

LANDSTINGS- REVISORERNA

Projektrapport
Nr 15/2009

Ekonomi i balans - granskning av Karolinskas besparingsarbete

- Ø Karolinska bedöms, under förutsättning av fortsatt god styrning och kontroll, klara åtgärdsprogramets mål att sänka kostnadsnivån med 450 mkr år 2010. För att möta de ökade kraven på sjukvården är det väsentligt att arbetet för att öka verksamhetens effektivitet och produktivitet fortsätter.
- Ø I det fortsatta effektiviseringsarbetet bör sjukhuset ha ökat fokus på patientsäkerhet och kvalitet för att säkerställa att besparings-/effektiviseringsåtgärderna inte leder till försämrad vård för patienterna.
- Ø Vid kommande fördelningar av besparingsuppdrag bör modellen för fördelning av sparbetning vidareutvecklas för att i ökad grad ta hänsyn till skillnader i effektiviseringspotential.
- Ø Konsekvenser av åtgärder som berör mer än en verksamhet har inte belysts i tillräcklig omfattning. Inför kommande besparingsprogram bör Karolinska ytterligare analysera och tydliggöra vilka effekter föreslagna besparingar kan få på angränsande verksamheter.

Revisorsgrupp II
2009 års revisorer

2010-02-23

Diarienummer:
RK 200906-0046

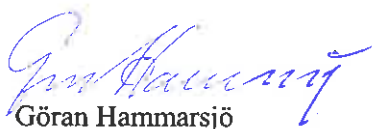
Styrelsen för
Karolinska Universitetssjukhuset

Rapport 15/2009 Ekonomi i balans – granskning av Karolinskas besparingsarbete

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade på möte 2010-02-23 överlämna rapporten till styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset för kännedom och med möjlighet till yttrande senast 2010-05-25.

Paragrafen justerades omedelbart.

Härmed överlämnas rapporten.



Göran Hammarsjö
ordförande



Agneta Fohlström
sekreterare

INNEHÅLL

1. SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER.....	1
2. UTGÅNGSPUNKTER FÖR GRANSKNINGEN	2
2.1 Motiv till granskningen	2
2.2 Revisionsfråga	3
2.3 Revisionskriterier.....	3
2.4 Metod	3
3. RESULTAT AV GRANSKNINGEN	4

Bilaga:

Ernst & Youngs rapport ”Granskning av arbetet med kostnadsreduceringar vid Karolinska Universitetssjukhuset” Februari 2010

1. Slutsatser och rekommendationer

Karolinska Universitetssjukhuset har de senaste åren haft svårigheter att klara de ekonomiska ramarna och sjukhuset har inte uppnått fullmäktiges resultatkrav åren 2005-2008. För att få en ekonomi i balans har sjukhusets styrelse beslutat att genomföra ett åtgärdsprogram som ska sänka kostnadsnivån med 450 mkr år 2010. För att klara detta har sjukhusledningen bedömt att 166 mkr måste genomföras 2009. Revisionen har granskat hur Karolinska har genomfört åtgärdsprogrammet.

Revisionens samlade bedömning är utifrån revisionsfrågorna följande:

Besparingsarbetet genomförs med god kontroll och på ett effektivt sätt

Karolinska Universitetssjukhusets besparingsarbete styrs och genomförs med god kontroll och på ett effektivt sätt. Sjukhusledningen har på ett tydligt sätt slagit fast ambitionen med pågående besparingsarbete när det t.ex. gäller omfattning, inriktning och arbetsgång. Principer har lagts fast för vilka kostnader som främst skulle omfattas av besparingar och att kostnadsreduktionen ska vara bestående. Arbetet har bedrivits utifrån tydliga övergripande mål och riktlinjer.

Vid utgången av 2009 har vidtagna åtgärder medfört att kostnaderna minskat med sammanlagt 247 mkr, vilket är 81 mkr mer än beräknat.

Sjukhuset har skapat en särskild genomförandeorganisation för att planera, samordna, följa upp och stödja besparingsarbetet. Programkontoret har utgjort och utgör fortfarande en viktig förutsättning för att sjukhuset ska lyckas med ett så här omfattande besparingsarbete. En viktig del har varit tydligheten och enhetligheten om hur åtgärdsförslagen ska redovisas. Kontoret har vidtagit åtgärder för att säkerställa att beslutade åtgärder genomförs.

Som stöd i genomförandet av åtgärder har ett dokument utarbetats benämnt ”Verktyslådan – Ekonomi i balans 2009”. Denna innehåller bl.a. information om beslutet, regler för besparingar och exempel på tänkbara besparingsåtgärder. Ansvars- och arbetsfördelningen vid besparingsarbetets genomförande har tydliggjorts i dokumentet.

Sjukhuset har i sin modell för fördelning av sparbetingen haft ambitionen att komma längre än vad som sker vid fördelning enligt osthyvelprincipen. Så har också skett då man i modellen även lyft in faktorer som budgetefterlevnad och produktivitetsutveckling. För att säkerställa att landstingets resurser används på bästa sätt finns dock mer att göra. För att komma längre i detta avseende bör modellen baseras på skillnader i verksamheternas effektiviseringspotential.

Uppföljningen av besparingsarbetet sker varje månad och har hittills varit strukturerad och omfattande. Uppföljning sker också av om förväntade effekter för respektive åtgärd uppnås på utsatt tid. Krav ställs på att ersättningsåtgärder utarbetas i de fall åtgärder eller effekter uteblir. Styrelsen får regelbundet information om hur besparingsarbetet fortskrider.

Många åtgärdsförslag handlar om personalneddragningar. Det saknas dock tillräckliga underlag för att få en tydlig bild av de bakomliggande skälen till personalminskningarna. Det kan inte uteslutas att vissa åtgärder inneburit kvalitetsmässiga försämringar.

Det har i granskningen framkommit att konsekvenserna av de besparingsförslag som berör flera verksamheter inte varit tillräckligt belysta. Sjukhuset bör inför kommande besparingsprogram ytterligare analysera och tydliggöra vilka effekter en kliniks besparingar kan få på angränsande verksamheter.

Åtgärdsprogrammets mål bedöms uppnås

Revisionen bedömer, förutsatt en fortsatt god styrning, uppföljning och kontroll, att sjukhuset kommer att klara att leverera en besparing på 450 mkr år 2010. Sjukhuset har genomfört ett systematiskt och planmässigt besparingsarbete så här långt. Arbetet har i hög grad inneburit att ett helhetsgrepp tagits och att förväntade effekter infriats.

För att möta de ökade kraven på sjukvården är det väsentligt att Karolinska även fortsättningsvis arbetar aktivt med åtgärder för att effektivisera verksamheten och öka produktiviteten. I det fortsatta arbetet bör sjukhuset ha ökat fokus på patientsäkerhet och kvalitet för att säkerställa att besparings-/effektiviseringsåtgärderna inte leder till försämrade vård för patienterna.

Rekommendationer:

- Karolinska bör vid kommande fördelningar av besparingsuppdrag vidareutveckla modellen för fördelning av sparbetning för att i ökad grad ta hänsyn till skillnader i effektiviseringspotential.
- Karolinska bör i kommande besparingsprogram ytterligare analysera och tydliggöra vilka effekter föreslagna besparingar kan få på angränsande verksamheter.
- I det fortsatta arbetet med att effektivisera verksamheten bör sjukhuset ha ökat fokus på patientsäkerhet och kvalitet för att säkerställa att besparings-/effektiviseringsåtgärderna inte leder till försämrade vård för patienterna.

2. Utgångspunkter för granskningen

2.1 Motiv till granskningen

Karolinska Universitetssjukhuset har sedan 2005 redovisat negativa ekonomiska resultat. Mot bakgrund av bl.a. sjukhusets ekonomiska situation beslutade fullmäktige i budget 2007 om en genomlysning av sjukhusets verksamhet. I utredningen¹, som presenterades för sjukhusets styrelse i oktober 2007, föreslås ett handlingsprogram bestående av åtgärder som på kort och lång sikt ska effektivisera verksamheten. De åtgärder som föreslås är bl.a. att minska kostnaderna inom vissa områden bl.a. personal och IT-kostnader, på-

¹ McKinsey & Company "En genomlysning av verksamheten vid Karolinska Universitetssjukhuset"

skynda profilering mellan Huddinge och Solna och att genomföra s.k. ”Lean transformationprogram” (förbättringar i patientflöden).

Arbetet med att effektivisera verksamheten hade i slutet av 2008 inte haft tillräcklig effekt för att få sjukhusets ekonomi i balans. Med anledning av detta har styrelsen och ledningen beslutat om ett åtgärdsprogram innebärande att sjukhusets kostnader ska minska med 450 mkr år 2010². För att klara detta har ledningen bedömt att 166 mkr bör genomföras under 2009.

2.2 Revisionsfråga

De övergripande revisionsfrågorna är:

”Styrs och genomförs effektiviserings- och förändringsarbetet med god kontroll och på ett effektivt sätt?”

”Är åtgärderna tillräckliga för att få en ekonomi i balans?”

De övergripande revisionsfrågorna har brutits ned i följande delfrågor:

- Hur organiseras och bedrivs förändringsarbetet?
- Är ansvar och befogenheter tydliga?
- Hur har besparingsuppdragen fördelats och hur följs åtgärderna upp?
- Hur ser processen för framtagande av åtgärdsförslag ut?
- Vilka åtgärder har hittills vidtagits och vilka effekter har uppnåtts?
- Vilken dialog sker med ägaren respektive beställaren?

2.3 Revisionskriterier

Landstingsfullmäktige har beslutat om ett resultatkrav på 54 mkr för Karolinska år 2009 och på 56 mkr år 2010. Sjukhusets uppdrag regleras dels genom ägardirektiv, dels genom avtal med beställaren.

2.4 Metod

Granskningen har avgränsats till planering och genomförandet av beslutat åtgärdsprogram för att få en ekonomi i balans. Sjukhusets arbete med förbättringar i patientflöden ingår ej i granskningen.

Granskningen har genomförts genom intervjuer och dokumentstudier. Intervjuer har genomförts med styrelsens ordförande, bitr. sjukhusdirektören, HR-direktören, fyra divisionsledningar³, fyra kliniker⁴ (klinikledningar respektive personalgrupper), fackliga företrädare samt med representanter för Landstingsstyrelsens förvaltning och Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning.

På uppdrag av revisionskontoret har granskningen genomförts av Andreas Endredi, Larissa Sirén och Mikaela Bengtsson vid Ernst & Young AB. Projektledare för granskningen har varit Christin Huring med Birgitta Strömbäck som projektmedarbetare.

