



**Landstinget Dalarna**

**Landstingets omställningsarbete**

**Rapport 1**

**KPMG AB**  
*2016-09-26*  
*Antal sidor:23*

## Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning	1
1.1	Rekommendationer	2
2.	Inledning	3
2.1	Bakgrund	3
2.2	Syfte och avgränsning	3
2.3	Revisionsfrågor	3
2.4	Revisionskriterier	4
2.5	Metod	4
3.	Landstingets beslut om omställning och grunden för dessa	4
3.1	Besluten	4
3.2	Underlag	5
4.	Arbetet med SFP inom divisioner och längre ut i verksamheten	7
4.1	Divisioner och verksamheter	7
4.2	Landstingsövergripande åtgärder	10
5.	Status i arbetet med struktur och förändringsplan	10
5.1	Landstingets delårsbokslut per den 30 juni 2016	10
5.2	Uppföljning SFP generellt och specifikt om uppföljningen till LSAU i juni 2016	12
6.	Vilken typ av besparingsåtgärder använder landstinget?	18
7.	Svar på revisionsfrågor och kompletterande frågor	19
7.1	Övergripande nivå	19
7.2	Verksamhetsnivå	21
8.	Förslag till fortsatt arbetsgång	22
	Bilaga 1 Metod	24
	Intervjuer, dokument och underlag för bedömningar	24
	Bilaga 2 Sammanställning politiska beslut SPF1 och 2	29
	Bilaga 3 Uppföljning av SFP1 & 2 (hälso- och sjukvård) till LSAU juni-16	30
	Bilaga 4 Utredningar inom SFP	33

## **1. Sammanfattning**

KPMG har på uppdrag av revisorerna i Landstinget Dalarna genomfört en granskning avseende landstingets stora omställningspaket – Struktur- och förändringsplan (SFP).

Syftet med granskningen har varit att ge underlag till revisorerna att bedöma om styrelsen fullföljer fullmäktiges beslut om omställning i vården på ett ändamålsenligt sätt.

Granskningen visar att Landstinget i Dalarna nu har startat ett arbete med kostnadssänkningar som i flera avseenden skiljer sig mot tidigare sparpaket. Arbetet vilar på en gedigen analytisk faktagrund beträffande förhållanden i Landstinget Dalarna som avviker mot jämförbara landsting. Vidare utredningsarbete har skett och pågår fortfarande för att finna lösningar inom viktiga förbättringsområden.

Vi uppfattar att anställda på alla nivåer i landstinget delar en krismedvetenhet kring landstingets ekonomiska situation. Sparåtgärderna har i hög grad tagits fram av eller i dialog med verksamheterna själva. Detta har inneburit ett stort ansvarstagande i verksamheten för genomförandet. Den nya organisationen med inrättande av divisioner inom hälso- och sjukvården har sannolikt underlättat ansvarsfördelning och ansvarstagande för kostnadssänkningarna.

Stor kraft har lagts på att få snabb effekt i form av kostnadssänkning. Gemensamt för många av dessa åtgärder har varit att de handlat om att koncentrera verksamhet till färre, oftast en, utbudspunkt. Åtgärderna kan i hög grad kategoriseras som effektiviseringar och i några fall som ransonering.

Kraftsamlingen på genomförande och en snabb start har eventuellt skett på bekostnad av en tydlighet i uppföljningen. Muntliga redovisningar och föredragningar till politiken har skett vid flera tillfällen beträffande arbetet med SFP. Vid några tillfällen har skriftliga underlag förelegat och landstinget har på senaste tiden gjort ansträngningar för att få en mer tillgänglig och fullständig redovisning och uppföljning. Vi kan däremot inte se det på annat sätt än att redovisningen inte fullt ut levt upp till det särskilda fullmäktigebeslutet om uppföljning.

Med undantag för en summarisk redovisning i februari i landstingsstyrelsen är det först till LSAU i juni 2016 som en mer omfattande redovisning lagts fram till politiken där det också ingår en uppföljning av enskilda beslut/åtgärder på samma nivå som besluten fattades i juni respektive november 2015. Inte heller den hand-

ling som presenterades för LSAU i juni 2016 är dock helt komplett i detta avseende. Det är anmärkningsvärt att det ur protokollen inte framgår hur landstingsstyrelsen ställer sig till de redovisningar som lämnats.

En risk för fortsättningen ligger i att takten i besparingarna tycks ha avtagit under 2016 och enligt gällande prognos skulle nästan 200 mnkr mer ha sparats till utgången av 2016 än vad som nu bedöms bli realiserat. Det saknas också en tydlighet kring hur landstinget ska ta ikapp denna eftersläpning.

Det som hittills genomförts kan relativt sett anses som ”långt hängande frukt” i besparingssammanhang. Med en fortsatt ambition att göra hållbara besparingar behöver arbetet i högre grad riktas mot processer / vårdflöden. Här krävs kompetens inom områden som processutveckling / värdebaserad vård och förändringsledning. Detta arbete kräver både ett skickligt och ihärdigt utförande då det inte kommer att kunna genomföras i samma tempo som förändringarna under 2015 fram till idag. En särskild strategi för detta arbete kan behövas. Vilka flöden som behöver ses över kommer i hög grad att identifieras i de flertal utredningar som pågår eller nyligen lagts fram.

Sammanfattningsvis är vår uppfattning att det pågående arbetet med SFP har goda förutsättningar att bli mer hållbart än tidigare initiativ. De besparingar som redan genomförts kan i mycket hög grad betraktas som effektiviseringar. För att säkra att hela sparambitionen kan realiseras på ett hållbart sätt har landstinget fortsatt mycket stora utmaningar.

## **1.1 Rekommendationer**

Med anledning av genomförd granskning lämnas följande rekommendationer:

- Fortsätt att förtydliga redovisning och uppföljning av SFP. Viktiga delar i detta är:
  - att skapa en uppföljning av personalförändringar som belyser hur SFP-arbetet utvecklas
  - att bättre fånga hur långt olika åtgärder kommit i genomförande
- Landstingsstyrelsen bör till protokollet låta anteckna hur styrelsen ställer sig till redovisad uppföljning inklusive ekonomiskt utfall avseende SFP
- Fastställ en officiell utgångspunkt (ett belopp) för den nettokostnad som SFP tar utgångspunkt i och jämför sedan detta belopp med nettokostnadsprognoser (justerade för att få jämförbarhet).

## **2. Inledning**

### **2.1 Bakgrund**

Landstinget Dalarna har vid upprepade tillfällen under senare år tagit sats för att genomföra stora besparingar. Kostnadsutvecklingen har påtagligt överstigit den i många andra landsting och syftet har varit att vända utvecklingen och få balans i landstingets ekonomi. Effekterna har dock inte varit tillräckliga.

Ett omfattande utrednings-, analys- och förankringsarbete har skett som grund för det omställningspaket som fullmäktige fastställt i juni respektive november 2015. Paketet innehåller 67 punkter och innebär bl.a. verksamhetsinskränkningar och en minskning med 600 helårsarbetare inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen fram till år 2019. Alla verksamheter inom landstinget berörs. Månadsvis avrapportering ska ske till landstingsstyrelsen som även tillsatt ett särskilt forskningsprojekt för att följa arbetet.

Revisorernas riskbedömning lyfter fram risken att omställningspaketet inte genomförs i beslutad omfattning, som den ojämförligt största risken. Bedömningen från revisorerna är också att det är angeläget att åtgärder genomförs lokalt för att få effekt. Detta ställer krav på en välutvecklad förändringsledning i landstingets hela organisation. Sammantaget finns starka skäl för revisorerna att granska omställningsarbetet. Revisorerna avser att genom en löpande granskning över flera år följa arbetet i syfte att i ett tidigt skede få signaler om svårigheter att genomföra omställningen.

### **2.2 Syfte och avgränsning**

Syftet med granskningen är att ge underlag för att kunna bedöma om styrelsen fullföljer fullmäktiges beslut om omställning i vården på ett ändamålsenligt sätt. Granskningen ska ge tydliga svar på uppställda revisionsfrågor och kompletterande frågor.

### **2.3 Revisionsfrågor**

Revisionsfrågorna liksom svaren på dem presenteras i kapitel 7.

## 2.4 Revisionskriterier

Revisionskriterier i denna granskning utgörs av fullmäktiges beslut i anledning av omställningspaketet. Utöver detta används även KPMGs erfarenheter, presenterade i bilaga 1 som en referensram och ett raster genom vilket sakuppgifter och iakttagelser bedöms.

## 2.5 Metod

En metod bestående av ett flertal delar har ingått i denna granskning. Metoden har tidigare återgivits i KPMGs anbud till revisorerna. För att inte ta upp plats i rapporten har metodbeskriven lagts i bilaga 1.

## 3. Landstingets beslut om omställning och grunden för dessa

### 3.1 Besluten

Landstingsfullmäktige beslutade 2014-11-24- -25, § 127, att en åtgärdsplan för ekonomi i balans inom hälso- och sjukvården skulle presenteras till landstingsfullmäktige i juni 2015.

Bakgrunden var att ge hälso- och sjukvården förutsättningar att, inom anvisad budget och utifrån den medicinska utvecklingen, vara patientsäker, hållbar och med hög kvalitet behövs kraftfulla åtgärder. En struktur- och förändringsplan föreslogs. Delar av struktur- och förändringsplanen har landstingsstyrelsen och landstingsfullmäktige beslutat om andra delar utgörs av tjänstemannabeslut. Den samlade effekten bedömdes i fullmäktiges beslut minska kostnaderna 2015 med ca 140 mkr, 2016 med ytterligare 340 mkr och för hela planperioden, t.o.m. 2019 med ytterligare ca 70 mkr per år till totalt ca 700 mkr för planperioden.

Ambitionen kan illustreras enligt nedan:

År	Besparing (mkr)
2015	140
2016	340
2017	70
2018	70
2019	70
TOTAL	690

Landstingsstyrelsen beslutade i maj 2015 och Landstingsfullmäktige i juni om Struktur- och förändringplan del 1. Besluten handlade både om konkreta och direkta uppdrag om verksamhetsförändringar i syfte att sänka kostnader och om olika utredningsuppdrag av vilka många skulle rapporteras i november.

Landstingsstyrelsen och Landstingsfullmäktige beslutade i november 2015 om Struktur- och förändringplan del 2. Här gavs ytterligare uppdrag om direkta kostnadsänkningar. Delvis var dessa resultatet av genomförda utredningar. Novemberbesluten innebär även att nya utredningsuppdrag gavs.

I bilaga 2 har vi redovisat en sammanställning av samtliga politiska beslut enligt ovan.

## **3.2 Underlag**

I detta avsnitt beskrivs översiktligt några av de underlag och utredningar som landstinget arbetat med inför och under genomförandet av Struktur- och förändringsplanen (SFP).

### **3.2.1 Genomlysning - Vägen till ett välvårdat Dalarna**

Inför en serie med dialogmöten under våren 2015, tog landstingets analyschef tillsammans med ett flertal ytterligare skribenter fram ett dialogmaterial: "Vägen till ett välvårdat Dalarna". Det är ett omfattande material som går igenom landstingets status i ett antal viktiga avseenden. Genomgående görs jämförelser med andra landsting. Ett särskilt urval av fem jämförelselandsting (mest relevanta för jämförelser med Dalarna) har gjorts. Dessa är Östergötland, Sörmland, Värmland, Jönköping och Västmanland. En systematisk genomgång och jämförelser sker utifrån följande områden:

- Ekonomisk hållbarhet - resultat
- Kvalitet
- Bemanning
- Landstingets befolkning
- Tillgänglighet
- Struktur (både hur stor andel av kostnader som är hänförliga till olika vårdområden och geografiska utbudspunkter)
- Kapacitet

- Strategi- och måluppföljning

Några av konstaterandena i detta material beskrivs i det följande.

Landstinget i Dalarna anlitar i mycket hög grad stafettläkare i primärvården. Kostnaden för detta uppgick till ca 115 mnkr år 2014. Det konstateras också att landstinget har svårigheter att behålla ST-läkare bl.a. då många väljer att flytta eller byta specialitet under sin utbildningstid.

Landstinget i Dalarna har halkat efter övriga sjukvårdssverige när det gäller poliklinisering i somatisk vård enligt underlagsmaterialet. Vid början på 2000-talet hade Dalarna relativt många dagsjukvårdsbesök i somatisk vård/invånare i relation till andra landsting. I den mätserie fram till 2013 som presenteras, har Dalarnas antal legat relativt konstant och på slutet sjunkit samtidigt som andra landsting påtagligt ökat sin dagsjukvård. Som en spegling av detta konstateras också att kostnaderna för somatisk slutenvård har ökat snabbare i Dalarna än i många andra landsting.

