



**Landstinget Dalarna**

Landstingets omställningsarbete

Rapport 3

KPMG AB  
2017-06-01  
*Antal sidor:21*

## Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning och rekommendationer	2
1.1	Rekommendationer	3
2.	Inledning	4
2.1	Bakgrund	4
2.2	Syfte och avgränsning	5
2.3	Revisionskriterier	5
2.4	Metod	5
3.	Uppdatering – händelser med direkt koppling till SFP sedan rapport 2	5
3.1	Årsredovisning 2016	5
3.2	Plan/budget 2017-2019	9
3.3	Arbetet med Plan/budget 2019	10
3.4	Sammanfattande bild av nuläget i struktur och förändringsplanen	12
3.5	Kommentarer och bedömningar	12
4.	Utvecklingsstrategi	13
4.1	Kommentarer och bedömningar	14
5.	Närsjukvårdsuppdrag	14
5.1	Kommentarer och bedömningar	15
6.	Utvecklingen av antalet helårsarbetare	16
6.1	Status	16
6.2	Metod för att följa och redovisa	17
6.3	Kommentarer och bedömningar	17
7.	Arbetet på verksamhetsnivå	18
7.1	Geriatrisk och Rehabiliteringsmedicin Borlänge Falun Säter	18
7.2	Kvinnokliniken Falu lasarett	18
7.3	Vuxenpsykiatri Norra Västra Dalarna	19
7.4	Avesta Vårdcentral	19
7.5	Kommentarer och bedömningar	20
8.	Avstämning med forskningsprojektet	20
9.	Summering utifrån revisorernas beslutade inriktning för rapport 3.	20

### Bilaga 1 Metod



Bilaga 2 KPMGs sammanställning av uppföljning

Bilaga 3 Åtgärder Division kirurgi presenterade i årsredovisning 2016

Bilaga 4 Redovisning av SFP i politiska organ

## 1. Sammanfattning och rekommendationer

KPMG har på uppdrag av revisorerna i Landstinget Dalarna genomfört en granskning avseende landstingets stora omställningspaket – Struktur- och förändringsplan (SFP). Detta är den tredje av fem rapporter om detta tema.

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 ingen ny detaljerad uppföljning av besluten i SFP 1 och 2 har tillkommit sedan i juni 2016. Uppföljning och återrapportering lever inte upp till beslutet i landstingsfullmäktige i juni 2015. Som beskrivits i tidigare rapport har redovisningar skett men oftast utan att dessa är spårbara som handlingar eller ärenden. Landstingsstyrelsen har inte agerat för att ändra på detta förhållande.

Det är glädjande att landstinget har fastställt en entydig utgångspunkt för Struktur- och förändringsplanen, dvs. lagt fast vilken nettokostnad som är utgångspunkten i april 2015. Förutsättningarna att på ett tydligt sätt följa upp utfallet har härigenom kraftigt förbättrats.

I senaste årsredovisningen presenteras uppgiften att 300 mnkr av Struktur- och förändringsplanen har klarats av t.o.m. 2016 i förhållande till målbilden 700 mnkr. Däremot får läsaren inte tydlig information om att detta är en betydande eftersläpning (ca 180 mnkr) i relation till ursprunglig besparingstakt. Årsredovisningen redovisar inte heller ut vilka åtgärder som inte kunnat realiseras och varför. I sammanställd form redovisas att 95% av besluten (politiska och tjänstemannabeslut) är helt eller delvis genomförda. Läsaren kan lätt tolka detta som att planen i princip följs. Samtidigt kan konstateras att endast **63%** (300 av 480 mnkr) av de ekonomiska effekterna har realiserats vid årsskiftet 2016/2017. Vår uppfattning är att årsredovisningen ger en för positiv bild av utfallet i SFP.

Oklarheterna kring de (ännu) inte realiserade kostnadssänkningarna på 180 mnkr innebär att landstinget nu har en rejäl utmaning. Den strategigrupp som ska föra SFP i mål behöver tydligt och trovärdigt reda ut vilka delar av de hittills icke realiserade 180 mnkr som ändå kan klaras enligt ursprunglig plan. För resterande del krävs nya åtgärder. I det fall t.ex. hälso- och sjukvårdens åtgärder för att klara 2017 års besparing inte lyckas (dvs. om ett underskott prognostiseras för hälso- och sjukvården), kräver även det nya åtgärder.

Närsjukvårdsutredningen har dragit ut på tiden. Ett beslutsunderlag innehållande ekonomiska beräkningar för olika alternativ ska föreläggas hälso- och sjukvårdsnämnden för beslut i oktober. Ett uppdrag att forma den framtida nära vården har parallellt med detta getts till divisionscheferna i hälso- och sjukvården. Det finns oklarheter kring hur dessa båda uppdrag samordnas.

Minskningen av antalet helårsarbetare har fortsatt 2016 men i klart lägre grad än 2015. Det kvarstår att förbättra uppföljningsmöjligheterna beträffande antal helårsarbetare.

Vår bedömning är att de genomförda åtgärderna vid de fyra besökta verksamheterna även fortsatt kan betraktas som hållbara.

## **1.1 Rekommendationer**

Med anledning av genomförd granskning lämnas följande rekommendationer:

- Utveckla och förtydliga redovisning och uppföljning av SFP:
  - Årsredovisningen ger en för positiv bild av utfallet och en otillräcklig redovisning av orsaker till icke realiserade kostnadsänkningar.
  - Fånga bättre hur långt olika åtgärder kommit i genomförande, indelningen i ”Verkställt”, ”Verkställighet pågår” och ”Ej verkställt” är för grov.
  - Skapa en uppföljning av personalförändringar som månatligen och på ett relevant sätt belyser hur SFP-arbetet utvecklas
- Säkerställ att resurser används effektivt och att givna uppdrag är tydliga inom närsjukvårdsområdet.
- Landstingsstyrelsen lever inte upp till det ursprungliga beslutet i landstingsfullmäktige om att alla beslut ska följas månatligen i landstingsstyrelsen.