² Styrelsen godkände sjukhusdirektörens handlingsplan 2009-01-15

³ Akutdivisionen, barndivisionen, onkologi/thorax och medicin/kirurgi 2

⁴ Akutkliniken Solna, arbetsterapikliniken, barnortopedi och barnmedicin 1

3. Resultat av granskningen

Karolinska har de senaste åren haft svårigheter att klara de ekonomiska ramarna och sjukhuset har inte uppnått fullmäktiges resultatkrav åren 2005-2008. Detta har bl.a. medfört att sjukhusledningen under 2008 beslutat om såväl åtgärdsprogram som strategi för att nå ekonomi i balans. Strategin bygger dels på långsiktigt förbättringsarbete, dels på omedelbara åtgärder. Det långsiktiga arbetet handlar om förbättringar i patientflöden och de omedelbara åtgärderna om t.ex. minskat antal anställda.

Sjukhusets styrelse beslutade i januari 2009 att godkänna en handlingsplan innebärande att sjukhusets kostnader ska sänkas med 450 mkr år 2010 (motsvara ca 3,5 procent av sjukhusets kostnader). För att klara detta har sjukhusledningen bedömt att 166 mkr måste genomföras under 2009. Besparingskravet motsvarar en personalreduktion på ca 900 personer, varav sjukhuset beslutat att varsla 600 personer om uppsägning⁵. Enligt direktiv ska åtgärdsprogrammet genomföras med bibehållen patientsäkerhet och produktionsvolym.

Nedan redovisas de viktigaste iakttagelserna från granskningen. En mer utförlig beskrivning lämnas i konsultens rapport.

En särskild genomförandeorganisation har skapats

Ett programkontor har inrättats

För att genomföra förändringsarbetet har den befintliga linjeorganisationen kompletterats med ett programkontor. Kontoret har i uppgift att planera, samordna och följa upp besparingsförslagen samt vara ett stöd i divisionernas besparingsarbete. För styrning av programkontorets arbete finns en programstyrningsgrupp. Programkontoret bedöms vara en viktig förutsättning om sjukhusets ska lyckas med det omfattande besparingsarbetet. Viss kritik har framförts mot att det tog för lång tid innan besparingens storlek fastställdes. Mot bakgrund av att besparingsambitionen sträcker sig över fler år bedöms besluten ha tagits i tid.

Regler kring besparingsarbetet har samlats i Verktyglådan

Programkontoret har som stöd till verksamheterna sammanställt olika material i dokumentet "Verktyglådan – Ekonomi i balans 2009". Verktyglådan innehåller information om bl.a. beslutat sparbetning, vilka regler som gäller för arbetet, ansvarsfördelning, tidplan, exempelsamling med tänkbara besparingsåtgärder samt hur uppföljningen ska ske. Granskningen visar att verktyglådan varit värdefull, men att den kom sent i processen.

Besparingsuppdraget fördelas med fördelningsnyckel

Ansvars- och arbetsfördelningen vid besparingsarbetets genomförande har tydliggjorts i dokument. Det finns en koppling mellan ansvar och befogenheter då ansvaret följer linjeorganisationen.

Besparingsuppdragen har fördelats till divisioner och staber som i sin tur fördelat besparingsuppdrag till respektive klinik. Huvuddelen av sparbetningen har

⁵ Styrelsen beslutade 2009-01-15 att uppdra åt sjukhusdirektören att varsla 600 personer om uppsägning

fördelats till divisionerna efter en särskild fördelningsmodell som skulle ta hänsyn till tidigare budgetefterlevnad och produktivitetsutveckling. Resterande del är kvarvarande sparbetning från 2008 som fördelats till berörda divisioner. Fördelningsmodellen har även kunnat användas av divisionerna när de fördelat besparingsuppdragen vidare till klinknivå. Detta har skett i varierande grad.

Den valda fördelningsmodellen har inneburit att Karolinska kommit ett steg längre än vad som är vanligt då en ren osthyvelsmodell används. Den valda fördelningsmodellen säkerställer dock inte att landstingets resurser används på bästa sätt. För att komma längre i detta avseende bör modellen baseras på skillnader i effektiviseringspotential.

Åtgärdsförslag har utarbetats i samverkan med personalen

Varierar på vilket sätt personalen varit med i arbetet

En av riktlinjerna i besparingsarbetet har varit att åtgärder ska utarbetas i samverkan med personalen. Detta bedöms utifrån genomförda intervjuer i huvudsak vara uppfyllt. På klinisknivå har medarbetarna varit med i arbetet, det varierar dock på vilket sätt och med vilket engagemang detta har skett.

Varje klinik har arbetat fram förslag till åtgärder som summerar till klinikkens besparingsuppdrag. Divisionerna har sedan gått igenom respektive klinikkens åtgärdsförslag och sammanställt en åtgärdsplan för divisionen. Förslag på tvärdimensionella projekt, dvs. åtgärder som berör mer än en division har tagits fram av divisioner. Föreslagna åtgärder har i hög grad varit föremål för riskanalyser/konsekvensbedömningar och samverkan med fackliga organisationer. Det har dock i granskningen påtalats att konsekvenserna av de besparingsförslag som berör flera verksamheter inte varit tillräckligt belysta.

Programkontoret har kontrollerat respektive enhets besparingsförslag, bl.a. att kostnadsreduceringen var av rätt slag. Kontrollen har i flera fall inneburit att föreslagna åtgärder förtydligats eller ersatts.

Ett åtgärdsprogram innehållande ca 800 åtgärder fastställdes i mars

Åtgärdsförslagen har sammanställts i ett åtgärdsprogram som godkändes av sjukhusledningen 31 mars 2009. Åtgärdsprogrammet innehåller ca 800 åtgärder. Sjukhusets kvalitets- och patientsäkerhetsorganisation har bedömt att åtgärderna inte har någon fundamental påverkan på patientsäkerheten.

Sedan maj följs åtgärdsprogrammet upp månadsvis, bl.a. genom utökad version av rapporteringen till ordinarie månadsuppföljning. Uppföljningen har under 2009 varit mer omfattande än tidigare år och haft fokus på ekonomi. Programkontoret sammanställer varje månad en särskild rapport för att överblicka status i besparingsarbetet och pågående åtgärder. Denna rapportering lämnas till programstyrningsgruppen och till sjukhusledningen.

Ersättningsåtgärder ska utarbetas om planerad åtgärd eller effekter uteblir

Ett viktigt inslag för att säkerställa att åtgärder genomförs och får effekt är den strama uppföljning som tillämpas av sjukhuset. Dessutom ställs krav på att ersättningsåtgärder utarbetas i de fall åtgärder eller effekter uteblir.

Styrelsen får regelbundet information om hur besparingsarbetet fortskrider.

Ägaren får löpande information om arbetet

Information om besparingsarbetet har vid flera tillfällen lämnats till landstingsstyrelsens produktionsutskott. Produktionsägarenheten inom Landstingsstyrelsens förvaltning har följt såväl planering som genomförande och löpande fått rapporter om hur besparingsarbetet framskrider. Enheten har också varit representerad i förändringsorganisationens referensgrupp. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning har inbjudits att delta i referensgruppen.

Åtgärderna anknyter i hög grad till givna direktiv

Sammantaget ger granskningen en bild av att åtgärderna i hög grad anknyter till givna direktiv i besparingsarbetet, dvs. avser i hög grad personalkostnader.

Enstaka uppsägningar har ägt rum

I början av året beslutade styrelsen att varsla 600 personer om uppsägning. I praktiken har dock endast några enstaka uppsägningar ägt rum, då personalneddragningarna klarats genom naturlig avgång. I efterhand kan konstateras att behovet av uppsägningar blivit betydligt mindre än förväntat och det stora varslet har då sannolikt skapat en onödig oro i organisationen.

Det går inte att utsluta att åtgärder lett till försämrad kvalitet i vården

Många åtgärdsförslag handlar om personalneddragningar. Det saknas dock tillräckliga underlag för att få en tydlig bild av vilka personalminskningar som kunnat ske till följd av ett effektivare arbetssätt och vilka som innebär en reducering i verksamheten (minskad bemanning, minskade utbildningsinsatser, färre vårdplatser etc.). En av riktlinjerna i besparingsarbetet var att inga kvalitetsförsämringar skulle ske. Mot bakgrund av det omfattande besparingsarbetet och den genomförda granskningen kan det inte utslutas att vissa åtgärder inneburit kvalitetsmässiga försämringar.

En majoritet av åtgärderna är genomförda

Vid utgången av 2009 har vidtagna åtgärder medfört att kostnaderna minskat med sammanlagt 247 mkr, vilket är 81 mkr än mer beräknat. Totalt planerades 775 åtgärder. Av dessa har fram till december månads utgång merparten av åtgärderna genomförts och effekter uppnåtts.

Åtgärdsprogrammet mål bedöms kunna uppfyllas – förutsätter fortsatt god kontroll

Revisionen bedömer, förutsatt en fortsatt god styrning, uppföljning och kontroll, att sjukhuset kommer att klara att leverera en besparing på 450 mkr år 2010. Sjukhuset har genomfört ett systematiskt och planmässigt besparingsarbete så här långt. Det är dock väsentligt att Karolinska, för att möta de ökade kraven på sjukvården, även fortsättningsvis arbetar aktivt med åtgärder för att effektivisera verksamheten och öka produktiviteten. Det är inte minst viktigt mot bakgrund av kravet på en årlig effektivisering motsvarande två procent av den totala vårdersättningen⁶. Det är också viktigt att man vid genomförandet av besparingsprogram inte tappar kontrollen på de övriga kostnaderna som då riskerar att öka. I det fortsatta arbetet bör sjukhuset ha ökat fokus på patient-säkerhet och kvalitet för att säkerställa att besparings/effektiviseringsåtgärderna inte leder till försämrad vård för patienterna.

⁶ Kravet ingår som en del i den ersättningsmodell som används i flerårsavtalen 2009-2011 för sjukhusen.

