

LANDSTINGS- REVISORERNA

Projektrapport
Nr 12/2009

Landstingets styrning av sjukhusen

- Ansvarsfördelningen mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Landstingsstyrelsen vad gäller styrfrågor kan utvecklas. Det gäller bl.a. hanteringen av ersättningssystem, beskrivnings-system och tillämpningen av flerårsavtalen.
- Det är angeläget att arbetet med att renodla Hälso- och sjukvårdsnämndens beställarroll fullföljs, med en huvudinriktning mot främst flerårsavtal, uppföljningsarbete, avtal med privata vårdgivare och tillämpningen av vårdvalet (auktorisations- och kvalitetskrav, etc.).
- Landstingsstyrelsen bör, genom att ansvar förs över på sjukhusen via flerårsavtal, vårdgaranti och vårdval, betydligt stärka ägarstyrningen och produktionssamordningen på koncernnivå.
- Landstingsstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden bör, för att motverka risker för fragmentisering och brister i vårdkedjor och samverkan mellan vårdgivare, säkerställa den gemensamma infrastrukturen inom sjukvården, särskilt sjukhusens.
- HSN och Landstingsstyrelsen behöver bättre samordna uppföljningen gentemot sjukhusen.

Revisorsgrupp I
2009 års revisorer

2010-02-05

Diarienummer:
RK 200909-0078

Landstingsstyrelsen

Rapport 12/2009 Landstingets styrning av sjukhusen

Revisorerna i revisorsgrupp I beslutade på möte 2010-02-05 överlämna rapporten till landstingsstyrelsen för yttrande senast 2010-05-03.

Paragrafen justerades omedelbart.

Härmed överlämnas rapporten.



Georg Jönsson
ordförande



Susanne Kangas
sekreterare

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Styrelserna för
Danderyds sjukhus AB
Södersjukhuset AB
Karolinska Universitetssjukhuset

Rapport 12/2009 Landstingets styrning av sjukhusen

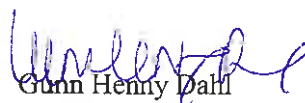
Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade på möte 2010-02-05 överlämna rapporten till Hälso- och sjukvårdsnämnden, styrelserna för Danderyds sjukhus AB, Södersjukhuset AB och Karolinska Universitetssjukhuset för yttrande senast 2010-05-03.

Paragrafen justerades omedelbart.

Härmed överlämnas rapporten.



Göran Hammarsjö
ordförande



Gunn Henry Dahl
sekreterare

INNEHÅLL

1. SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER	1
1.1 Slutsatser	1
1.2 Rekommendationer	2
2. UTGÅNGSPUNKTER FÖR GRANSKNINGEN	3
2.1 Motiv till granskningen	3
2.2 Revisionsfråga	4
2.3 Avgränsning	4
2.4 Revisionskriterier	4
2.5 Metod	4
3. RESULTAT AV GRANSKNINGEN LANDSTINGETS STYRNING AV SJUKHUSEN	5
4. REVISIONENS IAKTTAGELSER I ÖVRIGA GRANSKNINGAR AVSEENDE SJUKVÅRDENS STYRNING.....	8
4.1 Vårdval	8
4.2 Vårdgarantin	9
4.3 Ersättningsystem för sjukhusen	10
4.4 Produktionsstyrning inom sjukhusen	11

Bilaga

Konsultrapport: Landstingets styrning av sjukhusen

1. Slutsatser och rekommendationer

Revisionskontoret har under 2009 granskat styrningen inom hälso- och sjukvården genom fem olika granskningsprojekt:

- Sjukhusens arbete för att hålla vårdgarantin (8/2009)
- Vårdval – hur följer landstinget att utförarna håller god kvalitet? (9/2009)
- Ersättningsystem på sjukhusen (projektrapport 10/2009)
- Produktionsstyrning inom sjukhusen (11/2009)
- Landstingets styrning av sjukhusen (12/2009 och bilaga - konsultrapport)

Tonvikten i dessa granskningar har varit styrningen ur olika aspekter med utgångspunkt från förhållandena inom akutsomatiken (akutsjukhusen). I avsnitt 3 nedan sammanfattas iakttagelser som framgår av den konsultgranskning som genomförts. I avsnitt 4 framgår de övergripande iakttagelser som revisionen gjort i övriga granskningsprojekt.

1.1 Slutsatser

Akutsjukhusen har fått ett betydligt större ansvar än tidigare genom dels flerårsavtalen, dels ansvaret för vårdgarantin. Detta innebär att sjukhusen till stor del tagit över ansvaret för att precisera och skapa den sjukvårdsproduktion som tidigare beställdes och hanterades via hälso- och sjukvårdsnämndens detaljerade vårdavtal (beställningar).

Parallellt har vårdvalsreformen genomförts inom primärvården och inom ett flertal områden inom akutsomatiken. Vårdvalet har förutom positiva effekter vad gäller tillgänglighet m.m. även medfört vissa risker, främst för

- en viss fragmentisering av vårdverksamheten inom akutsomatiken
- bristande vårdkedjor och samverkan mellan vårdgivare.

Förändringarna vad gäller flerårsavtal, vårdgarantin och vårdvalsmodellerna ger konsekvenser ifråga om de krav och de behov av anpassningar i styrningen som behöver göras både på sjukhusnivå och på koncernnivå:

För akutsjukhusen ställs nu helt andra krav på produktionsstyrning och på system och processer för att klara ett sådant åtagande. Vår granskning visar att sjukhusen inlett ett sådant arbete, inte minst för att klara sitt ansvar för vårdgarantin. Mycket arbete återstår dock. En viktig fråga som aktualiserats gäller att sjukhusen nu kan upphandla vård från underentreprenörer. Härigenom får sjukhusen ytterligare ett medel att dels produktionsstyra, dels sträva mot att tillämpa den s.k. LEON-principen (Lägsta Effektiva OmhändertagandeNivå).

Med de incitament som finns inbyggda i styrningen motverkas detta dock av att det för vårdcentralerna idag är enklare och billigare att remittera patienter med större behov till sjukhusen än att själva utreda eller att

upparbeta ett samarbete med sjukhuset och t.ex. avtala om ett konsultförhållande.

På koncernnivå krävs anpassningar i styrningen i flera olika avseenden. Detta gäller främst följande:

- Sjukhusen är i huvudsak positiva till de ändrade styrprinciper och ansvarsförhållanden som redovisats ovan. Dock är sjukhusen kritiska till *den uppföljning som utövas av Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) och Landstingsstyrelsen (LS)*. Här menar man att en helt annan samordning måste komma till i agerandet mellan HSN och LS.
- Det finns en del ytterligare *oklarheter i ansvarsfördelningen mellan HSN och LS* vad gäller vissa styrfrågor vilket avspeglar sig i arbetsfördelningen mellan de båda nämndernas förvaltningar. Det gäller bl.a. samarbetet vid utveckling och förvaltning av ersättningssystem, beskrivningssystem och tillämpningen av flerårsavtalen.
- För att balansera de förändringar som aktualiseras via flerårsavtal, förändrat vårdgarantiansvar och vårdvalreformerna, behöver *ägarstyrningen och produktionssamordningen på koncernnivå* stärkas betydligt. Detta är, när den detaljerade beställarstyrningen tonas ner, nödvändigt för att få tillräckligt grepp om sjukhusvården och för att kunna styra mot effektivitet inom sjukhussektorn. Ett sådant arbete har påbörjats.
- Även den *gemensamma infrastrukturen* inom sjukvården, särskilt akutsomatiken, behöver säkerställas. Detta för att motverka risker för fragmentisering och brister i samverkan mellan vårdgivare. Exempel på viktiga infrastrukturfrågor gäller journalhantering och IT-system, remisshantering, kunskapsstyrning, etc.
- *HSN:s beställarroll* förändras och behöver tydligare renodlas till främst flerårsavtal, uppföljningsarbete och avtal med privata vårdgivare samt tillämpningen av vårdvalsreformerna (auktorisations- och kvalitetskrav, etc.). I budget för 2010 finns angivet ett allmänt uppdrag att utveckla uppföljningen av sjukhusen.

De förändrade kraven vad gäller samordning och styrning på koncernnivå är länkad till frågan om behovet av ***anpassningar i den politiska ledningsorganisationen***. Det är angeläget att denna fråga kan diskuteras utifrån den förändrade kravbild som beskrivits ovan, exempelvis i anslutning till den översyn som landstingsdirektören enligt uppgift fått i uppdrag att genomföra inför den kommande politiska mandatperioden.

1.2 Rekommendationer

Revisionen rekommenderar LS att:

- Säkerställa att renodlingen av HSN:s beställarroll fullföljs, med en huvudinriktning mot främst flerårsavtal, uppföljningsarbete, avtal med privata vårdgivare och tillämpningen av vårdvalet (auktorisations- och kvalitetskrav, etc),
- betydligt stärka ägarstyrningen och produktionssamordningen på koncernnivå då sjukhusen via flerårsavtal, vårdgaranti och vårdval främst får incitament att se till den egna verksamheten,

- tillsammans med HSN säkerställa den gemensamma infrastrukturen inom sjukvården för att motverka risker för fragmentisering och brister i vårdkedjor och samverkan mellan vårdgivare,
- tillsammans med HSN bättre samordna uppföljningen gentemot sjukhusen.

Revisionen rekommenderar HSN att:

- Fortsätta arbeta med en huvudinriktning mot ökat uppföljningsarbete, flerårsavtalen, avtal med vårdgivare och tillämpningen av vårdvalet,
- tillsammans med LS säkerställa den gemensamma infrastrukturen inom sjukvården för att motverka risker för fragmentisering och brister i vårdkedjor och samverkan mellan vårdgivare,
- tillsammans med LS bättre samordna uppföljningen gentemot sjukhusen.

2. Utgångspunkter för granskningen

I detta avsnitt framgår utgångspunkterna för granskningen av projektet Landstingets styrning av sjukhusen. Utgångspunkter för övriga granskningar av styrningen ur olika aspekter framgår av respektive projektrapport (8-11/2009).

2.1 Motiv till granskningen

I förstudien har uppmärksammats de många olika styrprinciper som finns i styrningen av sjukvården särskilt vad gäller akutsjukhusen. Bland de olika uppdrag och inriktningar som genererar olika styrprinciper för akutsjukhusen kan nämnas:

- ägarstyrning
- produktionssamordning och kunskapsstyrning
- beställarstyrning
- vårdval
- mångfald
- vårdgarantin
- flerårsavtal och ersättningssystem

Det finns vidare indikationer på att hanteringen av dessa olika styrprinciper inte är helt koordinerade mellan landstingsstyrelsen och dess utskott samt HSN. Exempel på detta gäller bl.a. följande:

- Inom LSF sker en framväxt av centrala insatser för kunskapsstyrning, produktionssamordning och produktionsägare. Avgränsningen av beställarstyrning (HSN) i förhållande till dessa resurser är delvis oklar.
- Ansvarsfördelningen mellan landstingsstyrelsens olika utskott kan utvecklas vad gäller fördelning av ärenden.
- Sjukhusen anser att den centrala uppföljningen (från LS och HSN) behöver koordineras bättre. Kostupphandlingen har visat på otydligheter av allmän karaktär i styrningen mellan LS och HSN.

- Ansvarsfördelningen mellan Landstingsstyrelsen och HSN vad gäller hanteringen av ersättningsystem och verksamhetsbeskrivnings-system är otydlig.

Även inom andra områden kan skönjas oklarheter där akutsjukhusen uppfattar ansvarsfördelningen som otydlig, t.ex. vad gäller struktur-utveckling, patientsäkerhetsarbete, vårdgivaransvar etc.

Övergripande revisionsfråga

2.2 Revisionsfråga

Den övergripande revisionsfrågan är:

-Är styrningen av akutsjukhusen och tydligheten i ansvarsfördelning på central nivå tillfredställande sett utifrån ett sjukhus-/styrelseperspektiv?

Denna fråga har specificerats i följande delfrågor:

- Hur fungerar den centrala ansvarsfördelningen i styrningen av sjukhusen och är den tydlig?
- Hur sker samordningen mellan Landstingsstyrelsen och dess utskott samt HSN i styrningen och uppföljningen av sjukhusen och är detta tillfredställande?

