Stockholms läns landsting

Landstingsrådsberedningen

SKRIVELSE
2016-01-13

LS 2015-1137

Landstingsstyrelsen

Yttrande över Landstingsrevisorernas rapport 1/2015 De mindre sjukhusens roll i en förändrad vårdstruktur

Föredragande landstingsråd: Anna Starbrink

Ärendebeskrivning

Landstingsrevisorerna har berett landstingsstyrelsen möjlighet att yttra sig över rapporten De mindre sjukhusens roll i en förändrad vårdstruktur

Förslag till beslut

Landstingsrådsberedningen föreslår landstingsstyrelsen besluta

att avge yttrande över landstingsrevisorernas rapport 1/2015, De mindre sjukhusens roll i en förändrad vårdstruktur enligt landstingsdirektörens tjänsteutlåtande.

Landstingsrådsberedningens motivering

Landstingsrevisorerna granskar den verksamhet som bedrivs av landstingets nämnder och bolag. I rapporten "De mindre sjukhusens roll i en ändrad vårdstruktur" redovisar landstingsrevisorerna sin granskning av arbetet att förändra och utveckla en vårdstruktur vid de mindre sjukhusen enligt Framtidsplanens målbild.

Rapporten beskriver att åtgärder vidtagits för att säkerställa tillgängliga vårdplatser under omställningen och att ansvarsfördelningen i nuläget är tydlig. I rapporten reses dock farhågor att förutsättningarna för att rusta de mindre sjukhusen tycks sämre än förutsatts, vilket riskerar att leda till ökade investeringsutgifter. Rapporten belyser även förändringen av vårdinnehållet och uttrycker att behovet av samverkan mellan vårdgivare inom de mindre sjukhusen inte utvecklas i den riktning som Framtidsplanen innebär, och som landstingsfullmäktiga beslutat.

Landstinget vill understryka vikten av att utvecklingen av Hälso- och sjukvårdens alla delar följer landstingsfullmäktiges målbild för framtidens hälso- och sjukvård. Landstinget anser också att det är mycket angeläget med en noggrann kostandskontroll, eftersom utökade kostnader kan leda till förändringar i tidsplaner.

För att erbjuda en sammanhållen vård utanför akutsjukhusen behöver inom de mindre sjukhusen, och andra former av vårdinrättningar, skapas möjligheter för att ta emot fler patienter och inom fler former av sjukvård. Det pågår, inför planeringen av landstingets budget för år 2017, en genomgång av investeringsplanen för sjukvårdens fastigheter. Enligt vad landstinget erfar kan, på grund av mer omfattade renoveringsbehov än initialt bedömt, en del planer behöva omarbetas. Planeringen av formerna för Framtidsplanen har dock också förändrats efterhand, till exempel beträffande de tre specialistcentra som rapporten påpekar skulle vara färdigställda 2015/2016.

I dag pågår, på flera håll, ett aktivt arbete för att genomföra Framtidsplanen, och utveckla vården vid de mindre sjukhusen. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har tagit fram en åtgärdsplan för det kvarstående arbetet, där arbetet hittills fokuserats på utvecklandet av Sollentuna sjukhus och där renoveringen håller tidsplanen. Vid driftstart kommer där nätverkssjukvården genomföras. Utöver de verksamheter som landstinget driver utvecklas också samarbetet med andra aktörer. På de mindre sjukhusen bedrivs idag specialistvård av olika former av privata vårdgivare. Vidare har Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) fått nya ägardirektiv för att kunna utföra somatisk specialistvård. En upphandlingsplan finns och arbetet pågår med översynen av ersättningsmodeller och vårdvalsområden som också har betydelse för vården på de mindre sjukhusen. Utöver det arbete som sker inom landstinget och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen tar även privata fastighetsägare och vårdgivare initiativ för att utveckla vårdkoncept med en samverkan mellan flera olika vårdgivare.

Revisorernas rapport lyfter också fram behovet av en god geografisk spridning av vård. Hälso- och sjukvårdsförvaltningens åtgärdsplan innehåller frågan om geografisk spridning inom de uppdrag som omfattas av vårdval och initiativ för att säkra en god tillgång till vård för alla delar av länet har tagits, till exempel genom den förändrade modellen för husläkarnas ersättning.

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 28 december 2015
Landstingsrevisorernas rapport 1/2015, De mindre sjukhusens roll i en förändrad vårdstruktur

Torbjörn Rosdahl

Anna Starbrink

Carl Rydingstam

Landstingsstyrelsens förvaltning
SLL Ekonomi och finans

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2015-12-28

LS 2015-1137

Ankom
Stockholms läns landsting
2016 -01- 04
Dnr LS 2015-1137

Handläggare:
Henrik Gaunitz

Landstingsstyrelsen

Yttrande över Landstingsrevisorernas rapport 1/2015 De mindre sjukhusens roll i en förändrad vårdstruktur

Ärendebeskrivning

Landstingsrevisorerna har berett landstingsstyrelsen möjlighet att yttra sig över rapporten De mindre sjukhusens roll i en förändrad vårdstruktur.

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 28 december 2015
Landstingsrevisorernas rapport 1/2015, De mindre sjukhusens roll i en förändrad vårdstruktur

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

att avge yttrande över landstingsrevisorernas rapport 1/2015, De mindre sjukhusens roll i en förändrad vårdstruktur enligt landstingsdirektörens tjänsteutlåtande.

Förvaltningens förslag och motivering

Bakgrund
Landstingsrevisorerna granskar den verksamhet som bedrivs av landstingets nämnder och bolag. I rapporten De mindre sjukhusens roll i en ändrad vårdstruktur redovisar landstingsrevisorerna sin granskning av arbetet att förändra och utveckla en vårdstruktur vid de mindre sjukhusen enligt Framtidsplanens målbild.

Rapporten har överlämnats till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande. Landstingsstyrelsen har beretts möjlighet att yttra sig. Detta yttrande begränsas till de delar som berör landstingsstyrelsens ansvarsområde.

Överväganden
Rapporten tar upp att förutsättningarna för att rusta och utveckla de mindre sjukhusen är betydligt sämre än vad som inledningsvis antogs.

Detta riskerar leda till ökade investeringsutgifter för landstinget och att vårdstrukturen inte kommer att överensstämma med Framtidsplanens målbild.

I inledningen av arbetet med Framtidsplanens genomförande gjordes en fastighetsmässig genomgång av de mindre sjukhusen. Utifrån detta togs en investeringsplan fram som fastställdes av landstingsfullmäktige. I det fortsatta arbetet när djupare analyser görs av fastigheterna och i något fall först när man börjat renoveringsarbeten har större problem identifierats i flera av byggnaderna. Det är naturligtvis olyckligt att detta inte upptäckts tidigare, men det hade förutsatt en betydligt mer omfattande inledande genomgång och bedömning av byggnadernas skick. Som en konsekvens av detta sker nu en genomgång av hela investeringsplanen för sjukvårdens fastigheter inför landstingsfullmäktiges behandling av budget för år 2017.

I rapporten reses farhågor att förändringen av vårdinnehållet och behovet av samverkan mellan vårdgivare inom de mindre sjukhusen inte utvecklas i den riktning som Framtidsplanen innebär. Förvaltningen vill understryka vikten av att utvecklingen följer landstingsfullmäktiges målbild för framtidens hälso- och sjukvård. I dag tas dock även andra initiativ för att utveckla vården vid de mindre sjukhusen. Till exempel har Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) fått nya ägardirektiv för att kunna utföra somatisk specialistvård. Det finns också privata fastighetsägare och privata vårdgivare som tar initiativ för att utveckla liknande vårdkoncept med en samverkan mellan flera olika vårdgivare.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Beslutet har inga ekonomiska konsekvenser.

Miljökonsekvenser

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

Toivo Heinsoo
Landstingsdirektör

Ann Eberhardsson
Biträdande förvaltningschef

PROJEKTRAPPORT NR 1/2015

De mindre sjukhusens roll i en förändrad vårdstruktur

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

2015-09-21 RK 201503-0014

Landstingsstyrelsen

Projektrapport 1/2015
De mindre sjukhusens roll i en förändrad vårdstruktur

Revisionskontoret överlämnar härmed projektrapport avseende hur arbetet med att etablera vård vid de mindre sjukhusen framskrider. Ett rapportutkast har stämts av med ledningen för hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Revisorerna i revisorsgrupp I beslutade 2015-09-21 överlämna rapporten till landstingsstyreslen för kännedom med möjlighet till yttrande senast 2016-02-01.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Kenneth Strömberg
Ordförande

Anne Fahl
Sekreterare

Landstingsrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm
Besöksadress: Hantverkargatan 25 B. T-bana Rådhuset

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

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

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

2015-09-21 RK 201503-0014

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Projektrapport 1/2015
De mindre sjukhusens roll i en förändrad vårdstruktur

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade 2015-09-21 överlämna rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2016-02-01.

HSN har av landstingsfullmäktige fått i uppdrag att utveckla vården vid de mindre sjukhusen för att kunna avlasta akutsjukhusen och erbjuda en sammanhållen vård som en del i Framtidsplanens nätverkssjukvård. Revisorerna konstaterar utifrån genomförd granskning att utvecklingen av vården på de mindre sjukhusen ligger flera år efter den ursprungliga tidplanen. Om avsikten är att de mindre sjukhusen ska kunna spela en viktig roll i den framtida sjukvården krävs snara beslut där planerna för en sammanhållen vård utanför akutsjukhusen konkretiseras och effektueras.

Revisorerna önskar att nämnden i sitt yttrande särskilt berör hur och när etableringen av en sammanhållen vård ska kunna ske vid de mindre sjuhusen i enlighet med de uppdrag nämnden fått av landstingsfullmäktige.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Landstingsrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm
Besöksadress: Hantverkargatan 25 B. T-bana Rådhuset

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

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

PROJEKTRAPPORT NR 1/2015

De mindre sjukhusens roll i en förändrad vårdstruktur

Vad gör Landstingsrevisorerna?

Landstingsrevisorerna granskar den verksamhet som bedrivs av landstingets nämnder och bolagsstyrelser. Revisionsuppdraget är det största inom kommunal verksamhet. Landstingsrevisorerna omfattar både de förtroendevalda revisorerna och revisionskontoret.