Innehållsförteckning

1. Inledning	2
1.1. Bakgrund.....	2
1.2. Syfte och avgränsning	2
1.3. Metod och granskningskriterier	2
2. Bakgrund till behovet av kostnadsreducering	3
2.1. Ekonomiskt utfall under senare år	3
2.2. Tidigare åtgärdsprogram.....	4
3. Nuvarande åtgärdsprogram – Sparbetning 2	5
3.1. Övergripande ambitionsnivå	5
3.2. Hur organiseras besparingsarbetet?.....	6
3.3. Processen för framtagandet av åtgärdsförslag	8
3.4. Åtgärdernas karaktär	12
3.5. Formellt beslut och kontakter med ägare samt beställare	13
3.6. Uppföljning	14
3.7. Utfall av åtgärdsprogrammet hösten 2009.....	15
3.8. Beredskap för oförutsedda händelser	16
3.9. Förväntat utfall av åtgärdsprogrammet 2009 och 2010	16
Bilaga 1 Granskningskriterier	1
Bilaga 2 Exempel på åtgärdsförslag.....	2

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Karolinska Universitetssjukhuset har redovisat negativa resultat sedan 2005 trots en utökad budget. Tidigare utredningar med åtföljande handlingsprogram har följts upp med kompletterande åtgärder. Exempelvis beslutades om tre åtgärdsprogram under 2008. Tidigare vidtagna åtgärder har dock inte varit tillräckliga för att få en ekonomi i balans. Sjukhusets styrelse beslutade därför i januari 2009 att genomföra ytterligare ett åtgärdsprogram för att minska sjukhusets kostnader med 450 mnkr 2010. För att möjliggöra detta bedöms att 166 mnkr bör genomföras under 2009. Cirka 80% av de kostnader som kan påverkas på kort sikt är personalkostnader varför sjukhusets åtgärdsprogram fokuserar personalneddragningar. Åtgärdsprogrammet ska genomföras med bibehållen patientsäkerhet och produktionsvolym.

Landstingets förtroendevalda revisorer har mot denna bakgrund beslutat att granska utformningen och genomförandet av åtgärdsprogrammet.

1.2. Syfte och avgränsning

Syftet med granskningen har varit att följa upp hur sjukhuset genomför uppdraget att effektivisera verksamheten och dämpa kostnadsutvecklingen i syfte att nå ekonomisk balans på såväl kort som lång sikt.

Övergripande revisionsfrågor:

- Styr och genomförs besparings- och effektiviseringsarbetet på Karolinska Universitetssjukhuset med god kontroll och på ett effektivt sätt?
- Är åtgärderna tillräckliga för att få en ekonomi i balans?

Granskningen har även sökt svar på följande frågor:

- Organiseras och bedrivs förändringsarbetet på ett effektivt sätt?
- Är ansvar och roller tydliga? Finns en tydlig koppling mellan ansvar och befogenheter?
- Hur har besparingsuppdragen fördelats till divisioner/staber respektive till kliniker/verksamheter (generella/differentierade sparbetning)?
- Hur ser processen för framtagandet av åtgärdsförslag ut, från förslag på kliniknivå till beslut i sjukhusledningen/styrelsen? Var sker prioritering av åtgärderna?
- Vilken dialog förs med ägaren respektive beställaren under arbetets gång?
- Vilken uppföljning sker? På vilket sätt säkerställer ledningen att beslutade åtgärder genomförs och får förväntad effekt? På vilket sätt säkerställs att patientsäkerheten och kvaliteten inte påverkas negativt?
- Vilka åtgärder har hittills genomförts och vilka effekter har uppnåtts?
- Finns beredskap för oförutsedda händelser?
- Finns incitament för budgethållning?
- På vilket sätt hanterar Karolinska Universitetssjukhuset FoUU-frågorna i förändringsarbetet?

1.3. Metod och granskningskriterier

Granskningen har genomförts via intervjuer och dokumentstudier. Vilka intervjuer och dokument som granskningen bygger på redovisas i separat dokument. Granskningskriterierna presenteras i bilaga 1.

2. Bakgrund till behovet av kostnadsreducering

2.1. Ekonomiskt utfall under senare år

Karolinska Universitetssjukhuset har de senaste åren haft ekonomiska svårigheter. Under åren (2005-2008) har sjukhuset inte uppnått nollresultat vid något tillfälle. År 2008 var det ekonomiska resultatet -251 mnkr (efter att 40 mnkr reserverats för omstruktureringsåtgärder) vilket motsvarar 2 procent av omsättningen. Resultatkravet från fullmäktige var nollresultat. Dock var 2008 års resultat 108 mnkr bättre än 2007 års resultat. Det ska dock beaktas att sjukhuset år 2007 hade fått godkännande för att arbeta utifrån en budget som innebar ett underskott på 270 mnkr.

Som diagrammet nedan visar har sjukhuset flera år haft svårigheter att under året förutse det slutliga årsresultatet. De månatliga prognoserna har i bästa fall vid mitten av respektive år signalerat om det negativa slutliga utfallet. Flera år har utfallet även påtagligt försämrats under hösten. Tillräckliga besparingsåtgärder har inte vidtagits för att nollresultat skall kunna uppnås.

Landstingsrevisorerna bedömde i Årsrapport 2008 för Karolinska Universitetssjukhuset styrningen som "ej helt acceptabel", samt att de åtgärder som har vidtagits för att dämpa kostnadsutvecklingen inte fått tillräcklig effekt.¹



Diagram. Karolinska Universitetssjukhusets månadsprognoser och årliga utfall 2005-2009 (mnkr)

Fullmäktige beslutade i budget 2008 att införa en ny styrstrategi för sjukhusen. Strategin innebär ett fortsatt resultatansvar men med ändrade regler för såväl under- som överskott samt att ägaren inte tillskjuter nya medel. Överskott/underskott överförs till nästa års räkenskaper. Utöver det har även sanktionsregler införts som innebär att sanktioner träder i kraft om sjukhusets förlust överstiger 50% av ingående eget kapital 2008 under längre tid än sex månader. En ytterligare mycket viktig förändring för sjukhuset är att vårdöverenskommelsen med beställaren för första gången är treårig. År 2009 är det första året med denna vårdöverenskommelse.

¹ Karolinska Universitetssjukhuset Årsrapport 2008, Landstingsrevisorerna RK 200805-52

Karolinska Universitetssjukhusets resultat bör även ses i förhållande till eventuella ökning och minskningar av beställningar och därmed produktion. Under 2008 har sjukhuset ökat sin produktion inom samtliga områden (utom akuta öppenvårdsbesök) samt fått ökade medel till följd av vårdgarantin. Produktionsökningen var dock större än den beställning man fick, varför vissa intäkter uteblev enligt gällande rabattsystem. Under samma period ökade sjukhusets kostnader för personal jämfört med budget och sjukhuset använde sig även i större utsträckning av externa underleverantörer.

I oktober 2007 presenterades en konsultrapport avseende genomlysning av Karolinska Universitetssjukhusets verksamhet. I rapporten framkom en rad iakttagelser som delvis har legat som grund för sjukhusledningens utformning av nuvarande besparingsprogram.

De huvudsakliga iakttagelserna var:

- Universitetssjukhus generellt kommer att behöva genomdriva förändringar för att uppnå sina mål och bibehålla sina höga ambitioner inom vård, forskning och utbildning.
- Karolinska Universitetssjukhuset har i Sverige en överlägsen position gällande forskning, men vid jämförelse av effektivitet och vårdkvalitet framstår Karolinska Universitetssjukhuset som genomsnittligt. Det finns många symptom inom Karolinska Universitetssjukhuset som visar på en mycket stor möjlighet att bedriva verksamheten mer effektivt och med högre kvalitet. Produktiviteten inom vissa områden är att betrakta som mycket låg, det finns också svårförklarliga skillnader i prestation mellan individer.
- De främsta orsakerna till att förbättringsmöjligheterna inte tas tillvara är enligt rapporten att:
 - J Styrningen och uppföljningen är bristfällig
 - J Organisationsstrukturen inte främjar snabba beslut
 - J Kulturen inte är konstruktiv samt karaktäriseras av revirtänkande
 - J Det finns för få bra ledare
 - J Relationen till beställaren inte är tillräckligt professionell
- Kostnadsökningarna under senare år har främst skett avseende personal. Andra kostnader som ökat är IT, medicintekniskt materiel, laboriemateriel, läkemedel samt externa röntgen-, IVA- och UVA-tjänster.
- De synergier som väntades i samband med sammanslagningen av Solna och Huddinge har inte uppnåtts i den utsträckning som eftersträvades.

2.2. Tidigare åtgärdsprogram

Under 2008 beslutade Karolinska Universitetssjukhuset om tre åtgärdsprogram, som dock inte givit tillräcklig besparingseffekt. Det sistnämnda programmet (fortsättningsvis kallat Sparbeting 1) presenterades efter sommaren 2008 och inkluderade en strategi för att uppnå en ekonomi i balans. Strategin byggde dels på långsiktiga förbättringsarbeten, dels på omedelbara åtgärder. Det långsiktiga arbetet handlade framför allt om förbättringar i patientflödena. De omedelbara åtgärderna handlade främst om minskning av antalet anställda, minskad användning av konsulter samt hemtagning av vissa externa sjukvårdstjänster.

Sparbeting 1 togs fram mot bakgrund av att sjukhuset befarade ett underskott i storleksordningen en halv miljard kronor om inte åtgärder skulle vidtas. Sjukhuset tillsatte under 2008 en ny biträdande sjukhusdirektör med ansvar för bl a området ekonomi. Biträdande sjukhusdirektör uppger att ingen formell analys gjorts av varför inte det tidigare sparprogrammet realiserats i högre grad. Däremot anser han att det i stora stycken varit uppenbart att detaljrikedomen inte varit tillräcklig, ägarskapet för realisering av besparingsåtgärder otydligt, inarbetningen i budgeten allt för knapp samt att uppföljningen och riktlinjerna inte varit tydliga nog.