2.3 Avgränsning

Huvudinriktningen i granskningen är ansvarsfördelnings- och samordningsfrågorna.

Granskningen är också avgränsad till styrningen av akutsjukhusen och hur akutsjukhusen uppfattar denna styrning. Granskningen avser landstings-sjukhusen Karolinska, Danderyd och Södersjukhuset.

2.4 Revisionskriterier

Granskningen har sin utgångspunkt i lag och landstingets olika styrdokument enligt följande: Besluten om ansvarsfördelningen i styrningen, reglementen, fullmäktiges mål inkl ekonomi i balans, ägarpolicy och bolagsordning.

2.5 Metod

Granskningen av Landstingets styrning av sjukhusen har genomförts av konsulten Ulf-Johan Olson, Utvecklingspartner AB. Konsulten har avlämnat en skriftlig rapport (bilaga). Ansvarig projektledare från Landstingsrevisorerna är Mikael Lundén, som också medverkat i flertalet intervjuer.

Granskningen har baserats på intervjuer och granskning av styr- och uppföljningsdokument samt landstingets utredningsmaterial. Intervjuer har genomförts med företrädare för sjukhusledning och verksamhetschefsnivån från Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och Karolinska. Två ordföranden från sjukhusstyrelserna har också intervjuats. Slutligen intervjuades tjänstemän från LSF och HSNF samt några politiker från Landstingsstyrelsen och HSN.

3. Resultat av granskningen Landstingets styrning av sjukhusen

Flerårsavtalen

Flerårsavtalen har gett sjukhusen större frihet i genomförandet av sina uppdrag, samtidigt som gällande incitament/sanktioner har fått stort genomslag i organisationen. Även om intervjuade företrädare för de tre sjukhusen i huvudsak ser positivt på de övergripande förändringarna i styrsystemet ser de också risker och problem. Det gäller bl.a. om den större affärsmässigheten i sjukhusens styrning av vården är förenlig med de grundläggande principerna om vård efter behov. Samverkan i vårdprocesser blir dessutom alltmer komplex då fler vårdgivare och huvudmän tillkommer. Det är inte alltid enkelt att skilja mellan vad som är övergående problem respektive vad som är mer grundläggande svårigheter, eftersom styrprinciperna är relativt nya.

Flerårsavtalen har dock ett starkt stöd från sjukhusens ledningar. Sjukhusens internbudgetar för 2010 blev klara under november månad 2009, vilket ger sjukhusen en rimlig tidshorisont för att genomföra olika typer av åtgärder. Dessutom sluts avtalet med beställaren på sjukhusnivå vilket innebär att sjukhusledningen, inom ramen för den avtalade målvolymen, kan göra avvägningar och internt omfördela resurser utifrån givna mål och förutsättningar.

Vårdgarantin

Sjukhusens ansvar för vårdgarantin betraktas i grunden som en positiv förändring. Stora ansträngningar görs för att uppfylla vårdgarantin och för att korta väntetider på akutmottagningarna. Den starka betoningen av vårdgarantin och tillgänglighetsansvaret uppges även ha påverkat kulturen på sjukhusen. Sanktionsreglerna har tillmätts stor betydelse i denna utveckling.

Sjukhusens arbete för att förbättra tillgängligheten tar sig flera uttryck. Bland annat har de kraftigt uppgraderat sin produktionsplanering/-styrning. En viktig ingrediens är Lean¹ och andra metoder för processeffektivisering.

Resurser för uppföljning av sjukhusen

Enligt sjukhusledningarna tar rapporteringen i "två rör" (d.v.s. till LSF och HSNF), kraft från sjukhusen och sjukhusledningarna. De senare anser att sjukhusens egna uppföljningsresurser är "begränsade" och i vissa delar "undermåliga". Det saknas främst kapacitet och i något fall kompetens, eftersom uppföljningsfunktionerna i många delar tidigare legat utanför sjukhusen. Sjukhusen ser sina begränsade uppföljningsresurser i ljuset av

¹ Lean production. På svenska resurssnål produktion. Syftet med Lean i sjukvården är att identifiera och eliminera alla faktorer i en produktionsprocess som inte skapar värde för patienten samt att hitta bästa möjliga sätt att utföra olika uppgifter på.

landstingets sammantaget, enligt sjukhusen, relativt omfattande resurser för uppföljning och övrig administration.

Sjukhusföreträdarna ser positivt på att HSNF/landstinget växlar över en stor del av sina aktiviteter från förhandling till uppföljning.

Krav på samverkan i ägardirektiv

I både flerårsavtalen och de specifika ägardirektiven fastställs krav på samverkan mellan vårdgivarna i länet. I de specifika ägardirektiven för varje sjukhus anges exempelvis att Karolinska ska "utarbeta samordnade vårdprocesser i samverkan med SLSO, övriga akutsjukhus och landstingsfinansierade privata vårdgivare". Det kan konstateras att ovanstående ägardirektiv i praktiken inte följs upp alls och att även avtalsuppföljningen är mycket svag i denna del.

En konsekvens av vårdval

En konsekvens av vårdval Stockholm är att varje sjukhus fått fler vårdgivare och företag att samarbeta med. Ett problem är att ersättningssystemet inte stödjer en mer integrerad vård mellan primärvården och sjukhusen. Ett sådant exempel rör reumatologin på Karolinska som haft överenskommelser med vårdcentraler om konsultverksamhet. Samarbetet innebar att selektionen av patienter till sjukhuset blev ändamålsenlig och att många patienter kunde behandlas på vårdcentralen. Effekten av det nya ersättningssystemet är att samarbetet har minskat och antalet remisser har ökat till sjukhuset.

Vårdval för specialiserad somatisk vård

En fråga som aktualiseras vid vårdval är om ett sjukhus som innehåller den aktuella specialiteten/vårdområdet måste auktorisera sig inför ett vårdvalsbeslut eller om man kan avstå. Det senare är aktuellt om sjukhuset bedömer att det aktuella vårdvalet inte passar in i sjukhusets långsiktiga profil. För sjukhusen är regelverket kring detta oklart.

Viktglidning

Den kraftiga viktglidning som konstaterats på vissa sjukhus har aktualiserat att ägardirektiv och avtalsmodell inte är i överensstämmande. Enligt ägardirektiven ska sjukhuset utveckla sin profil som akutsjukhus och samverka med närsjukvården för att patienter ska tas om hand på lämplig vårdnivå. Samtidigt hävdar beställaren att volymen DRG-poäng ska tjänas in i enlighet med den kalkylerade produktionsmixen av vårdtillfällen och patientbesök. Förutsatt att viktglidningen i första hand handlar om en uppväxling mot mer akut och tyngre vård, är detta inte bara en diskussion mellan beställare och enskilt sjukhus, utan bör även involvera ägaren.

Strukturfrågorna

Landstingets förändrade styrprinciper ställer större krav på LS att samordna och hantera övergripande strukturella förändringar och konsekvenser av förändrad produktion och efterfrågan. I den nya kunskapsorganisationen är Sakkunnigkommittén tänkt att vara länken mellan linje- och kunskapsorganisation. För sjukhusen tycks Sakkunnigkommitténs uppdrag fortfarande vara oklart och man vill se en större tydlighet i hur kommitténs beslut förs in i linjestrukturen.

Ägarstyrning och produktions-samordning

Granskningen tar övergripande upp frågan om i vilken grad sjukhusen ska vara självständiga. Landstingets intressen sammanfaller inte alltid med det enskilda sjukhusets och dessutom kan sjukhusens interna konkurrens försvåra skapandet av en effektiv sjukvårdsstruktur. Då det gäller stora omställningar utifrån behov av en förändrad sjukvårdsstruktur kan en för stor självständighet vara en nackdel.

Den framtida styrningen av sjukhusen

Ett problem med nuvarande organisation är att landstingets organisation och styrmodell inte i tillräcklig grad tillåter koncernledningen att samordna och styra sjukhusen. Det huvudsakliga fokusområdet idag är på de enskilda sjukhusen och deras prestationer, inte på utvecklingen av det gemensamma resultatet i termer av vårdkvalitet, ekonomi, sammanhängande vårdstruktur och vårdprocesser etc.

En effekt av bland annat vårdval, avtalsutveckling och mångfald är en vårdorganisation med allt fler vårdgivare och huvudmän. Sjukvårdens ökade fragmentisering är ett problem, eftersom verksamhetens effektivitet inte bara beror på enskilda vårdgivares eller klinikers insatser. I dagsläget följs varken avtalskravet eller ägardirektivet om samverkan i vårdprocesser upp systematiskt. Hur bättre samverkan ska uppnås i vårdprocesser och mellan olika funktioner/vårdgivare är därför något som behöver utvecklas ytterligare i landstingets styr- och ledningsmodell.

Politiska ledningsorganisationen

Den politiska organisationen inom LS är relativt komplex med flera utskott som delvis överlappar varandra. I reglementet framgår att LS ”skall leda, utveckla och samordna förvaltningen av landstingets angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders verksamhet. Styrelsen skall också ha ägaransvar för och uppsikt över landstingets bolag”. LS har ingen samlad beredning av hälso- och sjukvårdsfrågor, utan detta sker i olika delar inom fyra av utskotten – allmänna utskottet, strategiska utskottet, produktionsutskottet och FoUU-utskottet. Arbetsfördelningen mellan utskotten går enligt flera intervjuade i varandra.

En väsentlig iakttagelse i granskningen Landstingets styrning av sjukhusen (se bilaga, konsultrapport) rör landstingets organisation, som i dagsläget inte kan sägas stödja vare sig en tydlig ägarstyrning eller en samordnad styrning av sjukhusen. Landstingets styrning och uppföljning av sjukhusen har delats mellan ägaren (LS) och beställaren (HSN). De svagheter som finns i den politiska organisationen avspeglas även i förvaltningsorganisationen.

Landstingsdirektören har landstingsstyrelsens formella uppdrag att återkomma med en rapport om vidtagna åtgärder och förslag till förändringar av övergripande styrfrågor inför nästa mandatperiod utifrån ägarutredningens förslag sommaren 2009. I uppdraget ingår att utveckla landstingets ägarstyrning och ägarfunktion i enlighet med vad som redovisas i utredningen.

4. Revisionens iakttagelser i övriga granskningar avseende sjukvårdens styrning

4.1 Vårdval

Inriktningen

Fullmäktige betonar vikten av en ökad mångfald av hälso- och sjukvårdsaktörer. Inom flera områden har därför vårdval införts. Revisionen har granskat hur landstinget följer att utförarna håller god kvalitet (projektrapport nr 9/2010).

Samlad bedömning

Den samlade bedömningen är att det finns vissa brister i såväl de kvalitetskrav som ställs på utförarna som hur kraven följs upp. Det innebär sammantaget svårigheter i förutsättningarna för landstinget att följa att verksamheterna inom vårdvalet håller god kvalitet.

Auktorisation bör garantera viss nivå på vården

Vårdvalet regleras sedan 2009 genom lagen om valfrihetssystem (LOV). Enligt lagen ska landstinget i ett förfrågningsunderlag ange de villkor som utföraren ska uppfylla för att bli godkänd. Lagen ställer inga närmare krav på hur dessa villkor ska utformas. Enligt kommunallagen ska landstinget se till att man tillförsäkras möjlighet att kontrollera och följa upp verksamhet som drivs av externa utförare. HSN kräver också i förfrågningsunderlaget (regelböckerna) att man ska ges insyn i verksamheterna och att utföraren på olika sätt ska bistå vid uppföljningar av verksamheterna.

Inom vårdvalet råder etableringsfrihet. Samtidigt som det är tämligen lätt att komma in och starta en verksamhet, är det svårt att lyfta ut utförare ur systemet. Inför auktorisationen görs ingen närmare prövning av utförares förutsättningar att klara uppsatta krav.

Revisionen menar att detta skulle kunna vara förenat med att man ställer upp vissa krav som måste vara uppfyllda innan utföraren får starta sin verksamhet. Vår granskning visar dock att det främst är utförares bristande ekonomiska förutsättningar som hindrat verksamheter från att få auktorisation. Ett fåtal sökande har fått avslag på grund av att lokalerna inte varit anpassade för funktionshinder. I övrigt har beställaren inte avslagit någon ansökan med anledning av att utföraren skulle ha bristande förutsättningar för att kunna ge god vård. Revisionen har dock inte granskat om ansökan borde ha avslagits med detta motiv.