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

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

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

INNEHÅLL

1 SLUTSATSER 4

2 UTGÅNGSPUNKTER FÖR GRANSKNINGEN 6

2.1 Revisionsfråga 6
2.2 Avgränsning 6
2.3 Bedömningsgrunder 7
2.4 Metod 7

3 ANSVARET FÖR UTSKIFTNINGEN AV VÅRD 8

3.1 Regelverk och uppdrag 8
3.2 Centrala beslut kommer att påverka utskiftningen 10
3.3 Ansvaret för utskiftningen på förvaltningarna 10
3.4 Revisonens bedömning 11

4 STYRNING AV UTSKIFTNING TILL DE MINDRE SJUKHUSEN 11

4.1 Planeringsförutsättningar 11
4.2 Hur kan vård skiftas ut? 12
4.3 Vilken vård ska skiftas ut? 13
4.4 Revisionens bedömning 14

5 ÄNDRADE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR UTSKIFTNING 14

5.1 Ändrade lokalförutsättningar 14
5.2 Involvering av privata vårdaktörer 15
5.3 Hur hanteras de ändrade förutsättningarna? 16
5.4 Förändringar i vårdbehov och förutsättningar för utskiftning 17
5.5 Revisionens bedömning 18

6 HUR HANTERAS DE EKONOMISKA FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR UTSKIFTNINGEN? 20

6.1 Ekonomiska förutsättningar 20
6.2 Ekonomiska beräkningar/konsekvensanalyser 20
6.3 Revisionens bedömning 21

7 SAMVERKAN INOM NÄTVERKSSJUKVÅRDEN 22

7.1 Samverkan inom ett specialistcentrum 22
7.2 Samverkan med andra aktörer i nätverkssjukvården 23
7.3 Revisionens bedömning 23

1 Slutsatser

Utvecklingen av de mindre sjukhusen är en central del av Framtidens hälso- och sjukvård (FHS). De ska avlasta akutsjukhusen och några av dem ska erbjuda ett samlat omhändertagande av bl.a. äldre och multisjuka genom att samla resurser och specialistkompetenser nära patienten (s.k. specialistcentrum). Revisionen har granskat hur arbetet med att etablera vård vid de mindre sjukhusen framskrider. Granskningen har visat att upprustnings- och anpassningsbehoven i lokaler och möjligheterna att etablera vård på de mindre sjukhusen även i övrigt har underskattats. Utvecklingen av vården på de mindre sjukhusen ligger nu flera år efter den ursprungliga tidplanen.

För att hantera genomförandet av FHS har den politiska organisationen förändrats och ägarstyrningen inom SLL har stärkts. Parallellt har en organisationsöversyn genomförts vid landstingets centrala förvaltningar. Revisionen uppfattar att det i huvudsak är tydligt vilken nämnd/styrelse som ansvarar för utvecklingen av vården vid de mindre sjukhusen. På tjänstemannasidan, där programkontoret för FHS upphört och en ny ägarfunktion bildats, är rollerna ännu inte helt tydliga. Detta medför risk för ytterligare förseningar innan de nya genomförandeorganisationerna på landstingsstyrelsens förvaltning (LSF) respektive hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) etablerats.

Merparten av de uppdrag avseende mindre sjukhus som gavs till hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) i samband med budgetbesluten 2011 och 2012, är fortfarande inte genomförda 2015. Detta trots att ursprungsplanerna redovisade att lokaler för tre specialistcentrum skulle kunna färdigställas 2015/2016 och att en första verksamhet beräknades vara i drift under 2013. I samband med att ansvaret under 2015 övergått från programkontoret till genomförandeorganisationer på LSF respektive HSF förefaller en omstart ha gjorts vad gäller flera av uppdragen. Revisionen anser att det behövs en redovisning av alla uppdrag inom FHS-arbetet där det tydliggörs vad som kvarstår att göra, vem som ska göra det och när det ska göras med förslag till beslut. I den mån beslut behöver tas av exempelvis landstingsstyrelsen för att uppdrag ska kunna slutföras behöver en samordning av beredningen ske med LSF.

Revisionen bedömer att de tidsmässiga förutsättningarna för att kunna föra ut vård från akutsjukhusen till de mindre sjukhusen i enlighet med Framtidsplanens intentioner inte har hanterats på ett tillfredsställande sätt. Konceptet med specialistcentrum vid några av de mindre sjukhusen har varit en målbild i Framtidsplanens olika steg. Den inventering av de praktiska förutsättningarna och konsekvenserna av genomförandet som gjorts har dock varit otillräcklig. Granskningen visar att de lokalmässiga förutsättningarna för att etablera vård vid de mindre sjukhusen har missbedömts. Detta gäller såväl behoven av ombyggnation som utmaningarna vad gäller hantering av befintliga och framtida hyresavtal. Då kostnaderna för de lokalanpassningar som skulle krävas vid de mindre sjukhusen har visat sig överstiga landstingets beslutade ekonomiska utrymme har planerna vad gäller utökning av vård vid specialistcentrum skjutits på framtiden.

Vidare har planerna för och bedömningarna av hur utflyttning och etablering av vård ska ske varit ofullständiga och inte tillräckligt konkretiserade. Det gäller t.ex. hur samverkan inom specialistcentrum liksom mellan specialistcentrum och andra delar av sjukvården ska ske. Planeringsarbetet för utskiftningen har hittills endast omfattat den slutenvård som ska flyttas ut och inte öppenvården.

Den specialiserade somatiska öppenvården som var tänkt att utgöra en viktig del av det sammanhållna vårdutbudet på specialistcentrum borde ha inkluderas på ett tidigare stadium i planeringen.

Därutöver har behovet av att styra etableringar så att en lämplig sammansättning av vård kommer till stånd på mindre sjukhus hamnat i konflikt med den hittillsvarande ambitionen att i första hand utöka vården utanför akutsjukhusen via vårdval. Detta då denna avtalsform gör det svårt att styra vård till en geografisk plats. Mot bakgrund av detta prövas nu i ett sent skede en lösning där landstingets egen verksamhet, genom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), får i uppdrag att ta över och samordna vården på Sollentuna sjukhus. SLSO ges därmed ett utökat uppdrag att bedriva somatisk specialistvård. Det löser dock inte frågan hur verksamheter inom vårdvalsområdena med fri geografisk etableringsrätt ska kunna styras till de mindre sjukhusen i enlighet med FHS målbild. Revisionen bedömer att det tidigare programkontoret och HSF borde hanterat dessa etableringsfrågor betydligt tidigare. Revisionen anser att det är angeläget att frågan om geografisk styrning av etableringar nu ägnas större uppmärksamhet även om samordningsfunktioner på några av de mindre sjukhusen inklusive ansvar för närakuter respektive forskning och utbildning m.m. initialt kan hanteras genom uppdrag till SLSO.

Revisionen bedömer att HSN för sin del hittills inte i tillräcklig utsträckning utrett och säkerställt de ekonomiska konsekvenserna av utskiftningen av vård till specialistcentrum respektive mindre sjukhus. Utöver översiktliga uppskattningar som tagits fram av det tidigare programkontoret har inte några beräkningar gjorts vad gäller specifika kostnader för etableringen av vård vid specialistcentrumen. Detta behöver nu tas fram i samverkan med landstingsstyrelsen för att kunna kopplas ihop med övergripande ekonomiska bedömningar och investeringsplanering såväl som utformning av ersättningsmodeller.

Revisionen konstaterar att planerna fram till 2020 för somatisk slutenvård utanför akutsjukhusen endast omfattar landstingets mindre sjukhus på norra/nordvästra sidan av länet. Detta bedömer revisionen som problematiskt då det riskerar att lämna ett tomrum framförallt i sydvästra delen av länet. HSN bör i det framtida arbetet i högre utsträckning beakta behovet av geografisk tillgänglighet i hela länet. I detta arbete bör inte enbart de landstingsägda sjuvårdslokalerna inkluderas utan även befintliga och potentiella privata aktörer. Granskningen visar vidare att förutsättningarna för involvering av privata aktörer i FHS-arbetet hittills inte varit tydliga. Revisionen vill därför framhålla vikten av att HSN skapar långsiktiga och tydliga förutsättningar för samtliga vårdgivare att vara med och bidra till utvecklingen av vården utanför akutsjukhusen i enlighet med FHS.

Revisionen konstaterar att HSN har vidtagit åtgärder för att säkerställa att vårdplatser finns tillgängliga under den kritiska period då utskiftningen av vård ska genomföras. Målbilden i FHS har dock varit etablering av en sammanhållen vård vilket inte uppnås enbart genom tillskapandet av vårdplatser på olika håll i sjukvården. Det är oklart om målbilden i praktiken ens kvarstår. Sammantaget innebär detta en risk för att vård från akutsjukhusen inte kommer att kunna skiftas ut i enlighet med inriktningen i FHS. Om avsikten är att de mindre sjukhusen ska kunna spela en viktig roll i nätverkssjukvården krävs snara beslut där planerna för en sammanhållen vård utanför akutsjukhusen konkretiseras.

2 Utgångspunkter för granskningen

Den målbild för 2015 som anges i den första Framtidsplanen för hälso- och sjukvård[1] är att en säker vård i rätt tid ska ges till rätt patient på rätt plats till rätt kostnad. I den nätverkssjukvård som beskrivs som en förutsättning för genomförandet av Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) är utvecklingen av de mindre sjukhusen en central del. Enligt planen ska dessa avlasta akutsjukhusen och vissa ska erbjuda ett samlat omhändertagande av inte minst äldre och multisjuka, genom att samla resurser och specialistkompetenser nära patienten. Några av de mindre sjukhusen ska kunna erbjuda hela vårdkedjan med diagnostik, behandling och rehabilitering för merparten av sina patienter.

I och med att FHS nu går in i en genomförandefas behöver landstinget klargöra vad de olika uppdragen ska innehålla, var vården ska utföras, hur den ska etableras och finansieras. Risker förknippade med utflyttning av vård från akutsjukhusen (utskiftning) är bland annat; att byggnationer inte blir klara i tid, svårigheter att etablera vård på de mindre sjukhusen i enlighet med målbilden för nätverkssjukvård och osäkerhet om hur resurser ska fördelas vid såväl utskiftning som i en framtida nätverkssjukvård.

Revisionens tidigare granskningar av arbetet med FHS visar att det funnits många idéer om hur verksamhet ska etableras vid de mindre sjukhusen men att det i praktiken har varit svårt att realisera planerna. Därför har frågan ställts från akutsjukhusen – var finns "den gode mottagaren"?

2.1 Revisionsfråga

Den övergripande revisionsfrågan:
Sker arbetet med att etablera vård vid de mindre sjukhusen så att förutsättningar ges för utskiftning av vård från akutsjukhusen i enlighet med Framtidsplanen för hälso- och sjukvård?

Delfrågor:

- Är ansvaret för planeringen respektive genomförandet av utskiftningen av vård tydliggjort inom landstinget?
- Hur sker planering och styrning av utskiftning av vård till de mindre sjukhusen?
- Hur hanteras de ekonomiska och tidsmässiga förutsättningarna för att klara utskiftningen?
- Hur säkras en väl fungerande samverkan såväl inom de mindre sjukhusen som i relation till andra vårdnivåer?