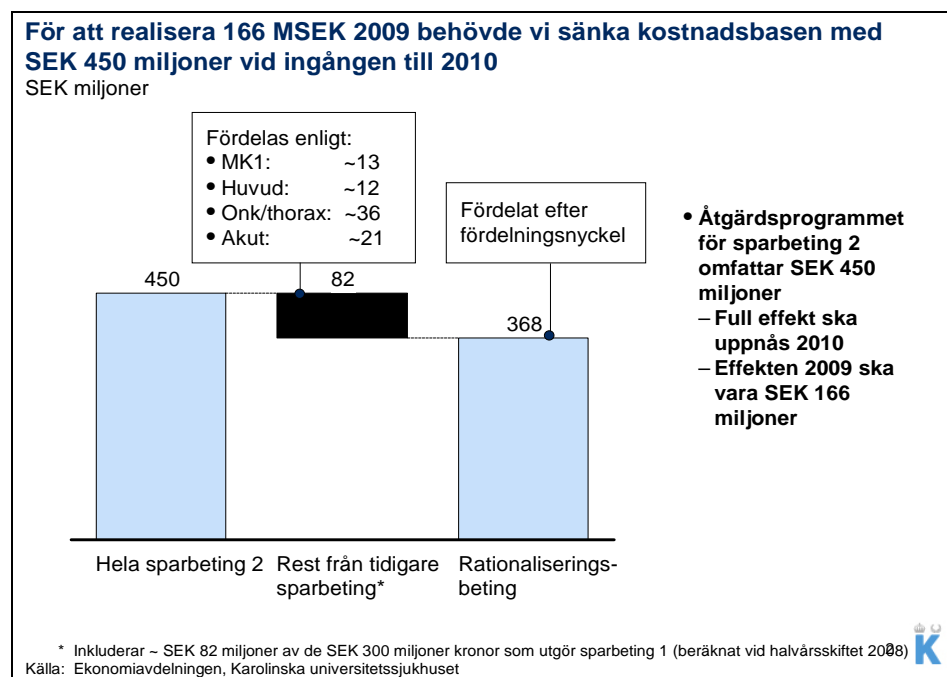
2.2.1. Kommentarer och bedömningar

Karolinska Universitetssjukhusets tidigare ekonomiska svårigheter och konsultrapporten som genomfördes 2007 visar på behov av att ett nytt åtgärdsprogram tas fram för att komma i balans. Det som också blir tydligt utifrån detta är att kommande besparingsarbete måste bedrivas med ett betydligt större mått av stringens och planmässighet än de som genomförts tidigare. Eventuellt hade det varit en god idé att systematiskt sammanställa och analysera erfarenheterna av de tidigare besparingsarbetena. Vi kan dock känna sympati för biträdande sjukhusdirektörens bedömning att det delvis varit uppenbart varför tidigare besparingsåtgärder inte har lyckats. Som framkommer i följande avsnitt i denna rapport har sjukhuset, i enlighet med biträdande sjukhusdirektörens konstaterande, också förändrat besparingsarbetets uppläggning.

3. Nuvarande åtgärdsprogram – Sparbeting 2

3.1. Övergripande ambitionsnivå

Sjukhusets styrelse fattade i januari 2009 beslut om att sänka kostnaderna med 450 mnkr och med full helårseffekt år 2010. Detta blev även målet med det nuvarande besparingsprogrammet, Sparbeting 2. För att möjliggöra detta har sjukhuset bedömt att 166 mnkr behöver realiseras under 2009. Detta innebär att de divisioner som har en rest från det tidigare sparbetet, tar med sig denna som en extra "ryggsäck". De 450 mnkr inbegriper alltså summan av rest från det tidigare sparbetet 2008 och de nytillkommande som utarbetats under 2009.



Källa: Programkontoret, Karolinska Universitetssjukhuset.

De 450 mnkr motsvarar ca. 3,5 procent av sjukhusets totala kostnader. Kostnadssänkningen på 166 mnkr innebär att sjukhuset har siktat mot ett nollresultat 2009.

De övergripande riktlinjerna för Sparbeting 2 har varit:

- ingen kvalitetsförsämring
- bibehållen produktion
- att kostnadsreduktionen ska vara bestående

- att åtgärder ska utarbetas i samverkan med personalen
- att besparingarna främst skall genomföras inom personalområdet.
- besparingarna ska gälla den externa kostnadsbasen
- åtgärderna ska vara uppföljningsbara

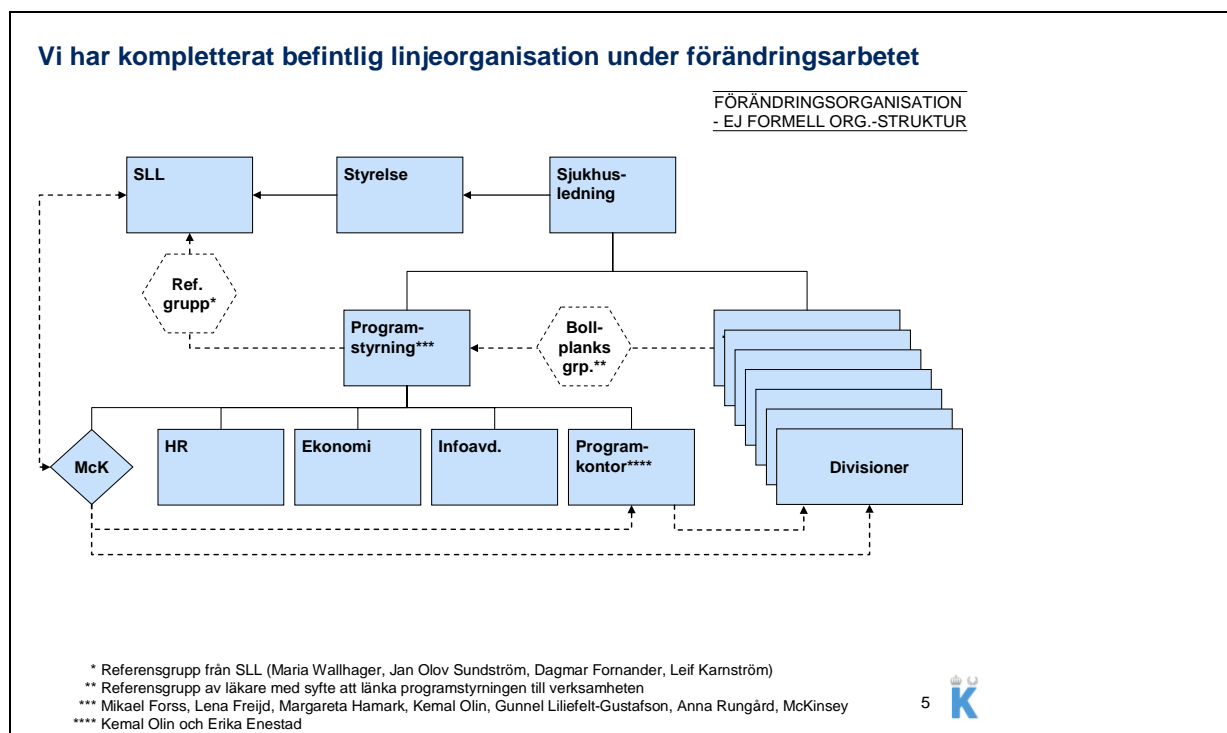
Besparingarna på 450 mnkr bedömdes motsvara en personalreduktion på 900 medarbetare. Av denna anledning lade sjukhuset, efter beslut i sjukhusstyrelsen den 16 mars, ett varsel på 900 tjänster. Ambitionen har varit att personalreduktionen ska ske under 2009 genom att inte ersättningsrekrytera, inte tillsätta vakanser samt uppsägningar.

Sjukhusledningen godkände den 31 mars 2009 ett åtgärdsprogram med över 800 tids- och kostnadsatta åtgärder från divisioner, kliniker och staber. Karolinska Universitetssjukhusets kvalitets- och patientsäkerhetsorganisation bedömde att sparbetinget inte hade någon fundamental påverkan på patientsäkerheten.

3.2. Hur organiseras besparingsarbetet?

3.2.1. Organisation och stödjande strukturer

Den befintliga linjeorganisationen på Karolinska Universitetssjukhuset har kompletterats med ett programkontor under besparingsarbetet:



Källa: Programkontoret, Karolinska Universitetssjukhuset.

Programkontoret inrättades vid årsskiftet 2008/2009 och bestod då utav de personer som framgår av organisationsbilden ovan. Kort innan programkontoret hade skapats fanns det inom Akutdivisionen ett lokalt programkontor. Tanken från början var att alla divisioner skulle ha ett lokalt programkontor. Detta har däremot endast realiserats hos Akutdivisionen. I maj tillkom ytterligare en medarbetare till det centrala programkontoret samtidigt som konsultstödet avvecklades.

Programkontoret har sedan tillkomsten arbetat med samordning, uppföljning och stöd till divisionerna inom ramen för besparingsarbetet. Under våren presenterade programkontoret med konsultstöd ett omfattande material till stöd för verksamheterna i genomförandet. En stor del av detta material sammanställdes i dokumentet Verktygslåda - Ekonomi i balans 2009 och består av:

- Ø Sparbetingets bakgrund och vilka regler som gäller för dess realisering.
- Ø Ansvarsfördelning och stödfunktionernas roller vid realiseringen av åtgärdsprogrammet.
- Ø Tid- och arbetsplan för verksamheten/divisionen i arbetet att utarbeta åtgärder
- Ø Sammanfattning av instruktioner och regler för reducering av personalkostnader och en checklista att använda vid granskning av sparbetinget.
- Ø Konkreta idéer om vilken typ av besparingsinitiativ som divisionerna och klinikerna kan arbeta vidare med.
- Ø Strukturen på uppföljning av sparbetinget.

Utöver detta togs även följande dokument fram:

- Ø Kommunikationsplaner för intern och extern kommunikation kring att få ekonomin i balans.
- Ø Stödande dokument, riktat till chefer, kring vad som händer vid förändringar

Flera har uttryckt att verktygslådan varit värdefull, dock kom den sent i processen. Alla divisioner hade redan påbörjat och vissa delvis avslutat sitt arbete med att identifiera besparingsinitiativ när verktygslådan var klar.

3.2.2. Roller och ansvar

Ett särskilt avsnitt i verktygslådan beskriver hur ansvarsfördelningen ser ut mellan kliniker, divisionsledning och sjukhusledning. Linjen ansvarar för att budgeten efterlevs, för att upprätthålla produktionsuppdraget, för att driva åtgärdsprogrammet och uppnå sparbetinget. Verksamhetscheferna är ansvariga för att ta fram och driva igenom sina respektive åtgärdsprogram och dessa ska godkännas av divisionsledningen. Divisionscheferna är i sin tur ansvariga för att ta fram och driva igenom divisionsförslag, som ska godkännas i sjukhusledningen.