Jämförelsen med de fem landstingen ger också vid handen att Landstinget Dalarna har en förbättringspotential när det gäller strategiarbete och måluppföljning.

### **3.2.2 Utredningar beslutade inom SFP**

Ett omfattande utredningsarbete har bedrivits. Många utredningar har genomförts och vissa pågår. Vi har tagit del av följande utredningar:

1. Utbuds- och nivåstrukturerings
2. Planerings- och styrmodell
3. Prioriteringar
4. Kompetens och bemanningsplan
5. Jouruppdraget
6. Närsjukvårdsutredningen

I bilaga 4 återges översiktligt innehållet i dessa utredningar.

### **3.2.3 Kommentarer**

#### *Kommentarer*

Landstinget har bedrivit utredningsarbete inom många angelägna områden. Flera av utredningarna har beröringspunkter med varandra vilket kräver samordning. Av detta skäl har fler utredningar slagits samman.

Utredningarna (med undantag för närsjukvårdsutredningen) är genomförda och landstinget är i färd med att implementera det som utredningarna föreslår. Allt är



inte klart men utifrån vad vi förstått i våra intervjuer är en hel del påbörjat. Prioriteringsmodellen har t.ex. till delar använts i budgetprocessen inför 2017 års budget och ska tillämpas fullt ut till nästa budget. Även den nya planerings- och uppföljningsmodellen har börjat användas. Här kan det antas att ett fullskaligt införande av allt som utredningen lägger fram, kommer att behöva pågå över flera år.

Landstingets revisorer har i tidigare granskningar påtalat brister kring flera av de områden som nu utreds i syfte att utveckla och stärka. Detta gäller bl.a. landstingets ledningsprocesser. I grunden kan en utveckling inom de aktuella utredningsområdena inte tolkas annat än positivt.

En risk i sammanhanget kan vara att landstingets förändringsagenda blir för omfattande – att för mycket ska förändras samtidigt. Detta finns dock möjlighet att hantera genom att anpassa tempot i genomförandet.

Ett formellt förhållande att lyfta i detta sammanhang finns. Vi kan inte se att rapporterna bifogats som handlingar till LS och LF. Däremot lämnas förslag till beslut utifrån utredningarnas förslag.

## **4. Arbetet med SFP inom divisioner och längre ut i verksamheten**

### **4.1 Divisioner och verksamheter**

Samtliga divisionschefer inom hälso- och sjukvården har intervjuats och beskriver att arbetet bedrivits med högt tempo och stor delaktighet. De känner var och en ett stort och direkt ansvar för ”sin” del i besparingen.

Vid intervjuerna med divisionscheferna har också diskuterats vilka verksamheter / enheter som skulle väljas ut för vidare intervjuer.

Intervjuer har skett inom följande verksamhetsenheter med verksamhetschef och ett urval enhetschefer och medarbetare: Tiskens vårdcentral, Avesta vårdcentral, Kvinnokliniken Falu lasarett, Reumatologen Falu Lasarett och Psykiatrien vid Mora lasarett. P.g.a. sjukdom har ingen intervju kunnat genomföras på enhetsnivå inom medicindivisionen.

Med utgångspunkt i utredningen ”Vägen till ett välvårdat Dalarna” genomfördes en serie med dialogmöten. Alla verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården bjöds in till mötena liksom representanter från den centrala förvaltningen och fackliga representanter. Vid dessa möten gick materialet igenom och diskuterades fram förslag till åtgärder för att sänka kostnader.

Flera verksamhetschefer uppger i intervjuerna att de inte var helt förberedda på att de förslag som kom fram inklusive tillhörande grova bedömningar av ekonomiska effekter, så snabbt skulle beslutas. Vid landstingsstyrelsens sammanträde i maj respektive landstingsfullmäktigemötet i juni 2015 fastställdes flera av de åtgärdsförslag som hade utarbetats vid dialogmötena. I vissa fall föregicks beslutet inte av en riskanalys. Detta gäller t.ex. stängningen av gynnottagningarna i Avesta, Ludvika och Borlänge och koncentration av verksamheten till mottagningen i Falun.

Gemensamt för alla våra intervjuer på verksamhetsnivå är att de intervjuade tycker att nuvarande sparpaket vilar på bättre grund än tidigare. Flera uttrycker att generella besparingar, ”osthyvlar” tidigare varit vanliga. Arbetet har denna gång skett med betydligt mer delaktighet.

Vid intervjuerna diskuterades de sparåtgärder/beslut som var mest relevanta för respektive verksamhet, se nedan:

Verksamhet	Beslut	Verkställt
Tiskens vårdcentral	Minskning av jourverksamheten vid Borlänge sjukhus	Ja
Avesta vårdcentral	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Förändring jourorganisation i Södra Dalarna</li> <li>▪ Avveckling av primärvårdens bassängverksamhet</li> </ul>	Ja
Kvinnokliniken	Förändringar inom mottagningsverksamheten i Avesta, Ludvika och Borlänge, slutenvården och dagkirurgin i Mora	Ja
Reumatologen	Minskning av omfördelning av antalet fastställda vårdplatser-Division Kirurgi	Ja
Psykiatri	Avveckling av öppenvården i Älvdalen, Leksand & Vansbro & omvandling av mottagning i Rättvik och Malung till filialmottagningar	Ja

Besparingarna på verksamhetsnivå har verkställts vid alla besökta enheter. Åtgärderna har i mycket hög grad handlat om att reducera antalet utbudspunkter för t.ex. olika mottagningar. Verksamheten har koncentrerats till färre orter. Vid en första anblick kan sådana åtgärder betraktas som inskränkningar i verksamheten. Det är tveklöst att patienter till följd av detta i flera fall får längre resväg till vård.

Samtidigt ska lyftas fram att landstinget på flera av dessa orter haft stora svårigheter att bemanna verksamheten. Den genomförda koncentrationen medför att bemanningen inte på samma sätt är ett problem. Enligt de intervjuade kan också en bättre och mer jämn vårdkvalitet erbjudas patienterna när den koncentrerats till färre platser.

När det gäller stödet till verksamheter som genomfört reduceringar / koncentration av detta slag framkommer att flera hade önskat ett stöd från landstinget centralt för att säkerställa att regler följs och att arbetet sker i rätt ordning. Någon av verksamheterna har stort behov av bättre ekonomi- /controllerstöd för att förstå hur verksamhetsförändringar av olika slag påverkar ekonomin. Inom specialistsjukvården har vi fått en splittrad bild av behovet av stöd för att få till produktions- och kapacitetsplanering.

Några av de intervjuade framför att de upplever att kontinuiteten i kontakten mellan patient och läkare eller annan vårdpersonal, har försämrats till följd av att verksamheten nu koncentrerats.

Vid intervjuerna framkommer vid samtliga verksamheter en förståelse för att de åtgärder som hittills genomförts inte är tillräckliga för att nå de ekonomiska målen med hela spararbetet. I diskussionen framkommer vidare att i princip ingen tror att vidare besparingar är möjliga utan att prioritera bort verksamhet.

När det gäller stöd i genomförandet från landstinget centralt har det hittills gått bra att få stöd i form av processtödjare / verksamhetsutvecklare. Hur detta blir framgent återstår att se. En regelbunden och komplett uppföljning av hur det går totalt sett för olika delar (inom vården) med genomförandet har flera efterlyst. Avsaknaden av detta skapar frågor kring om alla gör vad som förväntas av dem och om de själva kommer att behöva göra mer besparingar för att andra inte sköter sina uppdrag.

### ***Kommentarer***

Arbetet på divisions- och verksamhetsnivå har skett med stor delaktighet både inför och under genomförandet av besparingarna. Genomförda förändringar har kunnat genomföras utan andra försämringar för patienterna än att de i vissa fall får längre avstånd till vården. Samtidigt lyfter flera av de intervjuade att vården nu kan ges mer likvärdigt och ofta till en bättre kvalitet. I något fall kan kontinuiteten i vården ha försämrats.

De intervjuade ser svårigheter att komma längre i det spår som hittills har följts i besparingsarbetet. Med tanke på att fortsatta besparingar kommer krävas finns anledning för landstinget ta ett samlat grepp om hur arbetet ska bedrivas framöver. Nya inslag i arbetet som sannolikt innehåller mer av utveckling i flöden och processer kommer att kräva kompetens inom dessa områden i större omfattning än

hittills. Området produktions- och kapacitetsstyrning är också ett område där ytterligare utbildnings- och stödsatser är motiverade.

## **4.2 Landstingsövergripande åtgärder**

En särskild anställningsprövning gäller i landstinget. Där samtliga rekryteringar måste prövas enligt en särskild rutin. Rutinen har satt sig tycks vara känd och inarbetad.

Det finns också möjlighet för landstingets verksamheter att söka kompensation för omställningskostnader. Detta sker också enligt en särskild rutin som hålls samman av ekonomiavdelningen.

## **5. Status i arbetet med struktur och förändringsplan**

### **5.1 Landstingets delårsbokslut per den 30 juni 2016**

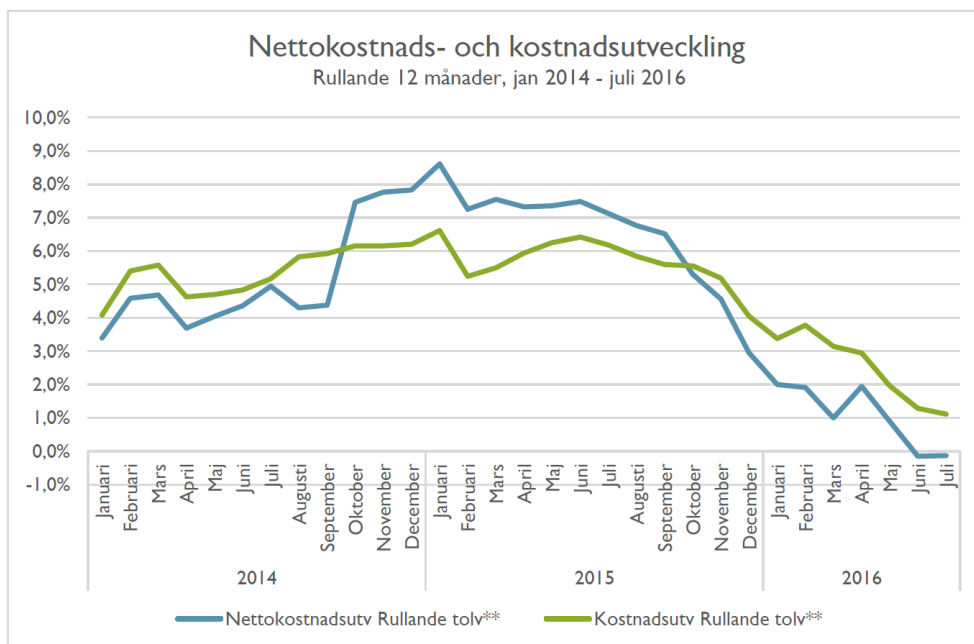
Följande redovisning av arbetet med SFP sker i delårsbokslutet:

- Effekterna av struktur- och förändringsplanen uppgick 2015 till 130 Mkr. I prognosen för 2016 beräknas effekter på 290 Mkr uppnås, i förhållande till prognostiserad kostnadsnivå mars 2015.
- Samtliga förvaltningar och divisioner rapporterar att åtgärder enligt beslut är genomförda eller under genomförande. Den förväntade effekten av steg två i planen visar än så länge begränsade effekter 2016. Ett aktivt arbete pågår i hälso- och sjukvården med genomförande av steg två och att ta fram kompletterande åtgärder, främst inom division kirurgi. I förvaltningarnas delårsrapport framgår att dessa åtgärder handlar om:

- 1) Ändrad läkemedelsanvändning inom ögonsjukvården.
- 2) Översyn av sjuktransportverksamheten.
- 3) Läkemedelsanvändning på Barn- och ungdomsmedicin enligt riktlinjer från NT/TLV.
- 4) Inventering av möjlig hemtagning av högspecialiserad vård inom kirurgin.
- 5) Fortsatt optimering av operationsproduktionen.
- 6) Verkställighetsbeslut om temporär organisationsförändring har fattats för att förbättra möjligheten att båda OP-salarna på Dagkirurgi Mora (DKM) kan vara öppna trots svårighet att rekrytera operationssjuksköterskor.