## 2. Inledning

### 2.1 Bakgrund

De två första i en serie av fem rapporter presenterades för de förtroendevalda revisorerna i september 2016 respektive januari 2017. Mot bakgrund av resultaten i dessa två granskningar genomfördes en riskanalys inför fastställandet av inriktningen för rapport 3. Detta finns återgivet i den projektplan som revisorerna fastställde vid sitt sammanträde i mars 2017. Inriktningen för rapport 3 beslutades utifrån detta till följande:

1. Ta del av besluten och de faktiska åtgärderna i SFP 3, samt planer för SFP 4 och eventuella ytterligare planerade sparpaket. Kategorisering av de nya besluten sker enligt KPMGs modell.
2. Undersöka ytterligare rapportering, redovisning och beslutsfattande kopplat till uppföljning i politiska organ av SFP som skett sedan Rapport 2.
3. Undersöka om landstinget nu har (och i förekommande fall granska) en plan / strategi för utvecklingsarbete och hur den kopplar till de behov som finns i SFP
4. Granska slutversionen av närsjukvårdsutredningen som presenterades i januari 2017. Särskilt ta del av förslagen och de skarpa åtgärderna samt handlings- / genomförandeplan. Vi kommer också att efterfråga de ekonomiska beräkningarna. Åtgärderna kategoriseras enligt KPMGs modell.
5. Följa utvecklingen av antalet helårsarbetare och efterfråga (ny) modell för ändamålsenlig redovisning av antal helårsarbetare.
6. Träffa några av de enheter som intervjuades i granskning 1 i syfte att höra hur de ser på effekterna av SFP 1 & 2, nu ca. 1,5 år senare. Kan åtgärderna fortfarande betraktas som hållbara? Hur ser de på de nya åtgärder som ligger i SFP 3 & 4?

Utöver detta bestämdes att en avstämning och en överenskommelse med pågående forskningsprojekt skulle ske i syfte att undvika att intervjuer sker på samma enheter.

Rapporten är i hög grad strukturerad utifrån beslutad inriktning enligt ovan. I kapitel 9 ges en kort summering exakt enligt de sex punkterna ovan.

## **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.

Rapport 3 (denna rapport) har fokuserat de områden som beskrivs i projektplanen som antogs av revisorerna vid sammanträdet i mars 2017 och som återges i avsnitt 2.1 ovan.

## **2.3 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.

## **2.4 Metod**

En metod bestående av ett flertal delar har ingått i denna granskning. Den övergripande metoden har tidigare återgivits i KPMGs anbud till revisorerna. Den specifika metod som använts i denna rapport beskrivs i bilaga 2.

## **3. Uppdatering – händelser med direkt koppling till SFP sedan rapport 2**

I detta avsnitt går vi igenom och lyfter fram det som är mest relevant för SFP i årsredovisningen och landstingets plan och budget.

### **3.1 Årsredovisning 2016**

Landstingets årsredovisning 2016 har varit uppe till politisk behandling i Landstingsstyrelse och fullmäktige under våren. Av den framgår med koppling till SFP:

- Att målet om att 2019 ha en ekonomi i långsiktig balans, ligger fast
- Att en struktur- och förändringsplan del 3 planeras för kommande år
- Att nettokostnadsutvecklingen har förbättrats påtagligt och var den lägsta bland landstingen 2016 men att de mer långsiktiga måtten soliditet och kassalikviditet, fortsatt ligger under rikssnittet.

- Överskottet för 2016 är 186 mnkr, budgeterat överskott var 117 mnkr. Överskott mot budget är 69 mnkr.
- Hälso- och sjukvården når inte upp till sitt budgetmål (-54 mnkr) medan relativt stora överskott (126 mnkr) redovisas avseende skatteintäkter, statsbidrag och finansnetto. Det är främst statsbidrag för läkemedel och generella statsbidrag som visar överskott. I överskottet ingår även en reavinst på 15 mnkr.
- Enligt årsredovisningen uppgår de positiva effekterna av struktur- och förändringsplanen hittills till cirka 300 mnkr. (Nettokostnaden har enligt årsredovisningen sjunkit totalt med närmare 400 mnkr sedan SFP inleddes.)
- Den samlade effekten av struktur och förändringsplanen beräknas enligt budgeten stärka ekonomin med ytterligare cirka 80 mnkr år 2017.

I årsredovisningen finns en särskild rubrik benämnd ”Struktur- och förändringsplan 2015 – 2019”. Här beskrivs bakgrunden till planen, dess tillkomst och genomförande. Även en nettokostnadsnivå presenteras för den tidpunkt som är utgångsläget för SFP (alla belopp i mnkr):

Nettokostnad enligt prognos april, exkl. AFA	7 881
varav beräknad effekt besparingar	130
<b>Nettokostnad prognos april exkl. besparingar</b>	<b>8 011</b>

Landstinget redovisar i en tabell i årsredovisningen att nettokostnaderna har sjunkit med 395 mnkr i relation till utgångsläget enligt ovan. Justering har då skett för poster som tillkommit efter april 2015. Det handlar om poster som 24/7-avtal, helikopter, ökade kostnader kollektivtrafik och prisökningar enligt LPI (Landstingsprisindex). Totalt uppgår justeringsposten till -338 mnkr. Av de 395 mnkr som landstinget anser vara en nettokostnadssänkning sedan april 2015, påstås struktur- och förändringsplanen stå för 300 mnkr. Det som kan hänföras till SFP fördelas med 200 mnkr till hälso- och sjukvården och 100 mnkr till övriga verksamheter.