I verktygslådan ges exempel på vad detta ansvar innebär för:

Verksamheterna

- Driva kommunikationen med den egna verksamheten
- Identifiera vilka åtgärder man bör vidta för att realisera sparbetinget
- Driva projekt med syfte att reducera bemanningen
- Kartlägga nuvarande bemanning samt hur naturlig avgång kan användas för att realisera sparbetinget
- Göra konsekvens- och riskanalyser
- Samverka processen (facklig samverkan) och genomföra arbetsmiljöanalys

Divisionsledningen (divisionschef, controller och personalchef)

- Samverka processen i samarbete med verksamheterna
- Driva processen på divisionsnivå
- Ställa krav på och stödja verksamheterna
- Begära centralt stöd vid behov

Sjukhusledningen

- Helheten på sjukhusnivå
- Uppföljning
- Ställa krav på och stödja divisionerna

3.2.3. Kommentarer och bedömningar

Det har fattats beslut i sjukhusstyrelsen och i sjukhusledningen om besparingsarbetets ambitioner, inriktning och genomförande. Det har på ett tidigt stadium lagts fast principer för vilka kostnader besparingarna främst ska avse och andra krav på besparingarna. Sammantaget har detta inneburit att besparingsarbetet bedrivits utifrån tydliga övergripande mål och riktlinjer.

Som vi ser det har det varit en fördel att slå ihop sparbetning 1 och sparbetning 2 såsom skett och hantera detta som ett sammantaget i sparbetning.

Sjukhuset har satsat vissa resurser för att skapa en särskild organisation för att styra, planera, följa upp och stödja besparingsarbetets genomförande. Vi menar att en sådan stödjande struktur är en viktig förutsättning för att lyckas med ett så pass omfattande besparingsarbete som Karolinska Universitetssjukhuset bedriver. Intervjuerna bekräftar också att programkontoret, främst i uppföljningssammanhang, och kanske mer och mer med tiden – har varit en viktig förutsättning i besparingsarbetet. Vår uppfattning är att programkontoret efter sommaren också vidtagit viktiga åtgärder för att säkerställa besparingars genomförande. Detta har skett dels genom att genomföra en kvalitetsuppföljning av olika besparingsåtgärder, dels genom att ge stöd till divisionerna i genomförandet.

I den verktygslåda som utarbetades under våren framgår en tydlig ansvars- och arbetsfördelning för besparingsarbetets genomförande. Vi uppfattar att detta i huvudsak efterlevs.

3.3. Processen för framtagandet av åtgärdsförslag

3.3.1. Sjukhusledningsnivå

Initialt gjordes en fördelning av det totala besparingsmålet (avseende Sparbetning 2) på respektive division. Vid fördelningen användes en modell som skulle fördela besparingarna med hänsyn till två aspekter: produktivitetsutveckling och budgetefterlevnad under de tre senaste åren. Modellen innebar att divisionerna delades in i en av fyra grupper i en fyrfältsmatris, beroende på hur de låg till i de två aspekterna produktivitetsutveckling och budgetefterlevnad. Då två av de fyra grupperna i matrisen hade samma sparbetning kom divisionernas sparkrav att hamna på någon av nivåerna 2,6 %, 3,2 % eller 3,9 %. Det sparbetning som fördelades till divisionerna summerade (inklusive resterna från Sparbetning 1) till det totala besparingsbehovet 450 mnkr. Den använda modellen har diskuterats i sjukhusledningen.

Biträdande sjukhusdirektör har kallat den använda modellen för en "intelligent osthyvel". Det ligger i sakens natur att det är svårt att alla berörda ska anse att en fördelningsmodell av detta slag fördelar besparingarna på ett rättvist sätt. Flera av de intervjuade framhåller att de önskar att modellen bättre skulle ha fångat verksamheternas olika förutsättningar. De menar att slutresultatet i liten grad skiljer sig från en mer traditionell osthyvelsbesparing där alla får en lika stor andel av besparingen. Samtidigt menar också flera att det med den tid som stod till buds inte var möjligt att komma längre.

Från sjukhusledningen och programkontoret gavs direktiv om vad besparingen skulle gälla och vikten av att åtgärdsprogrammet genomfördes. En viktig förutsättning som gavs var att kostnadskonsekvenser av åtgärder skulle periodiseras månadsvis för hela den aktuella perioden 2009 – 2010.

Några incitamentssystem har inte kopplats till genomförandet men sjukhusdirektören har slagit fast divisionernas ekonomiska förutsättningar i chefskontrakt. Enligt de intervjuade divisionscheferna har sjukhusdirektören också varit mycket tydlig i sitt ledarskap om att besparingarna denna gång måste lyckas. Krav ställdes på ett aktivt ställningstagande från divisionschefer om de stod bakom besparingsarbetet eller inte. Det har även givits tydliga besked om att den som inte klarar sitt besparingsbeting får ta med detta som en ryggsäck in i nästa år. Parallellt med besparingsarbetet har sjukhuset bedrivit såväl ett chefshandlingsprogram som ledningsgruppsutveckling.

Efter att divisionerna tagit fram sina åtgärdsplaner skulle programkontoret genomföra en genomlysning av respektive enhets besparingsinitiativ. Genomlysning skulle avse följande delar:

- Ø Kostnadsreduktionen är av rätt slag (se punktlista 3.1)
- Ø Reduktionen av personal bedöms ha rätt yrkesmix
- Ø Planen anses rimlig och genomförbar
- Ø Riskanalyser är gjorda
- Ø Arbetsmiljöanalys är gjord
- Ø Förslaget är fackligt samverkat

Genomlysningen innebar att åtgärder ifrågasattes och i flera fall innebar detta att åtgärder förtydligades eller ersattes. Intervjuerna med divisionsledningarna ger en något splittrad bild av detta förfarande. Vissa menar att programkontoret agerat såsom beskrivits ovan medan vissa inte känner igen denna bild utan beskrivit att divisionens åtgärder utan vidare "granskning" passerat programkontoret.

Vart efter att året har gått har programkontoret kommit att fungera som stöd för divisionerna och klinikerna genom att bland annat bistå i utarbetandet av nya besparingsåtgärder i de fall som en föreslagen åtgärd inte kunnat genomföras. En viktig komponent i styrningen har varit att säkerställa ett nära samarbete mellan HR, ekonomi och division/verksamhet.

Nyligen har programkontoret genomfört kvalitetssäkring av utvalda besparingsåtgärder. Arbetet startade med ett slumpmässigt urval. De utvalda åtgärderna granskades noggrant för att fånga eventuella fel/brister som kan innebära att de förväntade besparingarna försenas eller uteblir. Krav har sedan ställts på klinikerna att genomföra en fullständig kvalitetsgenomgång av åtgärdsplanerna där ansvarig chef för respektive åtgärd ska kvittera införande, tidpunkt och summa.

Programkontoret har sedan i april arbetat intensivt med uppföljning av besparingarna. Detta arbete beskrivs mer utförligt i eget avsnitt.

3.3.2. Divisions- och verksamhetsnivå

Respektive division hade möjligheten att omfördela besparingsbetinget mellan sina kliniker om så önskades. Divisionerna har dock i huvudsak använt sig av en modell liknande fördelningsmatrisen på central nivå. Exempelvis Akutdivisionen fördelade betinget till sina kliniker efter klinikernas tidigare budgetefterlevnad och justerade för vissa interna transaktioner. Efter att man tagit hänsyn till detta använde divisionen sig utav en "osthyvel"-princip. Även Medicinsk kirurgi 2 fördelade besparingsbetinget på klinikerna efter deras tidigare "ryggsäck" och jämnade ut utifrån nya/gemensamma resurser.

På klinisk nivå har medarbetarna genomgående deltagit i arbetet med att ta fram åtgärdsförslagen. Det har dock varierat med vilket engagemang medarbetarna tagit sig an denna uppgift. På t.ex. arbetsterapikliniken skapades särskilda grupper om tre till fem medarbetare inom de olika sektionerna och en medarbetare från en annan sektion som ledde arbetet. Gruppernas uppgift har varit att ta fram förslag på hur processerna kan förbättras inom kliniken. Detta har sedan utgjort grund för besparingsåtgärderna. De intervjuade menar att detta varit ett framgångsrikt arbetssätt.

Barndivisionen tog fram sina åtgärdsförslag genom att man på klinisk nivå fick komma med åtgärdsförslag. Inom t.ex. barnortopedin diskuterades förslagen först i klinikkens ledningsgrupp och därefter i divisionens ledningsgrupp. Personalen var involverad i att ta fram åtgärdsförslagen genom första linjecheferna. På många kliniker har medarbetarnas åsikter och förslag fångats upp via arbetsplatsträffar.

De intervjuade fackliga representanterna (Vårdförbundet och Läkarförbundet) har sammantaget bedömt att samverkan med sjukhusledningen kring besparingarna fungerat väl. Från Vårdförbundet önskade man dock att mer information om hur besparingarna skulle fördelas hade förmedlats till dem i ett tidigt skede, d.v.s. under slutet av 2008. Denna åsikt delas även av andra inom t.ex. Onkologi/thorax som menar att det fortfarande i december 2008 var mycket oklart vilken storleksordning som besparingsbetinget skulle hamna på. Fördjupade konsekvensanalyser av de besparingsförslag som påverkar flera verksamheter har efterfrågats av bl.a. Läkarförbundet och akutkliniken.

Den grupp av de intervjuade som ställt sig mest positiva till hur besparingsprogrammet genomförts är arbetsterapikliniken. De berättar att de i januari fick information om besparingsarbetet på en arbetsplatsträff. Kliniken har främst fokuserat på processförbättrande åtgärder och har inlett ett arbete med kontinuerliga förbättringar av det dagliga arbetet. Detta arbete har uppfattats mycket positivt av personalen som förbättrat sin arbetssituation samt eliminerat vissa "tidstjuvar" i vardagen.

I bilaga 2 framgår exempel på hur åtgärdsförslagen redovisades.

Hantering av FoUU-frågorna i förändringsarbetet

Bland de intervjuade vid divisioner framhåller de flesta att det skett förbättringar när det gäller att FoUU-anslag inte används för att vårda och vice versa. I verktygslådan presenteras flera exempel på åtgärder som berör gränssnittet mellan forskningsanslag och landstingsersättning. Detta har uppenbart varit verkningsfullt. Flera av åtgärderna som divisionerna presenterat berör detta gränssnitt och syftar till att renodla förhållandena. Vissa framhåller samtidigt att det kan vara svårt att hantera gråzonen och att en av poängerna med ett universitetssjukhus är att det ska finnas en interaktion mellan forskning och vård och att gränsen dem emellan inte bör vara helt skarp.

Från några håll har framförts att schemauppföljning sker för att bevaka att tiden fördelas rätt. Generellt sett framstår det som att mer finns att göra för att löpande följa hur tiden defacto faller ut. Tidredovisning, som grund för att löpande erhålla underlag för kostnadsfördelningen, sker i regel inte.