- Landstingets nettokostnader till och med juni är 2,3 procent lägre än förra året. Det beror dels på effekter av SFP och på att statsbidrag enligt nya rutiner betalas ut i början av året i stället för i slutet. Intäkterna är nu 19

procent högre medan kostnaderna är lika. I prognosen beräknas nettokostnaderna bli 2,1 procent högre än budgeterat.



Landstingets nettokostnader visar en utveckling som ligger i linje med spambitionerna. Mätt som rullande 12-månadersutfall<sup>1</sup> har landstingets nettokostnadsutveckling stannat av påtagligt sedan mitten av år 2015. Fördelen med detta sätt att mäta är att eventuella säsongeffekter och andra tillfälliga effekter inte slår igenom utan kurvan visar en mer relevant underliggande trend.

Ytterligare en del i delårsrapporten kan anses intressant för denna granskning. Det är hur antalet helårsarbetare ändras. Enligt rapporten har antalet faktiska årsarbetare minskat med 2,2% under första halvåret jämfört med samma period 2015.

### Kommentarer

Delårsrapporten innehåller mycket begränsad information om det stora omställningsarbete som pågår. Det konstateras övergripande att det finns en stor följsamhet till de åtgärder som beslutats. Delårsrapporten uppger också att SFP 2 under 2016 hittills gett begränsade effekter och kompletterande åtgärder inom division Kirurgi redovisas. Totalt beräknas 290 mnkr ha uppnåtts i varaktiga kostnadsänkningar. Detta är betydligt lägre än den ursprungliga planen i beslutet från juni 2015

<sup>1</sup> Visar februari 2013-januari 2014 / februari 2012-januari 2013 osv

enligt vilken 480 mnkr skulle ha uppnåtts till utgången av 2016. Mot denna bakgrund finns skäl för landstinget att vara mer utförliga i rapporteringen av SFP-arbetet. Mer information bör lämnas om denna totala diskrepans, vilka beslut som framförallt inte levererat förväntad effekt och varför samt vilka kompletterande åtgärder (förutom inom division Kirurgi) som planeras och dessas effekt.

Den redovisning som lämnas avseende personal (t.ex. helårsarbetare och arbetade timmar) innebär att jämförelse sker med en period som i huvudsak ligger före den tid då effekter av SPF hade trätt ikraft. Redovisningen av antalet helårsarbetare bör utvecklas för att bättre fånga effekterna av SFP. En kvalificerad gissning är att antalet helårsarbetare sjönk under hösten 2015 (mätt som ett rullande 12-månadersutfall) men att minskningen avstannat under våren 2016. Landstingets delårsrapport skapar dock inte klarhet om personalförändringarna under våren 2016.

## 5.2 Uppföljning SFP generellt och specifikt om uppföljningen till LSAU i juni 2016

### 5.2.1 Uppföljning av SFP generellt

I Landstingsfullmäktiges beslut i juni 2015 framgår att ”*samtliga beslut ovan följs upp genom återrapportering under hösten 2015 och under 2016 vid varje landstingsstyrelsemöte*”.

I granskningen har vi undersökt hur uppföljning av SFP har skett. I tabellen nedan har vi sammanställt de uppföljningar som framgår av styrelsehandlingar eller protokoll. I bilaga 2 har vi även gjort en sammanställning över uppföljningen av respektive politiskt beslut.

Sammanträde	Handling ut-sänd?	Finns un-derlag i pro-tokoll?	Redovisas alla beslut?	Har LS tagit ställning till uppfölj-ningen
LSAU de-cember 2015	Nej	Nej	Nej ingen re-dovisning	Nej
LSAU febru-ari 2016	Nej	Nej	Nej ingen re-dovisning	Nej
LS februari 2016	Nej	Ja	Ja	Nej, inform-ationen lagd till protokol-let

LSAU mars 2016	Nej	Nej	Nej ingen redovisning	Nej
LS april 2016		Ja	Ja (tjänstemannabeslut)	-
LSAU maj 2016	Nej	Nej	Nej ingen redovisning	Nej
LS maj 2016	Nej	Nej	Nej	Nej, informationen lagd till protokollet
LSAU juni 2016	Ja	Ja	I princip de som inte sedan tidigare har redovisats som genomförda	Nej

Utöver ovanstående har omställningsarbetet tagits upp i delårs- och årsredovisning. Detta har skett som en övergripande redovisning och bedömning av uppnådda och förväntade effekter.

#### **Kommentarer**

Sammanställningen i tabellen ovan visar att uppföljning defacto skett av samtliga beslut. Däremot har det inte skett vid varje sammanträde. Underlag har inte funnits vid alla sammanträden där det ändå av protokoll framgår att information lämnats om omställningsarbetet. Inte i ett enda av protokollen framgår annat än att styrelsen lagt informationen till handlingarna.

Sammantaget ser vi inte att uppföljningen lever upp till fullmäktigebeslutet om hur uppföljning skulle ske. Vi är också frågande till varför inte styrelsen ger tydligare återkoppling kring lämnade redovisningar. Den senast (juni 2016) uppföljningen är hittills den i särklass mest heltäckande uppföljningen av SFP som varit ett underlag till redovisning i politiska organ. I nästa avsnitt beskrivs och kommenteras innehållet i denna.

## 5.2.2 Uppföljning redovisad i LSAU i juni 2016

Uppgifter i detta avsnitt i huvudsakligen hämtade från den handling som ingår i utskicket till LSAU i juni 2016. I vissa fall har vi ställt frågor om förtydliganden och kompletteringar till landstingsledningen utifrån handlingen. Svaren är inarbetade i redovisningen nedan.

### Politiska beslut

Status 2016-06-20	Antal	Andel
Verkställda	35	53%
Verkställighet pågår	26	39%
Ej verkställda	5	8%
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>100%</b>

### Tjänstemannabeslut

Status 2016-06-20	Antal	Andel
Verkställda	35	44%
Verkställighet pågår	35	44%
Ej verkställda	10	12%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Av rapporten framgår att 117 beslut (av totalt 146) avser hälso- och sjukvården. Dessutom finns 37 stycken kompletterande / extra åtgärder som avser hälso- och sjukvården. Utöver detta finns också övergripande beslut t.ex. om sjukresor och patientavgifter som påverkar hälso- och sjukvården. I bilaga 3 återges de redovisningar / diagram som lämnats till LSAU i juni. Dessa är per division och per beslut. Observeras ska dock att en relativt stor andel av besluten (ca 30%) inte har en i förväg ”postulerad” effekt (en målnivå för kostnadssänkning i kronor.). Dessutom har inte landstinget kunnat bedöma effekten för flera av besluten som avser hälso- och sjukvården gemensamt. Det ska noteras av flera av besluten som skapar postulerad effekt är av utredningskaraktär. Division HS Gemensam har postulerad effekt endast för endast 9 av 21 beslut. Av dessa nio har uppföljning kunnat göras



enbart för 5. Slutligen saknas redovisning (annat än som ingående i totalerna) för besluten som berör andra delar än hälso- och sjukvården.

Landstingsledningen uppger i rapporten att det är kostnadsbilden från prognosen i mars 2015 i relation till kostnadsnivån 2016 som har använts för att beräkna ekonomiska effekter. (Undantaget är psykiatrin där utgångspunkten är 2014 års utfall.) Inget belopp presenteras som anger vilken faktisk nettokostnad landstinget utgår ifrån.

Med dessa utgångspunkter innebär den centrala landstingsförvaltningens beräkning att hälso- och sjukvården kommer uppnå hållbara effekter på 220 mnkr till årets slut. Detta motsvarar 60% av betinget och hälso- och sjukvården kommer behöva ”ta med sig” ca 160 mnkr över till 2017. Till detta kommer den redan beslutade besparingen på ytterligare 70 mnkr, totalt 230.

*Ekonomiska effekter av SFP 2015 (tabell från rapporten till LSAU)*

	Plan		Res/prognos	
	Totalt	varav HS	Totalt	varav HS
2015	137	110	95%	95%
2016	346	260	66%	62%
2017	77	70		
2018	77	70		
2019	77	70		
<b>Totalt</b>	<b>714</b>	<b>580</b>		
Prog 15/16	358			
Andel tot	50%			

I landstingets redovisning kommenteras detta som ett gott utfall med god ekonomisk effekt 2015. Vår tolkning är att landstinget med 50% i tabellen ovan menar att hälften av den ekonomiska effekten av hela sparpaketet (714 mnkr tom 2019) ska ha klarats vid utgången av 2016.

#### *Kommentarer och diskussion*

##### *Utgångspunkt besparingar*

Det får anses diskutabelt att landstinget tagit utgångspunkt i en prognos (mars 2015) för sitt stora kostnadssänkingsarbete. Risk finns att det som redovisas som kostnadssänkningar i relation till prognosen kan förklaras av annat än faktiska kostnadssänkningar, t.ex. att den faktiska kostnadsnivån var högre än prognosen i mars 2015. En utgångspunkt i ett bokslut hade undanröjt denna osäkerhet. När nu

defacto utgångspunkt har tagits i en prognosuppgift är det anmärkningsvärt att det faktiska beloppet inte finns angivet. Dessa förutsättningar försvårar objektiv utvärdering av hur landstinget lyckas i sin sparambition.

I landstingets delårsrapport (se avsnitt 5.2) görs bedömningen att SPF kommer ge effekter på 290 mnkr i relation till utgångsnivån (prognos i mars 2015). Delårsrapporten är framtagen i september 2016. I den redovisning som lämnades till LSAU i juni var motsvarande bedömning 358 mnkr. Skillnaden är 68 mnkr eller drygt 23%. Ingen kommentar lämnas till denna skillnad i delårsrapporten. I diskussion med ekonomifunktionen uppges att skillnaden i huvudsak handlar om att det högre beloppet även innehåller tillfälliga effekter medan 290 mnkr endast avser varaktiga effekter.

Landstingets senaste bedömning är alltså att effekterna blir 290 mnkr t.o.m. december 2016. Detta måste kunna likställas med att landstinget förväntar sig en nettokostnadsminskning (till följd av effekter inom SFP) på samma belopp under perioden mars 2015 t.o.m. december 2016. Vi har som beskrivits ovan eftersökt en uppgift om den nettokostnad (prognos mars 2015) som landstinget tar utgångspunkt i. En publicerad uppgift om det faktiska utgångsvärdet för nettokostnaden saknas. I diskussion med ekonomidirektören framkommer att utgångsvärdet (helårsprognos för landstingets nettokostnad mars 2015) är 8 053 mnkr. Utgångsvärdet har då beräknats enligt följande:

Helårsprognos för landstingets nettokostnad april 2015 (publicerad uppgift)	7 833
Planerade besparingar inom hälso- och sjukvården 2015	130
Återbetalning av 24/7-avtalet	45
Jämförelsestörande post – återbetalning AFA-medel	50
Utgångsläge för SFP – helårsprognos mars 2015 för landstingets nettokostnad	8 058

Den senaste prognosen för helåret 2016 är att nettokostnaderna kommer uppgå till 8 066 mnkr. Enligt ekonomidirektören behöver denna nettokostnadsuppgift också korrigeras för att få jämförbarhet. Beräkning enligt följande:

Helårsprognos för landstingets nettokostnad 2016 (enligt delårsbokslut)	8 066
Förväntade löne- och prisökningar	-150
Kompensation 24/7-avtalet	-60
Ny verksamhet ambulanshelikopter	-25
Satsning primärvård häls oval	-15
Statliga satsningar	-8
Nettokostnadsprognos 2016 för jämförelse med utgångsläge mars 2015	7 808

Vi har inga skäl att ifrågasätta rimligheten i ovan justering för jämförelsestörande poster.

I förhållande till utgångsläget mars 2015 bedömer alltså ekonomidirektören att nettokostnaderna minskat med  $8\,058 - 7\,808 = 250$  mnkr. Samtidigt är landstingets senaste bedömning att effekterna av SFP blir till 290 mnkr. Ekonomidirektören menar att den kvarvarande skillnaden i huvudsak förklaras av att kollektivtrafiken kostar mer än i utgångsläget.

I ovanstående tabeller har justeringar gjorts för flera poster som är tillkommande kostnader eller verksamheter som inte var planerade när SFP startade. För att klara planerad nettokostnadsänkning t.o.m. år 2019 och samtidigt få balans i landstingets ekonomi, behöver landstinget tydligt slå fast att denna typ av kostnadsökningar utökar sparmålet.

