler projekt med PFI eller PF2 (HM Treasury, 2018).

9.5.3 De tidiga utredningarna

I SNUS-utredningen från 2002 är bedömningen att OPS inte bör användas. Skälen till detta är de höga kostnader modellen är förknippad med och att modellen är oprövad i Sverige. Vidare lyfts fram att konkurrenssituationen kan påverkas av att det så vitt är känt endast är Skanska bland svenska byggbolag som arbetat med OPS. En observation som lyfts fram som en erfarenhet från Storbritannien är att PFI tycks ge större vinster i mer komplicerade projekt. I SNUS-utredningen sägs att fortsatt analys kan ske om de mest tilltalande inslagen i OPS kan användas. Utredningsarbetet togs vidare 2004 i 3S-utredningen om en ny sjukvårdsstruktur i Stockholm. Det konstateras att OPS främst har två syften, dels att lösa ett finansieringsproblem, dels att skapa effektivitetsvinster. Bedömningen var att det första faller bort då det inte förelåg något finansieringsproblem, men att det kan vara intressant att utreda om de mest tilltalande och effektivitetsskapande delarna i OPS kan användas. Traditionell lånefinansiering bedömdes vara det främsta alternativet vid finansiering av större investeringar.

I de båda inledande utredningarna som genomfördes internt i landstinget drogs således två viktiga slutsatser. Den första var att det inte förelåg något finansieringsproblem och att traditionell lånefinansiering sågs som det främsta alternativet. Den andra slutsatsen var att det borde utredas om de effektivitetsskapande effekterna av OPS ändå kan användas.

9.5.4 OPS – en genomförandeform för riskhantering

I det fortsatta utredningsarbetet inom landstinget beskrivs fortsatt OPS-frågan som en finansieringsfråga, men i praktiken behandlas den som en fråga om entreprenadform för att genomföra investeringsprojektet och därefter driva och förvalta detsamma. Landstinget låter externa konsultföretag genomföra två utredningar efter varandra under 2007 och 2008 (LS 0710-1039 samt LS 0804-0429). I båda konsultutredningarna beskrivs NKS som ett stort och komplext projekt. Beskrivningarna skiljer sig dock åt något. Den första konsultutredningen beskriver att komplexiteten i första hand gäller högspecialiserad vård och relationerna med KI gällande forskning och utbildning. Kravet att kunna anpassa den högspecialiserade vården till

snabba och kontinuerliga förändringar ställer stora krav på lokaler och tjänster. Byggnaden och fastighetsförvaltningen beskrivs däremot vara mycket mindre komplex. Det framhålls att det byggs och har byggts ett stort antal sjukhus av liknande karaktär internationellt. Den andra konsultutredningens beskrivning av komplexitet är mer kortfattad och förefaller mer direkt kopplad till genomförandet av byggprojektet. Projektet beskrivs som riskfyllt och särskilt lämpat för OPS som genomförandeform då grunden i OPS är en optimerad riskfördelning.

OPS ställs i båda konsultutredningarna mot ett nollalternativ som beskrivs som byggnation på löpande räkning med riktpris och incitament, så kallad partnering, eller samverkansentreprenad. Detta alternativ utgör analysens så kallade public sector comparator. I den andra konsultutredningen ställs OPS även mot en variant där OPS kombineras med landstingsfinansiering. Konkurrenssituationen berörs också. Den första konsultutredningen gör bedömningen att OPS sannolikt leder till en bättre konkurrenssituation än traditionell upphandling. I den andra konsultutredningen är bedömningen att marknaden väntar på den här typen av projekt. Slutsatserna i de båda konsultutredningarna är att OPS rekommenderas.

Valet av OPS för genomförandet av sjukhusinvesteringen beskrivs som ett sätt att hantera riskerna med ett så stort och komplext byggnadsprojekt som NKS bedömdes vara. Detta till priset av en riskpremie.

9.5.5 Finns det andra modeller än OPS för att hantera stora komplexa projekt?

När argumenten för OPS över tid förändrades från att ses som en alternativ finansieringsform till en metod för att hantera byggnadsrisker och genomförande av ett stort projekt är frågan vilka alternativ som fanns. I konsultutredningarna (LS 0710-1039 och LS 0804- 0429) ställdes OPS mot en traditionell entreprenadlösning, benämnd partnering eller samverkansentreprenad. Utredningen har inte fått del av någon dokumentation som visar att det genomförts några analyser av vilka alternativa genomförande- och entreprenadformer eller betalningsmodeller som skulle kunna bidra till att hantera de risker eller den komplexitet som projektet förknippades med. Detta trots att en av slutsatserna i SNUS-utredningen som avfärdade OPS, var att det

borde analyseras om de mest tilltalande inslagen i OPS-modellen kunde användas.

9.5.6 Den finansiella modellen – avkastning och riskpremie

Ett viktigt argument för valet av OPS var alltså riskhantering och genomförande av byggprojektet. Så vitt utredningen erfar har projektet genomförts inom avtalad tid och till avtalad kostnad vad avser den ursprungliga beställningen. Att totalkostnaden för det nya sjukhuset är högre än den avtalade är ett resultat av förändringar i beställningen från landstingets sida (se nästa avsnitt).

OPS-avtalet innebär i korthet att aktiebolaget Swedish Hospital Partners (SHP) åtar sig att finansiera, uppföra, underhålla och driva den nya sjukhusbyggnaden i Solna fram till år 2040. Ersättningen till SHP bestod dels i engångsbetalningar under byggtiden, dels årliga vederlag som ska täcka kostnader för finansiering, drift och underhåll fram till 2040. Landstinget finansierade en del av byggnationen direkt under byggprocessen, totalt 8,7 miljarder kronor. Detta för att begränsa totalkostnaden något. Samtidigt innebar denna betalning att risken för landstinget ökade under byggfasen. Under avtalets löptid erlägger landstinget löpande vederlag till SHP som ska täcka kostnader för finansiering, byggnation, drift och underhåll samt avkastning på ägarnas insatta kapital i SHP. Landstingets beräknade totalkostnad för byggnation, drift och underhåll fram till 2040 var, när avtalet slöts var 52,2 miljarder kronor (LS 1008-0623).

Vederlagen bestäms i en finansiell modell som är en del av projektavtalet (bilaga 16). Det är en omfattande och komplicerad modell och landstinget tog till sin hjälp externt konsultstöd under förhandlingarna.

Utredningen har analyserat modellen och stämt av mot årsredovisningar från SHP och Skanska och kan konstatera att utfallen hittills har mycket god överensstämmelse med modellen som än så länge närmast ser ut som en betalningsplan.[13] Finansieringen bygger på en mycket hög andel lånat kapital där den genomsnittliga räntenivån är 6,5 procent. Räntenivån är så vitt utredningen erfar i storleksordningen 2 procentenheter högre än den genomsnittliga finansieringskostnad Stockholms läns landsting hade vid tiden eller som

[13] Se kapitel 8.

Kommuninvest kunnat erbjuda. Räntekostnaden har senare omförhandlats vid refinansiering under 2018. Det ursprungliga egna kapitalet i SHP var 1 miljon kronor, till vilket upparbetade vinstmedel senare adderas. Den höga belåningen i SHP innebär att avkastningen på det egna kapitalet blir hög. Under den operativa fasen från 2018 till 2040 ger modellen en avkastning på över 25 procent när prognostiserade aktieutdelningar i storleksordningen 4 miljarder kronor adderas. En del av denna avkastning avser premie för OPS-relaterade risker som SHP burit i projektet. I vilken utsträckning den riskjusterade avkastningsnivån för de delar som omfattas av OPS-avtalet hade blivit en annan om en annan entreprenadform hade valts för byggnationen och om det varit fler än en budgivare i den eller de upphandlingar detta medfört har inte varit möjligt att bedöma inom ramen för utredningens uppdrag.

Gällande landstingets finansieringskostnader för NKS kan utredningen konstatera att det i den analys som genomfördes av Andersson (2010) anges att Kommuninvest hade kunnat låna ut nödvändigt kapital på 30 år till fast ränta om 4,15 procent. Enligt den finansiella modellen uppgår lånen under de 29 åren (8 år byggfas och 21 år driftsfas) till i genomsnitt ungefär 6 miljarder kronor. Upplåning till 4,15 procent fast ränta hade givit en årlig räntekostnad i storleksordningen 250 miljoner kronor, totalt 7,3 miljarder kronor fram till 2040. Enligt den finansiella modellen är räntekostnaden under byggfasen 383 miljoner kronor årligen och under driftsfasen 426 miljoner kronor årligen. Totalt är det 12 miljarder kronor i räntekostnader under 29 år. Skillnaden i årlig finansieringskostnad är alltså ungefär 164 miljoner kronor eller totalt 4,7 miljarder kronor för hela avtalsperioden, vilket bedöms vara den kostnad landstinget betalar för den risköverföring som skett i projektet (riskpremie).

Huruvida riskpremien står i proportion till den egentliga risköverföring som skett i projektet har inte varit möjligt att bedöma inom ramen för utredningens uppdrag. Riskpremien om 4,7 miljarder kronor kan dock ställas i relation till den avtalade byggkostnaden om 14,5 miljarder kronor. Huvuddelen av risken i den här typen av fastighetsprojekt bedöms uppstå i byggfasen enligt vad utredningen erfarit i kontakter med såväl regionen som byggföretag och investerare. Den beräknade riskpremien kan också ställas i relation till de kostnadsökningar som uppstått vid byggnadsinvesteringar i regionens övriga sjukhus som genomförts delvis parallellt med NKS. I budgeten

för 2018 redovisas totalt investeringar om 12 miljarder kronor under genomförande och där nya prognoser för flera av byggprojekten överskred genomförandebesluten (LS 2017-0452). Detta gäller ny behandlingsbyggnad vid Danderyds sjukhus, behandlingsbyggnad, vårdbyggnad och försörjningskvarter vid Södersjukhuset, vårdavdelning och behandling vid S:t Görans sjukhus, vårdavdelningar vid Sollentuna sjukhus. Kostnadsökningen enligt de nya prognoserna i budgeten summerade till 2,3 miljarder kronor.

9.5.7 Totalkostnaden för sjukhuset fram till 2040

Totalkostnaden för den nya sjukhusanläggningen i Solna har blivit högre än vad som avtalades i projektavtalet. Detta på grund av förändringar i beställningen som landstinget gjort under byggtiden. Dels har nödvändiga anpassningar till inköpt utrustning genomförts, dels har nya vårdplatser tillkommit, till en totalkostnad om 1,7 miljarder kronor. Anläggningen har också blivit större än vad som ursprungligen planerats, vilket medfört ytterligare byggkostnader om 2,3 miljarder kronor. Total byggkostnad för den nya anläggningen är därför 18,5 miljarder kronor mot i OPS-avtalet avtalade 14,5 miljarder kronor.[14] Till detta kommer utrustningsinvesteringar om 4,3 miljarder kronor vilket ger en totalkostnad för byggnation och utrustning av det nya sjukhuset om 22,8 miljarder kronor.

OPS-avtalet omfattar även drift, underhåll och finansiering av den nya sjukhusbyggnaden vilket gör projektet något speciellt då dessa kostnader synliggörs redan i samband med investeringen i byggnaden. Normalt genomförs så vitt utredningen erfar inte totalkostnadsberäkningar av den typ som ett OPS-avtal medför. Kostnader för drift och underhåll under anläggningens beräknade livslängd beslutas vanligen löpande. Totalkostnaden för det nya sjukhuset fram till 2040 är enligt OPS-avtalet 52,2 miljarder kronor, vilket omfattar dels byggnaden 14,5 miljarder kronor, drift 15 miljarder kronor, underhåll 4,3 miljarder kronor och finansiering 17,4 miljarder kronor, samt en mindre post indirekta kostnader (LS 2015-1062). Den refinansiering och amortering som landstinget genomförde under

[14] Se till exempel Årsredovisning 2018 (LS 2018-1077 och RS 2019-0366) och Budget 2019 (LS 2017-1455). En presentation av beräknad totalkostnad finns på www.sll.se/verksamhet/halsa-och-vard/Aktuella-projekt-Halsa-och-vard/Nya-Karolinska-Solna/Avtal-tidplan-och-kostnader-for-Nya-Karolinska-Solna/

2018 medför tillsammans med indexering av modellen en reducering av totalkostnaden med 4,1 miljarder kronor (LS 2018-0105).

Den höga totalkostnaden fram till 2040 inkluderar underhåll, och syftar till att skapa en garanti för att byggnaden år 2040 är i motsvarande skick som vid inflyttningen. Denna typ av långsiktigt åtagande gällande byggnadsinnehåll på en jämförelsevis hög kvalitetsnivå framstår som ovanlig för svenska sjukhus. Det långsiktiga åtagandet gör att den beräknade totalkostnaden blir hög. Utredningen har inom ramen för detta uppdrag inte kunnat finna underlag för att bedöma om det långsiktiga underhållsåtagandet är kostnadseffektivt eller inte. Region Stockholm har även kommunicerat att totalkostnaden fram till 2040 inklusive drift och underhåll för den totala investeringen i det nya sjukhuset uppgår till 57 miljarder kronor. Detta efter genomförandet av refinansieringen 2018. Totalkostnaden omfattar alltså både den del som omfattas av OPS-avtalet och ytterligare investeringar i befintliga byggnader. Det är dock inte klart för utredningen vilka kostnader utöver byggnadsinvesteringar som inkluderats i denna beräkning och om den därmed är jämförbar med totalkostnaden enligt OPS-avtalet.

2012 tog landstinget in externt stöd för att förstärka riskbedömningen i samband med de kommande årens investeringar.[15] Konsulterna analyserade i detta sammanhang även NKS och OPS-lösningen. Kostnadsjämförelser visade att NKS beräknades bli 53 procent dyrare per kvadratmeter än genomsnittet för skandinaviska jämförelsesjukhus. Skillnaderna förklarades med högre standard, förhållanden på byggplatsen, tidsram och OPS-relaterad risköverföring. En strategi för kostnadsreducering vid NKS föreslogs, vilken bland annat omfattade att undersöka möjligheterna till kostnadsreduceringar i byggnation och finansiering, till exempel genom att lyfta ut patienthotellet från OPS-avtalet och överlåta finansieringen till en kommersiell aktör och att förändra strålbyggnadens användning.