Återtagande av auktorisation

I sina yttranden över tidigare granskning (projektrapport 20/2008) har Landstingstyrelsen och HSN anfört att en orsak till att det saknas klara kriterier för när en auktorisation ska kunna återtas är att man även måste ta hänsyn till andra aspekter och att det inte alltid är en fördel att låsa fast kriterier i förhand. Men i ett system som stimulerar nyetablering och mångfald av aktörer måste det enligt revisionens mening finnas tydliga och

reella möjligheter att återta en auktorisation. Det är angeläget för såväl patienter som alla andra utförare.

Vårdvalet strävar efter att nå en mångfald av aktörer, men det bör finnas tydligare spärrar mot utförare som inte håller måttet. Patienterna utgår rimligen från att en auktorisation garanterar att en viss nivå på vården upprätthålls.

Samverkan försvåras med många utförare

En sammanhållen vårdkedja förutsätter ofta samverkan mellan olika aktörer inom såväl landstingets som kommunernas områden. Granskningen visar att HSN och dess förvaltning i arbetet med vårdvalet, som är uppdelat i flera mindre områden, inte har prioriterat att så långt som möjligt hålla samman vårdkedjor. Det kan till exempel gälla äldre som behöver en rad olika samordnade vårdinsatser eller andra personer som har mer sammansatta problem.

Nämnden ställer inga specificerade krav på utförarna att medverka i vårdkedjor. Inte heller i uppföljningen får vikten av sammanhållna vårdkedjor tillräcklig uppmärksamhet. Detta är en effekt av att utveckling och uppföljning sker inom respektive vårdvalsområde. Det ställs sällan närmare krav på samverkan inom respektive område. En annan av revisionen nyligen genomförd granskning (projekt 5/2009) visar också att i de kommuner och stadsdelar där vårdval fått störst genomslag har samverkan försvårats.

4.2 Vårdgarantin

Inriktning

En miljard kronor per år avsätts i statsbudgeten för att stimulera en fungerande vårdgaranti och korta väntetiderna. Akutsjukhusen ansvarar sedan den 1 januari 2009 för att uppfylla sina delar av vårdgarantin. För specialistvården täcker vårdgarantin såväl nybesök som behandling/operation. Återbesök omfattas inte av vårdgarantin. Högspecialiserad vård ingår inte heller. Vidare gäller inte garantin om patienten endast önskar komma till en speciell utförare. Revisionen har granskat hur Danderyds sjukhus, Karolinska universitetssjukhuset och Södersjukhuset arbetar för att kunna hålla vårdgarantins tidsgränser. (Projektrapport nr 8/2009).

Samlad bedömning

Även om sjukhusen inte helt når de nationellt uppsatta gränserna för vårdgarantin eller i alla delar de gränser som landstinget själv satt upp, så har de ett tydligt fokus på produktion och väntetider. Ansvaret för vårdgarantin har främjat ett sådant tänkande. Revisionens samlade bedömningen är att sjukhusen har övergripande system för att främja flöden och tillgänglighet. En fortsatt utveckling behövs dock av delar i sjukhusens system för att kunna hålla vårdgarantins gränser.

Rutiner krävs för att säkra patienternas lika rättigheter

Det har i granskningen framkommit att patienter inte alltid behandlas likvärdigt när tid för besök eller operation ska bokas. Granskningen visar också att riktlinjerna för väntelistorna behöver utvecklas och att eventuella orsaker till att patienter lämnar återbud behöver analyseras närmare, vilket inte sker i dag (exempelvis efter diagnos eller patientgrupp). Tidsbokningen skulle med fördel kunna göras mer flexibel.

Information behövs för att vårdgarantin ska fungera

I den överenskommelse om vårdgarantin som slöts mellan regeringen och dåvarande Landstingsförbundet framhålls att förbättrad information till patienterna är en förutsättning för att vårdgarantin ska fungera. I Stockholms läns landsting har sjukhusen via flerårsavtalen åtagit sig att ha rutiner för information till patienter om deras rätt gällande vård- och besöksgarantier. Om sjukhuset inte kan erbjuda vård inom vårdgarantins gränser ska patienten upplysas om detta. De granskade klinikerna saknar dock tydliga rutiner för att säkerställa att patienterna får nödvändig information om garantin. Vid våra intervjuer har det också framkommit att omfattningen av sjukhusens informationsansvar inte alltid är tydligt för de anställda. Regeringen förslag att lagstiftningsvägen stärka patientens rätt till information från och med 1 juli, gör det än viktigare för sjukhusen och klinikerna att framöver utveckla dessa rutiner.

Sjukhusen måste säkerställa att andra patientgrupper inte trängs undan

Vid våra intervjuer har framförts att det finns risk för att patienter som inte omfattas av vårdgarantin nedprioriteras. Även om Socialstyrelsen inte har kunnat kvantifiera eventuella undanträngningseffekter till följd av vårdgarantin, menar myndigheten att det finns anledning att framöver bevaka dessa risker. Det är således angeläget att sjukhusledningarna säkerställer att också dessa patienter får god och tillgänglig vård. Återbesöken står för merparten av besöken men omfattas inte av vårdgarantin.

Stöd eller stimulanser för en bättre remisshantering behövs

Remisshantering mellan primärvården och sjukhusen fungerar inte tillfredsställande. Sjukhusen begär ofta in kompletterande uppgifter. Visserligen bör några av klinikerna tydligare prioritera sin granskning av remisser, men sjukhusen kan inte ensamma åstadkomma nödvändiga förbättringar. Det krävs ett mer samlat grepp för att detta problem ska kunna lösas.

Inriktning

4.3 Ersättningsystem för sjukhusen

Sjukhusen får ersättning enligt två system/modeller. Flerårsavtalsmodellen betonar bl.a. ökad långsiktighet, möjlighet för sjukhusen att styra sin produktion. Modellen innebär även en förskjutning från förhandling med beställaren (HSN) till en roll för beställaren med fokus på uppföljning och utvärdering. Sjukhusen får också ersättning enligt vårdvalsmodellen. Vårdvalet betonar patientens eget val, fler vårdgivare och ökad mångfald samt förbättrad tillgänglighet.

Samlad bedömning

Revisionen har granskat hur det säkerställs att ersättningsystemen ger de effekter som fullmäktiges eftersträvar (projektrapport 10/2009). Den samlade bedömningen är att det finns förutsättningar för att kunna följa upp övergripande effekter av de båda ersättningsystemen.

Parterna bör utveckla det gemensamma arbetet

Ägaren (LS) och beställaren planerar under 2010 att utvärdera effekter av de båda ersättningsystemen utifrån sina respektive ansvarsområden. LS och HSN ansvarar för olika delar i landstingets ersättningsystem. Formerna för samarbete vid utveckling och förvaltning av ersättningsystemens olika delar kan förbättras mellan LS och HSN.

**System behöver
utvecklas för att
bibehålla
kostnadskontroll**

Ersättningsmodellerna för de granskade vårdvalen innehåller inga volymtak. För att HSN ska bibehålla kostnadskontrollen krävs andra kompletterande system, t.ex. kvalitetssäkrade uppgifter över antal väntande, ökad kontroll av vårdfakturor och kontinuerlig uppföljning. Risken för vissa diagnos- eller indikationsglidningar och överproduktion kan heller inte uteslutas vilket riskerar att leda till ökade kostnader för landstinget totalt.

Inriktning

4.4 Produktionsstyrning inom sjukhusen

Revisionen har granskat hur Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och Södertälje sjukhus har utvecklat system och riktlinjer för produktionsstyrning i sin verksamhet (projektrapport nr 11/2010).

**Samlad
bedömning**

Den samlade bedömningen är att sjukhusen under de senaste två åren påbörjat ett utvecklingsarbete avseende produktionsstyrning där de aktivt bedriver processkartläggningar och kontinuerligt följer upp sin verksamhet.

Styrelsens ansvar

Sett ur ett ledningsperspektiv är det av vikt att respektive styrelse ställer krav på ett tydligt system för produktionsstyrning vilket bland annat inbegriper kontinuerlig återrapportering av utvecklingsarbetet.

Det kan ur ett systemperspektiv vara lärorikt att sjukhusen prövar olika ansatser i produktionsstyrningen, men samtidigt finns stora kostnadsfördelar i en för sjukhusen gemensam utveckling av riktlinjer och stödverktyg.

Landstingets styrning av sjukhusen

Rapport för revisionskontoret i Stockholms läns landsting

2010-02-04

Ulf-Johan Olson

Utvecklingspartner i Stockholm AB

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
1 Bakgrund.....	3
1.1 Uppdragets syfte och metod.....	3
1.2 Genomförande.....	3
2 Sjukhusens synpunkter och reflektioner	4
2.1 Flerårsavtal.....	4
2.2 Tillgänglighet.....	4
2.3 Kvalitetsuppföljning och målrelaterad ersättning	6
2.4 Styrning och uppföljning i ”två rör”	6
2.5 God vård kräver god samverkan	7
2.6 Viktglidning	8
3 LS och utskotten samt LSF	9
3.1 Ägarutredningen	10
3.2 Ägardirektiv	11
3.3 Produktionssamordning	11
3.4 Utveckling & Styrning.....	11
3.5 En konsensuskultur	11
4 Hälsa- och sjukvårdsnämnden och HSNF	12
4.1 Flerårsavtal, vårdval och styrningen av kvalitet	13
5 Konsultens bedömningar och reflektioner	14
5.1 Ägarstyrning och produktionssamordning.....	15
5.2 Generalplan utan general	16
5.3 Hur ska sjukhusen styras inför kommande strukturförändringar?	17
5.4 Ju fler vårdgivare desto större krav på integration och en gemensam infrastruktur	18

1 Bakgrund

I budget för 2008 fastställde landstingsfullmäktige styrstrategin för akutsjukhusen. Denna består i första hand av fyra huvudprinciper:

- Resultatansvar
- Sanktionsregler
- Flerårsavtal
- Avtal baserade på landstingets lägsta kostnad för respektive kategori sjukhus

I styrstrategin ligger också sjukhusens ansvar för vårdgarantin och deras större manöverutrymme när det gäller att själva sluta avtal med underleverantörer. Även den kvalitetsrelaterade ersättningen utifrån indikatorer för God vård och miljö är viktiga komponenter i sjukhusens styrmiljö.

1.1 Uppdragets syfte och metod

Revisorernas frågeställning är om styrningen av akutsjukhusen och tydligheten i ansvarsfördelning på central nivå är tillfredställande sett utifrån ett sjukhus-/styrelseperspektiv. Frågeställningen innefattar den centrala ansvarsfördelningen i styrningen av sjukhusen och hur samordningen sker mellan Landstingsstyrelsen och dess utskott samt med HSN i styrningen och uppföljningen av sjukhusen.

Granskningen har baserats på intervjuer och granskning av styr- och uppföljningsdokument samt landstingets utredningsmaterial.

Revisionsfrågan är om sjukhusledningarna anser att styrningen av akutsjukhusen och tydligheten på central nivå är tillfredsställande. Det innebär att sjukhusföreträdarnas uppfattningar är ett viktigt revisionskriterium. Utöver detta används ett antal kriterier för god styrning, bl a att styrsignaler bör vara koordinerade, att ansvarsfördelningen mellan nämnder och funktioner bör vara tydliga och ändamålsenliga, att styrningen bör riktas mot verksamhetens centrala mål och att uppföljningen ska vara effektiv. Även KL:s bestämmelser om god ekonomisk hushållning och HSL:s utgångspunkt att hälso- och sjukvården ska ges efter behov är viktiga granskningskriterier.

Revisionskriterierna i denna typ av granskningar är till sin natur övergripande. Det är inte möjligt att på ett enkelt sätt pricka av ett antal dimensioner och därefter ge entydiga utlåtanden om ändamålsenligheten i landstingets styrning och styrsystem. Det som ges är snarare reflektioner kring olika problem- eller riskområden och vad som av detta kan vara ett resultat av använda styrprinciper och vad som borde vara en utgångspunkt för förbättringar i styrsystemet.