#### *Redovisning av uppdragen*

I de uppdrag som redovisas under ”Verkställighet pågår” räknar landstinget in alla uppdrag där verkställighet överhuvudtaget påbörjats men där uppdraget inte är helt genomfört.

Landstingets redovisning har skett enligt ovan vid flera tillfällen. En summering sker av det som kallas ”verkställda” och verkställighet pågår”. Härigenom konstaterar landstingsledningen i en kommentar att verkställighetsgraden är 92% för de politiska besluten och 88% för tjänstemannabeslut. Med tanke på definitionen av ”Verkställighet pågår” kan det diskuteras om redovisningen ger tillräcklig information för att bedöma hur långt genomförandet kommit. Grovt sett ligger 40% av besluten i kategorin ”Verkställighet pågår”. Om det finns möjlighet att spjälka upp dessa i några underkategorier skulle informationsvärdet i materialet öka. Exempel:

- nyligen påbörjat, ej kommit långt (under 30% klart)
- Påbörjat och har kommit en god bit (30 – 75% klart)
- Påbörjat och nästan klart (över 75% men inte 100% klart)

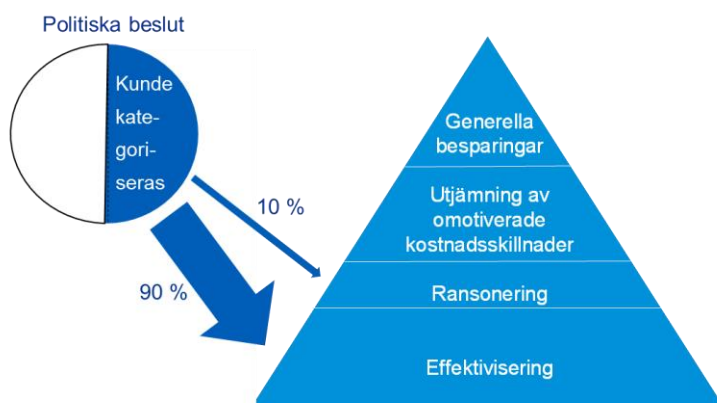
Redovisningen ger möjligen en väl positiv bild av läget i SFP. Den ekonomiska aspekten blir inte tillräckligt belyst. Att landstinget prognosmässigt ligger ca. 200 mnkr efter sparplanen, liksom orsakerna till detta, blir inte tydligt.

Sammantaget är vår bedömning att den senaste uppföljningen utgör ett viktigt steg åt rätt håll och att uppföljning fortsatt behöver förbättras.

## 6. Vilken typ av besparingsåtgärder använder landstinget?

Modellen nedan använder KPMG för att kategorisera besparingsåtgärder. Modellen har beskrivits mer ingående i vårt anbud. Kort menar vi att ambitionen bör vara att koncentrera åtgärderna till pyramidens bas. Åtgärder av typen ”effektivisering” innebär att kostnader kan reduceras utan att inskränkningar eller kvalitetsförsämringar blir följden. Denna typ av kostnadssänkningar har goda förutsättningar att bli hållbara över tid.

I bilaga 2 har vi förtecknat de politiska besluten. Vi har även redovisat vilka beslut som har följts upp vid de två tillfällena som formell uppföljning skett. Besluten har även kategoriserats enligt KPMGs modell.



### Kommentar

Det har varit möjligt att kategorisera ca. hälften av de politiska besluten om besparingar. Av dessa kan den absoluta majoriteten av besluten betraktas som effektiviseringar. Om vi även tar hänsyn till förväntade ekonomiska spareffekter av olika åtgärder, är ca 90% av åtgärderna effektivisering och resten är ransonering.

Som framgår i bilaga 2 har två uppföljningar av de politiska besluten genomförts. Dels i februari 2016 och dels i juni 2016. Februariuppföljningen var mycket kortfattad, här delades den absoluta majoriteten av politiska beslut in i två kategorier, pågår och verkställt. I uppföljningen i juni följdes endast ett urval av dessa beslut upp. Landstingsledningen menar att tanken var att de beslut som redovisades som verkställda i februari, inte fortsatt behövde redovisas. Detta har dock inte helt följts. Beträffande beslut som i februari redovisades som pågående skedde i vissa fall ingen redovisning i juni. I juniuppföljningen används inte kategorierna i den tidigare uppföljningen (pågår, verkställt). Samtidigt ska påpekas att juniuppföljningen har en betydligt högre ambition att skapa klarhet i viktiga förhållanden kring SFP och de olika besluten. Detta är ett viktigt steg. En fortsatt utveckling av hur uppgifterna presenteras bör ske i syfte att underlätta förståelsen för den komplexa verkligheten kring SFP.

## 7. Svar på revisionsfrågor och kompletterande frågor

### 7.1 Övergripande nivå

- Hur tolkar styrelsen besluten om kostnadsminskningar och förändras tolkningen över tid?

Stor probleminsikt kring landstingets ekonomiska problem, även över block och partigränser. Den närmare tolkningen hade kunnat framgå av styrelsens ställningstaganden och kompletterande eller korrigerande styrsignaler beträffande SFP. Ingen sådan klarhet skapas dock då styrelsen hittills inte uttalat sig med anledning av uppföljningar av SFP.

- Vilka utgångspunkter (angivna målvärden etc.) för mätning av effekterna av vidtagna åtgärder används och sker det förändringar av utgångspunkterna under tid?

Utgångspunkten för mätning av totala effekter uppges vara nettokostnad enligt prognos i mars 2015. Det saknas dock en officiell, publicerad uppgift om vilket nettokostnadsbelopp landstinget utgår ifrån. Utgångspunkten kan diskuteras. Även förhållandet att utgå ifrån en prognos och inte ett faktiskt utfall från en bokslutstidpunkt är tveksamt. Utgångspunkten har inte ändrats men däremot innebar det ursprungliga beslutet i fullmäktige att 690 mnkr skulle sparas. I den redovisning som lämnades till LSAU i juni 2016 är beloppet 714 mnkr.

När det gäller enskilda beslut är det några som har en förväntad effekt angiven redan vid beslutstillfället. För flera andra har detta preciserats i senare skede. För ytterligare andra saknas detta fortsatt. Av de som ännu inte har en förväntad besparingseffekt är flera av utredningskaraktär.

- Har styrelsen kontroll/kunskap om pågående lokala aktiviteter i organisationen på ett sätt som löpande säkerställer ett effektivt genomförande? Samordnas i förekommande fall aktiviteterna på ett effektivt sätt?

Styrelsen (de intervjuade) anser sig vara informerade om hur det går övergripande. Av det som publicerats som handlingar eller i protokoll så har uppföljningen inte förrän till sommaren skett på nivån ”beslut per beslut”. Detta gör att vi har svårt att se att styrelsen före detta tillfälle kunnat ha kontroll på lokala aktiviteter. Vår uppfattning är att de åtgärder som kräver samordning också har samordnats.

- Säkerställer styrelsen löpande att kostnader inte okontrollerat ”överbältas” till andra verksamheter p.g.a. vidtagna åtgärder?

Landstingets arbetsmetod med dialogmöten och ett stort inslag av förankring ger goda förutsättningar för att undvika övervältring.

- Har styrelsen säkerställt en ändamålsenlig styrning, ledning, uppföljning och kontroll över omställningsarbetet och är kvaliteten i erhållna rapporter säkerställd och verifierad?

En mer utförlig formell redovisning har för första gången tagits fram i juni 2016. Denna uppföljning är ett viktigt steg för att klargöra hur omställningsarbetet går. Uppföljningen behöver bli både mer komplett och mer pedagogisk för att politiker och externa betraktare av landstingets verksamhet ska kunna bedöma kvaliteten i lämnade uppgifter och få en samlad uppfattning om status i besparingsarbetet. En ökad tydlighet om utgångsläge, sparambition och nuläge bör tas fram.

- Leder vidtagna åtgärder till eftersträlvade kostnadsminskningar för hälso- och sjukvården på aggregerad nivå och i en takt som säkerställer genomförandet av fullmäktiges ambitionsnivå och ekonomisk balans senast år 2019? (frågans vikt ökar succesivt under granskningstiden)

Vi bedömer att hittills genomförda åtgärder i hög grad är av effektiviseringskaraktär. Därför kan åtgärderna bli hållbara även på sikt. Starten på arbetet (främst 2015) har inneburit att kostnader har reducerats i snabb takt. En betydande del av kostnadssänkningen förväntas bli realiserad till utgången av 2016. Enligt landstingets prognos för SFP kommer trots detta en eftersläpning på knappt 200 mnkr föreligga i relation till beslutet i fullmäktige. Den stora utmaningen är att klara den resterande delen. För detta krävs effekter av nyligen avslutade utredningar, mer av utvecklingsarbete och stöd med processutveckling.

- I vilken grad är åtgärderna i omställningspaketet utformade för att i så hög grad som möjligt säkerställa att landstingets resurser används på bästa sätt?

I hög grad och i betydligt högre grad än vid tidigare initiativ.

- Har landstinget skapat en buffert, dvs. är summan av förväntade åtgärder större än den besparing som absolut måste till för att skapa balans i landstingets ekonomi? Hur stor i så fall?

Landstinget har avsatt 120 mnkr i omställningsmedel. Av dessa har hittills endast 30 mnkr använts. Detta kan anses vara en buffert. Samtidigt har landstinget inte fått effekt i besparingsarbetet i den takt/omfattning som var planerat. "Överskottet" i omställningsmedlen täcker inte upp för eftersläpningen.

- Hur hanteras tillkommande besparingskrav – dvs. krav som tillkommer till följd av förhållanden som tidigare inte varit kända eller beaktade?

Principen är att kraven på kostnadsänkningar arbetas in i budgeten. Budgeten gäller även om effekter uteblir. Större skillnader beaktas i nästa års budget.

- Hur ser landstingets stöd- och uppföljningsorganisation ut kopplat till omställningen, finns exempelvis ett programkontor (motsvarande)?

Nej inget programkontor finns. Landstingets analyschef har haft en central roll i såväl förberedelser som genomförande av SFP. I övrigt tillhandahåller landstingets ordinarie administrativa funktioner stöd i genomförande och uppföljning.

- Har, och i så fall hur, besparingsbetingen formaliserats i linjeorganisationen? Har chefer på alla nivåer åtagit sig sina sparbetning?

Ja, genom att de är inarbetade i budgeten.

## **7.2 Verksamhetsnivå**

- Bedrivs, med utgångspunkt i fattade beslut, ett ändamålsenligt omställningsarbete på verksamhets- och enhetsnivå inom hälso- och sjukvården?

Ja, genomförda intervjuer på verksamhetsnivå ger vid handen att verksamheterna i hög grad verkställt fattade beslut som gällt den egna verksamheten.

- Mottas och uppfattas omställningspaketet inom hälso- och sjukvårdens linjeorganisation på ett sådant sätt att genomförandet av lokala omställningsåtgärder säkerställs? (frågan äger stor vikt i initialskedet av granskningen)

Se svar på föregående fråga. Förslagen till åtgärder har tagits fram i dialog med eller av verksamheterna själva vilket inneburit ett stort ansvarstagande.

- Erhåller ledningen på verksamhets- och enhetsnivå det stöd (från t ex landstinget centralt) som erfordras för att uppnå eftersträvarade resultat?

Med undantag för att några efterlyser mer information om hur det går för hela landstinget med spararbetet, har inte generellt behov av sådant stöd framkommit. Från några verksamheter framförs synpunkten att en centralt framtagen arbetsgång eller checklista att använda vid verksamhetsförändringar hade varit ett gott stöd. Detta för att säkerställa att förändringarna genomförs i rätt ordning och att inget glöms bort.

- Har arbetet som föregick omställningsbesluten genomförts på ett sätt som skapat tilltro och uppslutning bland landstingets chefer och medarbetare?

Ja, i hög grad. Många av de intervjuade (även på enhetsnivå) känner till de analyser som låg till grund för dialogmöten och besparingsförslag.

- Hur har chefs- och medarbetarinvolveringen sett ut i det arbete som skett efter att de formella besluten fattats?

Genomförandet har skett med hög involvering av medarbetare och fackliga förtroendevalda.

- Vilket stöd erbjuds i praktiken till verksamhetschefer och medarbetare att hitta besparingspotentialer och eller att realisera de aktuella sparbetingen, finns t.ex. en verktyglåda med metoder för analys och förbättringskunskap etc.?

Inget specifikt stöd har utarbetats i denna del för att stödja SFP-arbetet. Landstingets ordinarie stöd- och utvecklingsresurser finns däremot tillhands. Det kan finnas skäl för landstinget att överväga förstärkningar i denna del i det besparingsarbete som nu följer.