Utredningen konstaterar att ambitionerna för det nya sjukhuset har varit höga. Byggprojektets genomförande har betraktats som komplext och riskfyllt, vilket hanterats genom OPS och risköverföring till den privata aktören. För denna riskhantering av byggnationsdelen betalar landstinget en riskpremie. Utredningen har ana-

[15] *Kostnads- och investeringsanalys. Rapport till finanslandstingsrådet avseende bedömningar 2012 med blick framåt kring kostnader och investeringar som görs i Stockholms läns landsting.* Dnr saknas.

lyserat den finansiella modellen som ingår i avtalet. Det har inte bedömts vara möjligt inom ramen för utredningens uppdrag att bedöma om storleken på riskpremien står i proportion till risköverföringen i projektet. Utredningen konstaterar att landstinget under projektets gång gjort förändringar för att reducera kostnaderna. Den politiska ledningen i Stockholms läns landsting som drivit igenom sjukhusinvesteringen har även uttalat att totalkostnaden för sjukhuset borde ha varit lägre (DN 2018-04-11).

9.5.8 Summering av finansiering och byggnation

Ambitionsnivån för NKS var hög, byggnaden skulle vara flexibel och svara mot framtida behov. Resultatet blev ett sjukhus som i en konsultrapport beställd av Stockholms läns landsting bedömdes vara 53 procent dyrare än skandinaviska jämförelsesjukhus på grund av högre standard och OPS-relaterad risköverföring.

OPS avfärdades tidigt som finansieringslösning på grund av kostnad och att det inte förelåg något finansieringsproblem. Senare förordades OPS i externa konsultunderlag med argument om riskhantering och konkurrens vilket blev avgörande för beslutet att välja OPS. Det framgår inte om det har genomförts analyser av alternativa modeller till OPS för riskhantering i projektet.

Byggnaden enligt den ursprungliga beställningen färdigställdes såvitt utredningen erfar i tid och till avtalad kostnad. Kostnadsökningar har uppkommit genom förändringar i beställningen. Utredningens analyser indikerar att riskpremien som betalas i projektet uppgår till totalt 4,7 miljarder kronor. I vilken mån denna kostnad står i proportion till uppnådd risköverföring har inte varit möjligt att bedöma inom utredningens uppdrag. OPS-lösningen hanterar endast byggnationsrisker. Riskerna kopplade till övriga delar av NKS-arbetet (till exempel verksamhetsrisker) hanteras inte av OPS-lösningen.

Landstingsfullmäktige beslutade att en förutsättning för att genomföra upphandlingen av byggnationen genom OPS var att tillräcklig konkurrens uppnåddes. Ett anbud inkom vilket bedömdes vara tillräckligt. De följande förhandlingarna innebar att byggnaden förändrades genom materialval och minskade ytor då besparingar om 1,25 miljarder kronor krävdes för att investeringen skulle rymmas inom beslutad ram.

Det nya sjukhuset är större än vad som ursprungligen avtalades, dels genom att delar av befintliga byggnader behållits, dels genom ökning av antalet vårdplatser vilket delvis finansierades genom privatisering av patienthotellet. Den totala investeringen i byggnad och utrustning för det nya sjukhuset är 22,8 miljarder kronor. Totalkostnaden för att bygga och driva den nya sjukhusbyggnaden fram till 2040 är enligt OPS-avtalet 52,2 miljarder kronor. Detta omfattar förutom investering i byggnaden enligt ursprunglig beställning, projektbolagets finansiering samt kostnader för drift och underhåll. Därefter genomförd refinansiering och indexering har sänkt den beräknade totalkostnaden för OPS-avtalet med 4,1 miljarder kronor. Hur stor del av landstingets egna finansieringskostnader som ingår i dessa siffror är oklart. Region Stockholm kommunicerar även att totalkostnaden fram till 2040 för hela det nya sjukhuset efter refinansiering genomförd 2018 är 57 miljarder kronor. Totalkostnaden omfattar alltså både den del som omfattas av OPS-avtalet och ytterligare investeringar i befintliga byggnader.

Den höga totalkostnaden fram till 2040 inkluderar underhåll och syftar till att skapa en garanti för att byggnaden år 2040 är i motsvarande skick som vid inflyttningen. Denna typ av långsiktigt åtagande gällande byggnadsinnehåll på en jämförelsevis hög kvalitetsnivå framstår som ovanlig för svenska sjukhus, och gör att den beräknade totalkostnaden blir hög. Utredningen har inte kunnat finna underlag för att bedöma om det långsiktiga underhållsåtagandet är kostnadseffektivt eller inte.

9.6 Exemplet NKS – organisation och verksamhetsmodell

9.6.1 Den nya sjukhusbyggnaden ställer inte krav på en ny verksamhetsmodell

I visionen för NKS var utgångspunkten ”patienten först” där vården skulle organiseras runt patienten. Ytterligare en tanke som uttalades redan i samband med arkitekttävlingen 2005 var att sjukhusbyggnaden skulle utgå från teman och funktioner. Vad en sådan inriktning skulle innebära för sjukhusets organisation uttalades dock inte. Flera organisatoriska möjligheter var möjliga genom den flexibla byggnaden. NKS-förvaltningen föreslog utifrån sin internationella

utblick att NKS skulle organiseras utifrån ett processorienterat perspektiv, där de gamla klinikstrukturerna övergavs till förmån för tematiska områden och centrumbildningar. Politiska representanter för landstinget uttalade att vården på sjukhuset skulle organiseras i teman. Något politiskt beslut om att byggnaden ställer krav på en ny organisationsmodell på sjukhuset har dock inte fattats.[16]

När Karolinska Universitetssjukhuset fick ansvaret för implementeringen av NKS arbetade sjukhuset sedan ett antal år med så kallad flödesorientering där utgångspunkten var ”patienten först!”. Patientflöden kartlades och inriktningen var att fortsätta utveckla det flödesorienterade arbetet och föra in det på NKS. Av utredningens intervjuer med dåvarande företrädare för Karolinska Universitetssjukhuset framgår att de bedömde att några stora organisationsförändringar inte behövde göras. För att kunna följa upp vårdkvalitet togs dock ett koncept benämnt ”värdebaserad vård” in i verksamhetsplanen för 2014 som ett komplement till flödesmodellen. På så vis samordnades patientfokus, flödesorientering och värdebaserad vård. Parallellt med detta pågick det omfattande arbetet med att fastställa verksamhetsinnehållet för sjukhuset, planera inför inflyttningen till NKS och förbereda personalen för att arbeta i den nya byggnaden.

9.6.2 Ny sjukhusledning fokuserar på värdebaserad vård

2012 påbörjade Karolinska Universitetssjukhuset det omfattande arbetet med att ta fram förslag till verksamhetsinnehåll för sjukhuset och förbereda verksamheten inför den första inflyttningen till NKS 2016. Parallellt med detta hanterade man den löpande vårdproduktionen och ekonomiska utmaningar för sjukhuset.

Karolinska Universitetssjukhuset fick 2014 en ny styrelseordförande som tog fram en strategisk inriktning för sjukhuset. Visionen för sjukhuset formulerades som värdebaserad och högspecialiserad vård i världsklass. Samma år rekryterades också en ny sjukhusdirektör och en ny funktion som produktionsdirektör tillsattes. Produktionsdirektören rekryterades från konsultföretaget Boston Consulting Group (BCG). Företaget hade tidigare anlitats av sjukhuset för stöd i arbetet med verksamhetsinnehållet för NKS. Den nya sjukhusdirektören och produktionsdirektören lyfte upp konceptet värde-

[16] För närmare beskrivning och referenser, se kapitel 8.

baserad vård på dagordningen. Målsättningen var att åstadkomma resultat som gör skillnad för patienten. För att kunna nå denna målsättning måste sjukhuset enligt sjukhusdirektören organiseras utifrån patientens väg genom sjukhuset. En ny verksamhetsmodell behövdes.[17]

Parallellt med det omfattande arbetet med verksamhetsinnehållet och förbereda för flytt påbörjades alltså ett omfattande förändringsarbete som skulle påverka grunderna för både organisation och arbetssätt på sjukhuset. Utredningen bedömer att en sådan genomgripande förändring som genomförs på så pass kort tid innebär en stor utmaning för verksamheten och för medarbetarna och att det ökar komplexiteten och riskerna i ett redan komplext och riskfyllt projekt.

9.6.3 Ny verksamhetsmodell ska lösa sjukhusets problem

Som utgångspunkt för behovet av en ny verksamhetsmodell beskrev den dåvarande sjukhusdirektören ett antal utmaningar för sjukhuset och universitetssjukvården. Det handlade om silotänk och brist på helhetssyn, stora skillnader i vårdresultat och återkommande problem med ekonomin. En ny verksamhetsmodell behövde därför utvecklas. Målet för arbetet med den nya modellen var en tematisk organisation. Den skulle utvecklas stegvis och utgå från ”emergent and adaptive change approach”, det vill säga en framväxande process som utgick från verksamheterna. Någon färdig plan redovisades inte. Förändringen skulle ske stegvis och först ut var de verksamheter som först skulle flytta in på NKS.[18]

Utredningens genomgång visar att förslaget till ny verksamhetsmodell togs fram snabbt: från att förslaget först presenterades för styrelsen i maj 2015, samverkades med personalorganisationerna i juni 2015 till att modellen beslutades av styrelsen i januari 2016. Förslaget innebar att sjukhusets divisionsbaserade organisation skulle ersättas med en tematisk organisation med teman och funktionsområden. Som underlag för beslutet fanns erfarenhet från tio pilotpatientflöden på sjukhuset som testat modellen. Det fanns inte någon jämförbar internationell empirisk erfarenhet att tillgå. Trots det var

[17] För närmare beskrivning och referenser, se kapitel 8.
[18] Ibid.

ledningens förslag att genomföra förändringen på hela sjukhuset. Modellen skulle införas parallellt med förberedelse inför flytt till NKS.

Läkarföreningen var starkt kritisk till förslaget och ifrågasatte bland annat om den föreslagna förändringen skulle lösa sjukhusets problem. De saknade fakta om varför en matrisorganisation hade valts och menade att den kunde bli kostnadsdrivande i ett skede där de ekonomiska förutsättningarna inte tillät ökade kostnader. Det framgick inte heller hur man beaktat konsekvenserna för utbildning på olika nivåer när man tog bort klinikerna. Läkarföreningen menade också att den föreslagna verksamhetsmodellen inte var nödvändig för att uppfylla det politiska beslutet om tematisk vård.

9.6.4 Styrelsen beslutar om den nya verksamhetsmodellen

Trots kritiken från Läkarföreningen tas verksamhetsmodellen i början av 2016 upp i styrelsen för beslut. Enligt förslaget ska sjukhusets nya organisation struktureras i sju teman (som fördelas på patientflöden) och fem funktionsområden (som samlar expertis som stöttar patientflödena). I både teman och funktionsområden ska alla uppdrag som ligger på universitetssjukhuset integreras – vård, forskning och utbildning. Sjukhusdirektören beskriver organisationsförändringen som en utmaning, men en nödvändig sådan.[19] En skriftlig modell tas fram som i huvudsak beskriver de olika chefsrollerna i organisationen. Det framgår inte hur många chefer den nya organisationen omfattar totalt sett. Men att det är många chefer som ska rekryteras är klart. Begreppet verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen nämns inte i modellen. Arbetsmiljöansvaret beskrivs i modellen, däremot beskrivs inte patientsäkerhetsansvaret närmare.

I de riskanalyser som presenteras för styrelsen[20] lyfts risker som rör dels själva modellen, dels den snäva tidplanen för införande av modellen inför den första inflyttningen i NKS hösten 2016. En risk som beskrivs är att den nya organisationen kan uppfattas som otydlig, problem som uppstår i skärningar mellan teman och funktionsområden kan behöva eskaleras och vissa roller kan bli otydliga. Risken med den snabba processen för att rekrytera chefer till den nya organisationen är att sjukhuset inte lyckas attrahera de bästa

[19] Protokoll 1/2016, 2016-01-08.
[20] För referenser, se kapitel 8.

externa kandidaterna. Det redovisas också risk för ökad personalrörlighet. Begränsningar i it-systemen kan medföra att potentialen i den nya modellen inte kan realiseras fullt ut. Patientsäkerhetsrisker tas inte upp. Arbetsmiljörisker identifieras.

En återkommande fråga från styrelsen rör hur specialiteterna hanteras i den nya organisationen.[21] Enligt styrelsen var det viktigt att hålla ihop specialiteterna och de såg en risk för en otydlig ledningsstruktur. Styrelsen lyfte också betydelsen av att kunna hantera risker i samband med så stora förändringar. Om detta även inkluderade risker för patientsäkerhetsperspektivet är oklart. Patientsäkerhet lyftes inte fram specifikt av styrelsen, utifrån de underlag utredningen tagit del av.

Efter att styrelsen beslutat om den nya verksamhetsmodellen tar rekryteringsprocessen av chefer till den nya organisationen vid. Eftersom de nya chefstjänsterna inte funnits inom svensk sjukvård tidigare fanns det vissa oklarheter om vad tjänsterna innebar, vilka krav som ställdes och vilken kompetens som efterfrågades. Enligt uppgift från företrädare för Karolinska Universitetssjukhuset var ett stort antal av cheferna i slutändan internrekryterade och ett flertal hade ingen tidigare chefserfarenhet. Arbetet med att utveckla modellen för de verksamheter som skulle flytta in på NKS fortgick parallellt med detta. Utöver utformningen av verksamheten inom teman, patientflöden och funktioner skulle medarbetare placeras in i den nya organisationen och en ny styrmodell utvecklas. Ett nytt it-system och digitala styrkort skulle också tas fram.

Vad utredningen erfar fanns viktiga beståndsdelar i verksamhetsmodellen inte på plats i samband med den första inflyttningen till NKS hösten 2016. Det fanns också oklarheter kring ansvar och roller i den nya verksamhetsmodellen.