1.2 Genomförande

I ett första steg intervjuades företrädare för sjukhusledning och verksamhetschefsnivån från Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och Karolinska. Även två ordförande ifrån sjukhusstyrelserna intervjuades. Syftet var att få synpunkter på och göra iakttagelser kring:

- hur de nya styrprinciperna tagits emot av sjukhusen
- övergripande effekter på sjukhusens interna styrning och verksamheten
- tydligheten i rollfördelningen i den centrala styrningen mellan LS/utskotten/LSF respektive HSN/HSNF

I nästa steg intervjuades tjänstemän från LSF och HSNF samt några politiker från Landstingsstyrelsen och HSN. Här fördjupades diskussionen kring några av de teman som lyftes fram av sjukhusföreträdarna samtidigt som den övergripande styr- och ledningsstrukturen problematiserades.

2 Sjukhusens synpunkter och reflektioner

2.1 Flerårsavtal

Flerårsavtalen har ett starkt stöd från sjukhusens ledningar. För det första ger de sjukhusen en mer förutsägbar planeringshorisont. Sjukhusens internbudgetar för 2010 blev klara under november månad 2009, vilket är något många aldrig upplevt tidigare. Det ger sjukhusen en rimlig tidshorisont för att genomföra olika typer av åtgärder. För det andra sluts avtalet med beställaren på sjukhusnivå vilket innebär att sjukhusledningen, inom ramen för den avtalade målvolymen, kan göra avvägningar och internt omfördela resurser utifrån givna mål och förutsättningar. För det tredje har gränserna till den politiska styrningen förtydligats. Inga avknoppningar kommer att ske under avtalsperioden, men olika upphandlingar påverkar dock enskilda sjukhus förutsättningar liksom nya vårdvalsområden som kan komma att införas under avtalsperioden. Det är framför allt avtalen för laboratoriemedicin och geriatriken som kan komma att påverka vissa sjukhus. Utfallet av de senare har främst betydelse för de internmedicinska klinikerna, eftersom avtalen kan påverka patientflödet mellan verksamheterna. Sammantaget bidrar flerårsavtalen till att öka sjukhusens självständighet.

Verksamhetschefernas budgetprocess har också förändrats. De deltar inte längre som en av sjukhusets företrädare i förhandlingarna med beställarna, utan deltar i sjukhusens interna budgetberedning. Oftast tas ett förslag fram av sjukhusledningen, som går på remiss för synpunkter. Klinikens uppföljning riktas endast till sjukhusledningen. På Danderyds sjukhus (DS) och Södersjukhuset (SÖS) redovisar och diskuterar verksamhetschefen månadsrapporten, med stöd av klinikekonom och personalansvarig, tillsammans med sjukhusledningen varje månad. I motsvarande uppföljning på Karolinska ingår också divisionsledningarna i dialogen.

Ovanstående förändringar innebär att sjukhusens linjeorganisation har blivit tydligare. Verksamhetsområden som tidigare riktade mycket av sin kommunikation till beställarna förhandlar idag med sjukhusledningen. Reflexen att ta kontakt med beställaren vid olika typer av problem och omställningar tycks dock fortfarande finnas kvar på vissa håll. Förändringen är dock tydlig. VD/sjukhusdirektör får sitt uppdrag av sjukhusstyrelsen och idag får verksamhetschefen såväl sin *budget-* och sitt *verksamhetsuppdrag* som *ledningsuppdraget* från VD/sjukhusdirektören (på Karolinska ges det av divisionschefen). Det är också överordnad chef som följer upp alla tre delar. Intervjuade sjukhus- och bolagsdirektörer betonar styrelsens roll som uppdragsgivare och bollplank.

De tre granskade sjukhusen prognostiserar positiva resultat i bokslutet. Ansvar för det ekonomiska resultatet är ingen nyhet och det finns heller inga särskilda synpunkter på de nu något uppdaterade sanktionsreglerna.

2.2 Tillgänglighet

2.2.1 Vårdgarantin

Sjukhusens ansvar för vårdgarantin betraktas i grunden som en positiv förändring, men jämfört med uppfattningarna om flerårsavtalen finns här en viss ambivalens. Stora ansträngningar görs för att uppfylla vårdgarantin och för att korta väntetider på akutmottagningarna. Den starka betoningen av vårdgarantin och tillgänglighetsansvaret uppges även ha påverkat kulturen på sjukhusen. Sanktionsreglerna har tillmätts stor betydelse i denna utveckling.

Sjukhusens arbete för att förbättra tillgängligheten tar sig flera uttryck. För det första har de kraftigt uppgraderat sin produktionsplanering/-styrning. En viktig ingrediens är Lean¹ och andra metoder för processeffektivisering. För det andra går det att spåra en högre grad av affärsmässighet i hanteringen av icke akuta patienter. ”Mottagning i balans” nämns ofta, vilket innebär att sjukhusen är obenägna att ta emot fler förstabesökspatienter än man sedan

¹ Lean production. På svenska resurssnål produktion. Syftet med Lean i sjukvården är att identifiera och eliminera alla faktorer i en produktionsprocess som inte skapar värde för patienten samt att hitta bästa möjliga sätt att utföra olika uppgifter på.

kan behandla inom stipulerade tidsgränser. Sjukhusens utvecklade produktionsstyrning sker inom ramen för respektive sjukhus och har inte påverkat den landstingsövergripande produktionsamordningen.

Samtidigt som sjukhusföreträdare ser positivt på den ökande medvetenheten om tillgänglighetens betydelse för patienterna och för sjukhusets ekonomi, ser man också risker. Sjukhusets kärnvärden kring kvalitet och patientsäkerhet måste alltid komma först. Den starka betoningen av tillgängligheten gäller specialiserad somatisk öppenvård och planerade operationer vilka utgör cirka 20 procent av produktionen på de utökade bassjukhusen. Enligt sjukhusen själva finns en risk att resurserna i alltför hög grad styrs mot vårdgarantipatienterna. När en opererande klinik (med vårdgarantiproduktion) fått större uppräkningsbudget för 2010 än medicinkliniken med svårt sjuka som i huvudsak inte berörs av vårdgarantin, tolkas det av några som om tillgängligheten blivit viktigare än de medicinska behoven och möjligheterna att tillgodose dessa.

Resurstilldelningen till verksamhetsområden med patienter, där vårdgarantin inte är relevant, kan sålunda påverkas negativt av nuvarande målstruktur och sanktionsregler. Sjukhusledningarna är medvetna om att incitamenten i ersättningssystemet får kraftiga effekter och att dessa måste kompenseras genom tydlig styrning mot de övriga delarna i God vård². En annan farhåga är att den stora betoningen av tillgängligheten inte går, eller kommer att gå, i takt med de kontinuerligt ökande kostnaderna och möjligheten att finansiera dessa.

En central del av flerårsavtalen och sjukhusens ansvar för vårdgarantin är möjligheterna att engagera underleverantörer. Karolinska har gjort detta och har avtal med bl a St Görans, Löwenströmska, Sofiahemmet och ytterligare några privata vårdgivare. DS och SÖS har inga formella avtal, utan arbetar i stället nära några leverantörer. Samarbetet innebär att man remitterar patienter till varandra och agerar utifrån en överenskommen arbetsfördelning. Karolinska ser att sjukhusens möjlighet att handla upp underentreprenörer lägger ansvaret på rätt nivå, eftersom man ser att det är sjukhusen som bäst kan bedöma var produktionen sker mest effektivt. Dessutom ger denna typ av upphandlingar en mer naturlig samverkan i vårdprocesser och integration mellan vårdgivare.

2.2.2 Tillgänglighet och ekonomi i balans

Sjukhusen klarar en ekonomi i balans under 2009. Bidragande faktorer har bland annat varit flerårsavtalen, stort ledningsfokus på resultatet och att besparingarna integrerades i budgetarbetet. Styr signaler kring besparingar har dock inte alltid varit koordinerade och mekanismer för att lösa problemen saknats. I Karolinskas avtal ingår t ex att minska vårdutbudet med 50 Mkr. Eftersom en del av denna vård inte haft någon annan mottagare har konsekvensen blivit att Karolinska ändå fått remisserna. En av åtgärderna var att stänga gyn-akuten på kvällar och helger, något som i sin tur fick effekter på Danderyds sjukhus i form av fler besök och ökad vård, vilket dessutom spädde på av en allmänt ökad efterfrågan. Med motiveringen att förändringar i omvärlden ska kunna leda till omförhandling av avtalet har Danderyd utan framgång försökt få beställarna att diskutera och kompensera sjukhuset för förändringen. Mot bakgrund av den starka betoningen av tillgänglighet och sanktionsreglerna för vårdgarantin, anser sjukhuset att beställarna redan i avtalet borde angett inom vilka områden som Karolinska skulle minska sin produktion. Att övriga producenter fått ett ökat uppdrag motsvarande Karolinskas minskade volym underlättade inte förflyttningen av vårdinsatser.

Även då tolkningen av avtalet gäller annat än utbudsfrågor och patientflöden finns synpunkter från sjukhusen. Sänkta premier ledde till att personalkostnadspåslägget genererade överskott. Detta gottskrevs landstinget centralt, inte sjukhusen. Samtidigt innebar förändringarna i ränteläget att pensionsskulden ökade, vilket däremot redovisades på sjukhusnivå. Känslan hos sjukhusföreträdare är att man dragit de kortaste stråna i flera av besluten kring kostnadsredovisningens regelverk.

² God vård har definierats av Socialstyrelsen och har sex övergripande kännetecken. Den bedrivna hälso- och sjukvården ska vara (1) kunskapsbaserad och ändamålsenlig, (2) säker (3) patientfokuserad, (4) kostnadseffektiv, (5) jämlik och (6) ges i rimlig tid.

2.3 Kvalitetsuppföljning och målrelaterad ersättning

Den maximala kvalitetsersättningen ökar fram till 2011 då den kan utgöra högst 2 procent av omsättningen. *Nya indikatorer* är kvalitetsindikatorer under införande eller utveckling och där är kravet införande och/eller rapportering av resultat. *Resultatindikatorer* är kvalitetsindikatorer vars resultat är kopplade till minimikrav, förbättringskrav och målnivå.

Sjukhusen ser positivt på att kvalitet/medicinska resultat blivit en del av ersättningsmodellen. Sjukhusledningarna (förut)ser en starkt ökad aktivitet inom indikatorbevakade områden för att leva upp till satta målvärden.

Precis som kring sanktionsreglerna för vårdgarantin, finns reflektioner kring balans med andra mål eller, i detta fall, övriga kvalitetsområden: De sammantaget 19 indikatorerna visar kvalitén inom viktiga, men avgränsade delar av den totala verksamheten.

I uppdraget ligger att sjukhusen arbetar med den nationella satsningen för Ökad patientsäkerhet och de sex typer av vårdskador som är särskilt vanliga. Detta speglas av valda indikatorer. På DS sker patientsäkerhetsarbetet bl a i nätverk mellan klinikerna. Vissa delar kan utvecklas på en klinik och sen implementeras på övriga. Man genomför också löpande journalgranskningar utifrån 10 journaler per klinik per månad (Global Trigger Tool). Även avvikelshantering knyt samman med ovanstående.

Sjukhusen har miljöincitament på upp till 0,5 procent av omsättningen, som faller ut om verksamheterna når uppsatta mål för avtalade miljöindikatorer

2.4 Styrning och uppföljning i "två rör"

Landstingets formella styrning av sjukhusen sker genom avtal, ägardirektiv och reglementen/bolagsordningar. HSN(F) hanterar avtalen, medan LS(F) ansvarar för övriga delar. Även om flerårsavtalen uppfattas positivt finns det inbyggda svårigheter i organisationen. En är att sjukhusledningarna har haft svårt att veta vilket stöd de kan förvänta sig av de centrala förvaltningarna och vad som är rätt forum för olika typer av problem eller utvecklingsarbete. Tidigare var det naturligt att sjukhusen vände sig till beställaren, men idag hänvisar dessa ofta till flerårsavtalet och sjukhusets eget ansvar.

Enligt sjukhusledningarna tar rapporteringen i "två rör" kraft från sjukhusen och sjukhusledningarna. De senare anser att sjukhusens egna uppföljningsresurser är "begränsade" och i vissa delar "undermåliga". Det saknas främst kapacitet och i något fall kompetens, eftersom uppföljningsfunktionerna i många delar legat utanför sjukhusen tidigare. Sjukhusen ser sina begränsade uppföljningsresurser i ljuset av landstingets sammantaget relativt omfattande administration i två delvis överlappande förvaltningar (LSF och HSNF).