## **8. Förslag till fortsatt arbetsgång**

Enligt tidigare överenskommelse ska rapport nr 2 lämnas till revisorerna vid slutet av december 2016.



Med utgångspunkt i tidigare offererad metod föreslås följande arbetsgång:

1. Riskanalys genomförs. Fokus ligger på risker som kan medföra svårigheter för landstinget att realisera väsentliga delar i SFP. Utgångspunkt för riskanalysen är det som framkommit i rapport 1 och andra förhållanden som blivit kända därefter.
2. Förbättringsförslag identifieras i arbetet så här långt dvs. rapport 1 (ständiga förbättringar en del i offererad metod).
3. Samordning / avgränsning sker i förhållande till pågående forskningsprojekt
4. Andra anpassningar eller justeringar gentemot ursprunglig metod presenteras
5. De fyra första stegen förarbetas av KPMG och diskuteras vid ett möte med revisorerna på plats i Falun.
6. KPMG upprättar ett förslag till projektplan för arbetet med granskning och rapport 2.
7. Revisorerna tar ställning till projektplan
8. Granskning 2 genomförs, rapportering i månadsskiftet januari/februari 2017.

Andreas Endredi  
*Uppdragsansvarig*

Örjan Garpenholt  
*Konsult/Specialist*

## **Bilaga 1 Metod**

I arbetet med denna granskning har metoden innehållit följande delar:

- Workshop – inledande diskussion med landstingets tjänstemannaledning
- Intervjuer – se förteckning nedan
- Dokumentgranskning – se förteckning nedan
- Fallstudier för kontinuitet – kommer att ske i kommande granskningar det blir möjligt att följa olika utvecklingsarbeten på verksamhetsnivå
- Tillvarata information och kunskap från räkenskapsrevision – omfattande dialog och informationsutbyte / avstämning har skett med ansvarig inom KPMG för räkenskapsgranskningen av Landstinget Dalarna. Uppdragsansvarig i detta uppdrag har tagit del av och lämnat synpunkter på delårsrapporten vilka också beaktats. På samma sätt har ansvarig för räkenskapsgranskningen tagit del av innehållet i denna rapport. Även dessa synpunkter har beaktats. Inte minst har diskussioner förts kring det förhållande att landstinget använder en prognosuppgift som utgångspunkt för sitt sparpaket. Rimligheten i ekonomidirektörens sätt att rensa för jämförelsestörande poster i landstingets nettokostnader, har inneburit flera avstämningar.
- Ständiga förbättringar i vårt arbete – byggs in inför nästa granskning
- Avstämning med internationell expertpanel – granskningsansats och delar av rapporten har översatts till engelska. Våra internationella kollegor har lämnat synpunkter vilka har och kommer att beaktas i det fortsatta arbetet.

## **Intervjuer, dokument och underlag för bedömningar**

*Intervjuer har skett med följande befattningshavare*

- Landstingsstyrelsens ordförande
- Ersättare för förste vice ordförande, landstingsstyrelsen
- Chefcontroller, landstingets kansli
- Biträdande landstingsdirektör
- Personaldirektör
- Ekonomidirektör
- Analyschef, landstingets kansli
- Chefläkare, ansvarig för prioriteringsutredningen

- Hälso- och sjukvårds direktör
- Personalchef, medicin och psykiatridivisionen
- Divisionschef psykiatri
- Divisionschef, primärvården
- Områdessamordnare/ansvarig för närsjukvårdsutredningen
- Verksamhetschef, psykiatri Norra västra, Mora lasarett
- Verksamhetschef, Avesta vårdcentral
- Verksamhetschef, reumatologen, Falu lasarett
- Verksamhetschef, kvinnokliniken, Falu lasarett
- Verksamhetschef, Tiskens vårdcentral, Falun

***Följande dokument har granskats***

- Besluten i Landstingsstyrelsen och Landstingsfullmäktige om SFP1 och SFP 2 i maj, juni respektive november 2015
- Årsredovisning 2015 och delårsbokslut 2016
- Flertalet periodrapporter 2015 och 2016
- Budget 2016
- Uppföljning av SFP1 och SFP 2 (hälso- och sjukvård) till LSAU i juni 2016
- Informationsmaterial (presenterade vid sammanträden) och handlingar om uppföljning av SFP i politiska organ
- Dialogunderlaget ”Vägen till ett välvårdat Dalarna”
- Ett flertal utredningsrapporter vilka utarbetats på uppdrag av landstingsfullmäktige (delar av SFP1 & 2)
- Riskanalyser kopplade till enskilda förändringar på verksamhetsnivå
- Rutin för ianspråktagande av omställningsmedel
- Rutin för anställningsprövning
- Information om SFP publicerad på landstingets hemsida

***Vår tolkning av uppdraget – underlag för bedömningar***

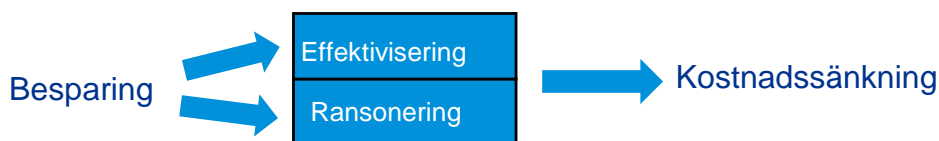
En lite tuff och krass reflexion kring det tema som denna granskning har, är att det är betydligt lättare att spara i budgeten än i verkligheten. Det finns dock idag stor erfarenhet av besparingsarbete inom offentlig verksamhet och inte minst inom hälso- och sjukvården att använda för att öka möjligheten att hamna rätt.

Många försök till snabba åtgärder i form av neddragningar i kombination med minskning av antal medarbetare har skett. Generellt kan sägas att en gemensam erfarenhet av detta är att snabba åtgärder i bästa fall ger snabba men mycket sällan långsiktiga effekter. En ganska vanlig följd av besparingspaket är att kostnaderna tillfälligt sänks men sedan kommer åter eller till och med efter en tid överstiger den tidigare nivån. Gemensamt för sådana ansatser är att de inte har berört

organisationens arbetssätt, de har inte fokuserat på hur effektivt verksamhetens processer fungerar. Utan sådan kunskap riskerar åtgärderna att ”slå blint” t.ex. genom att de kan innebära att viktiga delar av välfungerande processer plockas bort medan mindre effektiva blir kvar. Omvänt är det idag känt att det finns en stor potential till förbättringar (såväl avseende kvalitet som resursåtgång/kostnad) i verksamhetens processer och att processförbättringar är det enda långsiktigt hållbara sättet att öka kvalitet och/eller sänka kostnad (effektivisera). Det går dock inte att sticka under stolen med att långsiktigheten också skapar bekymmer. En politisk mandatperiod är sällan tillräcklig för att få tydliga, omfattande och hållbara effekter av större kostnadsänkingspaket. Av detta skäl kan en bred parlamentarisk uppslutning kring ett omställningspaket anses som helt avgörande för långsiktig effekt.

### Begrepp

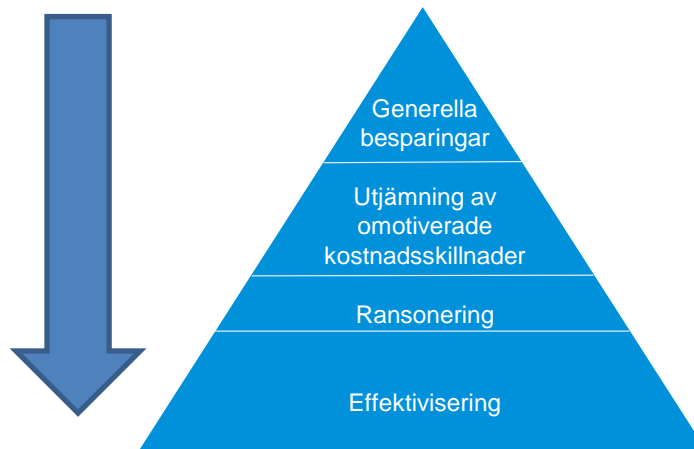
I detta uppdrag är begreppet besparing centralt. I figuren nedan illustreras hur vi förhåller oss till dessa begrepp.



Besparingar ska leda till kostnadsänkningar och kan ske via effektiviseringar eller ransonering. Med effektiviseringar menar vi kostnadsänkande åtgärder som inte försämrar kvalitet eller minskar utbudet av verksamhet eller tjänster. Med ransonering menar vi att vissa insatser erbjuds i mindre omfattning, till lägre kvalitet eller helt tas bort från utbudet. Ransonering är alltså inte samma sak som prioritering. Däremot kan resultatet av prioriteringar leda till ransonering. Det är alltså önskvärt att ransoneringar föregås av medvetna prioriteringar och att det är det som är lågt prioriterat som ransoneras.

### Modell för effektivt besparingsarbete

Utifrån erfarenhet av en stor mängd granskningar av besparingsarbete i offentlig verksamhet, inte minst inom hälso- och sjukvård, har konsulter inom KPMG sammanfattat sina erfarenheter av vad som kan anses effektivt. Figuren sammanfattar erfarenheterna och texten nedan förklarar närmare vad som avses.



Figuren visar en pyramid med fyra typer av besparingsåtgärder. Ambitionen bör generellt sett vara att pyramidens bas ska bli så stor som möjlig, dvs. att en så stor del av åtgärderna (mätt som andel av den totala önskade besparingen) ska avse effektivisering. Skälet är att effektivisering är den åtgärdstypen som bäst säkerställer att landstingets resurser nyttjas på bästa sätt. Näst bäst är ransonerings. Och tredje bäst (och egentligen inte särskilt önskvärt) är besparingskrav med utgångspunkt i omotiverade kostnadsskillnader. Det minst önskvärda sättet är att använda generella besparingar.

I första hand bör alltså åtgärder vidtas som kan genomföras utan att minska utbudet eller försämma kvaliteten. Potentiella effektiviseringar kan identifieras genom att se över hur viktiga processer i verksamheten fungerar. Även den rådande sjukvårdsstrukturen bör prövas utifrån en effektivitetsaspekt – finns det effektivare sätt att arrangera och organisera dagens vårdutbud? Om de kostnadsänkningar som kan uppnås genom effektiviseringsåtgärder inte räcker bör arbetet gå vidare till nästa steg – ransonerings. Arbetet bör bygga på någon av de modeller för prioritering som tillämpas i landstingssverige. Observeras bör att redan i detta steg måste landstinget vara beredd att ge avkall på kvalitet och/eller verksamhetsutbud. Om inte heller ransoneringsverktyget är tillräckligt för att klara nödvändiga kostnadsänkningar bör resterande del åstadkommas genom utjämning av omotiverade kostnadsskillnader. I detta moment jämförs landstingets och delverksamheternas kostnadsnivå med jämförbar verksamhet. Syftet är att identifiera omotiverade kostnadsskillnader. Detta steg innebär att krav på kostnadsänkningar riktas till vissa verksamheter utifrån deras relativa kostnadsläge. Genomförandet bör tillåtas ske genom utbudsminskning eller kvalitetsförsämring. Gemensamt för dessa tre beskrivna typer av åtgärder är att de kan kallas för differentierade besparingar i meningen att det finns en mer eller mindre saklig grund för att en viss verksamhet tilldelats ett visst spararbete. I den fjärde typen saknas en sådan koppling varför den kan betecknas som en generell besparing och betinget formuleras ofta som en andel av budgeten.

### *Ytterligare erfarenheter av betydelse i denna granskning*

Frikopplat från ovanstående figur vill vi även dela ytterligare några erfarenhet kring besparingsarbete och som påverkar vårt förslag till utformning av denna granskning. Omställningspaket av detta slag är ofta både långsiktiga och väldigt omfattande. De berör stora delar av eller samtlig verksamhet i en stor organisation. Det betyder att det är en mycket komplex uppgift att leda och styra både tillkomsten och framdriften av en omställning. Vår erfarenhet är att de landsting/stora sjukhus etc. som varit framgångsrika har tillskapat särskilda interimistiska organisationer för att leda, stödja och följa arbetet.

För att få trovärdighet i omställning behöver det skapas en samsyn i organisationen dels om varför hela omställningen är nödvändig och syftet med den dels om att de aktuella besparingsåtgärderna är de rätta. Vår erfarenhet är att det är svårt att uppnå en tillräcklig samsyn och delaktighet utan en uttalad involvering av chefer och medarbetare i organisationen för att forma omställningens närmare innehåll. En formaliserad överenskommelse i linjeorganisationen där varje chefs åtgärdsbeting specificeras och undertecknas bör också användas för att stärka tydlighet och tilltro till omställningspaketet.