En sammanfattande redovisning lämnas även om status för de åtgärder som beslutats inom ramen för SFP 1 och 2. I tabellen nedan har vi tagit med både den redovisning som erhållits tidigare och den som nu lämnats i samband med årsredovisningen.



*Politiska beslut*

Status åtgärder	Antal 2016-06-20	Antal 2016-12-31	Andel 2016-12-31
Verkställda	35	53	80%
Verkställighet pågår	26	12	18%
Ej verkställda	5	1	2%
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>66</b>	<b>100%</b>

*Tjänstemannabeslut*

Status 2016-06-20	Antal 2016-06-20	Antal 2016-12-31	Andel 2016-12-31
Verkställda	35	47	59%
Verkställighet pågår	35	27	34%
Ej verkställda	10	6	7%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Totalt är enligt den lämnade redovisningen 95% av åtgärderna helt eller delvis genomförda. Av de politiska besluten är 98% helt eller delvis genomförda medan motsvarande andel för tjänstemannabesluten är 93%.

*Kommentarer per division*

En sammanfattande redovisning i text lämnas också divisionsvis. Här framgår att divisionerna medicin och psykiatri har levererat planerad kostnadsänkning eller överträffat den. Primärvården har genomfört samtliga åtgärder och levererat besparing med undantag för det som handlar om hyrläkare, sådana kostnadsänkningar har inte realiserats. Division Kirurgi har genomfört de flesta åtgärderna men vissa har inte gett avsedd kostnadsänkning medan andra har gett mer. Sammantaget har kostnaderna inom kirurgin sänkts med 70 mnkr i relation till betinget på 100 mnkr. Ingen redovisning sker av utfallet i SFP för det som kallas division Övrigt och inte heller för de delar i landstinget som inte är hälso- och sjukvård.

Av texten redovisas således endast en avvikelse på 30 mnkr mot sparplanen per den 31 december 2016.

Enligt ursprungliga beslut skulle en besparing inom SFP på ca 480 mnkr ha uppnåtts till slutet av 2016. Av detta har enligt landstingets egna uppgifter 300 mnkr klarats. En differens på 180 mnkr finns således.

Ekonomidirektören bekräftar att differensen är 180 mnkr och uppger att den i huvudsak utgörs av följande:

- Div Kirurgi -80 mnkr (de 30 mnkr som framgår i årsredovisningen avser i hög grad avvikelse i relation till politiska beslut. Utöver det finns en avvikelse på 50 mnkr kopplat till tjänstemannabeslut.)
- Div Övrigt -40 mnkr (består främst av en ekonomisk obalans i hälso- och sjukvården som fanns redan när besluten om SFP 1 och 2 fattades och som inte ännu kunnat överföras i skarpa åtgärder.)
- Kollektivtrafik -60 mnkr (till följd av oplanerade kraftiga kostnadsökningar)

Inga kommentarer lämnas om hur landstinget ser på möjligheterna att ta ikapp de besparingar som inte realiserats t.o.m. 2016 eller om möjligheterna att klara målet om en nettokostnadssänkning med 700 mnkr till 2019.

Av årsredovisningen framgår i övrigt följande med koppling till SFP:

#### ***Kompletterande åtgärder***

Under 2017 fortsätter struktur- och förändringsarbetet vilket innebär besparingskrav på knappt 80 mnkr varav 70 mnkr avser hälso- och sjukvården. En handlingsplan med kompletterande åtgärder är framtagen. Handlingsplanen utgår ifrån målet om en högkvalitativ, långsiktigt hållbar verksamhet och ekonomi.

#### ***Åtgärder Kirurgi:***

En lista på 17 punkter presenteras, se bilaga 3. Ingen information ges dock om hur stor kostnadssänkning som förväntas med anledning av presenterade åtgärder.

#### ***Åtgärder Medicin:***

Den budget som är lagd för 2017 är enligt divisionen i linje med beslut och uppdrag i SFP 1 & 2, inklusive tillkommande årlig kostnadsreducering motsvarande 60 mnkr/4 år. Den beräknas kunna uppfyllas genom kostnadsmedvetenhet - ”gnet”-, prioriteringar och varsam anpassning av personalbudget.

### *Åtgärder Primärvård*

Under denna rubrik framgår att divisionen 2016 lagt mycket stor möda på att förbereda/bereda en omfattande lönesatsning på läkare i primärvården, det s.k. primärvårdsliftet. Detta är en satsning i fyra delar i syfte att höja läkarbemanningen på kort och lång sikt.

### *Psykiatrin*

Divisionen har genomfört åtgärder enligt SFP 1 och 2 och har således inte med något om kompletterande åtgärder.

### *HS Gemensamt*

I årsredovisningen är denna ”division” redovisad separat. Ingen redovisning sker av divisionens utfall i SFP. Inte heller finns någon rubrik eller uppgifter om kompletterande åtgärder.

## **3.2 Plan/budget 2017-2019**

Vi har nedan tagit upp sådant i budgeten som är relevant för denna granskning.