Risikanalyser

Varje klinik har gjort riskanalyser/konsekvensbedömningar av besparingsåtgärderna. I riskanalyserna har sjukhusets mall för konsekvensbedömningar använts. I denna beskrivs först vad förändringen avser (teknik, arbetsinnehåll eller arbetsorganisation), vad

utgångsläget är samt vad som ska förändras. Under "vad som ska förändras" beskrivs åtgärden till följd av besparingsbetinget. Därefter beskrivs risker utifrån följande rubriker:

- Ø På vilket sätt kommer den fysisk-, psykisk- och sociala arbetsmiljön att påverka arbetstagarna efter förändringen.
- Ø Vilka risker för ohälsa och olycksfall som förändringen kan medföra.
- Ø Om förändringen kan genomföras på något annat sätt för att undvika riskerna och i så fall på vilket sätt.
- Ø Vilka åtgärder som behöver göras för att minimera de nya riskerna.
- Ø Vem som ansvarar för att handlingsplaner skrivs för de risker som inte kan åtgärdas direkt och angivelse av tidsplaner.
- Ø Positiva och negativa slutsatser.

Riskerna beskrivs både utifrån specifika åtgärdsförslag, men också utifrån den mer generella ambitionen att minska bemanningen. Här följer ett exempel på en konsekvensbeskrivning; *"Vårdavdelningen Q84 kommet enligt besparingsplanen att minska det administrativa stödet för omvårdnaden, samt att minska barnsköterskebemanningen på vissa pass. Vidare minskar chefstiden för bitr. chefssjuksköterska, vilket ökar belastningen på chefssjuksköterskan och minskar det operativa ledningsstödet för vårdpersonalen... För cheferna kommer det minskade administrativa stöder att innebära ökad arbetsbelastning."*

Följande är ett exempel på vad som tagits upp som risk med en minskning av bemanningen: *Ökad stress vilket i sin tur ökar risken att fel begås i vården. Med färre medarbetare ges mindre tid för reflektion i vården, vilket de verksamheter som arbetar med mycket svåra patienter behöver.*

För åtgärder som berör fler än en division, tvärdimensionella förändringsåtgärder, finns en särskild mall som användes initialt. För exempelvis åtgärden att "utöka antalet IVA-platser i Huddinge" beskrivs vilka verksamheter som berörs och en kort beskrivning av projektet lämnas. Själva åtgärden återfinns under respektive kliniks åtgärdslista och det är även respektive klinik som gjort en riskanalys av tvärdimensionella åtgärder. Vissa divisioner har dock påpekat att konsekvenserna av tvärdimensionella åtgärder inte blivit tillräckligt belysta.

Som vi fått det beskrivet för oss har kliniker samlat ihop sina åtgärdsförslag och konsekvensbeskrivningar. Utifrån detta har man skrivit ihop en samlad riskanalys för kliniken. Denna har sedan blivit föremål för samverkan med fackliga företrädare. Även divisionsvis och för sjukhuset samlat har genomgående samverkan skett med anledning av de åtgärder som tagits fram för att uppnå besparingarna.

3.3.3. Kommentarer och bedömningar

Det får sammantaget anses som att den valda fördelningsmodellen som använts på sjukhusnivå har fungerat tillfredsställande. Den tillämpade modellen har varit transparent och gjort anspråk på att bygga in aspekter för att mer faktaunderbyggt, och mer rättvist, fördela besparingarna än vad som är brukligt. I relation till en ideal fördelningsmodell finns däremot mer att göra. Vi relaterar i denna del till utgångspunkterna i denna granskning och att det är önskvärt att fördelningen sker baserat på skillnader i effektiviseringspotential. Verktygslådan innehåller en förteckning över effektiviseringsåtgärder/utvecklingsarbeten som divisioner och kliniker kan överväga i sitt arbete. En sådan förteckning kan också användas för att fånga effektiviseringspotential. Enheter som redan genomfört och inarbetat samtliga relevanta åtgärder bör rimligen ha en lägre potential till ytterligare effektivisering än enheter som knappt har genomfört någon av åtgärderna. Detta kan vara ett sätt att framöver närma sig en fördelning grundad på effektiviseringspotential. Härigenom ökar möjligheten att säkerställa en effektiv användning av landstingets resurser.

Vår bedömning är att sjukhusledningen på ett mycket tydligt sätt slagit fast ambitionen med det pågående besparingsarbetet. Detta gäller avseende omfattning, inriktning och arbetsgång. Det gäller även i det utövade ledarskapet. Det har inte kopplats incitament till genomförandet av besparingarna. Tydlighet i beslut, ledarskap och uppföljning har använts i stället. Vissa har framfört kritik mot att det tog för lång tid innan det lades fast hur stor besparing sjukhuset skulle hantera. Mot bakgrund av att sjukhusets besparingsambition sträcker sig över flera år är vår bedömning att besluten tagits i tid.

Det hade förmodligen varit en fördel om programkontoret tillkommit tidigare i processen. Som vi förstått situationen har programkontoret i varierande grad fungerat som en kritiskt granskande instans i samband med att divisionernas sparförslag var färdiga. I alla avseenden är det dock tydligt att programkontoret haft en viktig roll att fylla för att samordna och följa upp besparingsarbetet. Vår bedömning är att programkontoret utgjort och utgör en viktig förutsättning för att lyckas med ett så här omfattande spararbete. En viktig del i detta har varit tydligheten och enhetligheten om hur åtgärdsförslag skulle redovisas. Vi anser t.ex. att kravet på att kostnadskonsekvenserna av respektive besparingsförslag skulle periodiseras har varit en viktig framgångsfaktor.

En av riktlinjerna i besparingsarbetet har varit att åtgärder ska utarbetas i samverkan med personalen. Vår bedömning utifrån gjorda intervjuer är att detta uppfylls i huvudsak. I våra intervjuer på sjukhus-, divisions- och klinikledningsnivå har samtliga tydligt stått bakom och förstått förutsättningarna för det pågående arbetet med kostnadssänkning. På avdelnings- / mottagningsnivå har vi mötts av en något mer splittrad bild där det vid några enheter har funnits ett stort engagemang och delaktighet medan vi på andra enheter upplevt motsatsen. Inte minst arbetsterapikliniken har utmärkt sig positivt i denna del.

Bedömningen är att besparingsarbetet har bidragit till att tydliggöra gränserna mellan den löpande vårdverksamheten och FoUU. Införande av tidrapportering är dock ett krav för att säkerställa att inte forskningsinsatser finansieras av landstingsresurser eller vice versa.

Åtgärderna har i hög grad varit föremål för riskanalyser och samverkan med fackliga organisationer både på sjukhus- och lägre nivå. Vår bedömning är dock att sjukhuset mer uttömmande hade kunnat analysera och hantera tvärdimensionella konsekvenser av åtgärderna.

3.4. Åtgärdernas karaktär

Vid en genomgång av de åtgärdsförslag som finns för respektive division har iakttagits att en stor del av förslagen – rubrikmässigt – har varit av karaktären reducering² och inte av karaktären effektivisering³. Många av förslagen rör personalnedskärningar i olika form, såsom att inte ersätta vakanser, indragning av tjänster alternativt minska utbildningsinsatserna för befintlig personal. Det saknas fördjupade underlag för att ”se bakom” de olika besparingsåtgärderna och därigenom kunna erhålla en tydligare bild av vilka av personalneddragningarna som kunnat ske till följd av en effektivare arbetsuppläggning och vilka som innebär en reducering. Den följande beskrivningen görs utifrån det som kan utläsas i åtgärdsförslagen.

² Med reducering avser vi här t.ex. en minskad bemanning, minskat utbud, t ex färre vårdplatser etc. och där detta innebär ett minskat utbud för brukarna eller en försämrad kvalitet. Alternativt att det är okänt om minskningen innebär försämringar eller ej.

³ Effektivisering innebär enligt Ernst & Young i detta sammanhang att samma vårdutbud kan erbjudas, att detta sker till oförändrad kvalitet men till lägre kostnad. Kan t.ex. ske genom en bättre arbetsuppläggning som frigör arbetstid.

Akutdivisionen har främst reduceringar av karaktären reducera personal, inte ersätta personal, minskad inhyrning av personal, färre utbildningsinsatser, borttagande av t.ex. personalfrukost samt minskat uttag av övertid.

Barndivisionen har intäktsökande åtgärder i form av att öka antalet utomlänspatienter samt effektivitetsåtgärder hämtade från barnsjukvårdsutredningen. Utöver det har divisionen reduceringar i form av t.ex. bemanningspool, inköpsstopp, inte ersätta personal, inte nyanställa samt färre utbildningsinsatser

Medicinsk Kirurgi 2 har effektiviseringsåtgärder i form av ökad ordning och reda samt effektivisering av mottagningsverksamheten. Utöver det har divisionen reduceringar i form av att minska personal, inte ersätta personal, stänga gynakuten nattetid, reducera materialåtgång samt återhållsamhet med klinikdagar och utbildning.

Onkologi/Thorax har t ex intäktshöjande åtgärder i form av att öka antalet utomlänspatienter och översyn av kostnader för läkemedel i relation till apoteket där tidigare omotiverade överkostnader uppdagats. Utöver det har divisionen reduceringar i form av minskad mottagning på kvällen, inte ersätta personal, dra in tjänster, minska konsultkostnaderna samt minska användandet av extern röntgen. Även följande effektiviseringsåtgärder finns med: minskad (bättre) användning av vissa dyra läkemedel genom s.k. targetanalyser⁴, omfördelning av arbetstid för att undvika s.k. övertidsmottagningar.

En iakttagelse vi gjort vid två av intervjuerna på enhetsnivå är att vissa personalneddragningar skett utan att detta varit kopplat till en effektivare arbetsutformning.

3.5. Formellt beslut och kontakter med ägare samt beställare

Sjukhusets styrelse fattade i januari 2009 beslut om att sänka kostnaderna med 450 mnkr och med full helårseffekt år 2010. Sjukhusledningen godkände den 31 mars 2009 ett åtgärdsprogram med över 800 tids- och potentialsatta åtgärder från divisioner, kliniker och staber. Sjukhusets kvalitets- och patientsäkerhetsorganisationen bedömde att sparbetinget inte hade någon fundamental påverkan på patientsäkerheten.

Styrelsen får regelbundet information om hur besparingsarbetet fortskrider. Sjukhusdirektör och biträdande sjukhusdirektör har vid flera tillfällen redovisat besparingsarbetet och dess utfall för landstingsstyrelsens produktionsutskott. Ägaren har noga följt såväl planering som genomförande och löpande fått rapporter om hur besparingsarbetet framskrider. Ägaren är även representerad i förändringsorganisationens referensgrupp. Beställaren har formellt sett en representant i förändringsorganisationens referensgrupp. Enligt uppgift har beställaren däremot inte särskilt ofta varit representerad här. Beställaren bevakar dock sina intressen i relation till gällande vårdöverenskommelse.