9.6.5 Ny styrelse följer upp verksamhetsmodellen

Under 2016 börjar värdebaserad vård och införandet av den nya verksamhetsmodellen på Karolinska Universitetssjukhuset kritiseras och debatteras i media. Kritiken handlar bland annat om att värdebaserad vård är en managementmodell framdriven av konsulter utifrån felaktiga utgångspunkter om hälso- och sjukvårdens problem.

[21] För referenser, se kapitel 8.

Kritikerna hänvisar till internationella studier som visar på tveksamma effekter av managementsystem som värdebaserad vård. De pekar också på risker med att förändringar i vården drivs på av aktörer som har andra incitament än patientens bästa, exempelvis att man väljer att förändra fel saker. Det kan få negativa konsekvenser för vården för lång tid framåt. Utöver det granskas konsultupphandlingar, konsultkostnader och jäv i media. Internrevisionen på Karolinska Universitetssjukhuset granskar avrop, konsultavtal och konsultkostnader och riktar kritik mot hur detta har hanterats på sjukhuset.

Den politiska ledningen för Stockholms läns landsting meddelar 2018 att en ny styrelse ska tillsättas för Karolinska Universitetssjukhuset.[22] Detta som en del i en omstart för sjukhuset. Den nya styrelsen beslutar att följa upp verksamhetsmodellen och se hur väl den fungerar i förhållande till hur den var tänkt att fungera.

9.6.6 De problem som modellen skulle lösa kvarstår eller har förvärrats

Den nya styrelsens vårdutskott presenterade uppföljningen i början av 2019 (K 2019-1469). Den visar att flera av de problem som modellen skulle lösa snarare har förvärrats efter införandet av den nya verksamhetsmodellen. Det kan finnas flera orsaker till detta, men vårdutskottet bedömer att verksamhetsmodellen är en bidragande faktor.

Exempelvis skulle modellen bidra till helhetssyn på verksamheten i stället för silotänk. Uppföljningen visar att verksamhetsmodellen i stället ökat fragmentisering och stuprörstänkandet. Modellen skulle också bidra till att få ordning på sjukhusets ekonomi. Men avsaknaden av fungerande it-system har bland annat inneburit att förstalinjens chefer inte kunnat följa upp den egna verksamhetens ekonomi eller resultat. Sjukhusets ekonomiska problem har snarare försämrats. Vad gäller resultat i vården är det för tidigt att bedöma menar man i uppföljningen. Resultatuppföljningen försvåras av att det i många fall saknas utfallsmått att mäta resultaten mot. Vissa verksamheter kan dock visa på förbättrade resultat. Ytterligare ett problem som lyftes fram var ojämn kvantitet och kvalitet på forskning och utbildning. Uppföljningen visar att företrädare för utbildning på såväl grund-, AT- och ST-utbildning för läkare är oroliga över utbildningens

[22] www.dn.se/debatt/vi-i-alliansen-byter-ut-styrelsen-for-karolinska/

position på sjukhuset. Det beror dels på det ändrade uppdraget för NKS, dels på svårigheter att mobilisera tillräckliga handledarresurser. Förutsättningarna för den kliniska forskningen bedöms dock vara stark även om det finns en oro över återväxten bland kliniska forskare. Relationerna till Karolinska Institutet är avgörande. Personalförsörjningen var ett annat problem. Uppföljningen visar att kompetensförsörjningen är ett fortsatt stort problem. Många är oroade över kompetensflykten, inte minst på akutmottagningen. Vårdutskottet pekar också på att den nya organisationen fått konsekvenser för multisjuka patienter som varit svåra att placera in bland smala patientflöden.

Flera av de risker som lyftes upp när modellen skulle beslutas 2016 har också blivit realitet. Styrelsens uppföljning visar att det uppstått oklarheter kring ansvar och beslutsfattande i organisationen. Besluten uppfattas ha centraliserats i högre grad. Att ett fungerande itsystem inte funnits och ännu inte finns på plats har påverkat möjligheten att styra både verksamhet och ekonomi.

9.6.7 Verksamhetsmodellen vid Karolinska Universitetssjukhuset i dag

Styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset beslutade i januari 2019 om ett antal åtgärder med anledning av uppföljningen av verksamhetsmodellen. Sjukhusdirektören gavs i uppgift att vidta åtgärder för att förtydliga ansvar och delegation på olika beslutsnivåer i organisationen. Särskilt skulle rollen verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen belysas. Sjukhusdirektören fick också i uppdrag att utifrån både verksamhetsmässiga och ekonomiska skäl göra en fortsatt översyn av organisationen kring patientflöden och medicinska specialiteter. Särskilt skulle möjligheterna att minska uppdelningen av medicinska specialiteter på olika teman/patientområden ses över.

Med anledning av detta har flera förändringar genomförts i verksamhetsmodellen. Teman och funktionsområden ligger fast, men antalet patientflöden har minskats. Från den 1 januari 2020 finns ett 80-tal patientflöden. Antalet chefer i organisationen har minskat från drygt 900 till cirka 680 chefer. Rollen som verksamhetschef är tydliggjord i verksamhetsmodellen. Varje patientflöde har en medicinsk chef och en omvårdnadschef. Enligt den nuvarande sjukhusdirektören har ambitionen varit att tydliggöra vem som ansvarar för

vad i organisationen och därmed minska gråzonerna när det gäller ansvar och mandat. Sjukhusdirektören menar dock att det alltid kommer att finnas gråzoner, det är svårt att ta bort dem helt. Man har också arbetat med informationsförsörjningen till första linjens chefer och enligt sjukhusdirektören finns i dag it-system på plats. Patientsäkerhet ingår som en del i det löpande kvalitetsarbetet på sjukhuset. Ambitionen är fortsatt att arbeta med ständiga förbättringar och anpassa modellen utifrån behov.

Utredningen har tagit del av den senaste medarbetarenkäten för sjukhuset. Syftet med medarbetarundersökningen är bland annat att undersöka den psykosociala arbetsmiljön och ge stöd i förbättringsarbete. Resultatet ska ligga till grund för verksamheternas strategiska arbetsmiljö- och hälsoarbete. En jämförelse med 2017 visar att totalindex gått upp från 70 till 71 (av 100). Medarbetarindex har ökat från 73 till 74 medan ledarskapsindex ligger kvar på 75. Kompetensutvecklingsindex som var nytt i undersökningen låg på 70. De högsta värdena noteras för meningsfulla arbetsuppgifter, motivation i arbetet och att cheferna behandlar medarbetarna med respekt. Lägst värden noteras för inflytande över planeringen av arbetet, rimlig arbetsbelastning, stolthet över att arbeta på Karolinska Universitetssjukhuset och förtroende för sjukhusets ledning (sjukhusdirektör och ledningsgrupp). Förtroendet för ledningen har dock ökat mellan 2018 och 2019 (från 35 till 41). Siffrorna är i regel något lägre för läkarna än för sjuksköterskor, undersköterskor och övriga.

9.7 Exemplet NKS – regionala och nationella kontrollmekanismer

9.7.1 Regionala kontrollmekanismer har fokuserat på bygginvesteringen

Utredningen konstaterar att det är ett mycket stort och komplext förändringsarbete av hälso- och sjukvården som Region Stockholm genomfört och fortfarande håller på att genomföra. Bygginvesteringen i NKS har beskrivits som den vid tiden hittills största i landstinget. NKS-projektet är dock inte bara ett byggprojekt utan lika mycket ett verksamhetsprojekt. Kontrollmekanismer på olika nivåer är viktiga för att säkerställa att projekt genomförs enligt beslut, plan och budget. Riskarbete (riskanalyser och åtgärder) i projektet är en

del av detta liksom väl underbyggda beslutsunderlag i beslutsprocessen samt regionrevisorernas granskning. Utöver detta finns också interna kvalitetsutvecklingssystem i regionerna.

Det konstaterades tidigt av flera aktörer i landstinget att NKS-projektet inte enbart var ett byggprojekt utan lika mycket ett verksamhetsprojekt. I en av konsultrapporterna som låg till grund för beslutet om OPS står exempelvis att komplexiteten i projektet i första hand ligger i högspecialiserad vård och relationerna till Karolinska Institutet och forskning, inte i själva byggprocessen. Vad utredningen erfar fokuserade riskarbetet i NKS-projektet dock på byggnationen och bygginvesteringen. Här finns löpande riskanalyser och identifierade risker har hanterats. Ett argument för valet av OPS som genomförandeform var dessutom att kunna hantera risker i byggprojektet.

När det gäller processen att fastställa verksamhetsinnehållet för NKS framstår riskarbetet som mer sporadiskt. Riskanalyser har gjorts men inte lika strukturerat som för byggprocessen. De risker som identifieras är desamma över tid och handlar i huvudsak om att olika aktörer (främst Karolinska Institutet och personalorganisationerna vid Karolinska Universitetssjukhuset) kan motsätta sig projektet eller ha en annan uppfattning om hur projektet ska utvecklas. Åtgärderna är att låta dem medverka i referensgrupper. Utredningen har dock fått uppfattningen att flera aktörer inte kände sig tillräckligt delaktiga i processen och att de till och med i vissa fall stängdes ute. Detta fick senare konsekvensen att ansvar och organisation för projektet ändrades. Risker för patientsäkerheten lyfts inte upp i de riskanalyser avseende verksamhetsinnehållet som utredningen tagit del av.

Även inom ramen för planeringen och genomförandet av Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) har riskarbetet fokuserat på investeringar och investeringsbehovet i regionen samt långsiktiga ekonomiska konsekvenser. Det har bland annat resulterat i att investeringar prioriterats och förskjutits i tid för att svara mot kraven på en ekonomi i balans. Så vitt utredningen erfar har riskarbetet vad gäller det omfattande genomförandet av strukturförändringen av hälso- och sjukvården i länet, bland annat omfördelningen av vård och patientgrupper mellan vårdaktörer, inte varit lika omfattande.

9.7.2 Konsekvensanalyser inför beslut

Löpande konsekvensanalyser är viktiga för att ge förutsättningar för berörda aktörer att vara delaktiga och i tid kunna planera och vidta åtgärder som del i förändringen. Större strukturförändringar inom hälso- och sjukvården får konsekvenser för patienter, personal och vårdgivare. För patienterna kan det handla om att vård lokaliseras till en annan vårdgivare eller till en annan nivå i sjukhusstrukturen. För personalen kan förändringarna innebära att man behöver byta arbetsgivare eller att man får nya förutsättningar för arbetsmiljö och arbetssätt. För vårdgivare, som exempelvis Karolinska Universitetssjukhuset, innebär ett förändrat uppdrag nya ekonomiska förutsättningar. Dessutom får förändringarna konsekvenser för förutsättningar för utbildning och forskning.

Utredningen har försökt få en uppfattning om vilka konsekvensanalyser som tagits fram inför besluten om ny hälso- och sjukvårdsstruktur, byggnationen av NKS, verksamhetsinnehållet för Karolinska Universitetssjukhuset och Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). Enligt företrädare för Region Stockholm har flera konsekvensanalyser gjorts i olika skeden, och i vissa fall har besluten anpassats utifrån vad som kommit fram i analyserna. Utredningen har endast fått del av de konsekvensanalyser som gjorts avseende bygginvesteringar enligt Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). Av utredningens intervjuer med företrädare för Karolinska Institutet framgår att institutet presenterat flera konsekvensanalyser för utbildning och forskning med anledning av förändringarna i hälso- och sjukvårdsstrukturen i regionen. Enligt företrädare för Karolinska Institutet har Region Stockholm inte beaktat dem. När det gäller beslut om ny verksamhetsmodell vid Karolinska Universitetssjukhuset har utredningen inte tagit del av eller funnit några konsekvensanalyser.

9.7.3 Regionrevisorerna har en viktig roll

Regionrevisorerna har en viktig roll att löpande granska den interna styrningen och kontrollen inom förvaltningen, men också att granska specifika projekt eller satsningar utifrån politiska beslut.

Fokus har, precis som i övriga delar inom landstinget, legat på upphandling och genomförande av byggnationen av det nya universitetssjukhuset. Granskningarna har avsett upphandlingen av bygg-

nationen genom OPS, byggnationen, upphandlingen av IKT-infrastruktur och refinansieringen. Vad utredningen erfar har inte några specifika granskningar gjorts av processen för att fastställa verksamhetsinnehållet för NKS. Detta trots att revisorerna tidigt i en granskning om strukturförändringsarbetet i sjukvården pekade på att en omsorgsfull genomlysning av inriktning och volym för sjukhuset skulle kunna förhindra senare fördyringar. Vad utredningen erfar har revisorerna inte heller följt upp genomförandet utifrån inriktningsbeslutet om en ny hälso- och sjukvårdsstruktur. Från 2012 har regionrevisorerna däremot löpande granskat den regionala förändringen av hälso- och sjukvårdsstrukturen inom ramen för Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). Där har revisorerna också kommit med flera viktiga slutsatser och rekommendationer.

9.7.4 Ingen nationell aktör samordnar eller kontrollerar hälso- och sjukvårdens planering och strukturförändring

NKS och förändringen av hälso- och sjukvårdsstrukturen i Region Stockholm är tydliga exempel på större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården.

Fram till 1990-talet fanns olika nationella aktörer som hade uppdrag och ansvar att i olika avseenden samordna och ge stöd till landstingen i hälso- och sjukvårdsplaneringen och i samband med planering och byggnation av bland annat sjukhus. Det fanns också nationella aktörer som prövade och godkände byggnation och investeringar som planerades på regional nivå. I dag finns inga aktörer på nationell nivå som har ett motsvarande ansvar att följa upp eller stödja regional planering och investeringar i hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen har ett ansvar för den nationella högspecialiserade vården och Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar om tillstånd för sådan vård. Socialstyrelsen har dock inget ansvar eller mandat att ha synpunkter på hur den vård som är högspecialiserad, men inte definieras som nationell högspecialiserad vård, ska fördelas eller organiseras inom en region eller mellan regioner. Avgränsningen av vad som är nationell högspecialiserad vård är här av stor betydelse.