I det fortsatta åtgärdsarbetet 2017-2019 är den huvudsakliga inriktningen att öka effektiviteten bl.a. genom ett aktivt arbete med behov, medicinsk praxis, prioriteringar och ett framtida arbetssätt som innebär att ”rätt person gör rätt saker”, och därmed uppnå en ytterligare ekonomisk effekt motsvarande drygt 200 mnkr.

Struktur- och förändringsplanens övergripande målbilder är:

- En högkvalitativ hälso- och sjukvård
- En hållbar ekonomi i balans
- Kvalitet och säkerhet
- Hållbar och god arbetsmiljö

**Tabell 9. Besparingskrav enligt struktur- och förändringsplan**

(Mkr)	2017	2018	2019
Hälso- och sjukvård	70	70	70
Hjälpmedel/hälso- och sjukvård	1,5		
Tandvård	1,5		
Landstingservice	1,5		
Kultur och bildning	1		
Central förvaltning	2		
Hjälpmedel LD	0,5		
Övrigt, bidragsgivning m.m.	2		
Ej fördelat per förvaltning		7	7
<b>Totalt</b>	<b>80</b>	<b>77</b>	<b>77</b>

I budgeten står också följande: *Målet är att ta fram en handlingsplan med åtgärder per division och verksamhet, som skapar förutsättning för en ekonomi i balans för Hälso- och sjukvården from 2017. Handlingsplanen kommer att föreläggas landstingsstyrelsen (och fullmäktige) under januari 2017 i samband med förslag om internbudget för hälso- och sjukvårdens verksamheter.*

Det arbete och den handlingsplan som beskrivs ovan beskrevs tämligen ingående i Rapport 2 av SFP som presenterades för de förtroendevalda revisorerna i januari. Det kan konstateras att arbetet inte följt denna planering. Ekonomidirektören beskriver situationen som att de vardagsrationaliseringar som divisionerna planerat i sina respektive budgetar 2017, har bedömts som tillräckliga för att klara reduktionen på 80 mnkr som beslutats i budgeten. Åtgärderna har inte krävt politiska beslut för att kunna verkställas.

### 3.3 Arbetet med Plan/budget 2019

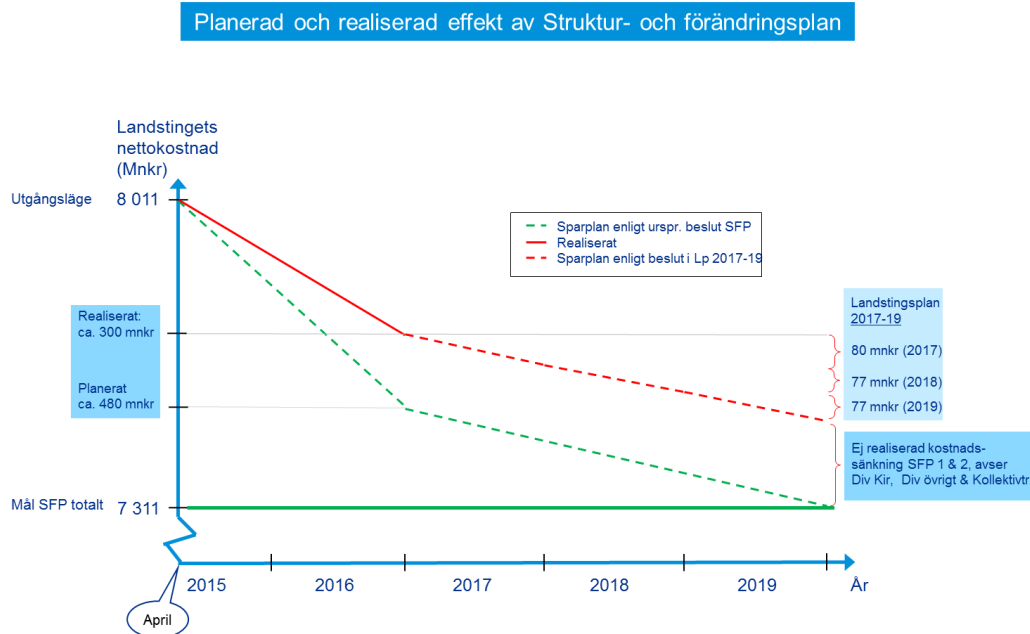
Landstingsledningen arbetar med att ha en strategi formulerad för det fortsatta arbetet med SFP till besluten i LS och LF om plan/budget 2018. Konkretisering ska ske under hösten för definitivt ställningstagande i LF i nov. Målet är att då hantera SFP ekonomiska målbild för 2018 – 2019. Landstingsdirektören har för detta ändamål inrättat en särskild strategigrupp. Den består förutom landstingsdirektör och biträdande landstingsdirektör av divisionschefer (exkl. kultur- och bildning), enhetschefer vid landstingets kansli och analyschefen. En delmängd av denna grupp kallas koordineringsgrupp och planerar samt förbereder strategigruppens arbete.

De åtgärder som planerades inom det som i höstas kallades SFP 3 och 4, är framflyttat och blir integrerat i strategin. Analyser och beräkningar från detta arbete kommer att användas i strategigruppens arbete och vara underlag för budgeten. Exempelvis tyder landstingets beräkningar på att landstinget har en överkostnad på höft- och knäplastikoperationer ca. 50 mnkr jämfört med riket totalt sett under perioden 2010 -2015. Överkostnaden är främst hänförlig till en högre konsumtion (dvs. inte i första hand en följd av att varje operation är dyrare än på andra håll). I denna del finns således behov av att se över gällande indikationsgränser i Landstinget Dalarna.