Få omställningspaket som vi sett har från början ”tagit i för mycket”, dvs. skapat trovärdiga och välförankrade besparingsåtgärder som summerar till ett större besparingslopp än det samlade sparbetet. Det kan anses lämpligt att sikta något högre än sparbetet och skapa en buffert att ta av om vissa åtgärder blir omöjliga att realisera eller om de ekonomiska effekterna inte blir så stora som planerat.

## Bilaga 2 Sammanställning politiska beslut SPF1 och 2

Beslut om åtgärd	Division	Datum för beslut	Färdigdatum	Uppföljning 16-02	Uppföljning 16-06	Beräknad besparing i mkr	Besparings-kategori
Reducerat köp av staffettläkare	Primärvården	1506		Pågår	Pågår		22 Effektivisering
Grängsbergs vårdcentral samordnas med Ludvika vårdcentral	Primärvården	1506	2016	Verkställt	Verkställt		1,1 Effektivisering
Aveckling av Skogsplåtans Rehabilitering i Säma	Primärvården	1506	2016	Verkställt	Verkställt		4,4 Ransonerig*
Minskning av jourverksamheten vid Borlänge sjukhus	Primärvården	1506	2015	Verkställt	Verkställt		1,6 Effektivisering
Aveckling av primärvårdens bassängverksamhet	Primärvården	1506	2015	Pågår	Verkställt		1,1 Ransonerig
Förändring av Habiliteringsverksamheten i Södra Dalarna	Psykiatrinen	1506		Pågår	Verkställt		2,2 Ransonerig
Aveckling av landstingets specialpedagogiska enhet i Hästberg	Psykiatrinen	1506	2015	Verkställt	Verkställt		3,1 Ransonerig
Samordning av missbruks- & beroendevården till Falun för patienter med samsjuklighet	Psykiatrinen	1506	2017	Pågår	Pågår		5 Effektivisering
Aveckling av vuxenpsykiatriens öppenvårdsmottagning i Hedemora	Psykiatrinen	1506	2016	Pågår	Pågår		3 Effektivisering
Aveckling av öppenvården i Älvdalen, Leksand & Vansbro & omvandling av mottagning i Rättvik och Malung till filialmottagningar	Psykiatrinen	1506	2016	Verkställt	Verkställt		8 Effektivisering
Aveckling av avdelning 6 vid Borlänge sjukhus	Medicin	1506	2015	Verkställt	Verkställt		11 Effektivisering
Sammanläggning avdelning 70 & avdelning Stroke vid Mora Medicin- & Geriatrikliniken	Medicin	1506	2016	Verkställt	Verkställt		0,6 Effektivisering
Förändringar inom gynekologi & förlossningsvård vid Mora lasarett	Kirurgi	1506	2015	Verkställt	Verkställt		27,5 Effektivisering
Aveckling av basängverksamhet vid Falu lasarett och Mora lasarett	Kirurgi	1506	2016	Pågår	Verkställt		2,5 Ransonerig
Aveckling av mottagningsverksamhet i Avesta, Ludvika, Borlänge & hudbehandlingsenheten i Malung	Kirurgi	1506	2016	Pågår	Verkställt		18,5 Effektivisering
Aveckling av ambulansstation i Rättvik	Kirurgi	1506	2015	Pågår	Pågår		0,6 Effektivisering
Aveckling av övervakningsenheten i Skönvikt i Säter	Kirurgi	1506	2015	Pågår	Verkställt		11 Effektivisering
Aveckling av landstingets rekreationsverksamhet på Tandådalens Fjällhotell	Övrigt	1506	2015	Verkställt	Verkställt		2,1 Ransonerig**
Avtal om lokal folkhälsofunktion	Övrigt	1506	2015	Verkställt			3,8 Ransonerig
Samtliga beslut ovan följs upp genom återrapportering under hösten 2015 & under 2016 vid varje landsstingsstyrelsemöte	Övrigt	1506	2015	Verkställt			
Uppdrag att utreda utbud & nivåstrukturering av Landstinget Dalarnas samtliga sjukhus	Övrigt	1506	2015	Verkställt			
LS ges i uppdrag att utreda möjligheten med ny informationsteknik införa distansdoktorsystem	Övrigt	1506		Pågår	Verkställt		
LS ges i uppdrag i Välfärdsrådet att initiera utredningsarbete med målsättning att utveckla samverkan kommuner kring sjuka äldre	Övrigt	1506		Pågår	Verkställt		
LS ges i uppdrag att utarbeta ett pilotprojekt med "virtuella" hälsorur där invånarna kan kolla blodtryck mm över nätet	Övrigt	1506		Pågår	Verkställt		
LS ges i uppdrag att utreda möjligheten att starta en mobil distriktsköterskemottagning som besöker orter på landsbygden	Övrigt	1506		Pågår	Verkställt		
LS ges i uppdrag att utreda möjligheten för primärvården att under en kort tid hyra övervakningsplatser på äldreboende	Övrigt	1506		Pågår	Verkställt		
Ekonomi-, personal-, kommunikations- & IT-funktionerna inom förvaltningen överförs till Central Förvaltningen	Lt-gemensamt	1506	2016	Information saknas	Information saknas		
LS utreda punkt 1 (den ovan) & vid behov besluta om centralisering av ytterligare administrativa funktioner	Lt-gemensamt	1506		Information saknas	Information saknas		
LS utreda förutsättningarna för landstingets bidragsgivning	Lt-gemensamt	1506	2015	Verkställt			
LS utreda ersättning för fackligt arbete, dess omfattning & framtida inriktning.	Lt-gemensamt	1506	2015	Pågår	Information saknas		
LS utreda förutsättningarna för landstingets reglemente & avgifter för sjukresor	Lt-gemensamt	1506	2015	Verkställt			
LS utreda nuvarande koltnadsfördelingsmodell för kollektivtrafik & dess tillämpling	Lt-gemensamt	1506	2015	Pågår	Information saknas		
LS & nämnderna spara på den politiska organisationen genom omedelbart se över sammanträden och stoppa extrema Konf.	Lt-gemensamt	1506		Pågår	Information saknas		
LS påbörja dialog med tjänstemannaorganisationen om planeringsförutsättningar och ange politiska prioriteringar utifrån bef. Behov inom ramen för tillgängliga resurser för period 2016-2019	Lt-gemensamt	1506		Verkställt			
Minskning av antalet fastställda vårdplatser - Division medicin	Medicin	1511	2016	Verkställt		10 tillsammans med A37	Effektivisering
Minskning av antalet fastställda vårdplatser - Division medicin	Medicin	1511	2016	Verkställt		10 tillsammans med A36	Effektivisering
Minskning av antalet fastställda vårdplatser - Division medicin	Medicin	1511	2016	Pågår	Verkställt		6 Effektivisering
Minskning av antalet fastställda vårdplatser - Division medicin	Medicin	1511	2016	Pågår	Information saknas		6 Effektivisering
Minskning av omfördelning av antalet fastställda vårdplatser - Division Kirurgi	Kirurgi	1511	2015	Verkställt			10 Effektivisering
Minskning av omfördelning av antalet fastställda vårdplatser - Division Kirurgi	Kirurgi	1511	2015	Verkställt	Verkställt		20 Effektivisering
Minskning av omfördelning av antalet fastställda vårdplatser - Division Kirurgi	Kirurgi	1511	2016	Verkställt			3 Effektivisering
Minskning av omfördelning av antalet fastställda vårdplatser - Division Kirurgi	Kirurgi	1511	2016	Verkställt			2 Effektivisering
Stängning av ortopedmottagningen, Ludvika lasarett	Kirurgi	1511	2015	Verkställt	Verkställt		0,5 Effektivisering
Förändring jourorganisation i Västerberglagen	Primärvården	1511	2016	Pågår	Pågår	Kostnadsneutral	Effektivisering
Förändring jourorganisation i Västerberglagen	Primärvården	1511		Verkställt	Verkställt	Kostnadsneutral	Effektivisering
Förändring jourorganisation i Södra Dalarna	Primärvården	1511	2016	Pågår	Verkställt	Kostnadsneutral	Effektivisering
Förändring jourorganisation i Södra Dalarna	Primärvården	1511		Verkställt	Verkställt	Kostnadsneutral	Effektivisering
Utredning av rättspsykiatriens uppdrag & struktur	Psykiatrinen	1511	2016	Pågår	Information saknas		
Utredning av utbud och nivåstruktur inom riskbruks-, missbruks- och beroendevården	Psykiatrinen	1511	2016	Pågår	Information saknas		
Utredning av närsjukvård	Övrigt	1511	2016	Pågår	Information saknas		
Bemanningsmål för Hälso- & sjukvårdsförvaltningen	Övrigt	1511	2019	Pågår	Information saknas		Effektivisering
Landstingets bidragsgivning	Lt-gemensamt	1511	2016	Pågår	Information saknas		
Landstingets bidragsgivning	Lt-gemensamt	1511	2016	Pågår	Information saknas		
Landstingets bidragsgivning	Lt-gemensamt	1511	2016	Pågår	Information saknas		
Landstingets bidragsgivning	Lt-gemensamt	1511	2016	Pågår	Information saknas		
Kostnadsfördelingsmodellen för kollektivtrafik	Lt-gemensamt	1511	2016	Pågår	Information saknas		
Planerings- & styrmodell	Lt-gemensamt	1511	2016	Verkställt			
Avgifter	Avgifter	1511	2016	Verkställt			0,06
Avgifter	Avgifter	1511	2016	Verkställt			2,5
Avgifter	Avgifter	1511	2016	Verkställt		Syfte att utnyttja resurserna	
Omvärdsanalys 2015 Egenavgifter & högkostnadsskydd	Avgifter	1511	2016	Verkställt		10 tillsammans med A64, A65, A66, A67, A68	
Omvärdsanalys 2015 Egenavgifter & högkostnadsskydd	Avgifter	1511	2016	Verkställt		10 tillsammans med A63, A64, A65, A66, A67, A68	
Omvärdsanalys 2015 Egenavgifter & högkostnadsskydd	Avgifter	1511	2016	Verkställt		10 tillsammans med A63, A64, A65, A66, A67, A68	
Omvärdsanalys 2015 Egenavgifter & högkostnadsskydd	Avgifter	1511	2016	Verkställt		10 tillsammans med A63, A64, A65, A66, A67, A68	
Omvärdsanalys 2015 Egenavgifter & högkostnadsskydd	Avgifter	1511	2016	Verkställt		10 tillsammans med A63, A64, A65, A66, A67, A68	
Omvärdsanalys 2015 Egenavgifter & högkostnadsskydd	Avgifter	1511	2016	Verkställt		10 tillsammans med A63, A64, A65, A66, A67, A68	
Omvärdsanalys 2015 Egenavgifter & högkostnadsskydd	Avgifter	1511	2016	Verkställt		10 tillsammans med A63, A64, A65, A66, A67, A68	

## Bilaga 3 Uppföljning av SFP1 & 2 (hälso- och sjukvård) till LSAU juni-16

### Kir

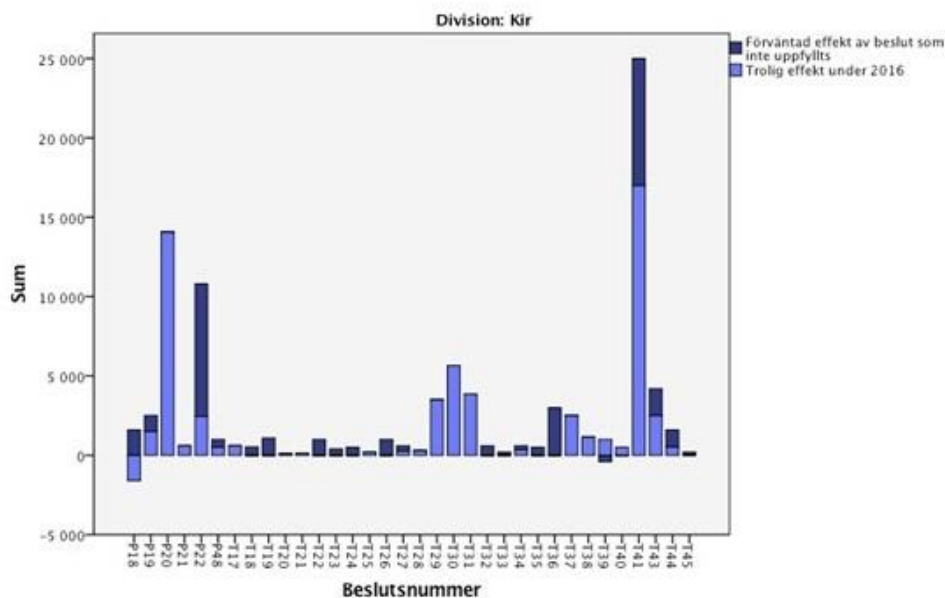
T41 är hemtagningseffekter av proteskirurgi