9.7.5 Upphandlingen har bedömts uppfylla lagkraven

I de prövningar av upphandlingen av byggnationen genom OPS som genomförts har den bedömts uppfylla upphandlingsrättsliga krav. Konkurrensverket har gjort denna bedömning (dnr 428/2914 och 87/2015). Upphandlingen har även prövats rättsligt efter överklaganden av privatpersoner. Dessa överklaganden har avvisats (Mål nr 30154-10, 31655-10, samt 33444-10).

Att en upphandling genomförs i enlighet med gällande regelverk innebär dock ingen garanti för att det blir en god affär. En sådan bedömning ingår inte heller i Konkurrensverkets tillsynsuppdrag. I den nationella upphandlingsstrategin betonas att strategisk användning av upphandling är en förutsättning för att uppnå en god affär. Upphandlingsmyndigheten som har ett stödjande uppdrag och ska främja effektiv upphandling och att upphandling hanteras strategiskt har som en följd av upphandlingen av NKS tagit fram ett stödjande material för funktionsupphandling.

9.7.6 Brister i patientsäkerhetsarbetet har konstaterats

Patientsäkerheten är en viktig parameter att säkerställa i samband med strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården. Av patientsäkerhetslagen framgår kraven på vårdgivare att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Utredningen konstaterar att patientsäkerhetsperspektivet funnits med i planeringen av sjukhusbyggnaden. Frågan är dock komplex. Enskilda lösningar kan vara patientsäkra ur ett perspektiv men riskera att påverka patientsäkerheten ur ett annat. Valet av enkelrum på sjukhuset är ett sådant exempel, där risken för smittspridning bedöms minska samtidigt som enkelrum ställer större krav på övervakning av patienter. När det gäller planeringen av verksamhetsinnehållet för NKS har risker för patientsäkerheten inte lyfts fram specifikt. I stället har andra risker varit i fokus.

Att säkerställa patientsäkerheten är centralt vid omorganisationer och införande av nya verksamhetsmodeller. Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten och vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av

vårdskador. Vad utredningen erfar berörs patientsäkerhet i beskrivningen av den nya verksamhetsmodellen, men på ett mycket övergripande sätt. Risker för patientsäkerheten ingick inte i de riskanalyser som presenterades för styrelsen i samband med beslut och införande av den nya verksamhetsmodellen. Det framgår inte att styrelsen ställde några frågor om detta. Vad utredningen erfar är det oklart om det bedrevs något systematiskt patientsäkerhetsarbete på sjukhuset under ett antal år efter att den nya verksamhetsmodellen implementerades 2016. I dag beskriver företrädare för sjukhuset att ett systematiskt patientsäkerhetsarbete åter är på plats. I den uppföljning av verksamhetsmodellen som den nya styrelsen för sjukhuset redovisade 2019 pekade man på att de patientsäkerhetsproblem som rapporterats i hög grad berodde på hög personalomsättning och bristande klinisk kompetens. Utredningen bedömer dock, bland annat med stöd av den externa utredning som Karolinska Universitetssjukhuset lät göra avseende försenade canceroperationer 2017 (K 2018-0986), att de oklara ansvarsrollerna i modellen kan ha bidragit till en försämrad patientsäkerhet vid sjukhuset.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ansvarar för tillsyn inom hälso- och sjukvården och prövar ärenden enligt lex Maria. Under perioden 2014–2019 har IVO hanterat ett stort antal lex Maria-ärenden som rör Karolinska Universitetssjukhuset. Utredningen har dock inte kunnat få information om ifall antalet anmälningar är fler jämfört med andra perioder och i förhållande till andra stora sjukhus. IVO har i sin tillsyn granskat olika verksamheter vid sjukhuset, exempelvis akutverksamheten och barnsjukvården och pekat på vissa brister. Vad utredningen erfar har IVO inte granskat det systematiska patientsäkerhetsarbetet vid sjukhuset som helhet under perioden 2014–2019 eller hur patientsäkerhetsperspektiv säkerställts i samband med framtagande och införande av den nya verksamhetsmodellen vid sjukhuset. Utredningen bedömer att IVO har en viktig roll att bedriva tillsyn av patientsäkerheten i samband med införande av nya verksamhetsmodeller och större omorganisationer. Det hade varit värdefullt om IVO redan i ett tidigt skede kunnat peka på brister i modellen utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

Statens haverikommission (SHK) genomför undersökningar enligt lagen (1990:712) om undersökning av olyckor. Även händelser inom hälso- och sjukvården som medfört att någon omkommit eller allvarligt skadats kan undersökas av SHK. SHK gjorde en utredning i

samband med ett dödsfall vid hjärtkliniken på Karolinska Universitetssjukhuset 2010. Rapporten presenterades 2013. Därefter har myndigheten inte gjort några utredningar. Vad utredningen erfar kontaktades SHK angående förhållandena på NKS i samband med att verksamheten flyttade in i de nya lokalerna 2016. Det som framkom i dessa kontakter föranledde dock inte SHK att inleda någon utredning. Regeringen kan ge SHK i uppdrag att utreda enskilda händelser. Regeringen har dock inte gett något uppdrag till SHK att granska händelser vid Karolinska Universitetssjukhuset. SHK har analyserat förutsättningarna för att genomföra ytterligare utredningar inom hälso- och sjukvården. Sådana utredningar skulle enligt SHK kunna vara ett viktigt komplement till de utredningar som vårdgivare själva genomför och till den tillsyn som bedrivs av IVO. I budgetunderlaget för 2020–2022 lyfter SHK fram att det krävs regelbundenhet i SHK:s utredningar av allvarliga olyckor och tillbud inom hälso- och sjukvården för att de ska kunna få ett tillräckligt stort genomslag i form av förbättrad patientsäkerhet. Det kräver enligt SHK att regeringen utökar anslaget till myndigheten.

9.7.7 Även brister i arbetsmiljön har konstaterats

Arbetsmiljöverket ansvarar för tillsyn av arbetsmiljölagen och arbetstidslagen. Myndigheten har genomfört inspektioner i samband med byggnationen av det nya sjukhuset. I samband med inflyttningen till NKS och införandet av den nya verksamhetsmodellen vid Karolinska Universitetssjukhuset framfördes klagomål på arbetsmiljön. Arbetsmiljöverket har, som beskrivits i kapitel 8, behandlat tre anmälningar angående ingripanden enligt 6 kap. 6 a § arbetsmiljölagen (2018/018254, 2018/019006 och 2018/017094). I samband med detta har även inspektioner genomförts. Två av dessa ärenden är avslutade där ett ärende resulterade i föreläggande om åtgärder där arbetsgivaren senare meddelat hur de uppfyller kraven. I det tredje ärendet som avser läkarnas arbetsmiljö har Arbetsmiljöverket beslutat om föreläggande. En del i detta avser hälsosam arbetsbelastning med krav och resurser i balans. Här ska Karolinska Universitetssjukhuset senast september 2020 återkomma till Arbetsmiljöverket med en analys av arbetsförhållanden avseende organisatoriska och sociala faktorer. Analysen ska också omfatta påverkande faktorer och bakomliggande

orsaker till den upplevda arbetsbelastningen. Arbetsmiljöverket pekar på att detta är viktigt för att åtgärderna ska få effekt.

9.7.8 Arbetsmiljön en viktig faktor för ökad patientsäkerhet

Enligt direktivet ska utredningen analysera vårdprofessionernas förutsättningar att säkerställa patientsäkerheten i samband med större investeringar och omorganisationer inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen kom i januari 2020 med en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024. I handlingsplanen lyfter Socialstyrelsen fram fyra grundläggande förutsättningar för säker vård: en engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens samt patienten som medskapare. Utöver detta betonas att en hållbar arbetsmiljö är viktig för att skapa en god och säker vård. Detta tas också upp i en vägledning från SKL (2013) om patientsäkerhet och arbetsmiljö. I vägledningen pekar SKL (numera SKR) på att patientsäkerhetsarbetet och arbetsmiljöarbetet bör integreras i större utsträckning. Ett integrerat patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete kan enligt SKL bidra till effektivitet, helhetssyn och delaktighet i verksamheten. SKL pekar också på att samverkan mellan arbetsgivare, arbetstagare och skyddsombud är en viktig del i arbetsmiljöarbetet. Motsvarande krav finns inte i patientsäkerhetslagen. Där finns däremot kravet att patienter och deras närstående ska få möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Enligt utredningen visar exemplet NKS på betydelsen av professionernas delaktighet i förändringsprocesser och vilka konsekvenser det får för arbetsmiljön om professionerna inte görs delaktiga. Anmälningarna till Arbetsmiljöverket handlar om upplevda brister både i den fysiska och den psykosociala arbetsmiljön. Utredningens genomgång visar också att det systematiska patientsäkerhetsarbetet har påverkats av de omfattande förändringar som genomförts på Karolinska Universitetssjukhuset. Sammantaget visar detta enligt utredningen på betydelsen av professionernas och medarbetarnas delaktighet i förändringsprocesser och på betydelsen av både ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och systematiskt arbetsmiljöarbete. Det visar också på betydelsen av att genomföra konsekvensanalyser i samband med att förändringar genomförs.

9.7.9 Kontrollmekanismer för utbildning och forskning är splittrade på flera aktörer

Den större strukturförändring av hälso- och sjukvården som regeringen och regionerna har påbörjat och som kommer att pågå under lång tid måste säkerställa goda förutsättningar för utbildning och forskning. Utbildning är dessutom avgörande för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården.

Kontrollmekanismerna för utbildning och forskning inom hälso- och sjukvård är uppdelade på flera aktörer. Utredningens bedömning är att det tycks saknas en sammanhängande kontroll av hur förutsättningarna för utbildning och forskning kan säkerställas i samband med större strukturförändringar inom hälso- och sjukvården. Det är inte enbart regionala strukturförändringar i hälso- och sjukvården som påverkar förutsättningarna för utbildning och forskning. Även processen för nationell högspecialiserad vård gör det. Vad utredningen erfar är inte universiteten representerade i arbetet med den nationella högspecialiserade vården.

9.8 Rekommendationer

Processen för planering och genomförande av byggnation, verksamhetsinnehåll och organisation för NKS är ett tydligt exempel på en större strukturförändring. Arbetet har varit, och är, komplext och innefattar en mängd samband och beroenden både inom sjukhuset och regionalt. På vissa punkter finns nationella beroenden, till exempel avseende viss högspecialiserad vård och avseende forskning och utbildning.

Även om NKS-exemplet har sina specifika särdrag, så bedömer utredningen att lärdomarna i stor utsträckning är generellt användbara. Frågor om riskhantering, exempelvis hur man håller tidplan och budget är relevanta för många regioner. Likaså frågor om hantering av mångåriga driftskostnadsåtaganden för de sjukhus som byggs samt hantering av kostnadskrävande inköp av medicinteknisk utrustning, där den tekniska utvecklingen går snabbt. Vidare är erfarenheterna av komplex strukturförändring giltiga för flertalet regioner. Frågor om upphandling, organisation, verksamhetsinnehåll samt forskning och utbildning i dagens och morgondagens sjukvård är utmanande,

inte minst kopplat till de nationella och regionala processerna om nära, nivåstrukturerad och högspecialiserad vård.

Ett syfte med kartläggningen av NKS-exemplet som utredningen redovisar i detta betänkande är att bidra till att öka den nationella förmågan vad gäller kunskapsuppbyggande och systematiskt lärande. Utredningen lämnar även ett antal rekommendationer i syfte att stärka förutsättningarna för att lärdomarna ska omhändertas på ett bra sätt. De två första rekommendationerna riktar sig till regeringen. Rekommendationen om styrning och kontroll vid större strukturförändringar och investeringar riktar sig främst till regionerna, men är även relevant för staten och regionerna gemensamt i de processer som parterna har överenskommelser om. Den fjärde och sista rekommendationen riktar sig till regionerna, med undantag för den del som avser forskning, vilken är riktad till regeringen.

9.8.1 Förutsättningar för utbildning och forskning

Utredningens rekommendation: Förutsättningarna för forskning och utbildning måste säkerställas i samband med större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården. Exemplet NKS och förändringen av hälso- och sjukvårdsstrukturen i Region Stockholm visar på de problem och utmaningar som kan uppstå för utbildning och forskning. Regeringen bör mot den bakgrunden låta utreda hur förutsättningarna för utbildning och forskning inom hälso- och sjukvården ser ut på regional och nationell nivå i dag och hur förutsättningarna kan säkerställas vid fortsatta strukturförändringar och investeringar.

Skälen till utredningens rekommendation: Förutsättningarna för forskning och utbildning måste säkerställas i samband med större förändringar inom hälso- och sjukvården. Utredningen har i analysen av NKS gjort flera iakttagelser om att förutsättningarna för utbildning och forskning har försämrats i Stockholmsregionen under de senaste tio åren. Detta trots att flera utredningar tidigt pekade på behovet av att säkerställa goda förutsättningar för utbildning och forskning.

I en uppföljande rektorsrapport från 2019 redovisar Karolinska Institutet konsekvenserna av det förändrade verksamhetsinnehållet vid

NKS. Karolinska Institutet pekar på att samtidigt som investeringar har gjorts i bland annat Bioclinicum vid NKS har vårdinnehållet i Solna smalnats av både vad gäller diagnoser och patientunderlag. Det kraftigt minskade intaget till intensivakuten är en del i detta. Enligt Karolinska Institutet har det fått negativa konsekvenser för bland annat utbildning för läkare och sjuksköterskor. I Region Stockholm saknas i dag platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) och det är bristande kvalitet i utnyttjande och utveckling av verksamhetsintegrerat lärande (VIL). Personalbristen inom sjukvården innebär brist på lärare och handledare vilket gör att många nyutexaminerade och personal från bemanningsföretag får handleda studenter. Det råder också brist på förenade tjänster, som är viktiga för att säkerställa både utbildning och forskning. Framför allt har läkarutbildningen påverkats negativt, men även utbildningar för bland annat sjuksköterskor. På sikt riskerar även forskningen att påverkas negativt.