Som beskrivits ovan har landstinget i sin årsredovisning beskrivit att nettokostnaderna sänkts med totalt närmare 400 mnkr sedan starten av SFP i april 2015. Av detta bedömer landstinget att 300 mnkr är effekter av SFP. Resterande 100 mnkr är kostnadsänkningar som huvudsakligen beror dels av att produktionen inte hållits på samma nivå som tidigare (stängda vårdplatser) dels på tillskott av medel för asylvård. Detta som en följd av t.ex. sjuksköterskebrist och stängda vårdplatser / avdelningar.

De sistnämnda 100 mnkr betraktas i nuläget som en icke hållbar kostnadsänkning och räknas därför inte med i SFP. En möjlighet som nu prövas är att omvandla detta till hållbara besparingar. Hur detta ska gå till är inte klarlagt men kan eventuellt blir tydliggjort i beslutet om plan/budget i juni.

### 3.4 Sammanfattande bild av nuläget i struktur och förändringsplanen



### 3.5 Kommentarer och bedömningar

En viktig förutsättning har kommit på plats sedan föregående rapport. Landstinget har genom beslutet om årsredovisning 2016 fastställt en utgångspunkt för Struktur- och förändringsplanen. Som en del av årsredovisningen presenteras en uppställning och beräkning av nettokostnaden i april 2015. Härigenom finns möjlighet att löpande stämna av utfallet mot denna nivå.

I bilaga 4 redovisas en tabell över uppföljningar som skett av SFP i politiska organ. Vi har fortsatt att redovisa enligt samma uppställning som i de tidigare rapporterna. Det enda som kommit till i tabellen är årsredovisning 2016. Detta har noga kommenterats i kapitel 3 ovan. Således har ingen ytterligare komplett uppföljning redovisats sedan juni 2016. Den mest detaljerade uppföljning som landstinget har gjorts är den som redovisas i bilaga 2 i denna rapport. Observera att denna redovisning inte innehåller ny information. Fortsatt gäller det ursprungliga beslutet i landstingsfullmäktige att alla beslut ska följas månatligen i landstingsstyrelsen. Nuvarande uppföljning och återrapportering lever inte upp till detta och landstingsstyrelsen har inte heller agerat för att ändra på detta förhållande.

I årsredovisningen presenteras uppgiften att 300 mnkr har klarats av t.o.m. 2016 i förhållande till målbilden 700 mnkr. Däremot får läsaren inte tydlig information om att detta är en betydande eftersläpning (ca 180 mnkr) i relation till ursprunglig besparingstakt. Årsredovisningen reder inte heller ut vilka åtgärder som inte kunnat realiseras och varför. I sammanställd form redovisas att 98% av de politiska besluten är helt eller delvis genomförda medan motsvarande andel för tjänstemannabesluten är 93%. Läsaren kan lätt tolka detta som att planen i princip följs. Samtidigt kan konstateras att endast **63%** (300 av 480 mnkr) av de ekonomiska effekterna har realiserats. Vår bedömning är att denna redovisning är för summarisk och att den ger en för positiv bild av utfallet i SFP. I tidigare rapporter har rekommenderats landstinget att den sammanfattande redovisningen skulle innehålla fler alternativ än ”Verkställt”, ”Verkställighet pågår” och ”Ej verkställt”. Detta behov kvarstår.

I det särskilda avsnittet i årsredovisningen där SFP redovisas finns enbart hälso- och sjukvårdens utfall beskrivet. I samtal med ekonomidirektören framkommer dels att väsentliga avvikelser också finns både inom division Övrigt och inom kollektivtrafiken. Avvikelsen för division kirurgi uppgår dessutom till 80 mnkr och inte 30 mnkr som framgår i kommentarerna i årsredovisningen. Det är anmärkningsvärt att inte mer kraft och möda ägnas åt att förklara vad avvikelsen mot sparplanen består av totalt sett. Mest fokus i redovisningen finns naturligt på de rena sjukvårdsdivisionerna men den är inte komplett eftersom inte hela division kirurgis avvikelse beskrivs. En förklaringspost som redovisar delarna i hela avvikelsen på 180 mnkr hade behövts för att ge en rättvis bild av utfallet. Vår bedömning är att redovisningen av avvikelser inte är tillräckligt utförlig och att den ger en för positiv bild av utfallet och olika verksamheters avvikelse i relation till beslut i SFP 1 och 2.

En kvarstående kommentar är att landstinget inte hanterat frågan om hur eftersläpningen på ca. 180 mnkr ska hanteras. Varken budgeten eller årsredovisningen ger någon information om detta. Om de beslutade besparingarna för 2017 – 2019 inte kan realiseras, ökar eftersläpningen i samma grad.

Vi ser positivt på att landstinget inrättat en särskild strategigrupp för SFP. Det är angeläget att gruppens arbete har ambition att ta fram realistiska åtgärder både för beslutade besparingar för 2017 – 2019 och för den eftersläpning på 180 mnkr som finns från SFP 1 och 2. I annat fall kommer landstinget inte att klara målet med SFP.

## 4. Utvecklingsstrategi

I flera intervjuer framkommer exempel på pågående och genomfört arbete som handlar om den ”task-shifting” som beskrivs i plan/budget 2017 – 2019. Detta handlar i princip om att använda rätt kompetens till rätt uppgift.

En utveckling åt detta håll drivs på av att det är svårt att bemanna vården. Om läkarresursen är knapp i en verksamhet kan i vissa fall en omfördelning av ske av arbetsuppgifter så att sådant som tidigare utförts av läkare istället hanteras av andra yrkesgrupper. Även andra sätt att använda knappa resurser effektivare kan införas. Några exempel på vad som gjorts och är på gång i detta avseende finns i avsnittet om de fyra verksamheter som besökts.