3.5.1. Kommentarer och bedömningar

Sammantaget är vår bild att åtgärderna i hög grad anknyter till de givna direktiven i besparingsarbetet, dvs. de avser i hög grad personalkostnader. Åtgärderna är rubrikmässigt i hög grad av typen neddragning/indragning. Underlagen ger vanligen inte mer information om bakomliggande skäl för reduceringar. Vår bedömning efter intervjuer är att det finns flera exempel på personalminskning som sker till följd av att arbetsuppläggningsen ändrats så att minskningen inte ska innebära försämrad verksamhet. Samtidigt förstår vi det som att flera personalminskningar även skett utan att en alternativ arbetsuppläggning har identifierats. En av riktlinjerna som gavs med besparingsarbetet var att inga kvalitetsförsämringar skulle ske. Mot bakgrund av det vi funnit avseende åtgärdernas karaktär är vår bedömning att det inte är

⁴ Metod för att identifiera vilka patienter som är mottagliga för läkemedelsbehandling.

uteslutet att vissa av åtgärderna inneburit kvalitetsmässiga försämringar. Vi vill dock betona att vi anser att sjukhusets processer för att systematiskt analysera effekter på patientsäkerheten bör ha minimerat kvalitetsförsämringar i det avseendet.

De grundläggande förbättringstankarna, att öka effektiviteten och produktiviteten, som bl.a. påtalades i McKinseys genomlysning av verksamheten 2007, har till viss del implementerats i besparingsprogrammet. Vi ser det som ett tecken på att ett fortsatt utvecklingsarbete inom dessa områden kan ge fortsatta kostnadsreduceringar utan att inverka menligt på kvalitet och patientsäkerhet.

Ägaren har noga följt såväl planering som genomförande av åtgärdsprogrammet och är representerade i förändringsorganisationen. Beställaren har haft möjlighet att delta men har inte deltagit i referensgruppen.

3.6. Uppföljning

Det sker en kontinuerlig uppföljning av planernas genomförande på tre olika nivåer; sjukhusnivå, divisionsnivå och kliniknivå. Uppföljning sker av produktion enligt avtal, budget inklusive sparbetning och sjukhusgemensamma regler. Så långt som möjligt används befintliga strukturer för uppföljning. Åtgärdspaketet var klart i slutet av mars. I april genomfördes den första uppföljningen som då avsåg perioden januari t.o.m. mars.

På *sjukhusnivå* används en utökad version av MUM-möten⁵ och stöd från rapporter i Visare⁶. Programkontoret finns med som stöd i processen och sammanställer samt följer upp avvikelser. Programkontoret ställer månadsvis samman en rapport (sk. "Heatmap") där det klinik- och divisionsvis och med färgkoder framgår hur framgångsrikt besparingsarbetet fortskrider. Uppföljningen av besparingsarbetet på sjukhusnivå bygger på uppföljning av besparingsåtgärder på lägre nivå. Rapportering sker regelbundet till sjukhusledning, styrelse och till landstingsstyrelsens produktionsutskott.

På *divisionsnivå* används en utökad version av divisionernas prognosverktyg för klinikerna. Uppföljningen sammanställs av divisionscontrollers tillsammans med klinikcheferna. Här sker även en specifik uppföljning av besparingsprogrammet där det rapporteras huruvida enskilda åtgärder är uppnådda eller ej. Divisionerna ombeds ge en förklaring till utfallet samt ge en prognos för kommande månad. Programkontoret finns med som analytiskt stöd.

På *kliniknivå* används rapporter i Visare och/eller rapporter från prognosverktyg som går igenom på klinikledningsmöten. Divisionscontrollern finns med som analytiskt stöd.

Programkontoret utförde under oktober 2009 en kvalitetsgenomgång på kliniknivå för samtliga divisioner. Ett slumpmässigt urval av åtgärder valdes ut. Vid genomgången uppdagades vissa brister. Bristerna avsåg t ex att enheterna i vissa fall redovisat värde på en besparing i förväg (dvs. innan den är införd), att man har budgeterat en besparing på en rad men av misstag följt upp den på en annan eller att man gjort besparing på läkemedel istället för personal utan att ändra i planen. Krav har sedan ställts på klinikerna att genomföra en fullständig kvalitetsgenomgång av åtgärdsplanerna där ansvarig chef för respektive åtgärd ska kvittera införande, tidpunkt och summa.

⁵ Månadsuppföljningsmöten

⁶ Visare är ett rapportsystem för ekonomisk uppföljning. Det är främst anpassat till chefer för att de på ett enkelt sätt ska kunna ta ut rapporter om t.ex. ekonomi och personaldata.

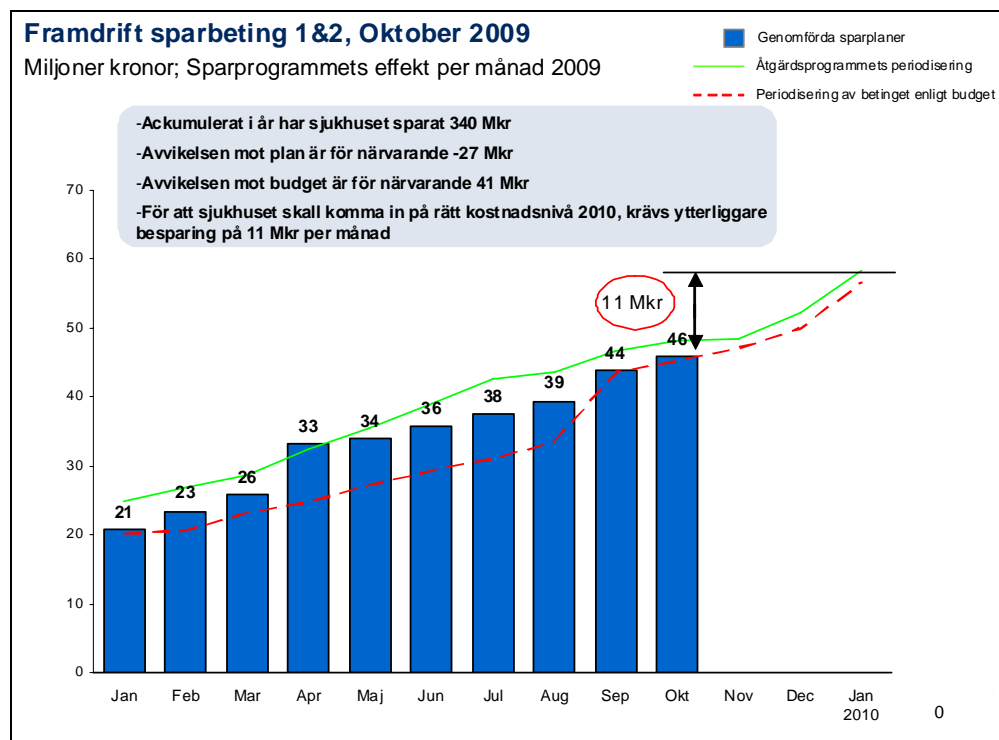
3.6.1. Kommentarer och bedömningar

Uppföljningen av besparingsarbetet är enligt vår bedömning strukturerad, omfattande och regelbunden. Rapporteringen bygger på uppföljning från klinikerna och den sammanställs av programkontoret på ett överskådligt sätt.

De planerade åtgärdernas förväntade kostnadseffekter periodiserades i samband med att åtgärdsprogrammet sjösattes. Härigenom möjliggörs en lika noggrann uppföljning. Uppföljning sker också regelbundet av om förväntade effekter för respektive åtgärd uppnås på utsatt tid. Uttalade krav ställs på att ersättningsåtgärder ska utarbetas i de fall åtgärder (eller effekter av dessa) uteblir. Fokus på detta har även successivt ökat genom den kvalitetsgenomgång som via programkontorets försorg genomförts och fortsatt pågår.

3.7. Utfall av åtgärdsprogrammet hösten 2009

Oktoberresultatet för sjukhuset påvisade att resultatet ligger i linje med budget, dock har enskilda divisioner och kliniker fortfarande för höga kostnader. De drygt 800 sparåtgärder som tagits fram och följts upp har resulterat i besparingar på ca 340 mnkr.⁷, vilket är -27 mnkr mot sparplanen men +41 mnkr mot budget.



Källa: Programkontoret, Karolinska Universitetssjukhuset

En risk som finns är att åtgärder markerats som genomförda och att man räknat med dem utan att det i verkligheten blir så. Det är denna risk sjukhuset försöker motverka genom den kvalitetsuppföljning som beskrivits ovan och som i princip är genomförd. Programkontoret har även skärpt tonen gällande krav på ersättningsåtgärder, d.v.s. att klinikerna ska ge förslag på en ny besparingsåtgärd om en tidigare åtgärd visat sig vara ogenomförbar.

Biträdande sjukhusdirektör poängterar också att prognostiseringsförmågan förbättrats samt att man tidigare år börjat se negativa prognosavvikelser kring sommaren och att detta inte inträffat i år. Utöver det upplever biträdande sjukhusdirektör att det skett en kulturförändring där ekonomi hamnat mer i fokus och att förståelsen ökat för att budgeten måste hållas.

⁷ Sjukhusets resultat januari-augusti 2009, Karolinska Universitetssjukhuset

Även landstingets ägarrepresentant menar att sjukhusets ekonomistyrning stärkts under senare tid och att detta bör förbättra möjligheterna att träffsäkert prognostisera utfallet.

Ernst & Young har gjort en uppföljning på åtgärdsnivå. Totalt planerades 775⁸ åtgärder. Av dessa har fram till oktober månads utgång 563 st (73%) genomförts och effekt uppnåtts, 45 åtgärder som borde ha genomförts är ännu inte genomförda och 31 åtgärder har genomförts men har en försenad effekt. Ytterligare 136 åtgärder är planerade att påbörjas efter oktober månads uppföljning.

Sjukhuset genomför regelbundet medarbetarundersökningar. Resultatet av medarbetarundersökningen som gjordes i maj 2009 visar överlag på förbättringar och i något fall på oförändrad nivå. Flera divisions- och verksamhetschefer påpekar att det var under denna period som oron i organisationen dessutom var stor, eftersom besparingsprogrammet precis satt i gång. Samtidigt kan det anföras att det hade varit intressant att få en temperaturlagning hos medarbetarna som avser hösten, då merparten av personalminskningarna har genomförts. Det finns dock andra data som regelbundet följs upp. Både personalomsättningen⁹ och övertiden har minskat påtagligt mellan november 2008 och samma månad 2009.