Det är flera faktorer som påverkar förutsättningarna för utbildning och forskning. Större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården kan innebära att utbildning och forskning behöver läggas på fler aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet. Vid införande av vårdval utförs vården av fler privata aktörer som inte självklart har förutsättningar för eller möjlighet att ta sig an ett utbildningsuppdrag.

Utredningen bedömer, utifrån iakttagelserna från exemplet NKS, att det i dag saknas ett helhetsperspektiv på utbildning, forskning och kompetensförsörjning i förhållande till strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården i Sverige. Det saknas också konsekvensanalyser för hur förutsättningarna för utbildning och forskning påverkas av enskilda beslut och av förändringarna som helhet. Även om ALF-avtalen beskriver mål, organisation och styrning för utbildning och forskning på regional nivå konstaterar utredningen, mot bakgrund av utvecklingen i Region Stockholm, att det inte är en garanti för att en fungerande samverkansorganisation finns på plats. Sammantaget innebär detta risk för att lärande- och examensmål inte kan uppnås, att antalet utbildningsplatser blir färre, vilket försämrar förutsättningarna för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården.

Regeringen bör mot den bakgrunden låta utreda hur förutsättningarna för utbildning och forskning inom hälso- och sjukvården

ser ut på regional och nationell nivå i dag och hur förutsättningarna kan säkerställas vid fortsatta strukturförändringar och investeringar.

9.8.2 Tillsyn av hälso- och sjukvården

Utredningens rekommendation: Den statliga tillsynen av hälso- och sjukvården bör utvecklas för att öka genomslaget av tillsynens resultat och minska risker för patienter och berörd personal i samband med strukturförändringar och investeringar. Regeringen bör utveckla styrningen av tillsynsmyndigheterna i syfte att göra tillsynen på hälso- och sjukvårdsområdet mer förebyggande. Regeringen bör överväga att ge Statens haverikommission förutsättningar att utöka sin utredningsverksamhet på hälso- och sjukvårdsområdet.

Skälen till utredningens rekommendation: Exemplet NKS har aktualiserat statliga tillsynsinsatser inom framför allt patientsäkerhetsområdet (IVO) och arbetsmiljöområdet (Arbetsmiljöverket). De förändringar som genomförts i exemplet NKS är komplexa till sin natur, och visar på samband mellan personalens arbetsmiljö och patientsäkerheten. Det kan inte uteslutas att riskerna för såväl patienter som personal hade kunnat minskas om tillsynsmyndigheterna hade agerat mer proaktivt och samordnat.

NKS-exemplet visar på betydelsen av att vårdgivare säkerställer patientsäkerheten och arbetsmiljön samt bedriver ett systematiskt patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete i samband med större investeringar, omorganisationer och införande av nya styr- och verksamhetsmodeller i hälso- och sjukvården. Utredningen konstaterar att ansvaret för patientsäkerheten respektive arbetsmiljön inte tydliggjorts i den nya verksamhetsmodell som implementerades på Karolinska Universitetssjukhuset från 2016. Patientsäkerhetsrisker har inte lyfts fram i riskanalyser i samband med beslut och införande av den nya verksamhetsmodellen. Under de år som den nya verksamhetsmodellen implementerades på sjukhuset är det oklart om det bedrivits något systematiskt patientsäkerhetsarbete. Den uppföljning som den nya styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset redovisade 2019 pekade på att de patientsäkerhetsproblem som rapporterats i hög grad berodde på hög personalomsättning och bristande klinisk kompe-

tens. Arbetsmiljö lyfts inte fram specifikt i uppföljningen, men merparten av de områden som lyfts upp är nära kopplade till arbetsmiljö. Utredningen bedömer att det inte går att utesluta att den nya organisationen och verksamhetsmodellen bidragit till såväl ökade patientsäkerhetsrisker som ökade risker för en försämrad arbetsmiljö på sjukhuset.

Flera aktörer, bland annat SKL (2013) har pekat på att patientsäkerhetsarbetet och arbetsmiljöarbetet bör integreras i större utsträckning. Det kan bidra till effektivitet, helhetssyn och delaktighet i verksamheten. SKL (numera SKR) pekar också på att samverkan mellan arbetsgivare, arbetstagare och skyddsombud är en viktig del i arbetsmiljöarbetet. Något motsvarande krav finns inte i patientsäkerhetslagen. Där finns däremot kravet att patienter och deras närstående ska få möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. Utredningen bedömer att professionerna har en viktig roll för patientsäkerheten och inte minst i samband med förändringsarbete inom hälso- och sjukvården.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har utrett ett flertal lex Maria-ärenden för Karolinska Universitetssjukhuset under perioden 2014–2019. Några av dem har tagits vidare för uppföljande tillsyn. Det gäller exempelvis de tre fall om försenade canceroperationer i övre buken sommaren 2017, som Karolinska Universitetssjukhuset själva lät utreda genom en extern utredare. IVO har i sina utredningar inte berört frågan om i vilken mån den nya verksamhetsmodellen haft betydelse för de händelser som inträffat. Arbetsmiljöverket har hanterat ett antal anmälningar enligt 6 kap. 6 a § arbetsmiljölagen. I samband med detta har även inspektioner genomförts. Två av dessa ärenden är avslutade där ett ärende resulterade i föreläggande om åtgärder där arbetsgivaren senare meddelat hur de uppfyller kraven. Ett ärende rörande läkarnas arbetsmiljö är pågående. IVO och Arbetsmiljöverket har i huvudsak genomfört tillsyn efter att händelser inträffat i verksamheten och efter att anmälningar gjorts. De har inte genomfört någon tillsyn i samband med att den nya verksamhetsmodellen vid Karolinska Universitetssjukhuset implementerades i verksamheten. Utredningen bedömer att det hade varit värdefullt om IVO och Arbetsmiljöverket redan i ett tidigt skede kunnat ge vägledning utifrån gällande regelverk.

Statens haverikommission (SHK) gjorde en utredning i samband med ett dödsfall vid hjärtkliniken på Karolinska Universitetssjuk-

huset 2010. Rapporten publicerades 2013. Därefter har myndigheten inte gjort några utredningar trots att det även i samband med inflyttningen till NKS uppstått incidenter som hade kunnat vara fall för utredning av SHK. Regeringen har inte gett något uppdrag till SHK att granska händelser vid Karolinska Universitetssjukhuset. SHK har analyserat förutsättningarna för att genomföra ytterligare utredningar inom hälso- och sjukvården och drar slutsatsen att sådana utredningar skulle vara ett viktigt komplement till de utredningar som vårdgivare själva genomför och till den tillsyn som bedrivs av IVO. SHK har till regeringen begärt om utökat anslag för att kunna bedriva regelbunden utredning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Utredningen konstaterar att motsvarande aktörer som SHK i Storbritannien, Norge och Nederländerna har uppdrag att granska händelser inom hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att utredningar från SHK skulle kunna vara ett viktigt komplement till de utredningar som vårdgivare själva genomför och till den tillsyn som bedrivs av IVO.

Mot den bakgrunden bör den statliga tillsynen av hälso- och sjukvården utvecklas för att öka genomslaget av tillsynens resultat och minska risker för patienter och berörd personal i samband med strukturförändringar och investeringar. Regeringen bör utveckla styrningen av tillsynsmyndigheterna i syfte att göra tillsynen på hälso- och sjukvårdsområdet mer förebyggande. Regeringen bör överväga att ge Statens haverikommission förutsättningar att utöka sin utredningsverksamhet på hälso- och sjukvårdsområdet.

9.8.3 Styrning och kontroll vid större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården

Utredningens rekommendation: Det är betydelsefullt att i ett tidigt skede lägga fast hur ett förändringsarbete ska organiseras, dokumenteras och följas upp. Även krav på riskanalys, konsekvensanalys och revision bör läggas fast tidigt. Möjligheter till uppföljning under arbetets gång bör säkerställas i form av relevanta datakällor. Med ett lärande perspektiv kan förutsättningarna för långsiktighet, helhetssyn och transparens vid större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården stärkas. Större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården är komplexa och kostnadskrävande processer som i regel pågår under lång tid. Det ställer krav på helhetssyn i beslut och genomförande och en god förmåga till väl fungerande samarbeten. Berörda aktörer på alla nivåer kan dra lärdomar från exemplet NKS. Det rör främst regionerna, men även staten och regionerna gemensamt i de processer som parterna har överenskommelser om, till exempel omställning till nära vård och viss nationell högspecialiserad vård.

Skälen till utredningens rekommendation: Större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården är exempel på komplexa processer som ställer krav på långsiktighet, helhetssyn och transparens i beslutsfattande och genomförande. Det ställer också krav på bred delaktighet och förankring i arbetet. Risker och förändrade förutsättningar inom eller utanför regionen måste löpande bedömas och hanteras. Annars riskerar strukturförändringen eller investeringen försenas eller fördyras. Kommunallagens krav på intern kontroll kan bidra till att säkerställa långsiktiga och hållbara besluts- och genomförandeprocesser.

Planeringen och byggandet av NKS och den därvid kopplade större förändringen av hälso- och sjukvårdsstrukturen i Region Stockholm visar på både lärdomar och utmaningar i långsiktiga och genomgripande besluts- och förändringsprocesser. Den snabba omvandlingstakten i den medicinska och medicintekniska utvecklingen innebär nya möjligheter i vården. Samtidigt ställer tempot och de kostnadskrävande investeringarna stora krav på flexibel planering och styrning. Stegvist beslutsfattande och stegvist genomförande

med stort fokus på successiv uppföljning och lärande kan stärka förutsättningarna för att lyckas genomföra större strukturförändringar och investeringar med lägre risk och högre grad av anpassning till ändrade omvärldsfaktorer. De första planerna för en förändrad hälso- och sjukvårdsstruktur och ett nytt universitetssjukhus i regionen togs fram för snart 20 år sedan. Under perioden har den politiska majoriteten i regionen skiftat, ansvar och organisation för planering och genomförande har förändrats över tid. Det har framförts kritik om bristande delaktighet och förankring i arbetet. Kartläggningen i detta betänkande visar att den politiska organisationen och förvaltningen i vissa delar inte säkerställt att fattade beslut följs och genomförs. Exempelvis har utredningen noterat att fullmäktiges beslut inte alltid genomförts (inriktningsbeslut om hälso- och sjukvården) eller att fullmäktiges beslut inte följts (beslutet i FoUU-utskottet att gå vidare med en anbudsgivare i upphandlingen). Det finns också exempel där beslut i fullmäktige fått konsekvenser för genomförandet (beslut om ny hälso- och sjukvårdsstruktur respektive beslutet att verksamhetsinnehållet för NKS skulle beslutas sent). Konsekvensen blev att förändringar i hälso- och sjukvårdsstrukturen liksom investeringar vid andra sjukhus i regionen försenades.

För att säkerställa långsiktighet, helhetssyn och öppenhet i besluts- och genomförandeprocesserna är det angeläget att i ett tidigt skede lägga fast hur arbetet med större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården ska organiseras, dokumenteras och följas upp. Även krav på riskanalys, konsekvensanalys och revision bör läggas fast tidigt. Möjligheter till uppföljning under arbetets gång bör säkerställas i form av relevanta datakällor. Med ett lärande perspektiv kan förutsättningarna för långsiktighet, helhetssyn och transparens vid större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården stärkas. Det ställer krav på helhetssyn i beslut och genomförande och en god förmåga till väl fungerande samarbeten. Det rör främst regionerna, men även staten och regionerna gemensamt i de processer som parterna har överenskommelser om, till exempel omställning till nära vård och viss nationell högspecialiserad vård.

Att involvera vårdens professioner i ett tidigt skede och därefter löpande i arbetet är viktigt både för att ta tillvara sakkompetens men också för att skapa ömsesidig förståelse och acceptans för de förändringar som behövs. När det gäller organiseringen bör ansvar och roller

tydliggöras, vilka aktörer som ska involveras i arbetet och när och hur de ska involveras. Dokumentation av bland annat besluts- och delegationsordningar tydliggör vilka beslut som ska fattas på vilka nivåer i organisationen. Även krav på riskanalys, konsekvensanalys och uppföljning bör beslutas och dokumenteras. Revisionen har en viktig roll att granska besluts- och genomförandeprocesserna vid större strukturförändringar och investeringar liksom att säkerställa en god intern kontroll.

9.8.4 Konsekvensanalys av styrmodeller och organisationsförändringar

Utredningens rekommendation: Utvecklade konsekvensanalyser bör ingå som underlag vid beslut om införande av nya styrmodeller och större organisationsförändringar på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Analysen bör omfatta konsekvenser för mål och lagkrav inom hälso- och sjukvården, ekonomiska konsekvenser samt andra relevanta värden för organisationen. I analysen bör företrädare från olika nivåer och professioner i organisationen samt patienter medverka för att säkerställa att olika perspektiv och intressen tillvaratas. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) kan vara en lämplig aktör för att främja kunskapsutbyte och kunskapsuppbyggande om styrning inom hälso- och sjukvården. Därutöver är det angeläget att stärka forskningen om styrning, ledning och organisering av offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

Skälen till utredningens rekommendation: Olika styrmodeller och arbetssätt har genom åren använts inom hälso- och sjukvården för att effektivisera och förbättra verksamheten. I vissa fall har styrmodellerna åtföljts av förändringar i organisation och verksamhetsmodell. En del styrmodeller har kritiserats för att inte åstadkomma de resultat som de utlovat. Oavsett styrmodell ska verksamheten uppfylla hälso- och sjukvårdens mål om en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen samt lagkrav. Verksamheten ska också vara kostnadseffektiv.