Att arbeta med ”task shifting” tas alltså upp som en viktig utvecklingsmöjlighet i budgeten. Vi har dock inte fått några underlag eller signaler i intervjuerna som talar om att landstinget centralt tillhandahåller särskilt stöd eller hjälp till verksamheter att genomföra detta.

Ekonomidirektören menar att ett sådant stöd kan bli aktuellt. Men då utifrån att divisionerna efterfrågar det.

#### 4.1 Kommentarer och bedömningar

I våra intervjuer med verksamheter (se avsnitt 7) framkommer fler intressanta exempel där nya arbetssätt innebär bättre användning av knappa resurser (t.ex. läkartid). Det kan dock antas att alla verksamheter inte har egen kompetens och förmåga att driva ett sådant förändringsarbete. Landstingsledningen kan invänta att ett sådant stöd efterfrågas. En alternativ strategi kan vara att utforma och aktivt erbjuda ett sådant stöd. Inte heller detta skulle strida mot divisionschefernas linjeansvar.

### 5. Närsjukvårdsuppdrag

Innehållet i utkastet till rapport avseende närsjukvårdsuppdraget återgavs i rapport nr 2. Uppdraget har blivit påtagligt försenat. Oklarheter har enligt hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande funnits kring det egentliga uppdraget. Enligt en reviderad tidplan skulle uppdraget ha tagits upp för beslut i LS i slutet av 2016. När det stod klart att en hälso- och sjukvårdsnämnd skulle inrättas överfördes frågan till den nya nämndens första sammanträde i januari 2017. En delrapport togs upp på nämndens möte för att få mandat att fortsätta arbetet utifrån presenterad inriktning.

Utifrån det underlag som presenterades för hälso- och sjukvårdsnämnden i januari 2017 framgår följande om Närsjukvårdsutredningens uppdrag:

*”...att utreda och definiera närsjukvårdens grunduppdrag och tilläggsuppdrag, identifiera kompetensbehov, omfattning av bemanning och behov av lokaler. .... Verksamhetsförändringar förutsätts föreslås utifrån gjorda analyser. Utredningens slutliga förslag ska vid ett godkännande inarbetas i Struktur- och förändringsplan3.”*



Nämnden godkände rapporten samt att en ytterligare delrapportering till nämnden ska ske i maj och att en slutrapport ska tas upp för beslut på sammanträdet i oktober och att den ska innehålla ekonomiska beräkningar för förslagen.

Utöver närsjukvårdsuppdraget finns enligt intervjuade i landstingsledningen även ett uppdrag att forma ”Den framtida nära vården” i Dalarna. Detta uppdrag har getts av landstingsdirektören till de fyra divisionscheferna inom hälso- och sjukvården gemensamt. I oktober ska uppdraget redovisas.

”Den framtida nära vården” ska enligt landstingsledningen ses som det övergripande begreppet för att forma närsjukvården i länet, närsjukvårdsuppdraget är således en delmängd av detta.

Närsjukvårdsuppdragets förslagslista är inte politiskt kontroversiell däremot finns olika åsikter i verksamheten om det första förslaget. Det innebär att specialistsjukvården behåller patient- och uppföljningsansvaret 30 dagar efter utskrivning från slutenvården för de åkommor som patienten behandlats för under vårdtiden.

## 5.1 Kommentarer och bedömningar

Generellt sett finns enligt många bedömare effektivitetsvinster att göra i den svenska sjukvården genom en förstärkt närsjukvård. Landstingets planer går principiellt i linje med hur många idag resonerar om närsjukvården och dess nya roll.

Beträffande landstingets hantering av uppdragen inom närsjukvård / den nära vården lämnas följande kommentar och riskdiskussion:

- Pågående närsjukvårdsutredning har blivit kraftigt försenad, bl.a. till följd av oklarheter i uppdraget.
- Innan närsjukvårdsutredningen är formellt beslutad ges ytterligare ett uppdrag inom detta område. Hälso- och sjukvårdens divisionschefer har fått ett gemensamt uppdrag att forma ”Den framtida nära vården”. Närsjukvårdsutredningen är ”en delmängd” av Den framtida nära vården.
- Vad som mer formellt avses med att närsjukvårdsutredningen *är en delmängd* av divisionschefernas uppdrag kan anses oklart.
  - Detta mot bakgrund av att närsjukvårdsutredningen har ett uppenbart brett uppdrag.
  - Är de beslut som ska fattas i hälso- och sjukvårdsnämnden (närsjukvårdsuppdraget) i oktober en förutsättning eller kan de åtgärdsförslag och kommande besluten ändras?
  - Hur samordnas närsjukvårdsutredningens arbete med divisionschefernas uppdrag?

- Vilket formellt uppdrag har getts till divisionscheferna? Finns det ett skriftligt uppdrag?
- Har landstinget som en följd av tidigare oklarheter i uppdragshandlingen avseende Närsjukvårdsutredningen säkerställt att liknande oklarheter inte finns kring Den framtida nära vården?

## **6. Utvecklingen av antalet helårsarbetare**

### **6.1 Status**

Nedanstående tabell över faktiska årsarbetare är hämtad från landstingets årsredovisning 2016.