2.2 Avgränsning

Granskningen har ett fokus på hälso- och sjukvårdsnämndens (HSN) ansvar för planering och styrning för att skifta ut verksamhet enligt fullmäktiges beslut om FHS. Granskningen avgränsas i huvudsak till utskiftningen av vård till de mindre sjukhusen. Utskiftning av vård innefattar även en problematik kring utbildning och forskning. Dessa risker ingår endast indirekt i denna granskning. Ansvarsprövningen avser HSN, men granskningen berör även landstingsstyrelsens ansvar för exempelvis strategiska fastigheter.

Avstämningar och avgränsningar har skett mot andra projekt enligt revisionsplanen för 2015 som: Investeringar – styrning och samordning inom SLL (1.2), Kompetensförsörjning (1.4), FHS (2.1), Omstruktureringen av Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) (2.2) och Palliativ vård/ASiH (2.7).

[1] LS 1104-0624

2.3 Bedömningsgrunder

Granskningen utgår från:

- Hälso- och sjukvårdslagen, § 2 a: Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär bl.a. att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen.
- Hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente: planerings- och uppföljningsansvar.
- Fullmäktiges beslut om arbetet i FHS i bilaga till budgetarna som antogs 2011 - 2014[2]. I dokumenten specificeras att vårdgivarna ska arbeta i nätverk kring patienten med utgångspunkt i individens behov. En hörnsten i FHS är att specialistcentrum ska avlasta akutsjukhusen. Dessa ska erbjuda ett samlat omhändertagande av inte minst äldre och multisjuka genom att erbjuda hela vårdkedjan med diagnostik, behandling och rehabilitering.

2.4 Metod

Granskningen utgår från uppdragen om utskiftning av vård och utveckling av mindre sjukhus/specialistcentrum kopplade till framtidsplanens olika faser. Planerat antal vårdtillfällen per år har jämförts dels utifrån förändringar i planeringen, dels med utfall. Intervjuer har på central nivå genomförts med ansvariga på hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) och programkontoret för framtidens hälso- och sjukvård (programkontoret). På verksamhetsnivå har intervjuer gjorts med företrädare för Södersjukhuset AB, Karolinska universitetssjukhuset (Karolinska) och SLSO. Information har även inhämtats från privata vårdgivare. Därutöver har revisionen tagit del av såväl beslutade dokument som arbetsmaterial som används i arbetet med FHS. Granskningen har genomförts av Anders Olsson (projektledare) och Camilla Salomonsson (projektmedarbetare).

Definitioner av begrepp i rapporten

FHS - Framtidens hälso- och sjukvård avser det arbete som fullmäktige beslutat om och som bedrivs utifrån en strategisk plan för vården - Framtidsplanen.

Framtidsplanen – under perioden 2011 – 2014 har beslut fattats om fyra framtidsplaner. De olika versionerna kan ses som en succesiv utveckling och precisering av den ursprungliga tanken bakom FHS. Avses generella skrivningar i planerna används bara Framtidsplanen, avses en särskild plan anges Framtidsplanen och det år som den beslutades.

I Framtidsplanen och budgetdokument används flera olika begrepp för de verksamheter som bedrivs samlat utanför akutsjukhusen. I den här rapporten använder vi följande begrepp:

Mindre sjukhus – landstingets sjukhus som inte är akutsjukhus (även benämnda närsjukhus i andra sammanhang): Handen, Dalen, Nacka, Sabbatsberg, Bromma, Jakobsberg, Löwenströmska och Sollentuna.

Specialistcentrum – ett mindre sjukhus som är tänkt att ha ett visst innehåll och hållas ihop som en enhet (även benämnt konceptsjukhus) – se bild nedan. I Framtidsplanen första steget 2012 angavs att sådana till att börja med skulle etableras på Sollentuna, Dalens och Sabbatsbergs sjukhus.

[2] LS 1403-0399 Mål och budget. Fr.o.m. budgetbeslut juni 2011 Framtidsplanen redovisats i en särskild bilaga. Första året benämns den Framtidsplan för hälso- och sjukvården, åren därefter Framtidsplanen - första steget, - andra steget, - tredje steget.

Idag bedrivs samlad specialistsjukvård av externa aktörer även på andra platser med flera delar av det som ett specialistcentrum är tänkt att ha. Det gäller t.ex. Sophiahemmet, Täby sjukhus och Odenplans läkarhus. Det finns även andra stora vårdgivare som t.ex. Ersta sjukhus och Stockholms sjukhem med mångfacetterad verksamhet.

Sjukhus med specialistverksamhet präglas av utvecklad samverkan mellan olika vårdgivare

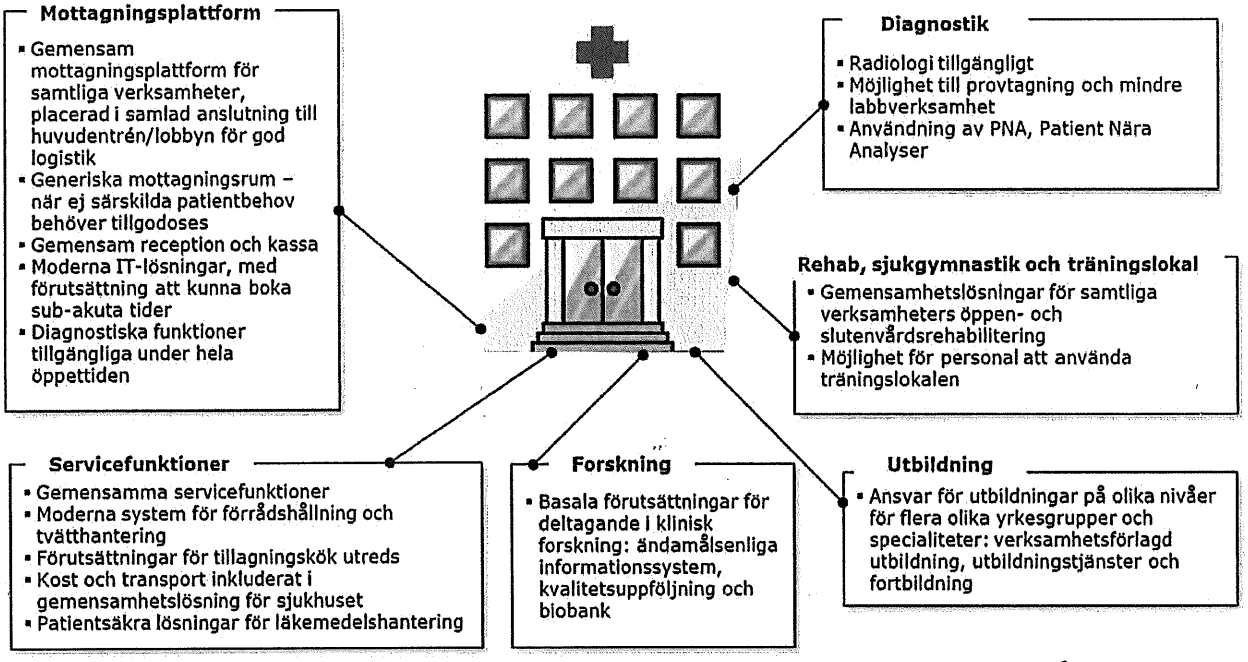


Fig.1 Specialistcentrum enligt den målbild som finns i FHS-arbetet[3]

3 Ansvaret för utskiftningen av vård

3.1 Regelverk och uppdrag

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) ska enligt reglementet[4] ansvara för ledningen av Stockholms läns landstings hälso- och sjukvård. I uppdraget ligger att finansiera och styra vården genom avtal och överenskommelser med vårdgivarna. I samband med att Framtidsplanens olika steg beslutats av fullmäktige har ett flertal uppdrag getts till bland annat HSN inom ramen för FHS. Redan i den första planen 2011 fick nämnden i uppdrag att besluta om utvecklingen av specialistcentrum. Året efter fick nämnden i uppdrag att inleda införandet av specialistcentrum med ett pilotprojekt på Sabbatsbergs sjukhus. Det tillkom även uppdrag om att undersöka alternativa lokallösningar för mindre sjukhus, att utveckla den specialiserade vården utanför akutsjukhusen och utreda om de mindre sjukhusen kunde ges särskilda profiler. Även uppdraget att besluta om utveckling av stödjande vård, numera benämnd avancerad medicinsk eftervård, kom 2012 (se vidare avsnitt 4). Därutöver har nämnden fått i uppdrag att utveckla ersättningssystem, vårdavtal, vårdvalsmodeller m.m. som påverkar utformningen av vården vid de mindre sjukhusen/specialistcentrumen.

[3] Arbetsmaterial från FHS-programkontor 2015
[4] LS 1411-1394

FHS-utskottet (bildat 2015) under HSN ansvarar för att samordna, verkställa och följa upp beslut rörande FHS som ett beredningsorgan åt nämnden, men kan även ges beslutsrätt i vissa frågor genom delegation från nämnden.

Landstingsstyrelsen (LS) ska på övergripande nivå enligt reglementet leda, styra och samordna förvaltningen av landstingets angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders verksamhet. Styrelsen har också ägaransvar för landstingets bolag. Även LS har fått ett flertal uppdrag i samband med att fullmäktige fattat beslut om Framtidsplanen. Det rör sig dels om lokaler för specialistcentrum utifrån ansvar för investeringar, byggnation och principer för uthyrning, dels ansvar för kompetensförsörjning, forskning och utveckling (FoU) och införande av systemstöd för vårdinformation.

Ägarutskottet (ÄU) (bildat 2015) under LS hanterar landstingsstyrelsens uppsiktsplikt över de helt eller delvis landstingsägda bolagen och de förvaltningar som drivs under bolagsliknande former. Utskottet svarar för ägarstyrning och uppföljning av verksamheternas ekonomiska och verksamhetsmässiga resultat och bereder förslag till ägardirektiv.

Programkontoret för FHS har varit en tillfällig tjänstemannaorganisation med ansvar för att på övergripande landstingsnivå styra, följa upp och koordinera genomförandet av FHS. Uppdraget kommer från landstingets budgetbeslut i juni 2011 då fullmäktige gav landstingsstyrelsen i uppdrag att ansvara för genomförandet och organiserandet av FHS. Programkontoret har rapporterat till en central styrgrupp för FHS där landstingsdirektör, hälso- och sjukvårdsdirektör, landstingets chefsjurist och en representant från Karolinska Institutet ingått. Sista juni 2015 upphörde programkontoret och uppdraget övergick till att hanteras i de centrala förvaltningarna.