Utredningen har gjort flera iakttagelser vad gäller införandet av den nya verksamhetsmodellen och genomförandet av organisationsförändringen vid Karolinska Universitetssjukhuset. Förändringen

drevs och genomfördes av sjukhusledningen med stöd av externa konsulter. Argumentet var att en ny verksamhetsmodell och ny organisation var nödvändig för att komma till rätta med sjukhusets ekonomiska problem, siloorganisation och skillnader i vårdresultat. Beslutet omfattade hela organisationen, men genomfördes stegvis parallellt med inflyttningen i den nya sjukhusbyggnaden. Vad utredningen erfar gjordes inte någon konsekvensanalys och något jämförbart empiriskt exempel fanns inte att tillgå som underlag för beslut. Otydlighet vad gäller ansvar och roller i modellen har framkommit liksom problem för utbildningen. Av den uppföljning som den nya styrelsen redovisade 2019 framgår bland annat att den ekonomiska situationen snarare förvärrats med den nya verksamhetsmodellen och att organisationen genom det stora antalet patientflöden blivit än mer fragmentiserad. Det är oklart om modellen fått någon påverkan vad gäller vårdresultat. Detsamma gäller konsekvenser för patientsäkerheten.

Statens medicinsk-etiska råd (SMER) presenterade 2019 ett förslag till modell för etisk analys. SMER menar att en etisk konsekvensanalys bör göras innan en ny styrmodell införs inom hälso- och sjukvården. I en sådan analys analyserar man de värden som explicit och/eller implicit ingår i styrmodellen och de konsekvenser modellen sannolikt leder till. Värden och konsekvenser ställs sedan mot målen enligt hälso- och sjukvårdslagen och annan relevant lagstiftning. Analysen bör också innehålla en jämförelse mellan olika alternativ, där ett av alternativen är att fortsätta enligt befintlig styrmodell. Modellen kan enligt SMER fungera som ett verktyg för samverkan mellan beslutsfattare, tjänstemän och professionen, där modeller tas fram och anpassas för att stödja både kvalitet, kostnadseffektivitet och mål för hälso- och sjukvården. SMER lyfter också fram behovet av kontinuerlig uppföljning och utvärdering av styrning och styrmodeller på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Enligt SMER finns ingen aktör som vägleder kommuner eller regioner i hur de ska styra sin verksamhet. SMER pekar också på behovet av mer forskning om styrning av offentligt finansierad hälso- och sjukvård och etiska analyser. Även Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har i en kartläggning av kunskapsläget om värdebaserad vård 2019 pekat på behovet av mer forskning och evidens på området.

Mot denna bakgrund menar utredningen att det är angeläget att utvecklade konsekvensanalyser ingår som underlag vid beslut om

införande av nya styrmodeller och större organisationsförändringar på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Analysen bör omfatta konsekvenser för mål och lagkrav inom hälso- och sjukvården, ekonomiska konsekvenser samt andra relevanta värden för organisationen. I analysen bör företrädare från olika nivåer och professioner i organisationen samt patienter medverka för att säkerställa att olika perspektiv och intressen tillvaratas. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) kan vara en lämplig aktör för att främja kunskapsutbyte och kunskapsuppbyggande om styrning inom hälso- och sjukvården. Därutöver är det angeläget att stärka forskningen om styrning, ledning och organisering av offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

9.9 Konsekvenser

Nedan redovisas konsekvenser av utredningens rekommendationer. Utredningen ska i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474) redovisa förslagens konsekvenser och i det sammanhanget särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer inklusive ekonomiska konsekvenser. I synnerhet ska konsekvenser för kvinnor, män, flickor och pojkar, samt berörda myndigheters roll beskrivas.

Utredningen lämnar fyra rekommendationer vars direkta konsekvenser bedöms för var och en nedan. Därefter redovisas samlade bedömningar av konsekvenser för olika områden.

Förutsättningar för utbildning och forskning

Den första rekommendationen avser säkerställande av förutsättningar för utbildning och forskning i samband med större strukturförändringar i vården. Utredningen rekommenderar regeringen att låta utreda hur förutsättningarna för utbildning och forskning ser ut och kan säkerställas vid fortsatta strukturförändringar. Utredningens bedömning är att de direkta konsekvenserna av rekommendationen är de kostnader som uppkommer vid tillsättande av en utredning. Storleken på dessa kostnader är beroende av hur ett sådant uppdrag avgränsas. Goda förutsättningar för utbildning och forskning är av största vikt för kompetensförsörjningen och den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Tillsyn av hälso- och sjukvården

Rekommendationen avser att bidra till stärkt patientsäkerhet och arbetsmiljö i hälso- och sjukvården genom utvecklad tillsyn. Regeringen bör utveckla styrningen av tillsynsmyndigheterna i syfte att göra tillsynen på hälso- och sjukvårdsområdet mer förebyggande. Rekommendationen omfattar även att regeringen bör överväga att ge Statens haverikommission förutsättningar att utöka sin utredningsverksamhet på hälso- och sjukvårdsområdet. Utredningens bedömning är att direkta konsekvenser av en utvecklad mer integrerad tillsyn är eventuella anslagsökningar till berörda myndigheter. I vilken utsträckning rekommendationen medför anslagsökningar är beroende på vad en sådan utveckling bedöms medföra och hur ett sådant utvecklat tillsynsarbete kan prioriteras inom ramen för de berörda myndigheternas befintliga uppdrag.

Styrning och kontroll vid större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården

Rekommendationen betonar vikten av att i ett tidigt skede lägga fast hur ett förändringsarbete ska organiseras, dokumenteras och följas upp samt att krav på riskanalys, konsekvensanalys och revision bör läggas fast i ett tidigt skede. Utredningens bedömning är att detta ingår i regionernas befintliga verksamhet och följer bland annat av kommunallagens krav på intern styrning och kontroll. Rekommendationen tar fasta på vikten av att besluta om detta i ett tidigt skede och i ett sammanhang vid omfattande förändringar inom hälso- och sjukvården.

Konsekvensanalys av styrmodeller och organisationsförändringar

Rekommendationen betonar vikten av utvecklade konsekvensanalyser som underlag för beslut om större förändringar inom hälso- och sjukvården. Bland annat har Statens medicinsk-etiska råd (SMER) tagit fram en modell för etisk konsekvensanalys. Utredningens bedömning är att utarbetande av konsekvensanalyser är en del av regionernas befintliga verksamhet och att fortsatt utveckling och kunskapsutbyte är en naturlig del av detta.

Konsekvenser för övriga perspektiv

Utredningens bedömning är att rekommendationerna inte påverkar den kommunala självstyrelsen.

Utredningens bedömning är att rekommendationerna inte specifikt påverkar jämställdhet, de integrationspolitiska målen eller barn och unga. Utredningen bedömer att rekommendationen som syftar till att främja stärkt patientsäkerhet är positiv för alla patientgrupper oavsett kön, ålder eller ursprung.

Utredningens bedömning är att rekommendationerna inte medför några konsekvenser för sysselsättningen. Rekommendationerna syftar vidare till att främja lärande med syfte att förbättra offentlig service.

Utredningens bedömning är att rekommendationerna inte medför några konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet.

Utredningens bedömning är att rekommendationerna inte medför några konsekvenser för miljön.

Utredningens bedömning är att rekommendationerna inte medför några EU-rättsliga konsekvenser.

Referenser

Andersson, L. (2008) *Public Private Partnerships (PPP) – Theoretical models and an analysis of Swedish contracts*, Licentiate thesis, Report 81, KTH.

Andersson, L.M. (2010) *Entreprenadformen Offentlig Privat Samverkan (OPS) – Hur fungerar den för svenska kommuner?*, Mårten Andersson Productions AB.

Arbetsmiljölag (1977:1160).

Arbetsmiljöverket (2018/017094) Skyddsombuds begäran om ingripande enligt 6 kap 6 a § arbetsmiljölagen att bristerna i läkarnas arbetsmiljö åtgärdas.

Arbetsmiljöverket (2018/018254) Skyddsombuds begäran om ingripande enligt 6 kap. 6 a § arbetsmiljölagen – Bristande och dysfunktionella lokaler.

Arbetsmiljöverket (2018/019006) Skyddsombuds begäran om ingripande enligt 6 kap. 6 a § arbetsmiljölagen – omklädningsrum.

Blanc-Brude, F. Goldsmith, H. och Välilä, T. (2007) *Public-private partnership in Europe: An update*, Economic and Financial Report 2007/03, European Investment Bank.

Chalmers, Centrum för vårdens arkitektur (2017) *Spri-tiden. Planering av vårdbyggnader i Sverige 1968 till 1989.* Publikation 1/2017.

Dagens Medicin (2019) ”Jag ser ingen förnyelsediskussion kring sjukhusbyggena”, Dagens Medicin 2019-07-02.

Dagens Nyheter (2018) ”Vi i alliansen byter ut styrelsen för Karolinska”, DN Debatt 2018-04-11.

Dagens Nyheter (2018) ”Alliansens omstart inte tillräcklig”, DN Debatt Repliker 2018-04-16.

Dagens Samhälle (2017) ” Värdebaserad vård ställer patienter mot varandra”, Dagens Samhälle 2017-01-23.

Ds 2000:65 *Alternativ finansiering genom partnerskap*.

Ds 2016:28 *Driftsformer för universitetssjukhus.*

Ekonomistyrningsverket (2006) *Effektivare statlig verksamhet med privat samverkan? – om konkurrensutsättning och styrning av offentlig verksamhet i privat regi*, ESV 2006:15.

Eriksson, PE och Hane, J (2014) *Entreprenadupphandlingar. Hur kan byggherrar främja effektivitet och innovation genom lämpliga upphandlingsstrategier?* Konkurrensverket, Uppdragsforskningsrapport 2014:4.

Ernst & Young (2008) *Slutrapport, Utvärdering av OPS som genomförande och finansieringsform för NKS*.

European Court of Auditors (2018). *Public Private Partnership in the EU: Widespread shortcomings and limited benefits*, Special Report 09/2018.

Expertgruppen för Studier i Offentlig ekonomi (2018:6) *Operation digitalisering – en ESO-rapport om hälso- och sjukvården.*

Expertgruppen för Studier i Offentlig ekonomi (2019:8) *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv.*

Förordning (2007:860) med instruktion för Statens haverikommission.

Förordning (2007:913) med instruktion för Arbetsmiljöverket.

Förordning (2007:1117) med instruktion för Konkurrensverket.

Förordning (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Förordning (2015:527) med instruktion för Upphandlingsmyndigheten.

Hallin och Siverbo (2003) *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*.

Hellman, Kastberg och Siverbo (2019) *Lean och processer i hälso- och sjukvården*.

HC Committee of Public Accounts (2003) *Delivering better value for money from the Private Financing Initiative*, HC 764, June 2003.

HC Committee of Public Accounts (2018) *Private finance initiatives*, HC 894, June 2018.

HM Treasury (2003). *The Green Book: Appraisal and Evaluation in Central Government*, (uppdaterad 2011)

HM Treasury (2004). *Value for Money Assessment Guidance*, (uppdaterad 2006).

HM Treasury (2017). *Private Finance Initiative and Private Finance 2 projects: 2017 summary data*, March 2017.

HM Treasury (2018) *Budget 2018*, HC 1629, October 2018.

Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80).

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

KI och SLL (2015) *Avtal*, Karolinska Institutet (KI 5-140/2015), Stockholms läns landsting (LS 1411-1389).

KI (2017) *Återrapportering av rektorsuppdrag att utreda konsekvenserna av Karolinska universitetssjukhusets förändrade verksamhetsinnehåll*, Karolinska Institutet, 2017-05-24, (Dnr 1-375/2017).

KI (2019) *Uppföljning av återrapportering av rektorsuppdrag att utreda konsekvenserna av Karolinska universitetssjukhusets förändrade verksamhetsinnehåll*, Karolinska Institutet, 2019-01-14 (Dnr 1-47/2019).

Karolinska Universitetssjukhuset, *VBV på K*, presentation på K-LG, 7 april 2014.

Karolinska Universitetssjukhuset, *A3-rapport: Karolinskas flödesarbete, metodbeskrivning*, 2014-04-10.

Karolinska Universitetssjukhuset, styrelsen, protokoll 9/2013, 2013-12-05.

Karolinska Universitetssjukhuset, styrelsen, protokoll 1/2014, 2014-02-19.

Karolinska Universitetssjukhuset, styrelsen, protokoll 2/2014, 2014-03-27.

Karolinska Universitetssjukhuset, styrelsen, protokoll 3/2014, 2014-05-21.

Karolinska Universitetssjukhuset, styrelsen, protokoll 8/2014, 2014-12-04, (Dnr K3495-2014).

Karolinska Universitetssjukhuset, styrelsen, protokoll 2/2015, 2015-03-18, (Dnr K0777-2015).

Karolinska Universitetssjukhuset, styrelsen, protokoll 4/2015, 2015-05-19, (Dnr K1351-2015).

Karolinska Universitetssjukhuset, styrelsen, protokoll 5/2015, 2015-06-17, (Dnr K1553-2015).

Karolinska Universitetssjukhuset, styrelsen, protokoll 6/2015, 2015-09-18, (Dnr K2298-2015).

Karolinska Universitetssjukhuset, styrelsen, protokoll 9/2015, 2015-10-29 (Dnr K2797-2015).

Karolinska Universitetssjukhuset, styrelsen, protokoll 10/2015, 2015-12-02, (Dnr K2992-2015).

Karolinska Universitetssjukhuset, styrelsen, protokoll 1/2016, 2016-01-08, (Dnr K0100-2016).

Karolinska Universitetssjukhuset, *Bilaga 1 till protokoll från Sammanträde med sjukhusets samverkansgrupp* 2015-06-03.

Karolinska Universitetssjukhuset (2016) *Ny verksamhetsmodell för Karolinska universitetssjukhuset*. Inriktningsbeslut KLG 2015-11-09. Editerad, version för KLG beslut 2016-01-11.

Karolinska Universitetssjukhuset (2018) *Översyn över processen för inköp av externa konsulter*, (K2017:5710).

Karolinska Universitetssjukhuset (2018) *Årsrapport 2018*. (LS 2018-1077/K 2019-1358)

Karolinska Universitetssjukhuset (2018) *Operationskapacitet för cancer i övre buken sommaren 2017*, Rapport 2018-05-29, K 2018-0986.

Karolinska Universitetssjukhuset (2019) *Vårdutskottets uppföljning av nya verksamhetsmodellen vid K*, K-styrelsens arbetsutskott 2019-01-24, (K2019-1469).