(Antal)	2016 31 dec	2015 31 dec	Förändring
Tandvårdsförvaltning	377,6	404,3	-26,7
Förtroenderevisorer	1,0	1,0	0
Central förvaltning	405,3	390,5	14,8
Hälso- och sjukvård	5 365,6	5 425,6	-60,0
Kultur- och bildn förv	146,9	139,9	7,0
Landstingsfastigheter	21,7	25,6	-3,9
Hjälpmedel LD Dalarna	61,3	65,8	-4,5
Landstingsservice	360,7	376,6	-15,9
Kostsamverkan Mora	31,1	30,2	0,9
Patientnämnden	4,0	4,0	0
Hjälpmedel Dalarna	73,4	75,5	-2,1
<b>Totalt</b>	<b>6 848,6</b>	<b>6 939,0</b>	<b>-78,2</b>

Under 2016 har faktiska årsarbetare minskat med 78 eller 1,3 %. Hälso- och sjukvården har minskat med 60 eller 1,1 %. Fortsatt ser det ut som att minskningen under hösten 2015 inte fortsatt i samma takt. Under 2016 har minskningen varit ungefär på halva den nivå som gällde under hösten 2015.

Landstinget beslutade i samband med budgeten i november 2016 att det tidigare målet att reducera personalen med motsvarande 600 årsarbetare, inte längre gäller. Fortsatt gäller dock målet att minska nettokostnaderna med 700 mnkr. Det är knappast möjligt att minska kostnaderna i denna grad om inte samtidigt en kraftig reduktion sker av personalkostnaden.

Årsredovisningen visar att sjukfrånvaron ökat något men inte i första hand inom hälso- och sjukvården.

## 6.2 Metod för att följa och redovisa

Redovisningen sker på det sätt som återges i rapport 1. Inga direkta planer finns på att ändra på detta. HR-direktören ser fördelar med att även redovisa antalet helårsarbetare som en rullande 12-månaders tidsserie.

## 6.3 Kommentarer och bedömningar

Vi upprepar iakttagelsen och förslaget från tidigare rapporter – att landstinget bör följa antalet helårsarbetare som en rullande 12-månaders tidsserie. Skälet är att detta sätt att mäta ger en trend som inte påverkas av säsongvariationer.

Personalkostnaderna är en betydande andel av kostnadsmassan. Oavsett om landstinget har ett skarpt mål om hur många medarbetare som berörs eller inte så är det

inte möjligt att klara det ekonomiska målet med SFP utan att väsentligt sänka personalkostnaderna.

## **7. Arbetet på verksamhetsnivå**

I denna del har intervjuer genomförts på verksamhetsnivå – fyra enheter. Dessa fyra verksamheter intervjuades i den inledande granskningen. Ambitionen har varit att diskutera med verksamheterna om åtgärderna från SFP 1 och 2 fortsatt kan betraktas som hållbara.

### **7.1 Geriatrik och Rehabiliteringsmedicin Borlänge Falun Säter**

För Geriatrik och Rehabiliteringsmedicin Borlänge Falun Säter innebar de första besluten i SFP framför allt att avdelning 6 i Borlänge med 12 vårdplatser stängdes. Personalen erbjöds möjlighet att arbeta vid klinikens avdelning i Falun. Omställningen har genomförts och trots att flera i personalen anser att det varit en svår omställning så menade de intervjuade vid föregående intervju att förändringen kunnat genomföras på ett bra sätt. Planer på att stänga avdelning 6 hade funnits under ganska lång tid bl.a. till följd av svårigheter att bemanna avdelningen. Några valde att sluta i samband med att avdelning 6 i Borlänge stängde.

Nu ca 1,5 år senare menar de intervjuade att en effekt som kan ses är att patienterna som nu får vård i Falun istället är svårare att få tillbaka till den kommunala vården i borlängetrakten. Den stängda vårdavdelningen fungerade i någon mening som en mellannivå. Patienter som är medicinskt färdigbehandlade i Falun blir endera kvar eller skickas till den kommunala vård- och omsorgen. De intervjuade verksamhetsföreträdarna menar att patienterna som de hanterar är svårare sjuka nu och är i sämre skick vid utskrivningen än tidigare.

Läkarinsatsen vid vård- och omsorgsboenden och i hemsjukvården Falun och Borlänge utförs av geriatiker från Geriatrik och Rehabiliteringsmedicin Borlänge Falun Säter. Kliniken hyr ut läkare till primärvården som har uppdraget att stå för läkarinsatsen.

### **7.2 Kvinnokliniken Falu lasarett**

Den största förändringen som gjordes till följd av SFP 1 och 2 var stängningen av gynmottagningarna i Avesta, Ludvika och Borlänge och koncentration av verksamheten till mottagningen i Falun.

Vid första intervjun med verksamheten beskrevs ett ganska ansträngt läge med en påtaglig kösituation och bemanningssvårigheter till följd av att alla som varit verksamma vid de stängda enheterna inte följt med till Falun. Bemanningsläget är nu bättre men fortsatt finns köer inom öppenvården.

Klinikens produktion sjönk 2016. För 2017 planeras ökad produktion men även högre kostnader.

Det behov av stöd kring produktions- och kapacitetsstyrning som identifierades i den första rapporten kvarstår.

### **7.3 Vuxenpsykiatri Norra Västra Dalarna**

Tidigare fanns sex öppenvårdsmottagningar som var och en var bemannad upp till läkarnivå. Som en följd av SFP 1 och 2 har vården koncentrerats till Mora. Tre av mottagningar har stängts men viss verksamhet (bemannad med sjuksköterska) finns kvar lokalt för de svårast sjukaste patienterna.