P22 är flytt av Skönvikt

T36 är Reumatologavdelning 12 slås ihop med ÖNH avd 45

P18 är att vid Mora lasarett stängs Gynekologisk 5-dygnsavdelning och gynekologiska operationer upphör samtidigt öppnas dock ytterligare platser på kir och op. Positiva effekter kan finnas i hemtagningseffekter

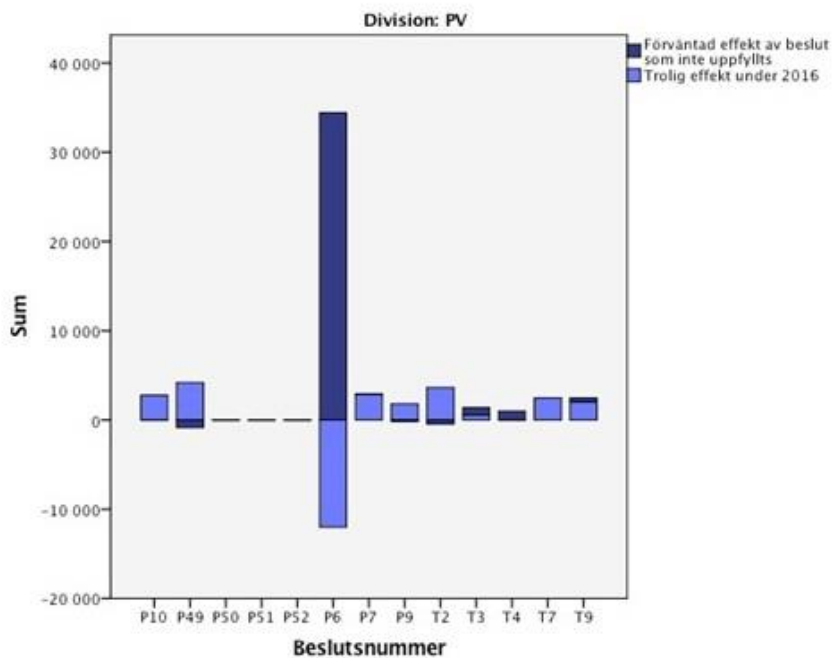
8 av 46 åtgärder (ca 17%) har ingen postulerad effekt



### Pv

P6 är minskning av stafetter

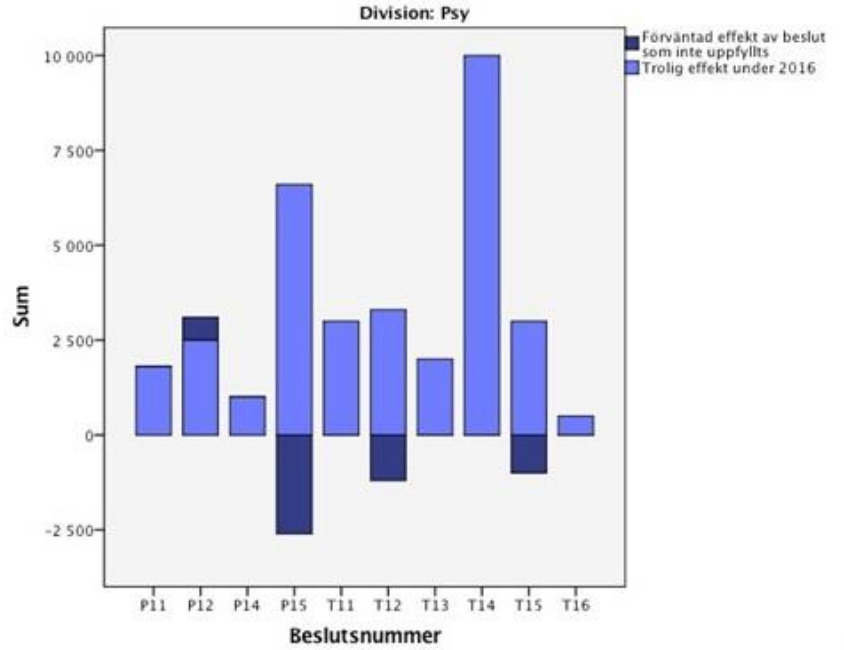
13 av 20 beslut har en postulerad effekt, många var dock utredningar





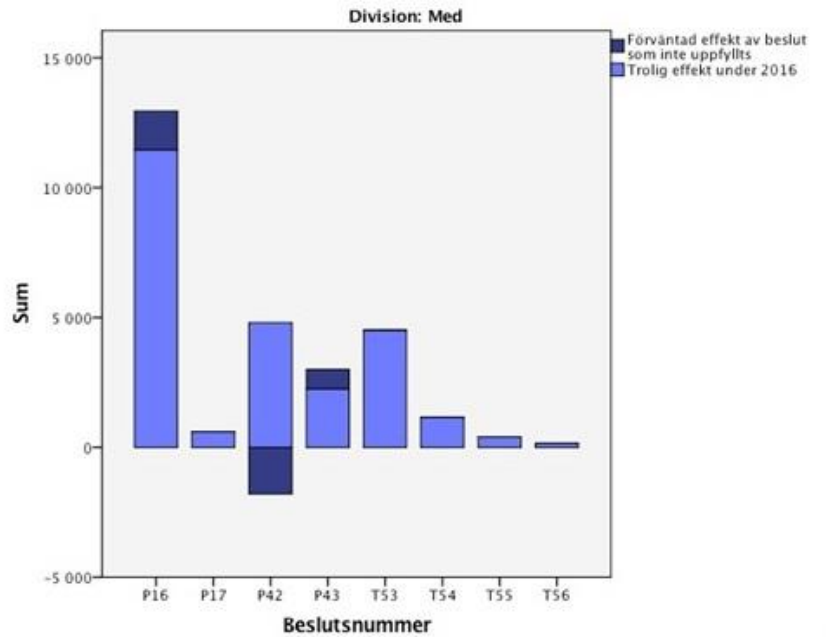
## Psy

10 av 13 beslut hade en postulerad effekt



## Med

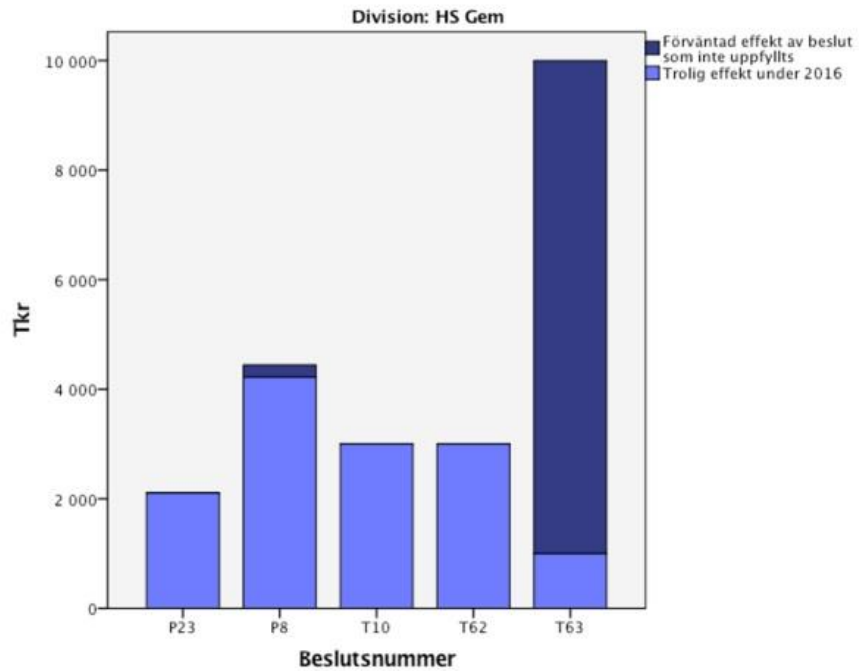
8 av 11 beslut hade en postulerad effekt



## HS Gem

Beslut T63 är Jourkompensation, 70/30-regeln

Värt att notera är att bara 9 av total 21 beslut i SFP1 och SFP2 som rör HS Gem har en postulerad effekt (många översyner) och av dessa har ekonomerna endast i 5 fall kunnat identifiera den förväntade effekten under 2016



## Bilaga 4 Utredningar inom SFP

*I detta avsnitt sammanfattas flera av de utredningar som landstinget genomfört eller är i färd att genomföra.*

### Utredningar initierade i LS/LF våren 2015

Ett av uppdragen var att utreda och föreslå utbud och nivåstrukturering för landstingets samtliga sjukhus. Uppdraget skulle vara utfört och rapporteras till LF i november 2015<sup>2</sup>. Uppdraget genomfördes och rapporterades till LF på utsatt tid<sup>3</sup>. Styrgrupp för arbetet var ledningsgruppen för hälso- och sjukvård. Benämning på uppdraget när det presenterades för LF var ”En högkvalitativ och hållbar hälso- och sjukvård” (även kallat 3HS).

Utredningsuppdraget nivåstrukturering tog sin utgångspunkt i utredningen ”Vägen till ett välvårdat Dalarna” och delades upp i fem arbetsflöden.

1. Utbuds- och nivåstrukturering
2. Planerings- och styrmodell
3. Prioriteringar
4. Kompetens och bemanningsplan
5. Jouruppdraget

Nedan beskrivs utredningarnas slutsatser kortfattat, i övrigt hänvisas till respektive utredning<sup>4</sup>.

### *Utbuds- och nivåstrukturering (inklusive Jouruppdraget)*

Utredningsdelen som avser utbud och nivåstrukturering har stor beröring med jouruppdraget och därför presenterades dessa två delar (arbetsflöden) i en rapport. Utredningen har tagit fram tre olika scenarier för en förändrad nivåstruktur. Dessa scenarier har värderats ur ekonomiska och medicinska perspektiv.

1. I detta scenario tas samtliga vårdplatser bort vid Ludvika och Avesta sjukhus. Utredningens bedömning är att detta innebär att vårdplatser flyttas till Falu lasarett och att besparingen framförallt uppstår i samordningen av jourlinjer. Det existerande och framtida behovet av insatser till äldre i samverkan med kommuner och primärvård bedöms av utredningen inte kunna uppfyllas i detta scenario. Scenariot bedöms innebära en besparing (för Ludvika) men innebär en försämring för Dalarnas äldre befolkning.

---

<sup>2</sup> LF 15-06-15 §47, punkt 21

<sup>3</sup> LF 15-11-09 §100

<sup>4</sup> Rapporterna 1. Utredning av ” utbuds och nivåstrukturering i landstinget Dalarna. 2. Utredningsmaterial

2. Scenario två innebär att närsjukvårdsavdelningar med inriktning på geriatrik och rehabilitering i nära samverkan med primärvård och kommunal hälso- och sjukvård tillskapas i Ludvika och Avesta. Scenariot innebär att den mer akuta sjukhusvården på dessa två orter läggs ner och flyttas till Falun. Scenariot innebär att jouruppdragen förändras vid sjukhusen och att jourverksamheten upprätthålls kvällar och nätter av primärvårdsjour. Bedömningen som görs i utredningen är att förändringar inom scenario 2 kan genomföras i Ludvika och att de till och med kan innebära förbättringar av närsjukvården för äldre. När det gäller Avesta, som idag har en mer omfattande verksamhet, är bedömning att scenariot inte är genomförbart. Bedömning grundar sig i antagandet att läkare och sjuksköterskor skulle lämna länet, ett antal utbildningsplatser för läkare och sjuksköterskor försvinner samt att Falun inte har möjlighet att klara överflyttning av vårdplatser och mottagningsverksamhet ur ett bemanningsperspektiv. Bedömningen är också att den ekonomiska besparingen är mycket begränsad i Avesta om scenario 2 genomförs.
3. Scenario 3 innebär i huvudsak att akutmottagningen i Avesta stängs nattetid och är öppen dagtid för medicinska fall (fram till kl. 21.00). Det skulle innebära att flera jourlinjer skulle kunna tas bort.