Karolinska Universitetssjukhuset (2019), *Medarbetaruppföljning 2019*, oktober 2019.

Kommunallag (2017:725).

Konkurrensverket (2007) *Konkurrensen i Sverige 2007*.

Konkurrensverket (2008) *OPS Offentlig-privat samverkan*, PM 2008-10-24.

Konkurrensverket (2015) *Stockholms läns landsting – Tilläggsavtal Nya Karolinska* (Dnr 428/2014).

Konkurrensverket (2015) *Förfrågan om uppförande av patienthotell vid nya Karolinska Solna* (Dnr 87/2015).

KPMG Bohlins (2007) *Offentlig Privata Samverkan*. Underlagsrapport till Konkurrensen i Sverige 2007, Konkurrensverket.

Kvalitetsmagasinet (2016) ”Positiva effekter av Lean i sjukvården”, Kvalitetsmagasinet 2016-04-07.

Lag (2016:1145) om offentlig upphandling.

Landstinget i Värmland (2018) *Flerårsplan 2019–2021 och regionplan, med Budget och investeringsplan 2019, samt Ekonomisk flerårsplan 2019–2021.*

Landstingsrevisorerna (2010) *Offentlig Privat Samverkan, Nya Karolinska Solna*, Projekt 10/2010, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2012) *Årsrapport för Landstingsstyrelsen 2011*, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2012) *Byggnationen av Nya Karolinska i Solna*, Projekt 3/2012, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2013) *Årsrapport för Landstingsstyrelsen 2012*, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2013) *Framtidens hälso- och sjukvård – arbetet i projektet 2013*, Projektrapport nr 14/2013, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2014) *Årsrapport för Landstingsstyrelsen 2013*, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2014) *Upphandling av IKT till NKS*, Projekt 1/2014, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2014) *Framtidens hälso- och sjukvård – arbetet i projektet 2014*, Projektrapport nr 15/2014, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2015) *Årsrapport för Landstingsstyrelsen 2014*, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2015) *Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2015*, Projektrapport nr 15/2015, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2016) *Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2016*, Projektrapport nr 12/2016, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2017) *Byggprojekt i vårdens fastigheter*, Projektrapport nr 7/2017, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2017) *Vård- och trafikinvesteringar*, Projektrapport nr 11/2017, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2017) *Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2017*, Projektrapport nr 12/2017, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2018) *Framtidens hälso- och sjukvård. Genomförande 2018*, Projektrapport nr 14/2018, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2019) *Årsrapport för Landstingsstyrelsen 2018*, Stockholms läns landsting.

Leading Health Care (2019) *Värdebaserad vård. En organisationsteoretisk genomlysning av innehåll, ändamålsenlighet och lärdomar för framtiden.* LHC Report Nr 2, 2019.

Läkartidningen (2016) ”Starka incitament för att avbryta införandet av värdebaserad vård”, Läkartidningen 2016-11-30.

National Audit Office (2003) *PFI: Construction Performance.* National Audit Office (2009). *Performance of PFI construction – a Review by the Private Finance Practice*, October 2009.

National Audit Office (2018). *PFI and PF2, Report by the Comptroller and the Auditor General*, HC 718 Session 2017–2018, 18 January 2018

Office for Budget Responsibility (2017) *Fiscal risks report 2017*

OECD (2008) *Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money*

OECD (2011) *How to Attain Value for Money: Comparing PPP and Traditional Infrastructure Public Procurement*, OECD Journal on Budgeting, Volume 2011/1.

OECD (2012). *Recommendation of the Council on Principles for Public Governance of Public-Private Partnerships*, maj 2012.

OECD (2017) *Public-Private Partnerships. Reference Guide*, Version 3.

Patientlag (2014:821).

Patientsäkerhetsförordning (2010:1369).

Patientsäkerhetslag (2010:659).

Porter, M. E. och Olmsted Teisberg, E., (2006) *Redefining health care, creating value-based competition on results*. Harvard Business Review Press.

Prop. 1973:90 *Förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning*.

Prop. 1981/82:97 *Regeringens proposition om hälso- och sjukvårdslag m.m.*

Prop. 1998/99:66 *En stärkt kommunal revision*.

Prop. 2009/10:80 *En reformerad grundlag*.

Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag*.

Prop. 2017/18:40 *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården*.

Prop. 2017/18:83 *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*.

Region Blekinge (2018) *Regionplan 2019–2021 med budget för 2019* (2018/01635).

Region Dalarna (2018) *Ett hälsosamt Dalarna, Regionplan 2019 mot 2021, Budget 2019* (LD18/01623).

Region Gävleborg (2018) *Samhällsbygget fortsätter. Arbete, trygghet och utveckling i hela Gävleborg, Budget 2019 och ekonomisk plan 2020–2021 för region Gävleborg* (RS 2018/635).

Region Halland (2018) *Mål och budget 2019 med ekonomisk plan för 2020–2021* (RS 170512).

Region Jämtland Härjedalen (2018) *Finansplan 2019–2021. Budget och ekonomiska ramar*, (RS/587/2018).

Region Jönköpings län (2018) *Budget med verksamhetsplan 2019. Flerårsplan 2019–2021*.

Region Kalmar Län (2018) *Tillsammans för ett friskare, tryggare och rikare liv. Regionplan 2019–2021*, (180382).

Region Kronoberg (2018) *Budget 2019 med flerårsplan 2020–2021.*

Region Norrbotten (2018) *Finansplan 2019–2021.*

Region Stockholm (2019) *Karolinska Universitetssjukhuset*

Medarbetaruppföljning 2019.

Region Stockholm (2019) Sjukhusavtal för de regionägda akutsjukhusen. Tjänsteutlåtande. HSN 2017-0570).

Region Stockholm (2019) Budget 2020 för Region Stockholm (RS 2019-0829).

Region Stockholm (2019) Sjukhusavtal 2020–2023 Karolinska Universitetssjukhuset (2019-0960).

Region Stockholm (2019) Sjukhusavtal 2020–2023 Södersjukhuset AB (2019-0960).

Region Stockholm (2019) Sjukhusavtal 2020–2023 Danderyds Sjukhus AB (2019-0960).

Region Stockholm (2019) Sjukhusavtal 2020–2023 Södertälje sjukhus AB (2019-0960).

Region Stockholm (2019) Sjukhusavtal 2020–2023 S:t Eriks Ögonsjukhus AB (2019-0960).

Region Stockholm (2019) Årsredovisning 2018. (LS2018-1077 och RS 2019-0366).

Region Stockholm (2020) *Vårdplatsrapport vecka 5.* Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (2020-01-29).

Region Skåne (2018) *Regions Skånes verksamhetsplan och budget 2019 med plan för 2020–2021,* (1801143).

Region Sörmland (2018) *Mål och budget, planperioden 2019–2021.*

Region Uppsala (2018) *Regionplan och budget 2019–2021.*

Region Västerbotten (2018) *Regionplan 2019.*

Region Västernorrland (2018) *Budget för 2019 samt ekonomisk plan för 2020–2021.*

Region Västmanland (2018) *Regionplan och budget 2019–2021.*

Region Örebro län (2018) *Tillsammans skapar vi ett bättre liv. Verksamhetsplan med budget 2019, och planeringsförutsättningar för 2020–2021.*

Region Östergötland (2018) *Strategisk plan med treårsbudget 2019–2021. Region Östergötland – drivkraft för hållbar utveckling och livskvalitet. Attraktivitet, Handlingskraft, Goda livsvillkor.*

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (2017) *Värdebaserad vård vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset* (Dnr SU 2017-03971).

SBU (2018) *Värdebaserad vård. Kartläggning av kunskapsläget.* Rapport 285/2018.

SCB (2017) I*nstruktioner Räkenskapssammandrag 2017*, Statistiska centralbyrån.

SKL (2008) *På den säkra sidan. Om intern kontroll för förtroendevalda i kommuner och landsting.* Sveriges kommuner och landsting.

SKL (2009) *Riskhantering vid Offentlig Privat Samverkan, OPS*, Sveriges kommuner och landsting.

SKL (2013) *Patientsäkerhet och arbetsmiljö. En vägledning för hög patientsäkerhet och god arbetsmiljö*.

SKL (2013) *Vårdval i specialistvården, utveckling och utmaningar*, Sveriges Kommuner och Landsting.

SKL (2015) *Verksamhetsindelning VI 2000*, Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner, Sveriges kommuner och landsting.

SKL (2017) *Framtidens vårdbyggnader, Framtidens vårdbyggnader bjuder in patienten att vara medskapare i sin egen vård.* FOU-fonden för fastighetsfrågor, Sveriges kommuner och landsting.

SKL (2018) *Personcentrerad vård i Sverige.* Sveriges kommuner och landsting.

SKL (2018a) *Ekonomirapporten, december 2018. Om kommunernas och landstingens ekonomi.* Sveriges kommuner och landsting.

SKL (2018b), *Intern kontroll för förtroende, trygghet och utveckling*. Sveriges kommuner och landsting.

SKL (2019a) *Ekonomirapporten, oktober 2019. Om kommunernas och landstingens ekonomi.* Sveriges kommuner och landsting.

SKL (2019b) *Hälso- och sjukvårdsrapporten 2019. Öppna jämförelser.* Sveriges kommuner och landsting.

SLL (2001) *Nytt universitetssjukhus*. (LS 0111-0650).

SLL (2002) *Rapport från utredningen om ett nytt universitetssjukhus (SNUS)*, Stockholms läns landsting (LS 0201-0049).

SLL (2004) *Utredning om Stockholms läns sjukhusstruktur, 3S*, Stockholms läns landsting (LS 0409-1729).

SLL (2005) *Inriktningsbeslut om ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms läns landsting* (LS 0409-1729).

SLL (2005) *Protokoll Landstingsfullmäktige 2005-05-10, §136*.

SLL (2005) *Arkitekttävlan avseende nytt universitetssjukhus i Solna*, Stockholms läns landsting (LS 0502-0309).

SLL (2005) *Förslag om ny struktur för universitetssjukvården i Stockholms län*, Stockholms läns landsting (LS 0505-0775).

SLL (2006) *Utredning om Stockholm akademiska sjukvårdssystem (SASS-utredningen) med inriktning mot utbildning*, Stockholms läns landsting (LS 0505-0775).

SLL (2006) *Inriktning av det fortsatta arbetet avseende nytt universitetssjukhus i Solna*, Stockholms läns landsting (LS 0608-1486).

SLL (2007) *Nya Karolinska Solna, Projektprogram*, Stockholms läns landsting, november 2007.

SLL (2008) *Byggnation av nytt universitetssjukhus i Solna*, Stockholms läns landsting (LS 0710-1039).

SLL (2008) *Finansiering och val av upphandlingsform för det nya universitetssjukhuset i Solna*, Stockholms läns landsting (LS 0804-0429).

SLL (2009) *Inriktningsbeslut avseende övergripande verksamhetsinnehåll vid Nya Karolinska Solna*. Tjänsteutlåtande 2009-12-08, Stockholms läns landsting (LS 0906-0489).

SLL (2009) *Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2009-12-14* (HSN 0910-1366).

SLL (2009) *OPS-upphandling, Förfrågningsunderlag*, Stockholms läns landsting, Nya Karolinska Solna, 2009-03-31.

SLL (2010) *Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus – beslut om övergripande verksamhetsinnehåll samt förslag till tilldelningsbeslut avseende funktionsupphandling i offentlig privat samverkan (OPS)*, Stockholms läns landsting (LS 1003-0255).

SLL (2010) *Information avseende undertecknande av projektavtal inklusive finansiellt avslut av OPS-upphandlingen av Nya Karolinska Solna*, Stockholms läns landsting (LS 1008-0623).

SLL (2010) Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Tjänsteutlåtande 2010-01-18, Stockholms läns landsting (HSN 1001-0069).

SLL (2010) Utdrag ur minnesanteckningar vid CSG-möte 2010-04-07, Landstingsstyrelsens förvaltning, Stockholms läns landsting (LS 1003-0255).

SLL (2010) *Yttrande över tjänsteutlåtande LS 1003-0255, 2010-03-20, SACO och Stockholms läkarförening*.

SLL (2010) *Landstingsdirektören, Arbetsgivarens kommentarer med anledning av de fackliga organisationernas synpunkter och frågor CSG den 7 april 2010*, (LS 1003-0255).

SLL 2010) *Genomförande av funktionsupphandling i offentlig-privat samverkan av Nya Karolinska Solna universitetssjukhus*, Tjänsteutlåtande Del B 2010-040-08 (LS 1003-0255).

SLL (2011) *Framtidsplan för hälso- och sjukvården*, Stockholms läns landsting (LS 1104-0624).

SLL (2011) *NKS – mål och verksamhetsinriktning*, Stockholms läns landsting (LS 1103-0541).

SLL (2011), Landstingsfullmäktige, Protokoll 2011-06-14-15.

SLL (2012) *Framtidsplan för hälso- och sjukvården – första steget i genomförandet*, Stockholms läns landsting (LS 1109-1229).

SLL (2012) *Tilläggsavtal till projektavtalet för Nya Karolinska Solna (NKS)*, Stockholms läns landsting (LS 1202-0263).

SLL (2013) *Tilläggsavtal till projektavtalet för Nya Karolinska Solna (NKS)*, Stockholms läns landsting (LS 1302-0194).

SLL (2013) *Framtidsplanen andra steget – konkretisering av det fortsatta arbetet*, Stockholms läns landsting (LS 1304-0527).

SLL (2013) Tjänsteutlåtande 2013-04-15, Stockholms läns landsting (LS 1304-0528).

SLL (2013) *Kostnads- och investeringsanalys. Rapport till finanslandstingsrådet avseende bedömningar 2012 med blick framåt kring kostnader och investeringar som görs inom Stockholms läns landsting.* Landstingsdirektören februari 2013.

SLL (2014) *Framtidsplanen. Tredje steget i genomförandet*, Stockholms läns landsting (LS 1409-1068).

SLL 2015) Regionalt ALF-avtal (LS 1411-1389), (KI 5-140/2015).