Månadsuppföljningen till landstinget rapporteras till LSF. Denna, inklusive delårsrapporten och årsredovisningen, betraktas som de tunga delarna av uppföljningen. Här redovisas ekonomiskt utfall i förhållande till budget, huvudmål (bl a tillgänglighet, kvalitet och ekonomi i balans), vårdtillfällen, besök och poäng.

Uppföljningen till HSNF rör främst produktionen i förhållande till avtalet. Denna diskuteras vid protokollförda möten mellan sjukhusledning och beställaren fyra gånger per år. Beställaren organiserar också icke protokollförda möten med samtliga sjukhusledningar en gång per månad. Flera intervjuade anser att dessa möten är "för stora", då det ofta handlar om fler än 30 närvarande personer.

Den fördjupade uppföljning som sker utifrån God-vårdkonceptet på kliniknivå har mestadels kommenterats positivt. Granskade kliniker har fått frågor i förväg och en avstämning har gjorts mellan företrädare för HSNF och aktuell klinik. I januari kommer beställaren att presentera en rapport där uppföljningarna på fyra sjukhus presenteras.

På sjukhussidan ser man positivt på att HSNF/landstinget växlar över en stor del av sina aktiviteter från förhandling till uppföljning. Uppfattningen är dock att sjukhusens ökande behov av uppföljningsresurser inom flera olika ledningsområden har underskattats. Det gäller inte bara uppföljning av flöden, vårdprocesser och kvalitet, utan även av controlleruppgif-

ter som uppföljning av kostnaderna för olika åtgärder, kalkylering av marginalkostnader för ytterligare produktion etc.

2.5 God vård kräver god samverkan

Både avtalen och de specifika ägardirektiven adresserar krav på samverkan. I treårsavtalet framgår bl a att ”Vårdgivaren ska aktivt bidra till samverkan för patienter som har behov av vård och omsorg från flera Vårdgivare och huvudmän”. Liknande utgångspunkter finns i de specifika ägardirektiven för varje sjukhus. Karolinska ska t ex ”utarbета samordnade vårdprocesser i samverkan med SLSO, övriga akutsjukhus och landstingsfinansierade privata vårdgivare”. Det kan konstateras att ovanstående ägardirektiv i praktiken inte följs upp alls och att även avtalsuppföljningen är mycket svag i denna del.

Ovanstående observation ska ses mot bakgrund av att de mest effektiva sjukvårdssystemen tycks vara de som är mest integrerade, t ex Kaiser Permanente i USA.

Vårdval gäller för primärvården och vissa insatser inom den specialiserade vården, främst förlossning, knä- och höftleds- samt kataraktoperationer. Bägge dessa typer av vårdval påverkar sjukhusen, men på olika sätt.

2.5.1 Vårdval Stockholm

En konsekvens av vårdval Stockholm är att varje sjukhus fått fler vårdgivare och företag att samarbeta med. Ett problem är att ersättningssystemet inte stödjer en mer integrerad vård mellan vårdnivåerna. Ett exempel kommer från reumatologin på Karolinska. Här har verksamheten sedan 20 år tillbaka haft överenskommelser med som mest 90 vårdcentraler om konsultverksamhet. Det har inneburit att en reumatolog besökt vårdcentralen 5 gånger per år och arbetat med patienter och personal. Viktiga effekter har varit att selektionen av patienter till sjukhuset blivit ändamålsenlig och att många patienter har kunnat behandlas på vårdcentralen. Cirka 50 procent av remisserna kunde därmed hanteras på vårdcentralen. Systemet har också varit viktigt för allmänläkarnas kompetensutveckling.

Konsultverksamheten utfördes inom ramen för ett övergripande sidoavtal som täckte både norr och söder och var en fri nyttighet för vårdcentralerna. När vårdvalet infördes 2008 förändrades ersättningssystemet och sidoavtalet upphörde. Som en konsekvens av detta har reumakliniken nu konsultverksamhet endast på 30 vårdcentraler. I förhållande till SLSO har ett ramavtal överenskommit, men för de privata vårdcentralerna sker överläggningar med var och en. Varje vårdcentral inom SLSO tecknar utifrån ramavtalet ett konsultavtal med reumakliniken som reglerar antalet timmar och timersättningen för medverkande specialist.

För reumakliniken har de nya förutsättningarna inneburit en ökning av remisserna med drygt 25 procent och ökade kostnader genom vårdgarantins sanktionsregler. Kliniken har äskat mer resurser inom sjukhuset för att möta de nya förutsättningarna, men har fått nej.

Konsultverksamheten inom primärvården är generellt utvecklad i SLL. I regelverket för Vårdval Stockholm finns heller inga sådana krav på denna typ av konsultverksamhet. Samtidigt framstår den som allt viktigare när primärvården förutsätts handlägga allt sjukare patienter. För vårdcentralerna är det idag enklare och billigare att remittera patienter med större behov, snarare än att själva utreda eller att upparbeta ett samarbete med sjukhuset och t ex avtala om ett konsultförhållande. För sjukhuset innebär det ökade kostnader och för patienten en sämre tillgänglighet till specialistvården. Även vårdcentralens sämre förutsättningar för kompetensutveckling är en kostnad för såväl den egna verksamheten som för det större systemet.

I sin årsrapport för 2008 skrev Stockholms medicinska råd (SMR) att vårdvalet fått konsekvenser som inte varit förutsedda i alla delar. Fragmentiseringen av vården har i flera fall lett till ett ”stört flöde med brutna vårdkedjor och ökade kostnader”. Ett skäl är att upparbetade samarbetsformer inte ersätts som tidigare och att möjligheterna till överblick har försämrats. SMR skriver också att vårdgarantin i vissa fall lett till att patienter med kroniska sjukdomar trängts undan till förmån för nyremitterade och att kontinuiteten riskerar att försämrats.

2.5.2 Vårdval för specialiserad somatisk vård

Vårdvalet för vissa planerade operationer påverkar sjukhusen på olika sätt. Nya vårdvalsdiagnoser innebär att sjukhusens totala målvolym sänks i motsvarande grad som de beräknade kostnaderna för det aktuella vårdvalet. Om sjukhusen fick bestämma skulle nya vårdvalsdiagnoser införas vart tredje år i samband med förnyat avtal, eller om det finns starka skäl att göra det snabbare, vid årsskiftet. Detta var inte fallet med ögonbottenfotografering som infördes 1 april 2009.

Varje nytt vårdvalsområde innebär i praktiken att ett nytt ekonomiskt styrsystem införs som kompletterar gällande avtal och tidigare vårdvalsdiagnoser. Detta tar mycket kraft från ekonomisidan och ökar administrationen både inom HSNF och på sjukhusen. Huvudavtalet bygger på NordDRG³ och när man plockar ut diagnoser ur detta beskrivningssystem till vårdval så påverkas även DRG-systemet. Bland annat finns farhågor om att kvalitén på inrapporteringen minskar, eftersom incitamenten för att rapportera försvinner då vårdvalsåtgärderna ersätts styckevis och inte genom de DRG-poäng som skapas av inrapporterade diagnos- och åtgärds-koder.

En fråga som aktualiseras vid vårdval är om ett sjukhus som innehåller den aktuella specialiteten/vårdområdet måste auktorisera sig inför ett vårdvalsbeslut eller om man kan avstå. Det senare är aktuellt om sjukhuset bedömer att det aktuella vårdvalet inte passar in i sjukhusets långsiktiga profil. För sjukhusen är regelverket kring detta oklart.

2.5.3 Strukturförändringar

Det är inte endast samverkan mellan primärvård/närsjukvård och sjukhusen som kan förbättra tillgänglighet och effektivitet, utan även i hög grad hur sjukhusen samordnar sin produktion inom olika delar. Inom viss kirurgi har det t ex under senare år skett en koncentration av operationerna vilket både gynnat kvalitet och effektivitet. Drivkrafterna för denna utveckling finns i kunskapsorganisationen och har kanaliseras av Produktionssamordning, SPESAK och specialistråden.

Landstingsstyrelsen beslutade den 15 december att en ny organisation – Medicinskt kunskapscentrum – ska bildas (under avdelningen för produktionssamordning). I det första steget upphör de nuvarande sex läkemedelskommittéerna och i stället bildas Stockholms läns läkemedelskommitté den 1 januari 2010. De olika expertstrukturerna samlas i en sakkunnigstruktur med Specialistråden och Stockholms medicinska råd som gemensamma grupper. Hur drivande specialistråden kommer att vara i förändringar som baseras på bästa tillgängliga kunskap är fortfarande oklart. Det är dessutom oklart för sjukhusen hur LSF och HSNF förväntas samverka för att få till stånd en optimal sjukvårdsstruktur, inte minst mot bakgrund av de relativt övergripande sjukhusavtalen.

2.6 Viktglidning

Sjukhusens genomsnittliga DRG-poäng per patient tenderar att öka. Bakom detta finns flera underliggande orsaker. För det första har sjukhusen blivit bättre på att registrera sina åtgärder och patientens huvud- och bidiagnoser. För det andra finns en önskad utveckling där primärvården och privata specialister tar en större del av öppenvårdsbesöken och sjukhusen ökar sin andel akut vård och den vård som kräver sjukhusets resurser. Enligt uppgifter från SÖS

³ NordDRG är den nordiska grenen av DRG-systemet. DRG (DiagnosRelaterade Grupper) är ett beskrivningssystem för att klassificera vårdtillfällen till någon av i nuläget cirka 500 grupper, primärt för syftet att vara underlag för ersättning till vårdgivare. Vårdtillfällen förs till de olika DRG, som dels är kliniskt meningsfulla, dels är resursmässigt homogena, d v s att vårdtillfällen inom en DRG utnyttjar sjukhusets resurser i likartad grad. Indelningen av vårdtillfällen i olika DRG sker genom ett dataprogram (DRG-grupperare) som tar hänsyn till bl a kostnader, huvud- och bidiagnoser, åtgärd, ålder och kön. Varje DRG åsätts en kostnadsvikt. Kostnadsuppgifterna som ligger till grund för vikterna hämtas från sjukhusens rapporterade självkostnader per vårdtillfälle i den KPP-databas (Kostnad Per Patient), som SKL förvaltar.

har antalet akut sökande patienter till sjukhuset ökat med 5 procent och antalet prio 1-patienter ökat med 10 procent det senaste året.

Avtalad målvolym överenskomms mellan HSN och respektive sjukhus utifrån en viss mix av besök och vårdtillfällen. Dessa genererar tillsammans ett visst antal DRG-poäng, som i sin tur ersätts med ett givet pris per poäng. Resultatutfallet påverkas också av förändrade registreringsregler. Från och med 2009 räknas t ex inte längre telefon- och brevkontakter som besök.

Trots att SÖS gör lika många DRG-poäng som tidigare, vilket enligt sjukhuset beror på ökad vårdtyngd, anser HSNF att viktglidningen på i genomsnitt 8 procent är för hög. Enligt beställarna lever inte sjukhuset upp till den produktionsmix som poängberäkningen är baserad på, medan sjukhuset menar att det är målvolymen DRG-poäng som är överenskommen, inte den exakta produktionsmixen. Enligt sjukhuset har viktglidningen naturliga orsaker och ligger i linje med landstingets/sjukhusets långsiktiga strategi. Tar sjukhusen sitt uppdrag på allvar kommer de att öka den tyngre vården som kräver sjukhusets resurser och att arbeta för att föra ut patienter med mindre behov till närsjukvården. Detta innebär per automatik att genomsnittlig utfallsvikt ökar. Det framgår av avtalet att ersättning inte utgår då viktglidningen orsakas av ett förändrat registreringsbeteende. Om det handlar om förändrat patienturval, arbetsmetoder och har medicinska orsaker anser sjukhuset att ersättning bör ges.

Hittillsvarande diskussioner mellan SÖS och HSNF har inte lett till någon samsyn. I syfte att komma vidare har parterna bestämt att göra var sin utredning om viktglidningens orsaker och därefter gå till botten med problemet.