Vårdproducenterna ska enligt landstingsfullmäktiges generella ägardirektiv[5], uppdrag och anvisningar från programkontoret medverka i planeringen och genomförandet av FHS. Uppdragen har därefter specificerats i gemensamma avsiktsförklaringar där verksamhetsinnehåll lagts fast på en relativt detaljerad nivå och undertecknats på direktörsnivå. Dessa har därefter utgjort en del av underlagen för kommande avtal med HSN. ***Akutsjukhusen*** har ett särskilt uppdrag som framför allt avlämnare av vård. ***Stockholms läns sjukvårdsområde*** (SLSO) som bedriver såväl geriatrik, psykiatri, primärvård m.m. har ett uppdrag som mottagare av vård. Ett uppdrag som ska utökas för att kunna bedriva somatisk specialistvård (se vidare nedan).

Tabellen nedan beskriver översiktligt olika ansvarsområden för etableringen av vård vid de mindre sjukhusen

Ansvarsområden	Ansvarig
Lokaler, investeringar	LF, LS, Locum
Vårdinnehåll vid de mindre sjukhusen	HSN
Ansvar för att vård etableras vid de mindre sjukhusen	HSN
Definiera vilken vård som kan skiftas ut från akutsjukhusen	Akutsjukhusen, HSN
Konkret utformning av vården på ett mindre sjukhus och sammanhållande funktion vid Sollentuna, Sabbatsberg och Jakobsbergs sjukhus	SLSO
Kompetensförsörjnings- och FoU-frågor	LS
IT-system/systemstöd för vårdinformation	LS

[5] LS 1411-1289

3.2 Centrala beslut kommer att påverka utskiftningen

Nedan framgår beslut som enligt vad som framkommit i granskningen är under olika former av beredning.

Beslut/uppdrag	När	Slutlig beslutsnivå
SLSO ges i uppdrag att, där det är lämpligt, dels vara mottagande organisation för somatisk specialistvård som flyttas ut från akutsjukhusen, dels svara för utveckling av nya vårdformer på området.	Beslut i ÄU 26 maj. Beslut i LS hösten 2015.	LF
Genomförandebeslut för investeringar i de mindre sjukhusen. (Hittills finns bara beslut för Sollentuna sjukhus.)	Löpande	LF
Omställningsavtal för akutsjukhus för 2016-2019.	Hösten 2015	LS och HSN
Närakuter – enhetlig form för länet, antal och var.	September 2015	HSN
Radiologi direktavtal 1,5 år, därefter upphandling för Sollentuna.	Hösten 2015	HSN
Förfrågningsunderlag för vårdval med bäring på omställningen bl.a. geriatrik.	Vårdval geriatrik planeras att starta tidigast 2017.	HSN
Uppdrag som ska anpassas utifrån övriga beslut, t.ex. måste husläkarmottagningsuppdraget justeras utifrån beslutet om närakuter.	Löpande	HSN
Organisationen av ägarfunktionen inom landstingsstyrelsens förvaltning (LSF) inklusive hantering av programkontoret	Hösten 2015	Troligen LS-direktör
Beslut kring eventuella förändringar i organisationen och/eller arbetssätt på HSF	Eventuellt under hösten 2015.	Troligen nya HSF-direktören

Listan kan ses som en exemplifiering av hur olika beslutsnivåer och ansvariga måste ge förutsättningar för att utflyttningen av verksamhet från akutsjukhusen ska fungera. Till exempel måste LF som ägare ge SLSO ett kompletterande uppdrag att ansvara för somatisk specialistvård innan denna organisation kan ansvara för viss verksamhet som flyttas ut från akutsjukhusen. Därefter har HSN en möjlighet att som beställare specificera och beställa den vården av SLSO, i de fall den ska bedrivas i egen regi.

3.3 Ansvaret för utskiftningen på förvaltningarna

Inom tjänstemannaorganisationen har programkontoret haft en central roll för utvecklingen av FHS. Kontoret inrättades av landstingsdirektören och har bl.a. utifrån det generella ägardirektivet haft ett starkt mandat. Ansvaret för att konkret driva genomförandet av FHS har under det senaste året successivt övergått från programkontoret till HSF respektive LSF. Den sista juni upphörde programkontoret. Programkontorets kvarvarande uppgifter ska inordnas i en ny ägarfunktion på LSF. Exakt hur uppdraget ska utformas utreds för närvarande

och beslut förväntas komma efter sommaren 2015. Enligt uppgift[6] behöver arbetet med genomförandet av FHS fortfarande koordineras och styras på SLL-nivå, dvs. i samarbete mellan LSF, HSF och vårdgivarna.

Arbetet på HSF har organiserats i åtta genomförandeområden vilka täcker de fjorton uppdrag de erhållit från FHS programkontor under hösten 2014. Ett av dessa områden omfattar flytt av vård. Flera av de andra områdenas uppdrag berör frågor som är centrala för att utformningen av specialistcentrum och utskiftningen ska fungera. Det handlar bland annat om lokalanskaffning, utformning av nätverkssjukvården och ersättningssystem. På LSF har arbetet med FHS hittills organiserats i fem genomförandeområden som också de på olika sätt berör utskiftningen av vård. Det gäller bl.a. strategiska investeringar, kompetensförsörjning, forskning och strategisk IT.

Det finns idag upprättade planer för de olika genomförandeområdena. Hur långt arbetet kommit varierar. Enligt intervjuerna har det inom vissa områden blivit en omstart då nya personer ska ta över och sätta sig in i arbetet vilket inneburit att det har tagit tid att växla över ansvaret från programkontoret till HSF.

3.4 Revisonens bedömning

Revisionen uppfattar att det i huvudsak är tydligt vilken nämnd/styrelse som ansvarar för uppdragen kring utskiftningen av vård till de mindre sjukhusen. När arbetet med FHS nu övergår från en planeringsfas till genomförande måste ett antal konkreta vägval göras som t.ex.: Vilka mindre sjukhus ska rustas upp, vilka ska säljas? Ska nya etableringar göras? Vilken vård ska bedrivas vid de olika enheterna och hur ska vården etableras där? För att hantera detta har den politiska organisationen förändrats och ägarstyrningen inom SLL har stärkts. Parallellt har en översyn genomförts av såväl LSF:s som HSF:s organisationer. Revisionen uppfattar därför att det, innan förändringen av organisationerna satt sig, finns påtagliga risker för att det uppstår otydligheter om ansvar, samtidigt som FHS-arbetet går in i ett kritiskt skede.

Revisionen uppfattar att övergången från planering till genomförande dragit ut på tiden och att planeringsarbetet till viss del börjat om i och med omorganisationen av arbetet. Det gäller därför att de olika delarna faller på plats och att det blir tydligt vem som ansvarar för vad så att frågor inte ramlar mellan stolarna med risk för ytterligare förseningar som följd. Revisionen anser att det är positivt att en samlad bild av avtalsläget redovisas. För att kunna ge en helhetsbild vore det emellertid önskvärt om redovisningen inkluderade alla uppdrag inom FHS-arbetet. Där skulle kunna framgå vad som ska göras, vem som ska göra det och när det ska göras inklusive förslag till beslut. I den mån beslut behöver tas av exempelvis landstingsstyrelsen för att uppdrag ska kunna slutföras behöver en samordning av beredningen ske med LSF.

4 Styrning av utskiftning till de mindre sjukhusen

4.1 Planeringsförutsättningar

Redan i den första Framtidsplanen 2011 angavs en inriktning vad gäller vilka volymer av vård som skulle flyttas och vart. Till år 2016 skulle cirka 10 000 vårdtillfällen avseende somatisk specialistvård flyttas ut från akutsjukhusen till

[6] HSF:s intranät 2 juni 2015

specialistcentrum[7]. Geriatriken (inklusive palliativ vård, avancerad medicinsk eftervård och rehabilitering) skulle utökas med lika många vårdtillfällen utanför akutsjukhusen. Inom öppenvården skulle 300 000 läkarbesök flyttas ut. Det senare i huvudsak till specialistcentrum (se definition sid 7).

Utifrån den inriktningen tog programkontoret fram en vårdutbudskarta där utskiftningen av slutenvård angavs årsvis för varje akutsjukhus. Underlaget har löpande justerats och blivit mer detaljerat vid genomgångar mellan programkontoret och respektive akutsjukhus. De tidigare nämnda avsiktsförklaringarna mellan respektive akutsjukhus, HSF och LSF som undertecknades under våren 2014 var ett sätt att gemensamt lägga fast planeringsförutsättningarna. Dessa har sedan utgjort en del av underlagen i arbetet med sjukhusavtalen för 2016-2019, de s.k. omställningsavtalen.

4.2 Hur kan vård skiftas ut?

HSF har identifierat tre olika sätt att skifta ut vård, nämligen via vårdval, upphandling och genom direktavtal. Det sista kan framförallt vara aktuellt som ett mellanled för att etablera vård på de mindre sjukhusen.

- **Vårdval enligt LOV** - antingen genom att befintliga vårdval utökas eller att nya skapas. Vårdgivare ansöker om godkännande för att bedriva verksamhet utanför akutsjukhusen och patienter har därefter möjlighet att själva välja vilken vårdgivare som de vill vända sig till. En fördel för beställarna är att det är lätt att ändra efterhand och anpassa villkoren efter behoven.
- **Upphandling enligt LOU** – vårdgivare lämnar anbud utifrån ett förfrågningsunderlag. Till skillnad mot vårdval kan HSF ställa krav på såväl lokalisering som volymer. Tidigare var detta det vanliga sättet att engagera externa vårdgivare. Det uppfattas dock inte ge möjlighet att anpassa beställningen utifrån utvecklingen på samma sätt som vårdval ger.
- **Direktavtal med landstingsdriven verksamhet.** Underlag tas fram och avtal tecknas enligt fastlagda rutiner. Idag diskuteras denna lösning delvis som ett mellanled för att etablera vård på de mindre sjukhusen.

Ett sätt att styra etableringarna till de mindre sjukhusen är att utforma hyresvillkoren så att de leder in "rätt" vård. För att det ska bli ett fungerande styrverktyg behöver de antagna principerna för uthyrning av strategiska lokaler ses över, menar intervjuade. Idag ger de inte det stöd som är önskvärt.

I Framtidsplanen 2011 och ända fram till Framtidsplanen 2014 har huvudstrategin varit att vården vid specialistcentrum skulle etableras genom en utökning av vårdvalen inom den somatiska specialistvården – genom tilläggsuppdrag till befintliga vårdval eller nya uppdragsområden. I Framtidsplanen 2014 uppges dock att vårdvalen innebär fri etablering för vårdgivaren vilket i vissa fall försvårar en strategisk planering av var vården ska bedrivas och påverkar möjligheterna att få en fungerande mix av vårduppdrag på de mindre sjukhusen.

Den dominerande verksamheten vid de mindre sjukhusen är geriatrik. I landstingets beslut om budget 2016 ingår att geriatriken ska bli vårdval. Det kan tidigast ske 2017. När vårdval geriatrik genomförs kan vårdgivarna fritt välja var de vill etablera sig och det blir svårare att styra verksamhet till ett specifikt mindre sjukhus.