3.7.1. Kommentarer och bedömningar

Uppföljningen av besparingsarbetet visar att sjukhuset i allt väsentligt följer den lagda planen för spararbetet. En klar majoritet av åtgärderna som ska vara genomförda är också genomförda. Den sammantagna effekten ligger t.o.m. oktober något över den periodiserade planen för spararbetet.

För att komplettera bilden av besparingsarbetets effekter på personalen hade det varit lämpligt att genomföra en särskild medarbetarundersökning under hösten när merparten av personalreduceringarna var genomförda. Nu kommer sådan information att bli tillgänglig först under våren 2010. Av övriga personaldata är det inget som tyder på att besparingsarbetet inneburit negativa konsekvenser för personalen.

3.8. Beredskap för oförutsedda händelser

Eventuellt kan man tänka sig att sjukhuset skulle ha tagit "extra höjd" i sitt besparingsarbete. Med vetskap om de svårigheter som funnits tidigare att förverkliga sparambitioner, hade en sparambition som överskrider det faktiska behovet om 450 mnkr kunnat stödjas. Samtidigt är det svårt att hos verksamheterna få gehör för en större besparing än vad som faktiskt krävs.

Utformningen av besparingsarbetet kan ändå sägas ha ett inslag av extra höjd. Den består av den framtunga periodisering som gjorts av besparingsåtgärderna. Detta innebär inte att sjukhuset kan klara att åtgärder uteblir. Däremot kan sparpaketet realiseras trots viss försening i genomförandet av åtgärder.

I sammanhanget bör även nämnas att strategin har varit att minimera att oförutsedda händelser uppstår genom en stram uppföljning.

3.9. Förväntat utfall av åtgärdsprogrammet 2009 och 2010

Biträdande sjukhusdirektörens bedömning är att besparingsprogrammet kommer klara av att leverera 450 mnkr till 2010. Den totala risken, för att man inte kommer att klara

⁸ Strukna åtgärder har inte räknats med. Bygger på uppföljning t.o.m. oktober 2009.

⁹ Mätt som personalomsättningen in- och ut ur Karolinska sjukhuset.

besparingsprogrammet, bedöms efter programkontorets kvalitetssäkring av åtgärderna till 0-10 mnkr. I det stora hela är det andra faktorer och kostnadsöverdrag, utanför detta besparingsprogram, som kan komma att påverka utfallet i slutändan. Sjukhuset har under hela året t.o.m. september månad prognostiserat ett 0-resultat. Prognosen har efter oktober månads utfall skrivits upp något och bedöms till +20 mnkr.

3.9.1. Kommentarer och bedömningar

Karolinska Universitetssjukhuset har i princip haft en beredskap för oförutsedda händelser genom den "framtinga" periodiseringen av åtgärderna och den strama uppföljningen.

Vi bedömer att besparingsprogrammet kommer att klara av att leverera en besparing på 450 mnkr till 2010. Sjukhuset har genomfört ett systematiskt och planmässigt besparingsarbete så här långt. Arbetet har i hög grad inneburit att ett helhetsgrepp tagits och att förväntade effekter har infriats.

Mikaela Bengtsson

Larissa Sirén

Andreas Endrédi
Certifierad revisor

Bilaga 1 Granskningskriterier

Ernst & Young har format en modell för analys och granskning av besparingsarbete inom hälso- och sjukvård. Modellen bygger på de erfarenheter som företaget byggt upp i såväl gransknings- som rådgivningsuppdrag inom hälso- och sjukvården i Sverige. Som bakgrund till den använda modellen finns även en nyligen genomförd studie som Ernst & Young genomfört av landstingens besparingsarbete.

- Ett besparingsarbete behöver utgå ifrån ett tydligt beslut om hur mycket som ska sparas, när det ska vara klart och vem/vilka på olika nivåer som ansvarar för genomförandet.
- Det bör klargöras om det är tillåtet att spara genom att reducera verksamhet och genom att försämra kvaliteten i det som erbjuds.
- En transparent modell för fördelning av besparingar mellan berörda delverksamheter bör användas.
 - Modellen bör vara faktaunderbyggd och inte ensidigt fördela besparing enligt "osthyvelsmodell".
 - Det är en fördel om modellen bygger på kunskap om verksamheternas effektiviseringspotential.
- Ett omfattande besparingsarbete kräver för att bli lyckosamt att vissa resurser satsas (avdelas) som stöd i genomförandet. Exempelvis kan detta ske genom tillskapande av en särskild (tillfällig) enhet som stödjer och följer besparingsarbetet.
- De faktiska åtgärder som leder fram till önskad besparing bör utarbetas i nära samverkan med medarbetarna.
- Åtgärdernas eventuella effekter på egen och angränsande verksamhet behöver beaktas.
- Ledningen bör aktivt pröva och slutligen godkänna de besparingsåtgärder som ska genomföras.
- Ett viktigt inslag i säkringen av besparingsarbetet är att det finns en tät och regelbunden uppföljning. Att beslutade åtgärder genomförs i tid bör följas liksom att önskade effekter uppnås samt hur verksamheten ska förfara om åtgärder försenas/uteblir eller om eftersträlvade effekter inte uppnås.

Bilaga 2 Exempel på åtgärdsförslag

Besparingshändelser											
Klinik	Mån	År	Post	Förändring g 2009 Ikr årseffekt	Förändring g 2010	Antal anställda Läka/SSK/USK Övrig	Antal helårsarbetare Läka/SSK/USK Övrig	Beskrivning	Ansvarig	Sparbetning	Kommentar PK
								påverkar flera divisioner		Sparbetning 2	Två divisionsenll åtgärd
								påverkar endast egen klinik		Sparbetning 2	Två funktionell åtgärd inom divisionen
								påverkar flera kliniker inom divisionen		Sparbetning 2	Intern överföring?
3300	Juli	2009	Personalkostnad	60	131		0.3	0.25 sekr överförs till matkond & avtal	M Wickman	Sparbetning 2	Ej tillräckligt specificerat
3300	Dec	2010	Materialkostnader		31				M Wickman	Sparbetning 2	OK!
3301	Jan	2010	Personalkostnad	0	161			Införande av flexibel minskat övertidskostnader	J Nordenström	Sparbetning 2	OK!
3301	Jan	2009	Personalkostnad	200	200			SSk flyttar fr siv till öv 50% finansiering tillkom	J Nordenström	Sparbetning 2	Hur tillkommer finansiering?
3301	Jan	2010	Personalkostnad	0	400	1.0	1.0	Omläggning av arbetstid samt schema ger möjl	J Nordenström	Sparbetning 2	OK!
3301	Jan	2009	Personalkostnad	291	380	0.3	0.3	Utlymme för Särskilda ärenden tillsätts ej	J Nordenström	Sparbetning 2	OK!
3301	Jan	2010	Personalkostnad	0	292			Adjungering tidigare bet av kliniken finansieras a	J Nordenström	Sparbetning 2	Är detta en bestående besparing?
3301	Juli	2009	Personalkostnad	150	300			Omvandling av vakant ÖL-tjänst till speciallästjänst	J Nordenström	Sparbetning 2	OK!
3302	Jan	2009	Personalkostnad	900	900	1.0	1.0	Specialistläkare som slutat ersätts ej	J Rinder	Sparbetning 2	OK!
3302	Aug	2009	Personalkostnad	250	650	1.0	1.0	Sammanläggning chefskap mottagning & Prog	J Rinder	Sparbetning 2	OK!
3302	Mars	2009	Personalkostnad	92	110	0.3	0.3	Sjukskrivning, ers ej, tjänst upphör	J Rinder	Sparbetning 2	Betyder detta man ej använder ökad buget?
3302	Jan	2010	Övriga tjänster &	0	1,800			Utför Post-obesitas med befintliga resurser, ext	J Rinder	Sparbetning 2	OK!
3302	Jan	2009	Personalkostnad	214	475			Omvandling läkartjänster	J Rinder	Sparbetning 3	OK!
3303	Maj	2009	Personalkostnad	409	982			Ändring jurer, schablon istf vanlig beredskap	R Hultcrantz	Sparbetning 2	OK!
3303	Juni	2009	Personalkostnad	500	1,200			Läkarebemannning Liljeholmen bort	R Hultcrantz	Sparbetning 2	Två funktionell påverkan?
3303	Okt	2009	Personalkostnad	96	425	1.0	1.0	Besparing Läkares Huddinge	R Hultcrantz	Sparbetning 2	OK!
3303	Okt	2009	Personalkostnad	51	226			Besparing läkare Soina, Kontrakt Simulatorcent	R Hultcrantz	Sparbetning 2	OK!
3304	Okt	2009	Personalkostnad	100	400	1.0	1.0	Sekt ledare blir ssk (1,0 ssk bef återbesätts ej)	CG Elinder	Sparbetning 2	OK!
3304	Nov	2009	Personalkostnad	25	350			USK går i pension ers ej K86/98	CG Elinder	Sparbetning 2	OK!
3304	Okt	2009	Personalkostnad	146	540	1.0	1.0	pensionsavg ersätts ej, M87-89 dialysen 50%	CG Elinder	Sparbetning 2	OK!
3304	Maj	2009	Personalkostnad	528	528	4.0	4.0	inga sommarvikarier m87-89	CG Elinder	Sparbetning 2	OK!
3304	Juli	2009	Personalkostnad	500	2,742	3.0	3.0	Utvik avslutas, ST slutar, Prof/öl i pension. Sar	CG Elinder	Sparbetning 2	OK!
3304	Okt	2009	Personalkostnad	534	2,640	2.0	2.0	Sekt ledare blir ssk, samt förbättrad schemalag	CG Elinder	Sparbetning 2	OK!
3304	Juni	2009	Personalkostnad	750	1,500	1.0	1.0	Tätare schema, inga sem vikarier. Siv D14	CG Elinder	Sparbetning 2	OK!
3304	Okt	2009	Personalkostnad	112	447	1.0	1.0	En ssk bef återbesätts ej, lätare schema A14	CG Elinder	Sparbetning 2	OK!
3304	Sep	2009	Personalkostnad	674	984	1.0	1.0	SSk ersätts ej. Inga sommarvik. Kronan	CG Elinder	Sparbetning 2	OK!

Källa: Programkontoret, Karolinska Universitetssjukhuset