3 LS och utskotten samt LSF

Detta avsnitt berör utvecklingen av ägarstyrningen och hur den egna produktionen hålls samman samt gränssytan mellan LS(F) och HSN(F).

Den politiska organisationen inom LS är relativt komplex med flera utskott som delvis överlappar varandra. I reglementet framgår att LS ”skall leda, utveckla och samordna förvaltningen av landstingets angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders verksamhet. Styrelsen skall också ha ägaransvar för och uppsikt över landstingets bolag”. LS har ingen samlad beredning av hälso- och sjukvårdsfrågor, utan detta sker i olika delar inom fyra av utskotten – allmänna utskottet, strategiska utskottet, produktionsutskottet och FoUU-utskottet. Arbetsfördelningen mellan utskotten går enligt flera intervjuade i varandra. Det gäller särskilt allmänna utskottet och strategiska utskottet. Idag sammanträder de under samma förmiddagar, vilket möjliggör avstämningar vid behov. Ursprungligen låg beredningen av Nya Karolinska (NKS) endast på FoUU-utskottet, men idag är arbetet breddat inom både LS och HSN.

Ägarfrågorna hanteras huvudsakligen av produktionsutskottet, men samtidigt ligger utarbetandet av förslag till generella ägardirektiv samt beredningen av övergripande styrnings-, system- och organisationsfrågor på det strategiska utskottet.

Landstinget har gett sjukhusen en relativt stor självständighet och de är organiserade som förvaltningar (Karolinska) eller kommunala bolag (DS, SÖS och övriga sjukhus)⁴. I Karolinskas fall drivs sjukhuset under ”bolagsliknande former”. Samtliga har egna styrelser som styrs av bolags- eller arbetsordning och ägardirektiv som inarbetas i de förstnämnda samt genom avtalet med HSN.

Innan beställarutförarmodellen infördes hade HSN det direkta ansvaret för sjukhusen. Därefter kom en period med en sjukhusstyrelse för alla sjukhus, som senare ersattes av en produktionsstyrelse där även nuvarande SLSO ingick. En stor förändring inträffade när sjukhusen började bolagiseras. Det innebar dels en förändrad driftsform, dels att sjukhusen fick egna icke-politiska styrelser.

⁴ Norrtälje sjukhus ingår i TioHundra, som är samägt av SLL och Norrtälje kommun.

I samband med den ekonomiska krisen 2002 centraliserades en rad beslutsfunktioner och en mer koncernliknande organisation inom hälso- och sjukvården infördes under den förra mandatperioden. AB Huddinge sjukhus upphörde och verksamheten gick in i landstingets förvaltningsstruktur genom sammanslagningen med Karolinska, ett hälso- och sjukvårdsutskott till landstingsstyrelsen beredde sjukvårdsfrågorna samt Landstingsstyrelsen och landstingsdirektören fick tydligare mandat. Det senare sträckte sig till beställarorganisationen som blev en avdelning inom LSF (Beställarkontor vård), men inte i förhållande till sjukhusen och SLSO, som fortfarande hade egna styrelser. Den centrala tjänstemannaledningen fick dock ett mycket stort genomslag i verksamheten med stöd av LS och fullmäktige.

3.1 Ägarutredningen

Begreppet ägarstyrning hade när olika beställar-/utförarmodeller (BU) infördes i flera landsting under 1990-talet ingen tydlig plats i begreppsapparaten och har därefter successivt utvecklats.

I november 2008 initierade landstingsdirektören en utredning för att förtydliga utvecklingsbehov när det gällde ägarroll och ägarstyrning i SLL. Denna utredning presenterades tillsammans med ett tjänsteutlåtande (LS 0810-0972) under sommaren 2009⁵. I utredningen problematiseras nuvarande styrning och möjligheter till utveckling:

- Fullmäktige kan ha mål för verksamheten som delvis kan komma i konflikt med en bolagsstyrelses affärsmässiga överväganden.
- Fullmäktiges ledamöter ingår i olika nämnder och styrelser och det kan därför vara svårt för dem att inta ett övergripande ägarperspektiv.
- Föreställningen om konkurrensneutralitet har inneburit en osäkerhet om hur relationen beställare och egenregiproducenter ska hanteras. Den har också inneburit att avtal som ur ett helhetsperspektiv blivit dyrare för landstinget inte har problematiserats utifrån ett ägarperspektiv. Det saknas också kriterier för när egenregin ska delta i anbudsgivning och inte.
- Landstingets ägarstyrning bör definieras som den styrning som utgår från fullmäktige och bör därför omfatta samtliga verksamheter inom SLL, d v s även HSN

Utredningens förslag inbegriper i första hand avdelningen för Utveckling & Styrning inom LSF. I den nya organisationen ska avdelningen ha det ”övergripande ansvaret för att hålla samman frågor som rör landstingets styrning gentemot alla nämnder och styrelser”. En enhet för Produktionsägare är under uppbyggnad inom avdelningen, som ska bereda frågor kring egen regins utveckling och samordning inom hälso- och sjukvårdssektorn till LS och dess utskott. Enheten replierar inte bara på produktionsutskottet, utan även allmänna och strategiska utskottet som bl a bereder styr- och ersättningssystem samt investeringar.

Sammanfattningsvis menar utredningen att det arbete som ska bedrivas inom Utveckling & Styrning bör ge ”väl avvägda underlag” och förslag till bl a en

- ägarfilosofi och styrfilosofi för SLL och
- utveckla förslag till en tydlig och sammanhållen styrmodell för SLL, som mer konkret visar vad och hur SLL vill styra i förhållande till nämnder och styrelser med olika uppdrag och hur denna styrning ska konkretiseras i olika typer av styrdokument och hur styrningen hänger samman.

Ett förslag är också att utreda eventuella begränsningar i nämnds/styrelses självständighet, vilket öppnar dörren för en mer sammanhållen ägar- eller koncernstyrning.

Landstingsdirektören har styrelsens uppdrag att återkomma med en rapport om vidtagna åtgärder och förslag till förändringar av övergripande styrfrågor inför nästa mandatperiod

⁵ Ägarroll och ägarstyrning i SLL – Förslag till utveckling. LSF 2009-06-05.

utifrån utredningens förslag samt i övrigt utveckla landstingets ägarstyrning och ägarfunktion i enlighet med vad som redovisas i rapporten.

3.2 Ägardirektiv

Landstinget arbetar med både generella och specifika ägardirektiv till sjukhusen. De senare har beretts av produktionsutskottet, som även följer upp sjukhusens verksamhet och ekonomi. Samtliga verksamheter (förvaltningar och bolag) omfattas av landstingets fastlagda ägarpolicy och de generella ägardirektiven. De specifika direktiven till de aktuella sjukhusen ger producenten det ”principiella uppdraget”, medan beställarna utifrån detta tecknar avtal kring vårdinnehåll, volymer och priser utifrån befolkningens behov inom tilldelade ekonomiska ramar.

De specifika direktiven har successivt blivit tydligare, även om de fortfarande är relativt allmänt hållna.

3.3 Produktionssamordning

Den produktionssamordning som sker via avdelningen för Produktionssamordning är antingen kunskapsdriven eller av praktisk natur. Det senare gäller t ex vårdplatsutnyttjande, samplanering inför semestrar och influensan. I och med flerårsavtalen hanterar sjukhusen vårdplatserna själva och det som återstår är viss samordning av intensivvårdplatserna. Den kunskapsdrivna samordningen innebär att planera vården utifrån de krav som ställs utifrån t ex nationella riktlinjer och andra kunskapsunderlag. Ökade kvalitetskrav har t ex lett till att framför allt kirurgiska insatser har koncentrerats till färre utförare. Just nu analyseras bl a varför Södertälje sjukhus faller ut så negativt i Socialstyrelsens uppföljning av hjärtsjukvården⁶. Genom att landstingets sakkunnigstruktur och stödet till kunskapsstyrning (Medicinskt kunskapscentrum) sorterar under Produktionssamordning är förutsättningar för denna typ av samordningsinsatser väl tillgodosedda. Avdelningen arbetar i begränsad utsträckning med produktionssamordning som tar sin utgångspunkt i sjukhusens intensifierade arbete med produktionsstyrning eller med produktionsstyrningen inom den samlade egenregion. Avdelningschefen samordnar alla landstingets chefsläkare och är ordförande på hälso- och sjukvårdens direktörmöten var tredje vecka.

De förändrade styrprinciperna ställer väsentligt större krav på LSF att samordna och hantera övergripande strukturella förändringar och konsekvenser av förändrad produktion och efterfrågan. Mycket av den samordning som skett har varit informell och/eller skötts av kunskapsorganisationen. I den nya kunskapsorganisationen är Sakkunnigkommittén, som består av ledande chefer från olika delar av landstinget, tänkt att vara länken mellan linje- och kunskapsorganisation. För sjukhusen tycks Sakkunnigkommitténs uppdrag fortfarande vara oklart och man vill se en större tydlighet i hur kommitténs beslut förs in i linjestrukturen.

3.4 Utveckling & Styrning

Avdelningen för Utveckling & styrning och avdelningen för Produktionssamordning ska komplettera varandra. Den förstnämnda förväntas arbeta mer strategiskt och den andra mer operativt. De två avdelningscheferna deltar i de möten som landstingsdirektören har med HSNF:s förvaltningschef varje vecka. Det är avdelningen för Utveckling och styrning som ska rymma de ägarfunktioner som är under utveckling. Se redovisningen av ägarutredningen under avsnitt 3.1.

3.5 En konsensuskultur

Den politiska organisationen bygger på många självständiga bolag och styrelser som själva rekryterar VD/förvaltningschef efter samråd med LS/landstingsdirektör. Landstingsdirektör, förvaltningschef och VD/sjukhusdirektör rapporterar alla till sin styrelse/nämnd. Det innebär att landstingsdirektören endast har ett linjeförhållande till sin egen förvaltning, d v s LSF. De relativt självständiga sjukhusen och klyvningen mellan ”ägare” och ”beställare” innebär sva-

⁶ Öppna jämförelser och utvärdering 2009 – Hjärtsjukvård. Socialstyrelsen 2009.

ga mandat för landstingets ledning (LS och landstingsdirektör), eftersom det finns lika många linjeorganisationer som det finns förvaltningar och bolag.

Då landstinget saknar en koncernstruktur och en linjeorganisation som utgår från LS och LSF kräver styrmodellen ett stort mått av förhandling och diskussioner mellan parterna. Organisationen är därmed starkt beroende av ansvariga personers ledar- och samarbetsförmåga. Flera intervjuade på sjukhusen såg ingen poäng med en separation av ”ägare” och ”beställare”, att en part fördelar de ekonomiska resurserna via avtal medan en annan styr med ägardirektiv och följer upp det ekonomiska resultatet. Region Skåne har t ex både Regionstyrelse och Hälso- och sjukvårdsnämnd, men endast en koncernledningsstab.

Förvaltnings- och bolagschefer ingår i landstingsdirektörens ”ledningsgrupp” för landstinget. I ”ledningsgruppen” för hälso- och sjukvården ingår landstingsdirektören, direktörerna för sjukhusen Karolinska, SÖS, DS, St Erik, Tiohundra, Södertälje, SLSO⁷ och Folk tandvården. Dessutom deltar cheferna för Produktionssamordning och Utveckling & styrning, FoUU-enheten och NKS-förvaltningen. Även IT har en stående punkt. Det finns nätverk för ekonomichefer som behandlar frågor om rapportering, redovisning, controlling och bokslut. Det finns också ett nätverk av chefläkare i landstinget som samordnas av LSF:s chefläkare tillika avdelningschef för produktionssamordning.

Tjänstemän på LSF ser flera överlappande områden med HSNF och synkronisering mellan förvaltningarna finns ständigt på agendan. Det gäller främst uppföljningen, men även inom olika sakområden. Arbetet med den framtida läkemedelsförsörjningen är ett bra exempel på detta och även på hur avdelningar och förvaltningar samarbetar. I arbetet är chefen för Produktionssamordning ordförande i styrgruppen, projektledaren kommer från Utveckling och styrning, expertgruppen leds av en medarbetare från HSNF, som också deltar i styrgruppen, liksom en representant från SLL Upphandling.