För Mora lasarett föreslår utredningen begränsade besparingar genom en något lägre operationsberedskap nattetid samt ett borttagande av en bakjour nattetid. I utredningen diskuteras även en samordning av intensivvårdsresurser mellan Falun och Mora. En sådan samordning bedöms inte ge några ekonomiska besparingar med utgångspunkten att antalet intensivvårdsplatser i länet inte kan minskas under nuvarande nivå.

Vid Borlänge lasarett görs bedömningen att det inte finns några möjligheter till omstrukturering som skulle innebära ekonomiska besparingar.

För Falu lasarett förslår utredningen inga omfattande förändringar i och med att omstruktureringen i stora delar innebär en centralisering och samordning som på olika sätt påverkar Falu lasarett. I utredningen beskrivs även att det pågår arbeten både inom medicin och kirurgidivisionerna om ett ökat samarbete över länet.

Övergripande påpekas i utredningen att landstinget idag har stora kostnader för köp av operationer i andra län och att det därför är av vikt att öka andelen operationer som ske inom landstinget.

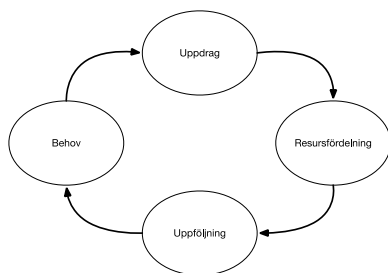
Den del av utredningsuppdraget som avser jouruppdraget (arbetsflöde 5) kan ses som en del- av nivå och uppdragsbeskrivningen. Utredningen konstaterar att primärvårdens jouruppdrag ser olika ut i olika delar av länet. Bland annat bedöms att de dygnsöppna primärvårdsmottagningar som finns i Avesta och Ludvika kan vara

bidragande till en större andel akutbesök i dessa områden. Utredningens bedömning är att de jourfall som nattetid handläggs av primärvården i regel kan vänta till dagen därpå eller handläggas per telefon av sjukvårdsupplysning 1177. Det är den grundtanke som funnits med i de ovan beskrivna scenarierna.

### *Planerings- och styrmodell*

Ett av uppdragen inom ramen för utredningen var att ta fram en effektiv planerings- och styrmodell samt ersättningsmodell inom ramen för landstingets ledningssystem.

Efter att ha tagit del av andra landstings erfarenheter och jämförelser har utredningen kommit fram till ett antal åtgärder som innebär en utveckling och förstärkning av planering- och styrprocessen i landstinget. Modellen nedan illustrerar lednings- och styrningsprocessen i övergripande perspektiv.



Utredningen föreslår ett antal konkreta åtgärder som bör implementeras för att stärka upp landstingets planering och styrning. Åtgärderna är: tidsmässigt samordna uppföljning och planering, utöka och strukturera arbetet kring planering på landstingsnivå och verksamhetsnivå, ha en tydlig månatlig dialog på verksamhetsnivå, arbeta med behovsanalys. Vissa av dessa delar beskrivs närmare i det följande.

### *Arbeta med behovsanalys*

Att landstingets arbete skall utgå från innevånarnas behov fastställs i hälso- och sjukvårdslagen. Utredningen pekar på att sjukvården måste arbeta med systematiska behovsanalys bestående av både epidemiologiska data, befolkningsprognoser, medborgarnas uppfattningar och de behovsförändringar som uppfångas i landstingets verksamheter.

Avdelningen för hälsofrämjande har tagit fram ett underlag för behovsanalys<sup>5</sup>. Underlaget innehåller:

<sup>5</sup> Livsvillkor, hälsoskillnader och vårdbehov i Dalarna 2015 (2015-10-19).

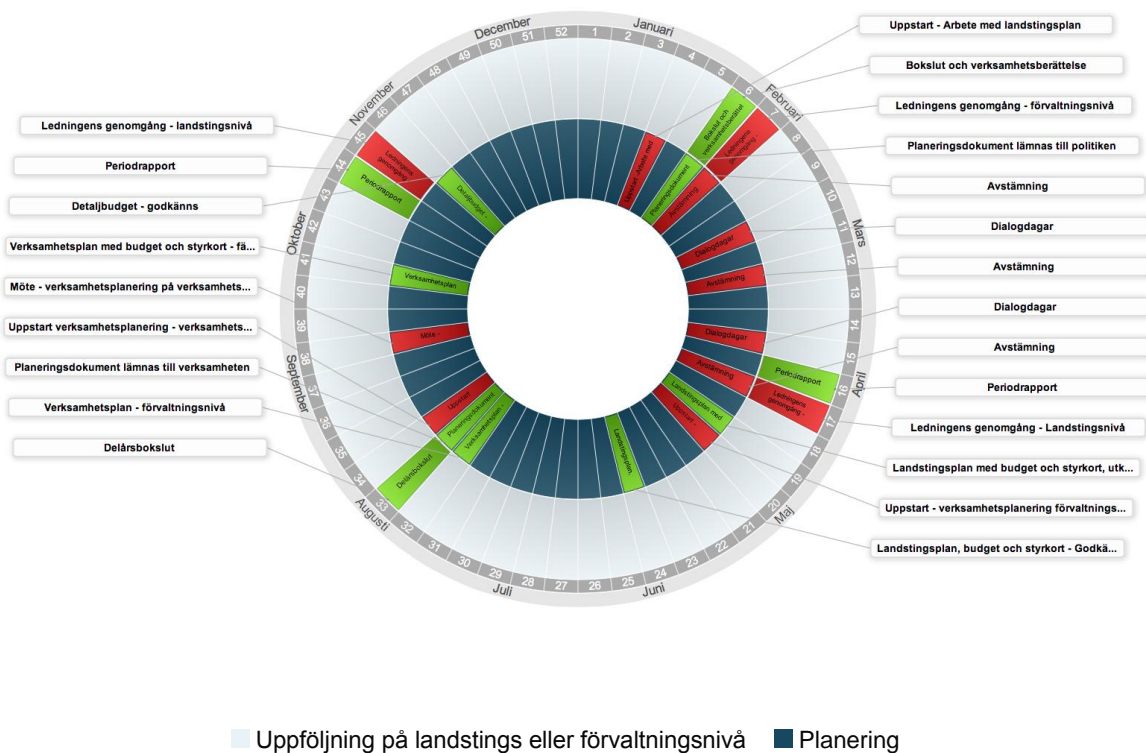
- En kunskapsdel som beskriver hälsans utgångspunkter och bestämningsfaktorer och övergripande hälsoläge i Sverige och Dalarna.
- Ett avsnitt som beskriver länsinvånarnas livsvillkor, avseende bl.a. medellivslängd, socioekonomi, ohälsotal, äldre, barn och unga.
- Ett avsnitt som avser de ”stora sjukdomarna och framtida vårdbehov.

Rapporten utgår från bl.a. från landstingets folkhälsostrategi och den regionala utvecklingsstrategin i länet. Tanken är att denna typ av behovsunderlag ska utvecklas och inkluderas i lednings- och styrprocesser i landstinget.

#### *Tidsmässigt samordna uppföljning och planering*

För att nyttja resurserna optimalt lyfter utredningen att landstinget behöver säkerställa att uppföljning sker i direkt anslutning till planeringen. En tidsmässig samordning av planering och uppföljning säkerställer att åtgärder planeras i de fall som avvikelser uppdagas. Utredningen trycker på att det i planeringsunderlaget på landstingsnivå är viktigt att det inkluderas information från verksamheternas föregående verksamhetsplanering och inte enbart historiska utfall.

En figur som presenterar ett sådant arbetssätt togs fram av utredningen.



### *Utöka och strukturera arbetet kring planering på landstingsnivå och verksamhetsnivå*

I utredningen framkommer att planeringen måste säkerställa att landstinget använder realistiska ramar i verksamheten. Detta innebär att det behöver finnas en rimlig balans mellan resurser och vad verksamheter förväntas utföra för dessa resurser.

En konkretisering av verksamheternas uppdrag är viktig. Detta är i mångt och mycket en förutsättning för att kunna matcha resursbehovet mot förväntade prestationer.

Enligt utredningen ska relevant / rätt kompetens inom landstinget knytas till strategiarbetet.

### *Ha en tydlig månatlig dialog på verksamhetsnivå*

För att kunna genomföra snabba korrigeringar när avvikelser upptäcks så bör det enligt utredningen finnas en månatlig uppföljning och kontroll av vissa delar av

styrkortet. Utredning trycker även på att tid bör avsättas ”både bland stödfunktioner, ledning på förvaltningsnivå och ledning på verksamhetsnivå för medverkan i den månatliga dialogen för att förbättra styrningen”.

### ***Prioriteringsmodell***

Inom ramen för utvecklingsplan del två i syfte att skapa en hälso- och sjukvård med en ekonomi i balans har ett förslag till hur landstinget bör arbeta med prioriteringar utarbetats. Aktörer för ett fungerande prioriteringsarbete har identifierats och deras roller specificerats. Hinder för ett fungerande prioriteringsarbete har också identifierats.

Förslaget innebär ett systematiskt prioriteringsarbete som ska vara ett verktyg för att åstadkomma bättre beslutsunderlag för åtgärder på kort och lång sikt. Landstingsfullmäktige bör årligen genomföra en konferens som resulterar i rangordnade kostnadsberäknade prioriteringsobjekt inför nästkommande verksamhetsår.

Inför varje verksamhetsår när resursramarna för kommande år är definierade och bestämda beslutar varje division om eventuella behov av ransoneringar eller omfördelningar. Alla sådana beslut ska föregås av en prövning om effektivisering kan vara ett alternativ till ransonering.

Inom varje verksamhet inventeras årligen de behov av inprioriteringar som kan förutses inför påföljande års verksamhet. Förslag om ransonering överlämnas till divisionsledningen för att prövas mot andra prioriteringsobjekt. Effekter av varje prioritering, in eller ut, måste belysas ekonomiskt.

Som stöd i prioriteringsarbetet ska det finnas en prioriteringsgrupp som har särskild kompetens inom prioritering, ett medicinskt råd för prioriteringar ur ett vetenskapligt, etiskt och/eller hälsoekonomiskt perspektiv och ett ekonomi- och HR-stöd som kan beräkna de ekonomiska effekterna.

Målet med prioriteringsprocesserna är en effektiv användning av befintliga resurser för att, så långt det går, möta behoven av hälso- och sjukvård med ledning av hur de fördelas hos befolkningen.

### ***Kompetens och bemanningsplan***

Enligt utredningen finns redan ett bra chefs- och ledarutvecklingsprogram men det behöver kompletteras med ett systematiskt stöd i chefens vardag samt ett program för erfarna chefer. Ett mentorprogram föreslås också.

För att systematisera arbetet med bemanning bör ett införande av bemanningstal övervägas och ett utvecklingsarbete avseende schemaläggning genomföras.



Det strategiska arbetet med kompetensförsörjning ska vara en del av landstingets ledningssystem så att det blir systematiskt och strukturerat samt att det bygger på regelbundna analyser av kompetensbehovet. I ett mer långsiktigt perspektiv är det nödvändigt med utvecklade kontakter med skolor, att visa upp landstingets verksamhet på mässor och att ta tillvara nyanländas kompetens.

Kompetensväxling innebär att varje anställd använder sin kompetens fullt ut. Förutom kompetensperspektivet kan växlingen även innebära en besparing då vissa arbetsuppgifter i yrkesgrupper med högre lönenivåer kan flyttas till grupper med lägre lönenivåer.

För att ytterligare renodla rollerna och för att samnyttja resurser inom landstinget föreslås bildandet av centrala funktioner för utbildning och administration.

#### **8.1.1 Utredningar initierade i LS/LF november 2015**

- Rättspsykiatrins uppdrag och framtida struktur, klar november 2016.
- Missbruks- och beroendevårdens organisation, klar november 2016.
- Närsjukvårdsuppdrag, klart november 2016.

Av dessa finns hittills möjlighet att kommentera den sistnämnda.

##### *Närsjukvårdsutredningen*

Uppdraget handlar om att komma med förslag till hur närsjukvård kan se ut i landstinget och hur den kan finansieras. Vård som befolkning / patienter ofta behöver ska tillhandahållas ”nära” hemmet. Det ska inte skapas någon ny organisation.

Förväntan på uppdraget är att skapa effektivisering i vårdsystemet. Utredningsförslaget förväntas presenteras under hösten för att tas upp för politiskt ställningstagande i november 2016. En svårighet som utredaren ser framför sig är att få med specialistsjukvården i en samverkan kring närsjukvård.