[7] Informationen om huruvida dessa vårdtillfällen främst eller enbart skulle flyttas till specialistcentrum skiljer sig mellan de olika årsversionerna av Framtidsplanen.

En annan förutsättning för utskiftning är att det finns mindre sjukhus som vård kan skiftas ut till. Tidplanen för renoveringen av de mindre sjukhusen har förändrats samtidigt som externa aktörer visat intresse av att etablera nya sjukhus. Se vidare avsnitt 5.

4.3 Vilken vård ska skiftas ut?

I ett tidigt skede av FHS-arbetet gjordes en genomgång utifrån medicinska grunder av vilken vård som skulle kunna flyttas ut. Det skulle vara vård som inte hade behov av akutsjukhusens resurser. Genomgången har utgjort en grund för den ovan nämnda vårdutbudskartan och den fortsatta planeringen. Det har därefter gjorts nya genomgångar och preciseringar. Flera av de intervjuade har poängterat att det varit bra att det tagits fram ett planeringsunderlag, men att det är just ett planeringsunderlag. Det har därefter tagit för lång tid, menar man, att gå från planering till konkretisering utifrån patientgrupper och därefter till handling.

Från akutsjukhusens sida har det framkommit att det varit svårt att bedöma vilken vård som kan skiftas ut när det är oklart vem mottagaren är och vilka resurser mottagaren har. Vid inventeringen av vård har det för akutsjukhusen varit oklart om mottagarna exempelvis kommer att ha resurser som magnetröntgen, datortomografi m.m. Dessutom har det funnits farhågor för konsekvenserna på akutsjukhusen om en större volym lättare vård flyttas ut och endast tyngre vård blir kvar. Dessa farhågor rör bland annat konsekvenser för ersättning, jourlinjer, kompetensförsörjning och utbildning. Programkontoret och HSF har hittills inte presenterat några konkreta förslag på hur dessa frågor ska lösas. Granskningen visar även att några konsekvensanalyser över systemrisker tidigare inte har genomförts i FHS-arbetet. HSF:s remissvar över landstingsdirektörens underlag för budget 2016 innehåller dock inom några områden bedömningar utifrån konsekvensanalyser.

HSN fick 2012 i uppdrag av fullmäktige att besluta om utveckling av vårduppdrag för stödjande vård[8]. Ett projekt bedrevs redan 2012 vilket syftade till att bedriva sådan vård på Dalens sjukhus, vård som skulle flyttas ut från Karolinska. Men problem med lokalernas kvalitet stoppade projektet. Nu planeras istället att denna vård ska bedrivas på Södersjukhuset. Det har även funnits planer på att förlägga sådan verksamhet till Stockholms sjukhem och flytta ut patienter från Karolinska dit, men parterna lyckades aldrig nå en uppgörelse som alla inblandade var nöjda med. SLSO:s nya uppdrag, som nämnts ovan, möjliggör en utflyttning till verksamhet i deras regi.

Fokus i arbetet med utskiftning av vård har varit på slutenvård och fysiska vårdplatser. Samtidigt ska enligt planen 300 000 besök i öppenvården ha flyttat ut från sjukhusen till 2016. En stor del av dessa besök var tänkta att genomföras vid de mindre sjukhusen. Enligt redovisningen i Framtidsplanen 2014 hade läkarbesöken utanför sjukhusen ökat med närmare 200 000 sedan 2010 men bara minskat med 76 000 på akutsjukhusen. HSF har tagit fram ett underlag inför arbetet med omställningsavtalet som pekar på att utifrån en medicinsk bedömning skulle mellan fem och tio procent av alla öppenvårdsbesök kunna flyttas ut. Utifrån det måste sedan hänsyn tas till andra aspekter som jour, utbildning m.m, innan det i diskussioner med varje akutsjukhus läggs fast exakt vilken öppenvård som kan flyttas ut.

[8] Numera benämnd avancerad medicinsk eftervård. Avancerad omvårdnad till patienter utifrån ett rehabiliterande synsätt där det medicinska tillståndet är stabilt och inte kräver akutsjukhusets resurser, men fortsatt kräver kontinuerlig medicinsk vård på institution under en tidsbegränsad period.

4.4 Revisionens bedömning

Revisionen uppfattar att behovet av att styra etableringar till de mindre sjukhusen så att en lämplig sammansättning av vård kommer till stånd hamnat i konflikt med den hittillsvarande ambitionen att i första hand utöka vården utanför akutsjukhusen via vårdval. Detta då denna avtalsform gör det svårt att styra vård till en geografisk plats. Revisionen bedömer att det tidigare programkontoret och HSF borde hanterat dessa etableringsfrågor betydligt tidigare. Revisionen anser att det är angeläget att frågan om styrningen av etableringar nu ägnas större uppmärksamhet även om samordningsfunktioner på några av de mindre sjukhusen inklusive ansvar för närakuter respektive forskning och utbildning m.m. initialt kan hanteras genom uppdrag till SLSO.

Revisionen har i en tidigare rapport[9] påtalat att det är en svaghet att inga konsekvensanalyser genomförts av vad som sker på systemnivå inom sjukvården i FHS stora förändringsarbete. Det innebär att det är svårt att se vilka konsekvenser ett beslut inom ett vårdområde får för andra delar av sjukvårdssystemen när beslut ska fattas. Revisionen ser det därför som positivt att det i HSN:s remissvar till landstingsdirektörens budgetunderlag finns inslag av ett sådant förhållningssätt.

5 Ändrade förutsättningar för utskiftning

5.1 Ändrade lokalförutsättningar

De inventeringar av lokalerna som gjorts för att bedriva vård vid de mindre sjukhusen har inte varit tillräckligt noggranna vilket lett till att renoverings- och ombyggnadsbehoven underskattats. Lokalerna har visat sig vara i betydligt sämre skick än tidigare planer antagit. Vidare har möjligheterna att säga upp avtal med nuvarande vårdgivare, liksom att ordna ersättningslokaler för befintlig vård missbedömts. Ett exempel på detta är den pilotverksamhet i syfte att etablera ett specialistcentrum vid Sabbatsbergs sjukhus som inleddes 2013. Arbetet stötte så småningom på problem bland annat på grund av att lokalerna inte gick att bygga om för den psykiatriska vård som planerats där. Detta tillsammans med andra utmaningar som hur man skulle lösa det akuta omhändertagandet och koordineringen av olika verksamheter och service, gjorde att pilotverksamheten inte fullföljdes. För närvarande utreds istället om delar av Sabbatsbergsfastigheten kan säljas till extern aktör.

Vad gäller Dalens sjukhus så bedrevs tidigt ett arbete mellan Södersjukhuset och en privat vårdgivare för att hitta samverkansformer mellan ortopedkliniken och en ortopedisk specialistverksamhet som skulle etableras vid Dalens sjukhus. Det fanns långt gångna planer på vilka patientgrupper som skulle kunna tas om hand inom ramen för detta samarbete, hur personalrotation skulle ske etc. Efter mycket förberedelsearbete rann även detta initiativ ut i sanden, delvis på grund av att lokalförutsättningarna inte var de rätta. Revisionen har i tidigare granskningar konstaterat att fördelningen av ansvar för de strategiska fastighetsinvesteringarna mellan landstingsstyrelsen och Locum m.fl. varit otydlig, något som kan ha påverkat beslutsfattandet avseende utvecklingen av Dalens respektive Sabbatsbergs sjukhus. Ansvarsfördelningen mellan Locum och landstingsstyrelsen har dock tydliggjorts genom ändringar i ägardirektiven under 2014[10].

[9] Landstingsrevisorerna 9/2014: Förutsättningar för en sammanhållen nätverkssjukvård med många vårdaktörer.
[10] Revisionens årsrapport för Landstingsstyrelsen 2014.

I Framtidsplanen 2014 framkommer att investeringsprocessen kommer att ta längre tid än först planerat. I denna omnämns inte längre specialistcentrum, utan istället beskrivs utvecklingen av vården vid de mindre sjukhusen och att denna framförallt ska bestå av geriatrik. Här framgår också att en detaljplanering genomförts för att säkra att det finns utrymme för den vård som ska utföras vid de mindre sjukhusen. En mindre upprustning av Dalens sjukhus för att skapa cirka 110 nya vårdplatser redan 2015 ingår också. Några månader efter att fullmäktige beslutat om detta måste även dessa planer för Dalens sjukhus skrinläggas, då det visar sig att behoven av ombyggnation/renovering är större än man tidigare antagit. I landstingets budget för 2015 finns de ombyggnadsplaner som presenterades i budget 2014 inte längre med. Planerna för flera av de mindre sjukhusen har istället skjutits framåt i tiden, till perioden efter 2020 (slutåret för landstingets nuvarande investeringsstrategi).

Av de tre specialistcentrum som från början planerades är det i dagsläget endast ett, Sollentuna, som är aktuellt att genomföra under den period som huvuddelen av utskiftningen av vård från akutsjukhusen ska genomföras, dvs. fram till 2018.

Revisionen kan konstatera att det saknas en planerad etablering av mindre sjukhus i länets sydvästra delar. Något som riskerar att ge en geografiskt ojämlik tillgång till vård. Avsaknaden av etableringar i sydväst gäller även befintlig somatisk öppenvård vad gäller specialistvårdval inom t.ex. gynekologi och hud. Några intervjuade menar att landstingets planering hittills i alltför hög utsträckning utgått från de egenägda sjukhusen och inte alltid på ett tydligt sätt inkluderat samtliga vårdgivare och vårdlokaler i länet. De framhåller att planeringen i större utsträckning borde utgå från befolkningen och inte som idag utifrån var landstinget äger lokaler.

5.2 Involvering av privata vårdaktörer

När den första Framtidsplanen 2011 signalerade att vård skulle flyttas ut från akutsjukhusen till åtta mindre sjukhus i länet såg flera privata aktörer det som en möjlighet att expandera. De tog initiativ till samtal om samverkan med sjukhusen. De privata aktörer revisionen intervjuat menar att det till en början var en livaktig diskussion mellan dem och landstingets representanter men att samtalen sedan ebbade ut. Många hade då förgäves lagt ner mycket tid på planering på grund av att förutsättningarna för samtalen, lokalernas status m.m. inte var ordentligt klarlagda. De uppfattar även att landstinget ändrade sig fram och tillbaka och hade svårt att komma till beslut vilket gjorde planeringsförutsättningarna oklara. Externa aktörer har även visat intresse av att etablera nya sjukhus. Det gäller såväl ett nytt Ersta sjukhus som ett sjukhus i Barkarby.