Till delar tycks man arbeta som om det fanns en gemensam linjeorganisation. Samtidigt finns en viss konkurrens mellan LSF och HSNF och det är inte alltid självklart vem som ska leda och delta i olika projekt, men tjänstemännen finner ofta lämpliga eller t o m salomoniska lösningar. Några uttrycker dock att det skulle vara enklare med en central förvaltning i stället för två. De goda relationerna mellan aktuella förvaltningschefer och chefstjänstemän kompenserar i någon mån överlappande uppgifter mellan de centrala förvaltningarna och samarbetet med de självständiga utförarförvaltningarna.

De tre sjukhusen omsätter cirka 20 miljarder kronor och har runt 20 000 medarbetare. Uppdraget är att bedriva vård, utbildning och forskning. Pågående profilering av sjukhusen, med bl a infasningen av NKS och den ökande befolkningens behov av hälso- och sjukvård, kommer att innebära omfattande förändringar vad gäller uppdrag, sjukvårdsstruktur och nivåstrukturering samt kraven på samordning. Frågan är om nuvarande organisation och aktuella mandat är ändamålsenliga och tillräckliga för att hantera denna förändringsprocess.

4 Hälso- och sjukvårdsnämnden och HSNF

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) ska utöva ledningen av den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården så att vården styrs, samordnas och utvecklas så att de samlade resurserna anpassas till befolkningens behov och bidrar till en förbättring av hälsotillståndet. Till nämnden är kopplad

- tre sjukvårdsutskott som beslutar om lokala avtal inom sitt geografiska område
- tre lokala sjukvårdsstyrelser som bereder uppdrag som läggs till grund för HNS:s beställningar och avtal, uppföljning ur ett medborgarperspektiv samt samverkan med kommunerna
- fem programberedningar för gemensamma hälso- och sjukvårdsfrågor, t ex äldre och multisjuka samt psykiatri och missbruk

⁷ Stockholms läns produktionsområde ansvarar för primärvård, psykiatri och geriatrik i egen regi.

HSNF:s förvaltningschef leder tjänstemannaorganisationen som består av tre beställaravdelningar, tre stöдавdelningar samt en funktion för styrning och ledning. Sjukhusenheten inom avdelningen för somatisk specialistvård bereder och följer upp avtalen med sjukhusen.

Utvecklandet av flerårsavtalen och tillhörande ersättningssystem har varit en viktig arbetsuppgift under mandatperioden. Utgångspunkten har varit att mindre tid ska läggas på förhandlingar och mer på uppföljning. Motsvarande utgångspunkter har funnits och finns inom vårdvalet.

HSNF ser gärna en tydligare ägare, men inte nödvändigtvis en starkare ägare. Om ägarstyrningen också ska innefatta HSN finns det olika uppfattningar om. Samtidigt som intervjuade tjänstemän inte ser några större överlappningar i uppföljningen av sjukhusen i egen regi, ser man dock ottydligheter kring utveckling av styr- och ersättningssystem. Det är framför allt den politiska organisationen som är oklar, medan man uppfattar att tjänstemännen från de centrala förvaltningarna arbetar bra tillsammans. Det är allmänna utskottets beredning av frågor rörande vårdvalssystem inom primärvården och att utveckla ersättningssystem samt att bereda frågor om mångfaldsarbete inom sjukvården och tandvården som är svåra att skilja från HSN:s uppgift att ”ansvara för patientvalssystem inom primärvården och andra ersättningssystem” som tolkningssvårigheter och synpunkter uppkommer.

Beställarnas, liksom hela landstingets stora utmaning är NKS och den kraftiga befolkningsökningen. Det är fortfarande oklart vilken vård NKS ska tillhandahålla och vad som ska hän- da med övrig vård på Karolinska i Solna. Hur förändringarna som följer av NKS slutliga utformning ska absorberas av övriga producenter är också oklart, liksom hur effekterna av den stora befolkningsökningen påverkar sjukhusens dimensionering och utbyggnadsbehov. En generalplan, eller snarare en tidplan, har tagits fram för att hantera de stora förväntade omställningarna för hälso- och sjukvården i länet. Generalplanen ska hålla samman arbetet med planeringen av NKS och övriga utmaningar för vårdproducenterna. Generalplansgruppen ska ge underlag för de politiska beslut som successivt behöver fattas i förändringen av landstingets sjukvård.

4.1 Flerårsavtal, vårdval och styrningen av kvalitet

När det gäller styrningen av sjukhusen sker arbetet inom HSNF i hög grad kring utvecklingen av flerårsavtalet, vårdval och styrningen av kvalitet. I och med att avtalen sluts per förvaltning/bolag/sjukhus finns en medvetenhet om svårigheterna att styra på helheten. Hur samverkan mellan vårdgivare och vårdnivåer ska stimuleras för att stärka LEON-principen, är ständigt närvarande men svår att hantera utifrån nuvarande förutsättningar. Bara för att resurser undandras en utförare och ges till andra är det inte säkert att den önskade vården skapas där man vill se den. Beställarna kommer därför att pröva att använda tillgänglighetspengar (200 Mkr) för att beställa vård utanför de stora sjukhusen, som de senare sedan får avropa utan att drabbas av vårdgarantisanktioner.

Vårdval för vissa diagnoser inom specialiserad somatisk vård har inneburit en ökad produktion och ökade kostnader, trots att styckepriset för ledplastikerna har minskat påtagligt. Prognostiserad avvikelse mot HSN:s budget var per oktober – 66 Mkr. Även för kataraktoperationer prognostiseras ett underskott (- 22 Mkr). Det ökade antalet operationer av knä- och höftleder hänger samman med vårdvalet, men det är oklart i vilken grad förändringarna inom ortopedin är fråga om pukeleffekter, större totalt utbud av vårdgivare, indikationsglidningar eller andra orsaker.

Vårdvalet inom somatisk specialistvård innebär sämre kostnadskontroll, eftersom ersättningen ges per ingrepp och utan tak. Det innebär också att sjukhusen, som fått fullt ansvar för den interna resursfördelningen, inte kan prioritera alla åtgärder i samma process. Om hänsyn tas till dessa begränsningar – och även den ökade komplexiteten i ersättningssystemet med fler och fler styrsystem – kan denna typ av vårdval ändå vara en strategi för att stimulera utlokaliseringen av mindre komplex vård från sjukhusen. På så sätt kan de specialiserade bassjukhusen ta till sig mer akut vård och vård som kräver sjukhusets resurser.

Vilka generella och specifika regler som ska gälla för sjukhusen vid auktorisering för ett visst vårdval är oklart. Sjukhusen kan ha olika motiv till att auktorisera sig eller inte för ett visst vårdval, och föredrar de det senare finns ännu inga riktlinjer.

Beställarnas styrning av kvalitet manifesteras dels som krav utifrån 19 indikatorer som bundits till ekonomiska incitament, dels till uppföljningen. Ett syfte med flerårsavtalen är att frigöra tid från förhandling och använda den för uppföljning. Flera intervjuade är nyfikna på vad beställarna ska följa upp utöver det man redan gör idag. Ett problemområde, som redovisats i rapporten, är hur vårdgivares samverkan påverkats negativt av de nya ersättningsssystemen. Uppföljningsmetoderna är dock utvecklade inom området och utvecklingen av dessa borde därför enligt många intervjuade vara ett prioriterat område.

5 Konsultens bedömningar och reflektioner

Formellt finns på politisk nivå en rimlig tydlighet i styrningen av sjukhusen såtillvida att med beställaren (HSN) sluts ett avtal, medan ägaren (fullmäktige/LS) styr med övergripande mål och budget samt med ägardirektiv och reglementen/bolagsordningar. Däremot finns överlappningar och därmed oklarheter mellan strategiska och allmänna utskottet i LS samt mellan allmänna utskottet och HSN. De förvaltningar som stödjer LS och HSN färgas av detta.

I rapporten har tidigare redovisats att sjukhusen i huvudsak ser positivt på de nya styrprinciperna med främst flerårsavtalet, ansvaret för vårdgarantin och kvalitetsersättningen. Även omväxlingen från avtalsförhandling till uppföljning uppfattas positivt. Sjukhusen menar dock att uppföljningen i två rör tar kraft från sjukhusen, men framför allt att det ofta är oklart till vem sjukhusen ska vända sig med olika problem och frågor. De har också pekat på bristande resurser för den egna uppföljningen. Sjukhusens synpunkter på styrprinciperna är viktiga, men det är också viktigt att fråga sig vad sjukhusens ökade självständighet betyder i ett landstings- eller koncernperspektiv.

De mest väsentliga iakttagelserna i denna granskning rör landstingets organisation, som i dagsläget varken understödjer en tydlig ägarstyrning eller samordnad styrning av sjukhusen. Landstingets styrning och uppföljning har delats mellan ”ägare” och ”beställare” (LS och HSN), utan att dessa delar formellt knutits samman i landstingets organisation genom att ägarstyrningen också innefattar HSN. Detta avspeglas i tjänstemannasidans svaga gemensam linjeorganisation och den utpräglade konsensuskulturen. De politiska sambanden som finns genom personunionen mellan många ledamöter i LS och HSN, finns inte i förhållande till sjukhusstyrelserna, och på tjänstemannasidan finns lika många linjeorganisationer som det finns förvaltningar och bolag. Samtidigt står landstinget inför stora ekonomiska och strukturella utmaningar där behoven av samordning och en effektiv ledningsorganisation är mycket stort.

Flerårsavtalen har gett sjukhusen större frihet i genomförandet av sina uppdrag, samtidigt som gällande incitament/sanktioner har fått stort genomslag i organisationen. Även om intervjuade företrädare för de tre sjukhusen i huvudsak ser positivt på de övergripande förändringarna i styrsystemet ser de också risker och problem. Det gäller bl a om den större affärsmässigheten i sjukhusens styrning av vården är förenlig med de grundläggande principerna om vård efter behov samt att samverkan i vårdprocesser blir mer komplex då fler vårdgivare och huvudmän tillkommer. Det är inte alltid enkelt att skilja mellan vad som är övergående eller botbara barnsjukdomar respektive vad som är mer grundläggande svårigheter, eftersom styrprinciperna är relativt nya.

Klart är att sjukhusens flerårsavtal, tillsammans med vårdgarantiansvaret och vårdvalet, har skapat en ny situation för både sjukhusen och för landstinget. Sjukhusledningarnas tydligare ansvar för den egna verksamheten och deras tydligare interna linjeorganisation bidrar sannolikt till förväntningar på större tydlighet från landstinget i flera frågor. Sjukhusen befinner sig i en utsatt position med stora krav på anpassningar till nya förhållanden. De problem som sjukhusen tar upp vid uppföljningarna faller inte sällan tillbaka på dem själva eller hänvisas

till annan instans. Samtidigt har LSF ännu inte rustat sig för den produktionssamordning som en mer aktiv ägarroll kräver.

Ovanstående innebär att styrningen av sjukhusen kan behöva anpassas för att möta kraven på tydlighet och effektivitet. Viktiga reflektioner/överväganden utifrån genomförd granskning är sammanfattningsvis:

- De risker som sammanhänger med relativt självständiga sjukhus och landstingets otydliga ägarroll är inte obetydliga. Sjukhusens ökade frihet och ansvar kräver en tydligare ägarstyrning. Utformningen av ägarfilosofi och ägarstyrningen behöver formuleras med samma pregnans som beställarstyrningen inom hälso- och sjukvården.
- Landstingsstyrelse och landstingsdirektör behöver tydligare mandat som ägarrepresentanter. Mot bakgrund av de utmaningar som landstinget står inför inom hälso- och sjukvården, utgör nuvarande decentraliserade politiska organisation med stor frihet för styrelser och nämnder risk för beslut som innebär suboptimeringar.
- Vårdvalets risker för fragmentisering av vårdstruktur och vårdprocesser understryker ytterligare behovet av produktionssamordning utifrån LEON-principen⁸ samt en starkare betoning av gemensam infrastruktur. Det gäller bl a journalsystem, IT-stöd i övrigt, kunskapsstyrning samt rutiner för samverkan och kommunikation.
- HSN:s beställarroll inom den specialiserade somatiska vården bör utvecklas i enlighet med nuvarande styrprinciper och koncentreras ytterligare till uppföljning, vårdval och avtal med privata vårdgivare. Sjukhusens möjligheter att teckna avtal med underentreprenörer kan vidareutvecklas.
- Det är även viktigt att noga följa hur de nya incitamenten/sanktionerna påverkar de grundläggande mål och värden som inte explicit belönas i styrningen av sjukhusen och övrig vård.
- Diskussionen om viktglidning är också en ägarfråga, eftersom det handlar om sjukvårdsstrukturen och hur LEON-principen tillämpas.