SLL (2015) Omställningsavtal 2016–2019 Danderyds sjukhus, Stockholms läns landsting (HSN 1506-0813).

SLL (2015) Omställningsavtal 2016–2019 Sankt Eriks Ögonsjukhus, Stockholms läns landsting (HSN 1506-0814).

SLL (2015) Omställningsavtal 2016–2019 Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholms läns landsting (HSN 1506-0815).

SLL (2015) Omställningsavtal 2016–2019 Södersjukhuset, Stockholms läns landsting (HSN 1506-0816).

SLL (2015) Omställningsavtal 2016–2019 Södertälje sjukhus, Stockholms läns landsting (HSN 1506-0817).

SLL (2017) Tjänsteutlåtande, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2017-03-08, Stockholms läns landsting (HSN 2016-4792).

SLL (2017) Landstingsstyrelsen Förslag 2017:92, Stockholms läns landsting (LS 2017-0677).

SLL (2017) Skrivelse 2017-05-17, Stockholms läns landsting (LS 2016-1186).

SLL (2017) *Mål och budget 2018*, Stockholms läns landsting (LS 2017-0452).

SLL (2018) *Budget 2019 för Region Stockholm*, Stockholms läns landsting (LS 2017-1455).

SLL (2018) *Refinansiering av Nya Karolinska Solna*, Stockholms läns landsting (LS 2018-0105).

Statens medicinsk-etiska råd (2019) *Styrmodeller i hälso- och sjukvården – förslag till modell för etisk analys.* Smer rapport 2019:2.

Socialdepartementet och SKL (2019) *God och nära vård. En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019.* (S2019/02858/FS).

Socialdepartementet och SKR (2020) *God och nära vård 2020. En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården.* (S2020/00440/FS).

Socialstyrelsen (2020) *Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024*.

Socialstyrelsen (2018) *Utvärdering av universitetssjukvård. Strukturer och processer.*

SOU 1979:78, *Mål och medel för hälso- och sjukvården Förslag till hälso- och sjukvårdslag*.

SOU 2008:125 *En reformerad grundlag, betänkande av Grundlagsutredningen*.

SOU 2015:98 *Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa.*

SOU 2016:2 *Effektiv vård.*

SOU 2017:13 *Finansiering av infrastruktur med privat kapital?*

SOU 2018:39 *God och nära vård. En primärvårdsreform.*

SOU 2019:42 *Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet.*

Statens Haverikommission (2019) *Budgetunderlag 2020–2022*.

Statskontoret (1998) *Privatfinansiering genom partnerskap* (1998:12)

Statskontoret (2005) *Konkurrens i gränslandet mellan det offentliga och privata.*

Stockholms universitet (2018), *Framtidens universitetssjukhus – Beslut om Nya Karolinska Solna*, Delrapport 2018-02-23.

Stockholms universitet (2019), *Framtidens universitetssjukhus – Beslut om Nya Karolinska Solna*, Delrapport 2, 2019-03-15.

Stockholms universitet (2020), *Tilläggsavtal och anpassning. Det institutionella (efter)arbetet för att upprätthålla OPS-avtalets legitimitet inom Stockholms läns landsting 2012–2018*, LS 2016-1186.

Strandberg, U, *Kommunal självstyrelse*. I: Mattson, I & Petersson, O (red), svensk författningspolitik, 3:e uppl, SNS förlag 2011.

Timbro (2013) *Skandalen Nya Karolinska*, Anders Lundberg, Februari 2013.

UFOS (2009) *Investera med flera. När passar offentlig-privat samverkan vid fastighetsinvesteringar?*

UNECE (2008). *Guidebook on Promoting Good Governance in Public-Private Partnerships*, United Nations Economic Commission for Europe, Geneva

VTI (2007a) *En svensk modell för offentlig-privat samverkan vid infrastrukturinvesteringar*, Rapport framtagen av en för Banverket, VTI och Vägverket gemensam arbetsgrupp, VTI Rapport 588.

VTI (2007b) *Offentlig-privat samverkan kring infrastruktur. En forskningsöversikt*, VTI Rapport 601.

Västra Götalandsregionen (2018) *Budget 2019, Samt plan för ekonomin åren 2020–2021 för Västra Götalandsregionen.*

Winch, G., Onishi, M. och Schmidt, S. (2012) *Taking Stock of PPP Around the World*. London Association of Chartered Certified Accountants.

Öhrlings PricewaterhouseCoopers (2007) *Utvärdering av alternativa lösningar för finansiering och drift av Nya Karolinska Solna*, 19 oktober 2007.

Öhrming, J. (2017) *Allt görs liksom baklänges – verksamheten vid Nya Karolinska Solna*, Södertörn Academic Studies.

Kommittédirektiv 2018:9

Offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll

Beslut vid regeringssammanträde den 22 februari 2018

Sammanfattning

En särskild utredare ges i uppdrag att utreda former och ändamålsenlighet för besluts- och genomförandeprocesser i samband med upphandlingar och investeringar, i hälso- och sjukvården inom landsting och i samband med olika lösningar för avtalsreglerade samarbeten mellan den offentliga förvaltningen och enskilda företag och organisationer. I uppdraget ingår också att kartlägga användandet av process- och organisationsstöd i detta sammanhang.

Utredaren ska bland annat göra följande:

– Kartlägga hur relevanta kontrollmekanismer har tillämpats vid beslut och genomförande av upphandlingar, investeringar och större organisationsförändringar i samband med avtalsreglerade samarbeten mellan det offentliga och det privata (så kallade OPS-lösningar) inom hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår också att kartlägga användandet av process- och organisationsstöd.
– Identifiera risker för att offentliga medel inklusive riktade statliga medel inte används på ett effektivt och ändamålsenligt sätt.
– Lämna förslag på lämpliga åtgärder för att motverka eventuella identifierade brister eller risker för brister.
– Vid behov lämna förslag på författningsändringar.
– Redovisa förslagens konsekvenser.

Bakgrund

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet vara behovsanpassad och organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Dessutom ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls, bland annat ska den tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Landstingen ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård och för att planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av landstingets ansvar.

I regeringens nationella upphandlingsstrategi framhålls att det offentliga behöver ta ett större ansvar för att upphandla mer strategiskt och ansvara för att skattemedel används på bästa sätt. Det offentliga kan, genom att aktivt arbeta för att motverka korruption och genom att planera inköp för att undvika att exempelvis hamna i tidspress, minska risken för bland annat otillåtna direktupphandlingar. Regeringens målsättning är att alla upphandlande myndigheter, därmed även landstingen, ska ha interna riktlinjer för hur myndigheten motverkar förekomsten av oegentligheter. Genom att samtliga upphandlande myndigheter aktivt arbetar för att förebygga korruption och jäv i sina organisationer kan målet om en rättssäker och förtroendeingivande upphandling uppnås.

Offentlig-privat samverkan, så kallad OPS, är ett samlingsbegrepp för olika typer av avtalsreglerade samarbeten mellan det allmänna och enskilda företag och organisationer i syfte att tillgodose ett samhälleligt behov. Gemensamt för OPS-lösningarna är att privat kapital involveras i finansieringen av statlig verksamhet. Det finns inte en fast finansieringsmekanism utan finansieringen avtalas mellan parterna, beroende på innehåll och uppdrag. Nya Karolinska Solna (NKS) är det första större exemplet på en OPS-lösning inom hälso- och sjukvård i Sverige.

En av hälso- och sjukvårdens centrala delar är den verksamhet som i det så kallade ALF-avtalet (Avtal mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården, U2014/07551/F) betecknas universitetssjukvård. Tillsammans med hälso- och sjukvård utgör klinisk forskning och utbildning liksom kunskapstillämpning och kunskapsspridning för hälso- och sjukvårdens utveckling kärnverksamhet vid sjukhus som bedriver universitetssjukvård. Det finns

därför ett nationellt intresse av att vården vid dessa sjukhus bedrivs på ett evidens- och kunskapsbaserat samt patientsäkert sätt.

NKS är ett av Sveriges största universitetssjukhus och ansvarar för utbildning av personal, för att bedriva utveckling av svensk hälso- och sjukvård och för klinisk forskning. Nya Karolinska Solna har dessutom ett antal rikssjukvårdsuppdrag med ansvar gentemot resten av landet.

Det har rapporterats att totalkostnaderna för NKS kommer att bli långt högre än beräknat. De ekonomiska och organisatoriska utmaningar som NKS står inför riskerar att drabba inte bara sjukhuset utan såväl hälso- och sjukvården i stort som forskning och utbildning på hälso- och sjukvårdens område.

Behov av en utredning

En grund i välfärdssystemet är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. Hälso- och sjukvården ska också vara jämlik, jämställd och tillgänglig.

Patienter behöver få vård oavsett sjukhusorganisationernas utmaningar. Vid stora förändringar är det därför viktigt att ta hänsyn till vårdprofessionernas erfarenhet och verksamhetsnära kunskap, för att ta tillvara på de medicinska aspekterna. Det är också viktigt att bibehålla förutsättningarna för forskning och utveckling i hälso- och sjukvården när nya organisationsformer introduceras.

Kostnaderna för hälso- och sjukvård utgör cirka 90 procent av landstingens totala kostnader. Statens bidrag till vården genom generella och riktade statsbidrag står för cirka 20 procent av landstingens intäkter. Skattemedel ska användas på ett effektivt sätt, annars riskeras tilltron till välfärdssystemen.

Regeringen ser därför behov av att belysa vikten av effektiv resursanvändning och hur kontrollmekanismer används för ändamålet och tillsätter en utredning.

Uppdraget

En särskild utredare ges i uppdrag att utreda former och ändamålsenlighet för besluts- och genomförandeprocesser i samband med upphandlingar och investeringar, i landsting inom hälso- och sjuk-

vården, i samband med olika lösningar för avtalsreglerade samarbeten mellan den offentliga förvaltningen och enskilda företag och organisationer. I uppdraget ingår också att kartlägga användandet av process- och organisationsstöd i detta sammanhang.

Utredaren ska bland annat göra följande:

- Kartlägga hur relevanta kontrollmekanismer används i praktiken och har tillämpats vid beslut och genomförande av upphandlingar, investeringar och större organisationsförändringar i samband med avtalsreglerade samarbeten mellan det offentliga och det privata (så kallade OPS-lösningar) inom hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår också att kartlägga användandet av process- och organisationsstöd.
- Identifiera risker för att offentliga medel inklusive riktade statliga medel inte används på ett effektivt och ändamålsenligt sätt.
- Lämna förslag på lämpliga åtgärder för att motverka eventuella identifierade brister eller risker för brister.
- Vid behov lämna förslag på författningsändringar.
- Redovisa förslagens konsekvenser.

I uppdraget ingår också att analysera konsekvenserna för patientsäkerheten samt vårdprofessionernas förutsättningar att säkerställa densamma.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagens konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474) och i det sammanhanget särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer inklusive ekonomiska konsekvenser. I synnerhet ska konsekvenserna för kvinnor, män, flickor och pojkar, samt hälso- och sjukvårdens och berörda myndigheters roll beskrivas.

Utredaren ska i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen beakta proportionalitetsprincipen beträffande eventuella inskränkningar av den kommunala självstyrelsen i sina redogörelser, analyser och förslag.

Dialog med berörda aktörer

En viktig del av uppdraget består i att ha dialog med företrädare för landstingen, myndigheter och professionerna, patienter och andra berörda aktörer och myndigheter.

Genomförande och redovisning av uppdraget

Uppdraget redovisas senast den 1 mars 2019.

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2018:36

Tilläggsdirektiv till Utredningen om offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll (S 2018:01)

Beslut vid regeringssammanträde den 9 maj 2018

Förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 22 februari 2018 kommittédirektiv Offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll (Dir 2018:9).

Enligt direktiven skulle utredaren slutredovisa uppdraget senast den 1 mars 2019.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 15 december 2019.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2019:87

Tilläggsdirektiv till Utredningen om offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll (S 2018:01)

Beslut vid regeringssammanträde den 21 november 2019

Förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 22 februari 2018 kommittédirektiv om offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll (dir. 2018:9). Enligt utredningens direktiv skulle uppdraget redovisas senast den 1 mars 2019. Utredningstiden förlängdes den 9 maj 2018 till den 15 december 2019 (dir. 2018:36).

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 14 februari 2020.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2020

Kronologisk förteckning

1. Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. S.
2. Skärpta regler om utländska månggiften. Ju.
3. Hållbar slamhantering. M.
4. Vägen till en klimatpositiv framtid. M.
5. Fler ruttjänster och höjt tak för rutavdraget. Fi.
6. En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. S.
7. Brott mot djur – Skärpta straff och ett mer effektivt sanktionssystem. N.
8. Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget. Fi.
9. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2020. Steg för steg. Var står vi? Vart går vi? M.
10. Stärkt lokalt åtgärdsarbete – att nå målet Ingen övergödning. M.
11. Kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om utländska direktinvesteringar. Ju.
12. Nya kapitaltäckningsregler för värdepappersbolag. Fi.
13. Att kriminalisera överträdelser av EU-förordningar. N.
14. Framtidens teknik i omsorgens tjänst. S.
15. Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS. S.

Statens offentliga utredningar 2020

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

Fler ruttjänster och höjt tak för rutavdraget. [5]

Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget. [8]

Nya kapitaltäckningsregler för värdepappersbolag. [12]

Justitiedepartementet

Skärpta regler om utländska månggiften. [2]

Kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om utländska direktinvesteringar. [11]

Miljödepartementet

Hållbar slamhantering. [3]

Vägen till en klimatpositiv framtid. [4]

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2020. Steg för steg. Var står vi? Vart går vi? [9]

Stärkt lokalt åtgärdsarbete – att nå målet Ingen övergödning. [10]

Näringsdepartementet

Brott mot djur – Skärpta straff och ett mer effektivt sanktionssystem. [7]

Att kriminalisera överträdelser av EU-förordningar. [13]

Socialdepartementet

Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. [1]

En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. [6]

Framtidens teknik i omsorgens tjänst. [14]

Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS. [15]