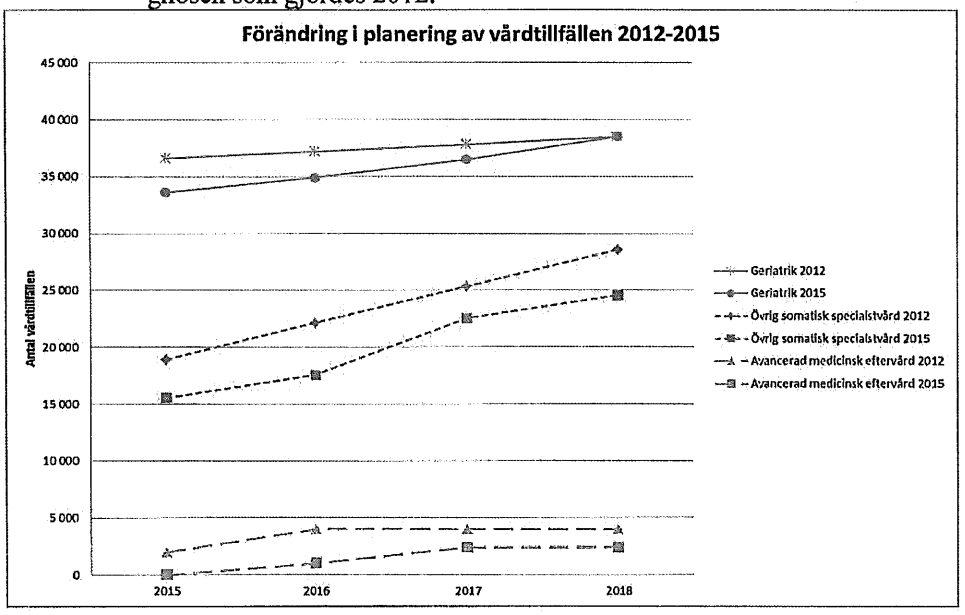
Flera av de intervjuade menar också att villkoren för att bedriva vårdverksamhet nu har blivit osäkrare. På landstingsnivå har ersättningsnivåerna för ett antal somatiska specialistvårdval nyligen sänkts. Till detta kommer det faktum att beställaren inom ramen för vårdvalsmodellen kan ändra förutsättningarna i avtalet med vårdgivaren mer frekvent än vid ett upphandlat flerårsavtal. Vidare förväntas lokalhyrorna vid de mindre sjukhusen höjas efter ombyggnationerna, till vilken nivå är oklart. På nationell nivå diskuteras begränsningar av vinster i bland annat vårdsektorn. Det finns en risk, menar man, att allt färre privata aktörer kan och vill satsa på nya verksamheter med så osäkra villkor.

5.3 Hur hanteras de ändrade förutsättningarna?

Programkontoret gav 2014 ett uppdrag till SLSO att samordna kravspecifikation avseende vårdlokaler för tre mindre sjukhus – Sollentuna, Sabbatsberg och Jakobsberg[11]. I uppdraget ingick att företräda samtliga vårdgivare vid respektive sjukhus genom att ställa kliniska och verksamhetsmässiga krav på de investeringar som skulle genomföras, inklusive krav på tillgång till medicinsk service och andra stödfunktioner. SLSO har också enligt intervjuade fått ett specifikt uppdrag att samordna den framtida vården på Sollentuna sjukhus och utöver den geriatriska och palliativa vård som SLSO redan bedriver även driva den närakutmottagning som ska förläggas dit samt viss övrig somatisk slutenvård. Den öppna somatiska specialistvården på Sollentuna sjukhus ska enligt planen bedrivas av Praktikertjänst.

Som nämnts i avsnitt 3 är ett ärende för närvarande under beredning vilket innebär att SLSO genom förändring i ägardirektivet[12] ges i uppdrag att, där det är lämpligt, dels vara mottagande organisation för somatisk specialistvård som flyttas ut från akutsjukhusen, dels svara för utveckling av nya vårdformer på området. Fortfarande är det så att varje uppdrag definieras och regleras till innehåll, omfattning och finansiering i vårdavtal med HSN. I tjänsteutlåtandet inför beslutet, som väntas under hösten 2015, föreslås även att SLSO svarar för utveckling av nya vårdformer och leder utvecklingsarbetet vad gäller att skapa förutsättningar för en sammanhållen vård vid några av de mindre sjukhusen. I tjänsteutlåtandet anges att det under de kommande åren finns ett behov av att relativt snabbt ta emot och organisera de nya verksamheterna för somatisk specialistvård som bör utföras utanför akutsjukhusen.

De slutenvårdsplatser som planerats inom ramen för vårdutbudskartan har hittills inte kommit till stånd på de mindre sjukhusen. Jämfört med planeringen i Framtidsplanen 2012 innebär förseningarna att det, allt annat lika, blir färre slutenvårdstillfällen utanför akutsjukhusen under perioden 2015-2018 (se diagram nedan). Enligt HSN beror förändringen på ändrat utfall jämfört med prognosen som gjordes 2012.



[11] Uppdraget skiljde sig från den ursprungliga planen för specialistcentrum genom att Dalens sjukhus inte fanns med men däremot Jakobsbergs sjukhus.
[12] LS 2015-0080.

I diagrammet görs en jämförelse mellan vårdutbudskartans planering 2012 respektive 2015 avseende perioden 2015-2018. Diagrammet illustrerar ovan nämnda skillnad avseende planerade vårdtillfällen inom somatisk specialistvård, geriatrik respektive avancerad medicinsk eftervård.

När det gäller avancerad medicinsk eftervård bedömer intervjuade att en del av den vården kan lösas inom ramen för specialiserad rehabilitering och andra vårdavtal. Vad gäller den övriga somatiska specialistvården (slutenvården), uppvisar planeringsunderlagen ett glapp i relation till den raka framskrivningen på omkring 3 600 vårdtillfällen per år 2015-2016. Något som HSF planerar att lösa med en utökning hos privata vårdgivare där sådan vård redan bedrivs, som på Ersta sjukhus och Sophiahemmet. För geriatriken arbetar HSF med att lösa glappet på motsvarande sätt, genom att (tillfälligt) ordna platser på Stockholms sjukhem, Dalens respektive Sabbatsbergs sjukhus. I det senare fallet är dock platstillgången enligt det senaste planeringsunderlaget[13] inte säkrad.

Utöver detta arbetar HSF som beställare med en utveckling av geriatrikuppdraget, som bland annat syftar till att öka andelen geriatrisk öppenvård. Som tidigare nämnts har landstinget i budgeten för 2016 beslutat att geriatriken ska bli vårdval med en inriktning som möjliggör vård i tidigare skeden i hemmet. Det är oklart hur det sistnämnda påverkar behovet av slutenvårdsplatser för geriatrik. Från 2016 införs också vårdval vad gäller viss specialiserad rehabilitering vilket förväntas öka denna vård utanför akutsjukhusen. Vidare är planen nu att mer vård ska ske på akutsjukhusen än vad som tidigare var planerat, dvs. mängden utskiftad vård skrivs ner (motsvarande mellan 3 000 och 4 000 vårdtillfällen per år under perioden 2015-2018). Till bilden hör slutligen att antalet faktiskt producerade vårdtillfällen för åren 2013 och 2014 understeg vårdutbudskartans planerade antal vårdtillfällen för motsvarande år med omkring 4 000 respektive 8 000 vårdtillfällen. Detta skulle enligt några intervjuade kunna peka på att det finns vissa marginaler i planeringsunderlaget.

Det finns således en plan för hur man ska lösa vårdplatssituationen under perioden fram till 2018, då merparten av utflyttningen av vård enligt planen ska ske.

Som nämnts tidigare har FHS-arbetet med att definiera vilken vård som ska skiftas ut enbart handlat om slutenvård. Öppenvården har inte närmare specificerats, trots att denna vård utgör en viktig del i utformandet av specialistcentrumen genom att bland annat stödja geriatrik och psykiatri. Utskiftningen av öppenvård definieras först i samband med omställningsavtalen för akutsjukhusen.

5.4 Förändringar i vårdbehov och förutsättningar för utskiftning

Under de år som gått sedan den första Framtidsplanen beslutades 2011 har förändringar skett i sjukvårdssystemet och underlagen för analys har förbättrats successivt. Det påverkar bedömningen av framtida behov av sluten- och öppenvård. I Framtidsplanen 2014 görs exempelvis bedömningen att behovet av (planerad) kirurgisk vård framöver inom flera specialiteter är något lägre me-

[13] Scenario 11, Genomförandeplan utbyggnad utanför akutsjukhusen, arbetsmaterial HSF, utkast 2015-04-15.

dan andelen akut vård är något högre än vad som tidigare planerats. I dokumentet anges att då akuta besök ställer andra krav på mottagaren än vad planerad vård gör, utgör detta en av anledningarna till att volymen av sluten somatisk specialistvård utanför akutsjukhusen förväntas öka i en något lägre takt jämfört med antagandena i tidigare planer.

I den inventering som gjordes av akutsjukhusens kapacitet inför den första Framtidsplanen 2011 gjordes bedömningen att de vid den tidpunkten i princip producerade på maximal kapacitet bland annat då de låg nära 100 procent i vårdplatsbeläggning. Merparten av sjukhusen har sedan dess ändå ökat sin produktion, bland annat genom kortare vårdtider. Under 2013 avstannade dock ökningen av slutenvårdsproduktionen vid akutsjukhusen och 2014 minskade produktionen jämfört med året innan (se bilaga 1). Detta tolkar HSF som att behovet av slutenvårdsplatser eventuellt är mindre än man tidigare beräknat. Dessutom visar programkontorets analys under våren 2015 att en relativt stor andel av de vårdtillfällen som för närvarande kategoriseras som slutenvård består av vårdtillfällen med mycket kort vårdtid. Denna analys visar att elva procent av vårdtillfällena har en vårdtid på noll dagar (patienten är bara inne ett fåtal timmar) och 28 procent en vårdtid på en dag. Enligt intervjuade motsvarar detta sammanlagt 49 000 vårdtillfällen[14]. Även detta indikerar eventuellt ett minskat behov av slutenvårdsplatser framöver, genom att åtminstone delar av denna vård har potential att utgöra öppenvård i framtiden.

Trots att etableringen av specialistcentrumen skjutits på framtiden har antalet vårdtillfällen inom den somatiska specialistvården utanför akutsjukhusen ökat. Det rör sig dock i huvudsak inte om den vård man tidigare planerat att skifta ut till de mindre sjukhusen. Ökningen med omkring 2 000 vårdtillfällen mellan 2013 och 2014 består i huvudsak av en ökning av vård inom vårdval förlossning genom tillkomsten av BB Sophia 2014, en verksamhet som inte ingick i planerna från början.