5.1 Ägarstyrning och produktionssamordning

Det är inte första gången en tydligare ägarroll efterlyses. Redan år 2000 lade revisorerna fram rapporten ”Om det finnes en ägare”⁹. När en central del i styrfilosofin innebär att landstinget ska äga en allt mindre andel av producenterna, är det ofrånkomligt att det också påverkar utformningen av ägarrollen och synen på dess betydelse.

Landstingets ägarutredning öppnar för ett mer koncernmässigt agerande, d v s som tar hänsyn till helheten och ser det gemensamma resultatet. Det som benämns ägarstyrning i olika sammanhang sammanfaller i många delar med det som traditionellt är viktiga delar av varje landstings eller en kommuns utgångspunkter för styrning:

- Styrning och kontroll över övergripande inriktning, prioritering och strategier. I detta ligger att fastställa budgeten, d v s verksamhetens mål och fördelning av ekonomiska resurser

⁸ LEON-principen är en av de äldsta nu levande styrprinciperna i landstinget. Förkortningen uttolkades initialt som Lägsta Effektiva OmhändertagandeNivå. Idag säger man oftast Lämpligaste Effektiva OmhändertagandeNivå. Principen har även varierats på många sätt i landstingen. I Värmland talar t ex närsjukvården om NEON, d v s Närmaste EON.

⁹ Svalander, Per-Axel, ”Om det finnes en ägare: En betraktelse kring Stockholmsmodellens grundläggande samspelsregler.” Stockholm: Landstingsrevisorerna – SLL, mars 2001.

- Ansvaret för att bevara och utveckla den samlade verksamhetens värde och effektivitet, inklusive anläggningstillgångar, kunskapskapital och moraliskt kapital¹⁰.
- Ägare av systemet för styrning och ledning, d v s rollen som skapare och förvaltare av styrsystemet
 - Organisation och arbets- och ansvarsfördelning (i bl a reglementen)
 - Styrprinciper, principer för resursfördelning och ersättningsystem mm
 - Processer för styrning och uppföljning
- Följa upp och utvärdera respektive ha uppsikt över nämnder och styrelser (inklusive bolagen)

Den del av ägarstyrningen som motsvaras av uppgiften att bevara och utveckla den samlade verksamhetens värde kan i vissa avseenden försvåras av nuvarande struktur med självständiga sjukhus. Landstingets intressen sammanfaller inte alltid med det enskilda sjukhusets och dessutom kan sjukhusens interna konkurrens försvåra skapandet av en effektiv sjukvårdsstruktur. Syftet med att öka sjukhusens självständighet var att underlätta utvecklingen av verksamheten och få en effektivare lokal management. Då det gäller stora omställningar utifrån en förändrad sjukvårdsstruktur kan den stora självständigheten vara en nackdel.

5.1.1 Viktglidning är också en ägarfråga

Då HSNF:s och SÖS:s utredning kring sjukhusets relativt höga viktglidning inte är avslutad måste omdömen om vem som har rätt i sakfrågan anstå. Vad som däremot kan konstateras är att ägardirektiv och avtalsmodell inte tycks gå hand i hand. Sjukhuset ska utveckla sin profil som akutsjukhus och samverka med närsjukvården för att patienter ska tas om hand på lämplig vårdnivå. Samtidigt hävdar beställaren att volymen DRG-poäng ska tjänas in i enlighet med den förkalkylerade produktionsmixen av vårdtillfällen och patientbesök. Förutsatt att viktglidningen i första hand handlar om en växling mot mer akut och tyngre vård, är detta inte bara en diskussion mellan beställare och enskilt sjukhus, utan bör även involvera ägaren.

5.2 Generalplan utan general

Landstingets organisation med relativt självständiga bolags- och förvaltningsstyrelser sätter tydliga gränser för LS:s och landstingsdirektörens mandat. Till detta kommer att LS inom Stockholms läns landsting inte fungerar som en traditionell styrelse, utan mer som ett minifullmäktige som klubbar beslut och reservationer. Det är i första hand utskotten som arbetar programenligt utifrån sina respektive ansvar och uppgifter. Vid sidan om fullmäktige ligger den politiska makten i borgarrådsberedningen, som dock ligger utanför den reglerade politiska organisationen och därför saknar protokoll och insyn.

Utformningen av den politiska organisationen innebär att tjänstemannaorganisation fått starka drag av nätverksorganisation, där en av de viktigaste uppgifterna för landstingsdirektören är att tillsammans med förvaltnings- och bolagscheferna skapa uppslutning kring målen och hur de ska nås. Detta lyckas ofta eftersom relationerna mellan parterna generellt sett är bättre än tydligheten i organisation och reglementen. Häri ligger i dagsläget givetvis en stor styrka, men samtidigt även en betydande risk. Om relationerna försämras, vilket kan bero på föränd-

¹⁰ Vid företagsförsäljningar används begreppet goodwill, som består av skillnaden mellan förvärvspriset och nettotillgångarna, d v s de osynliga delarna av balansräkningen. Inom sjukvården finns ett ansenligt struktur- och kunskapskapital samt ett ofta omfattande moraliskt kapital. Termen moraliskt kapital myntades av PA Svalander och kan beskrivas som viljan att vårda och hjälpa. Denna motivation torde sammantaget ha betydligt större betydelse för kvalitén på hälso- och sjukvårdens insatser än ekonomiska incitament för vissa kvalitetsindikatorer. Denna kraft lockas främst fram av gott ledarskap, patienternas återkoppling, upplevelsen av mening i arbetet och i övrigt sådant som förbättrar förutsättningarna för att bota och lindra, t ex möjligheten till kompetensutveckling.

ringar på de aktuella posterna, men också på väsentligt ökade krav från fullmäktige på bolag och förvaltningar utifrån förändrade omständigheter i omvärlden.

Befolkningsutvecklingen och beslutet att bygga NKS ställer landstinget inför enorma utmaningar. För det första handlar det om mycket stora kostnader, inte bara för NKS, utan även för att möta effekterna av ökad efterfrågan och omfördelningen av vård till övriga sjukhus och närsjukvården. En generalplan, eller snarare en tidplan, presenterades under hösten 2009 och först i november 2009 involverades Karolinskas direktör konkret i arbetet inom NKS-förvaltningen. Principerna för vilken verksamhet som ska bedrivas på NKS är inte fastställda och de underliggande konflikterna mellan olika intressen – inte bara de professionsbaserade – är betydande. Sammanslagningen av Huddinge sjukhus och Karolinska sjukhuset kan därför komma att framstå som idylliskt i jämförelse med kommande förändringar.

Att med dessa förutsättningar ha en LS med en otydlig ägarfilosofi och ett flertal inblandade utskott samt en självständig HSN, innebär ett svagt mandat för landstingsdirektören. Det blir en ”samordnande” direktör snarare än en ”verkställande” direktör. Landstinget kommer att behöva fatta en rad olika beslut under tidspress och då utgör varken nuvarande politiska organisation eller tjänstemannaorganisation ett optimalt stöd för den politiska ledningen och vice versa. Generalplansgruppen har ett svårt och viktigt uppdrag. Det är när steget tas från en tidplan till en projektplan med bestämt innehåll som hållfastheten i den politiska organisationen och tjänstemannaorganisationen provas.

5.3 Hur ska sjukhusen styras inför kommande strukturförändringar?

Uppdelningen mellan ägare och beställare finns i en styrmiljö där ägarrollen är relativt utvecklad och landstinget har fokuserat på strategier för att åstadkomma ökad mångfald, en förbättrad avtalsstyrning och en större självständighet för sjukhusen. Landstinget kommer nu med stöd av avdelningen Utveckling & styrning att påbörja beredningen av en ny sammanhängande ägarfilosofi som ”klargör vad SLL vill åstadkomma med sitt ägande och hur SLL vill formulera sin styrning gentemot beställare respektive gentemot den landstingsägda produktionen”¹¹.

I landstingets organisation och styrmodell finns akutsjukhusen på armlängds avstånd med professionella, dvs icke politiska, styrelser. I ägarhänseende påminner landstinget mer om ett investmentbolag med olika portföljbolag, än en verksamhetsdrivande koncern med starka samband mellan de ingående verksamheterna. Huvudfokus är på de enskilda sjukhusen och deras prestationer, inte på utvecklingen av det gemensamma resultatet i termer av vårdkvalitet, ekonomi, sammanhängande vårdstruktur och vårdprocesser etc.

Landstinget förfogar över de stora sjukhusen som i praktiken styr vården i långt större grad än avtalen. I detta ligger inte att förklara avtalen, de håller en god standard och är väsentligt bättre än tidigare vilket även bekräftas av producenterna. Det handlar snarare om att hälso- och sjukvård sedan begynnelsen i stor utsträckning drivits av den medicinska utvecklingen och av läkarprofessionen. Slutsatsen är inte att göra om avtalen, utan att utnyttja delar i det som flerårsavtalen tillfört. Det finns en omfattande informationsasymmetri mellan sjukvårdens finansiärer och de stora sjukhusen. Ett sätt att dra nytta av denna är att hitta en ny balans mellan vad som är lämpligt att sjukhusen upphandlar och vad som bör upphandlas av beställarna. Denna möjlighet är redan öppnad genom flerårsavtalen. Sjukhusen har goda möjligheter att bedöma vad som avlastar och/eller kompletterar den egna produktionen, medan beställarna utifrån sitt behovs- och helhetsperspektiv är mer skickade att hantera de mer övergripande delarna.

Den sammanhållande kraft som beställaren kan utöva genom avtalen är begränsad och på ägarsidan har avdelningen för produktionssamordning inte konstruerats för en storskalig produktionssamordning. Både LSF och HSNF ser att de har roller i existerande och kommande strukturförändringar. De relativt övergripande flerårsavtalen som i första hand styr på

¹¹ Ägarroll och ägarstyrning i SLL – Förslag till utveckling. LSF 2009-06-05.

totalvolymen och vilka verksamheter som ska finnas saknar kraft i dessa avseenden. Även ägarens möjligheter att genomdriva strukturförändringar påverkas av sjukhusens självständiga ställning.

En förbättrad samordning mellan LS(F) och HSN(F) när det gäller styrningen av sjukvårdsstrukturen är nödvändig för att klara de omfattande förändringar som kan förutses för akut-sjukhusen. Huruvida detta är tillräckligt eller om sjukhusen också behöver knytas närmare varandra i en gemensam organisation är en öppen fråga.

Oavsett hur sjukhusen organiseras bör det, i linje med vad som påbörjats med flerårsavtalen, prövas om sjukhusen skulle kunna ta ett större ansvar för vissa styr- och upphandlingsprocesser. Det kan t ex övervägas hur sjukhusens upphandlingsmöjligheter i vissa delar kan utvecklas till ett upphandlingsansvar respektive hur deras ansvar för samordningen av vårdprocesser och för att vara motorer i den regionala sjukvårdsutvecklingen kan utvecklas.

5.4 Ju fler vårdgivare desto större krav på integration och en gemensam infrastruktur

HSN:s arbete har koncentrerats på vårdval, avtalsutveckling och mångfald. Strategierna för att uppnå det senare har delvis förändrats under mandatperioden. Det beror i första hand på vårdvalets entré, både inom primärvården och för vissa åtgärder inom somatisk specialistvård. Upphandlingar används i mindre utsträckning och avknoppningar av verksamhet används inte alls.

De sammantagna effekterna har blivit en vårdorganisation med allt fler vårdgivare och huvudmän. Sjukvårdens ökade fragmentisering är problematisk, eftersom verksamhetens effektivitet inte bara beror på enskilda vårdgivares eller klinikers insatser. I dagsläget följs varken avtalskravet eller ägardirektivet om samverkan i vårdprocesser upp systematiskt. Hur bättre samverkan ska uppnås i vårdprocesser och mellan olika funktioner/vårdgivare är därför något som behöver utvecklas ytterligare i landstingets styr- och ledningsmodell.