Samtidigt visar en kartläggning på Karolinska[15] att nio procent av sjukhusets vårdplatser (92 vårdplatser) var belagda av färdigbehandlade patienter som hade godkänd remiss till annan vårdgivare. Av dessa hade 43 procent av patienterna remiss till geriatriken, elva procent till rehabilitering och nio procent till ASiH[16]. Detta indikerar brist på slutenvårds- liksom ASiH-platser utanför akutsjukhusen i dagsläget.

Programkontoret har efter konsultation med medicinskt sakkunniga valt att hålla fast vid den raka framskrivningsmodell man hittills använt för att definiera vårdplatsbehovet de närmaste åren. Dock har programkontoret i 2015 års version av vårdutbudskartan minskat den buffert för oförutsedda händelser på 20 000 vårdtillfällen (motsvarade cirka sex procent av totala antalet vårdtillfällen) som tidigare fanns i planeringen till 2 000 vårdtillfällen (motsvarande 0,6 procent av vårdtillfällena). Skälet uppges vara att HSF annars riskerar att beställa större volymer vård än vad som bedöms behövas.

5.5 Revisionens bedömning

Revisionen bedömer att de tidsmässiga förutsättningarna för att klara utskiftningen av vård i enlighet med Framtidsplanens intentioner inte har hanterats på ett tillfredsställande sätt. Merparten av de uppdrag (se avsnitt 3.1) som gavs till HSN i samband med budgetbesluten 2011 och 2012, vilka är av avgörande

[14] Avser den lättare delen av vården och inte genomsnittliga vårdtillfällen. Ett genomsnittligt vårdtillfälle på akutsjukhusen inom SLL (utom S:t Göran) var 2014 3,7 dagar.
[15] Punktprevalensmätning "Väntande patienter", Karolinska universitetssjukhuset, april 2015.
[16] ASiH Avancerad sjukvård i hemmet

betydelse för utvecklingen av de mindre sjukhusen inklusive specialistcentrum, är fortfarande inte genomförda 2015. Detta trots att ursprungsplanerna redovisade att lokaler för tre specialistcentrum skulle kunna färdigställas 2015/2016 och att en första verksamhet beräknades vara i drift under 2013. En viktig anledning är problematiken kring lokaler och ombyggnationer vid de mindre sjukhusen. Konceptet med specialistcentrum vid några av de mindre sjukhusen har varit en målbild i Framtidsplanens olika steg. Den inventering av de praktiska förutsättningarna och konsekvenserna av genomförandet som gjorts har dock varit otillräcklig. Dessutom har planeringsarbetet som utmynnade i avsiktsförklaringarna hittills endast omfattat den slutenvård som ska flyttas ut och inte öppenvården. Den specialiserade somatiska öppenvården var tänkt att utgöra en viktig del av det sammanhållna vårdutbudet på specialistcentrum, genom att kunna stödja annan vård som exempelvis geriatrik och psykiatri. För att kunna definiera inriktning på specialistcentrum hade därför även öppenvården behövt inkluderas på ett tidigare stadium i planeringen.

I ett sent skede (våren 2015) har SLSO fått i uppdrag att ansvara för att hålla samman vården på Sollentuna sjukhus. Detta efter att landstinget konstaterat att planerna på att inrätta specialistcentrum på såväl Sabbatsbergs som Dalens sjukhus av olika anledningar inte kommer att gå att genomföra som planerat de närmaste åren. Revisionen bedömer att programkontoret och HSF borde hanterat frågor kring lokaler och andra praktiska förutsättningar för etablering av vård vid de mindre sjukhusen tidigare. Det är dock positivt att utmaningen avseende samordningsfunktioner på några av de mindre sjukhusen inklusive ansvar för närakuter, forskning och utbildning m.m. initialt kan hanteras genom uppdrag till SLSO. Uppdragen till SLSO är dock inte helt tydliga vad gäller omfattning och innehåll, och uppdragsbilden förefaller hittills splittrad mellan olika uppdrag från HSN och tidigare från programkontoret.

Revisionen konstaterar att HSF har vidtagit åtgärder för att säkerställa att tillräckliga volymer av vårdplatser finns tillgängliga under den kritiska period då utskiftningen av vård ska genomföras. Målbilden i FHS har dock varit etablering av en sammanhållen vård, vilket inte uppnås enbart genom tillskapandet av vårdplatser på olika håll i sjukvården. Revisionen menar att det är oklart om denna målbild i praktiken ens kvarstår. Det faktum att planerna avseende specialistcentrumen förskjutits i tid, och tonats ner till förmån för hantering av vårdplatser/vårdtillfällen, innebär en risk för att vård från akutsjukhusen inte kommer att kunna skiftas ut i enlighet med inriktningen i FHS.

I granskningen har framkommit att hanteringen av privata aktörer i FHS-arbetet inte varit helt tillfredsställande. Det gäller exempelvis olika pilotverksamheter där privata aktörer involverats, men där förutsättningarna varit oklara och beslut för genomförande dröjt. Det faktum att ersättningsnivåer och andra villkor i förfrågningsunderlagen för befintliga vårdval är möjliga att ändra årligen skapar dessutom ytterligare osäkerhet för privata aktörer. Sammantaget riskerar det att negativt påverka privata aktörers intresse och möjlighet att delta i utvecklingen av vården. Revisionen vill därför framhålla vikten av att HSN skapar långsiktiga och tydliga förutsättningar för samtliga vårdgivare att vara med och bidra till utvecklingen av vården utanför akutsjukhusen i enlighet med FHS.

Revisionen bedömer också att det är problematiskt att planerna fram till 2020 vad gäller somatisk slutenvård utanför akutsjukhusen endast omfattar landstingets mindre sjukhus på norra/nordvästra sidan av länet. Detta riskerar att lämna ett tomrum i söder, framförallt i sydväst.

6 Hur hanteras de ekonomiska förutsättningarna för utskiftningen?

6.1 Ekonomiska förutsättningar

Landstingets omfattande investeringar innebär att kostnaderna för dessa kommer att ta en allt större andel av kostnadsutrymmet i anspråk framöver. Landstingets vårdproducenter har de senaste åren haft en högre kostnadsökningstakt än vad landstinget i budget bedömer som långsiktigt hållbart, bland annat till följd av brist på vårdpersonal vilket ökat bemanningskostnaderna. Kostnaderna har även ökat kraftigt inom ett antal vårdvalsområden. Därför fokuserar nu landstinget på ökad kostnadskontroll. Enligt landstingsfullmäktiges budget 2015 måste sjukvårdens kostnadsökning begränsas till i genomsnitt 3,5 procent per år under perioden 2015–2019. I budget 2016 skärps kravet till 3,3 procent. Som en följd av HSF:s besparingsprogram har bland annat ett tiotal vårdvalsverksamheter inom den somatiska specialistvården från halvårsskiftet 2015 fått ersättningsnivåerna sänkta med fem procent.

6.2 Ekonomiska beräkningar/konsekvensanalyser

Inför förhandlingarna om omställningsavtal med akutsjukhusen 2016-2019 har tjänstemän på HSF tagit fram övergripande kalkyler vad gäller kostnadsutvecklingen under denna period. Det gäller vård på akutsjukhusen respektive specialistsjukvård utanför akutsjukhusen. Dessa är på mycket övergripande nivå och baserar sig i huvudsak på rak framskrivning av nuvarande kostnader för motsvarande vård på akutsjukhusen. Liknande översiktliga kalkyler av kostnadsutrymmet för vård på respektive utanför akutsjukhusen presenteras också i HSF:s remissvar till landstingsdirektörens planeringsunderlag för åren 2016-2020.

Även om det inte finns explicit uttalat i Framtidsplanen så bygger planen på antagandet att vården som ska flyttas ut blir billigare eller i alla fall inte dyrare jämfört med motsvarande vård på akutsjukhus. Enligt en översiktlig beräkning som presenteras i Framtidsplanen 2013 kostar ett genomsnittligt vårddygn på akutsjukhus cirka 11 500 kr medan ett vårddygn inom geriatriken i genomsnitt kostar 4 700 kronor, inom rehabilitering 3 000 kronor och basal hemsjukvård 300 kronor. Det poängteras dock att kostnaden varierar mycket mellan enskilda patienter. Den potentiella besparingen kan dock inte bli så dramatisk som mellanskillnaden mellan dygnskostnaden på akutsjukhus och dygnskostnaden inom exempelvis geriatriken. Detta då många insatser som idag genomförs för patienten på akutsjukhus även ska genomföras då patienten vårdas på ett mindre sjukhus. Dessutom är det den relativt sett lättare vården som flyttas ut, vilket innebär att man i en sådan beräkning jämför kostnaden för de relativt "lätta" vårdtillfällena som flyttas ut med de genomsnittliga vårdtillfällen på akutsjukhus vilka innebär en betydligt större resursåtgång.

Varken programkontoret eller HSF har genomfört några detaljerade beräkningar av vad vården på specialistcentrum, i enlighet med målbilden, kan komma att kosta. Hittills har man enbart räknat vårdplatser och vårdtillfällen men inte kostnadsberäknat själva vården. Den vård som är tänkt att bedrivas vid specialistcentrum innebär en ambitionshöjning, t.ex. vad gäller tillgänglighet, samverkan och öppettider. Detta kan i flera fall innebära högre kostnader jämfört med dagens motsvarande somatiska specialistvård eller geriatrik. Hur denna ambitionshöjning ska finansieras framgår inte, dvs. hur den vård, medicinska service och de gemensamma funktioner som ska finnas på ett specialistcentrum ska finansieras och ersättas för att få till stånd önskad samverkan. Enligt HSF

finns dock planer på att specificera olika delar i uppdraget som kan medföra högre kostnader. I uppdragsbeskrivningen[17] för pilotprojektet på Sabbatsbergs sjukhus ingick att definiera hur finansieringen av gemensamma funktioner skulle utformas samt hur man skulle säkra att gemensam medicinsk service skulle nyttjas effektivt. Några sådana beräkningar gjordes dock aldrig.

Utöver de översiktliga beräkningar som nämnts ovan har kalkyler gjorts avseende själva fastighetsinvesteringarna i de olika mindre landstingsägda sjukhusen. På grund av bristande inventering av renoverings-/byggnationsbehov har dessa beräkningar underskattat investeringsutgifterna för dessa ombyggnationer samt kostnaderna för ersättningslokaler till befintliga vårdgivare och/eller uppsägning i förtid av befintliga hyreskontrakt. I Framtidsplanen 2011 angavs att investeringsutrymmet för strategiska investeringar i de landstingsägda fastigheterna (de mindre sjukhusen) var högst 2,5 mdkr under planeringsperioden (fram till 2020). I Framtidsplanen 2012 presenteras beloppet 3,3 mdkr, bland annat då investeringsutgiften för Nacka sjukhus höjts som en följd av ökad ombyggnadsyta. I Framtidsplanen 2014 anges att investeringsprocessen kommer att ta något längre tid än vad som ursprungligen planerats. Detta för att säkra att det hela tiden finns tillgång till vårdlokaler då ombyggnation ofta innebär att vårdplatser måste stängas av under byggperioden.

För en del av den vård som hittills flyttats ut från akutsjukhusen, som exempelvis olika somatiska specialistvårdval och avancerad sjukvård i hemmet, har kostnaderna blivit högre än beräknat[18]. Detta beror bland annat på att det har visat sig svårt att minska kostnaderna på akutsjukhusen i motsvarande takt som vård flyttats till (eller övertagits av) alternativa vårdformer på annat håll. Avsikten är att försöka lösa detta genom att omställningsavtalen med akutsjukhusen ger tillräckliga incitament för att skifta ut vård. Enligt vissa intervjuade är förhoppningen att den fasta uppdragsersättningen för akutsjukhusens verksamhet som införs från och med 2016 ska bidra till att akutsjukhusen inte längre behöver behålla den lättare vården för att säkra sin ekonomi. Vårdval ligger utanför omställningsavtalen och fortsätter enligt respektive vårdvalsmodell. Det som bedrivs inom vårdval på respektive sjukhus kommer att beaktas i särskild ordning i samband med diskussionerna gällande utflytt av vård till andra vårdgivare under omställningsperioden 2016-2019.

6.3 Revisionens bedömning

Revisionen bedömer att HSN för sin del hittills inte i tillräcklig utsträckning utrett och säkerställt de ekonomiska konsekvenserna av utskiftningen av vård till specialistcentrum respektive mindre sjukhus. Utöver översiktliga uppskattningar inför omställningsavtal och planeringsunderlag har inga detaljerade beräkningar gjorts av vad vården på specialistcentrum, i enlighet med målbilden, kan komma att kosta. Detta behöver nu tas fram i samverkan med landstingsstyrelsen för att kunna kopplas ihop med övergripande ekonomiska bedömningar och investeringsplanering såväl som utformning av ersättningsmodeller.

Då kostnaderna för de lokalanpassningar som skulle krävas vid de mindre sjukhusen har visat sig överstiga landstingets beslutade ekonomiska utrymme har planerna vad gäller utökning av vård vid specialistcentrum skjutits på framtiden.

---

[17] Projektdirektiv utveckling och pilotinförande av specialistentrum, arbetsmaterial ver. 0,99, 2012-06-13.

[18] 2014 års kostnader vad gäller den somatiska specialistvården (inkl. vårdval men exkl. läkare på nationella taxan) utanför akutsjukhusen blev 20 procent högre jämfört med året innan medan kostnaderna för ASiH blev 19 procent högre än budget.

7 Samverkan inom nätverkssjukvården

7.1 Samverkan inom ett specialistcentrum

I Framtidsplanen 2013 anges att en större vårdgivare bör ges i uppdrag att samordna verksamheten på specialistcentrum i nära samverkan med minst ett akutsjukhus. Det utvecklas dock inte närmare hur denna koordinerande vårdgivare ska komma på plats.

Enligt intervjuade ska samverkan mellan aktörer inom specialistcentrum, respektive med aktörer utanför de mindre sjukhusen, styras genom respektive vårdgivares avtal. I Framtidsplanen 2014 återfinns en princip om att HSN ska utveckla avtalsmodeller som stödjer handledning och konsultinsatser, och att krav ska ställas på vårdgivare att bidra med specifik kompetens till sina vårdgrannar. Exakt hur detta ska ske har dock inte konkretiserats ännu.

I försöksverksamheten på Sabbatsbergs sjukhus var planen att hitta en aktör som kunde ta på sig samordningsuppdraget för verksamheten vid detta tänkta specialistcentrum. Enligt intervjuade var det dock svårt att komma överens om innehållet i uppdraget, i synnerhet då detta också skulle omfatta ansvar för akut omhändertagande. Som nämnts tidigare är ett uppdrag nu på väg att ges till SLSO i stället genom det kommande beslutet om utökat uppdrag avseende somatisk specialistvård. Av tjänsteutlåtandet[19] till detta beslut framgår att det finns behov av en mottagande organisation som kan utveckla samverkan och effektiv infrastruktur inom respektive mindre sjukhus.

En viktig förutsättning för att få till stånd ett samlat omhändertagande för patienterna på de mindre sjukhusen är planerna på utökade möjligheter till provtagning och röntgen, så kallad medicinsk service. På detta område finns frågetecken huruvida det går att styra de verksamheter som ska vara verksamma på de mindre sjukhusen så att de utnyttjar den gemensamma service som tillhandahållas där. Som avtalen med vårdgivarna idag är konstruerade är det inte ovanligt att en vårdgivare exempelvis skickar prover till sina egna labb inom samma vårdkoncern snarare än utnyttjar servicen som finns på plats i angränsande lokaler. Detta riskerar att bli dyrt och även ineffektivt ur ett patientperspektiv. Då utbyggnaden och detaljplaneringen av de mindre sjukhusen skjutits på framtiden, går det i dagsläget inte att göra en gemensam upphandling av medicinsk service för samtliga mindre sjukhus respektive specialistcentrum. Istället kommer en separat upphandling att göras för Sollentuna sjukhus. Därefter räknar HSF med att den medicinska servicen upphandlas för varje mindre sjukhus vartefter beslut om dessa fattas.

Enligt Framtidsplanen utgör närakuter en central del i det samlade omhändertagandet på de mindre sjukhusen. Som nämns i avsnitt 3 bereds för närvarande ett beslut avseende de närakuter som är tänkta att lokaliseras till bland annat de mindre sjukhusen enligt en enhetlig modell. Syftet med enhetligheten är att befolkningen ska veta vilken akut vård som finns att tillgå och att så långt möjligt skapa likvärdig tillgång till denna genom en geografisk spridning över länet. I närakutverksamheten utgör provtagning och röntgen en central del i omhändertagandet. Enligt ovan nämnda förslag om etablering av närakuter ska dessa vara på plats redan första kvartalet 2017. Men då upphandlingen av medicinsk service, utöver Sollentuna, kommer att genomföras först 2019-2020 är det oklart om samtliga närakuter kommer att ha tillgång till såväl röntgen som laboratorietjänster i enlighet med planerna för de mindre sjukhusen.

[19] LS 2015-0080.

Rehabilitering ska enligt Framtidsplanen dels utgöra en integrerad del i de flesta vårduppdrag, dels utgöra en egen del/verksamhet inom specialistcentrum. Enligt intervjuade har de ansvariga för rehabilitering på HSF hittills endast i mycket begränsad utsträckning varit involverade i planeringen och diskussionerna kring utformningen av specialistcentrum/mindre sjukhus.

7.2 Samverkan med andra aktörer i nätverkssjukvården

Redan i Framtidsplanen 2011 lyfts vikten av att lösa kompetensförsörjnings- och utbildningsfrågorna i nätverkssjukvården. Arbete på detta område pågår men frågan om hur kompetensförsörjningen ska säkras när "lättare" vård flyttas ut har ännu inte lösts. Flera intervjuade menar att personalsituationen är mer utmanande än själva lokalfrågorna och att det på detta område är oklart vem som faktiskt ska lösa dessa frågor och om det som för närvarande görs är tillräckligt. I tjänsteutlåtandet avseende SLSO:s utökade uppdrag framhålls vikten av att den mottagande vårdgivaren kan ta emot tillräckligt stora patientgrupper för att ge underlag för högkvalitativ vård, och att de då måste ta ansvar för utbildning, utveckling och samverkan med övriga vårdformer.

I Framtidsplanen lyfts också vikten av en nära samverkan mellan husläkare och specialistcentrum i respektive geografiskt område. Det har även funnits planer på att gemensamma resurser inom specialistcentrumen, såsom medicinsk service, ska kunna användas av andra vårdgivare i närområdet. Det är dock oklart hur denna närområdesprincip ska förverkligas givet att ombyggnads- och utbyggnadsplanerna för specialistcentrumen skiljer sig åt i tid mellan olika geografiska områden. Det har inte heller definierats vilka specialitetsområden som ska finnas på vilka mindre sjukhus, inklusive vilka som endast ska finnas på en plats i länet (speciell medicinsk inriktning), vilket påverkar vilken konsultationsverksamhet som kan bedrivas visavi husläkare i närområdet. Slutligen har inte frågan lösts hur man ska kombinera målbilden om samverkan i närområdet med det faktum att ett flertal av de berörda vårdområdena utgör vårdval, med fri (geografisk) etableringsrätt för vårdgivare och möjlighet för patienten att på respektive vårdområde välja utförare.

7.3 Revisionens bedömning

Revisionen bedömer att de delar av målbilden som rör hur man ska få stånd till en fungerande samverkan inom specialistcentrumen inte i tillräcklig grad har konkretiseras. Framförallt vad gäller möjligheten till praktiskt genomförande. Därtill förefaller vissa centrala verksamheter i detta samverkanspussel, såsom medicinsk service, rehabilitering och akutverksamhet antingen inte i tillräcklig grad ha involverats i arbetet, eller inte synkroniserats vad gäller genomförandet vid Sollentuna sjukhus. Frågan om vilken aktör som ska koordinera arbetet vid specialistcentrum har varit svår att lösa och som nämnts tidigare har SLSO relativt sent i processen fått i uppdrag att lösa uppgiften vad gäller tre av de mindre sjukhusen.

Vad gäller planerna på samverkan mellan specialistcentrum och husläkare respektive akutsjukhus har planerna även här stannat vid allmänna skrivningar om att samverkan ska ske. Detta är inte tillräckligt för att utgöra underlag för planering av verksamheten. Frågan om hur samverkan i närområdet ska lösas när viktiga delar av vården är föremål för vårdval är ännu inte löst. Detsamma gäller hur samverkan med akutsjukhusen ska organiseras samt hur den utökade konsultationsverksamheten mellan specialistcentrum och husläkare i närområdet ska fungera. Även på detta område har ansvaret för att lösa dessa frågor i praktiken överlämnats till SLSO genom ovan nämna uppdrag.

Kort om rapporten

HSN har av landstingsfullmäktige fått i uppdrag att utveckla vården vid de mindre sjukhusen för att kunna avlasta akutsjukhusen och erbjuda en sammanhållen vård som en del i Framtidsplanens nätverkssjukvård. Utvecklingen av vården på de mindre sjukhusen ligger flera år efter den ursprungliga tidplanen. Om avsikten är att de mindre sjukhusen ska kunna spela en viktig roll i den framtida sjukvården krävs snara beslut där planerna för en sammanhållen vård utanför akutsjukhusen konkretiseras och effektueras.

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

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

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

Org.nr: 232100-0016