Ett tidigare ansträngt köläge har nu förbättrats. Bemanningsläget (undantaget läkare) har förbättrats jämfört med intervjun för ett år sedan. Verksamheten har fortsatt vissa svårigheter att bemanna alla läkartjänster och anlitar i viss mån hyrläkare. Ett medvetet arbete med att nyttja den knappa läkartiden på bästa sätt har bedrivits. Kliniken har inrättat sköterskemottagningar som alternativ till läkarbesök. Nyligen har även s.k. digitala ronder införts. Detta avser främst patienter med missbruks- eller beroendeproblematik och där en läkare går igenom patienter via videolänk tillsammans med en sjuksköterska. Härigenom kan läkarbesök ersättas med sjuksköterskebesök eller med en förändrad medicinering utan besök.

Verksamheten arbetar mer öppet i relation till vårdgrannar. Exempelvis har alla de 9 vårdcentraler som finns i området, möjlighet att diskutera patientfall med psykiatrik vid ett ”öppet” möte som hålls en gång per vecka.

Verksamhetschefen bedömer att arbetet med att omfördela arbetsuppgifter mellan läkare och andra yrkesgrupper kan fortsätta inom fler områden.

### **7.4 Avesta Vårdcentral**

En konsekvens av SFP 1 och 2 var att den filial som tidigare fanns i Horndal stängdes. Det hade då under en tid varit svårt att bemanna filialen. Även en varmvattenbassäng för rehabilitering har stängts. Vårdcentralen fick även över primärvårdsfall som tidigare hanterades på akuten som finns i samma byggnad som vårdcentralen.

Vårdcentralen har sedan föregående intervju fått ta emot klart fler besök (ca 10% fler) bl.a. till följd av den planerade omfördelning av patienter som tidigare sökte till akuten.

De intervjuade ser i grunden positivt på den koncentration som skett av verksamheten. Förändringen har pågått under längre tid än SFP-arbetet. Vårdcentralen kan nu erbjuda bättre kontinuitet och mer jämlik vård till befolkningen när all kompetens finns samlad i Avesta. Även Vårdcentralen i Avesta har arbetat systematiskt med att nyttja läkarresurser på bästa sätt. Tidigare behövdes 6 hyrläkare per vecka men nu är behovet nere i 2. Fler ST läkare har tillkommit men arbete har också pågått med att överföra arbetsuppgifter från läkare till andra yrkesgrupper.

Vid den föregående intervjun uppgav verksamhetsföreträdare att controllerstödet behövde stärkas. Så har också skett men behovet av bättre stöd inom HR-området kvarstår.

## **7.5 Kommentarer och bedömningar**

Generellt sett är vår bedömning att de åtgärder som initialt bedömdes som hållbara fortsatt är det även ca. 1,5 år senare.

Stängningen av en vårdavdelning i Borlänge inom Geriatrik och Rehabiliteringsmedicin Borlänge Falun Säter, har inneburit att en mellannivå försvunnit i vårdkedjan mellan den specialiserade vården i Falun och den kommunala vård- och omsorgen. Det går inte att säga att detta är fel och det har inte framkommit att vården fungerar dåligt efter detta. Lösningen i Falun och Borlänge med att läkarinsatser (primärvårdsnivå) i hemtjänst och vård- och omsorgsboenden utförs av geriatriker, gör eventuellt att detta ändå fungerar tillfredsställande. De aktuella geriatrikerna är i övrigt verksamma vid Geriatrik och Rehabiliteringsmedicin Borlänge Falun Säter.

## **8. Avstämning med forskningsprojektet**

Den enda avstämning som skett i samband med rapport 3 är att vi sökt och meddelat forskningsprojektet vilka enheter vi avser att intervjua.

## **9. Summering utifrån revisorernas beslutade inriktning för rapport 3.**

Här lämnas korta kommentarer för respektive del

1. Ta del av besluten och de faktiska åtgärderna i SFP 3, samt planer för SFP 4 och eventuella ytterligare planerade sparpaket. Kategorisering av de nya besluten sker enligt KPMGs modell.

*Som beskrivs i kapitel 3 genomfördes inte de åtgärder som planerades under hösten (SFP 3 och 4) och som beskrevs i vår rapport 2. Anledningen var att landstingsledningen ansåg att verksamheterna även utan dessa åtgärder skulle klara sina beting för 2017. Underlagen för SFP 3 och 4 kommer nu istället att användas i budgetarbetet för 2018 och framåt.*

2. Undersöka ytterligare rapportering, redovisning och beslutsfattande kopplat till uppföljning i politiska organ av SFP som skett sedan Rapport 2.

*Den enda rapportering som tillkommit är årsredovisningen. I bilaga 3 redovisas den kompletta tabellen över uppföljning av beslut i politiska organ. Redovisningen av SFP ger dock en för positiv bild av utfallet och en otillräcklig analys av avvikelser.*

3. Undersöka om landstinget nu har (och i förekommande fall granska) en plan / strategi för utvecklingsarbete och hur den kopplar till de behov som finns i SFP

*I plan/budget 2017-2019 talas det en hel del om "task shifting". Vi har inte kunnat identifiera detta som en konkret handlingsplan, se kapitel 4.*

4. Granska slutversionen av närsjukvårdsutredningen som presenterades i januari 2017. Särskilt ta del av förslagen och de skarpa åtgärderna samt handlings- / genomförandeplan. Vi kommer också att efterfråga de ekonomiska beräkningarna. Åtgärderna kategoriseras enligt KPMGs modell.

*Som beskrivs i kapitel 5 har Närsjukvårdsutredningen blivit kraftigt förse- nad. Detta bl.a. till följd just av att ekonomiska beräkningar saknas. Ka- tegorisering av åtgärder har pga. denna förse- ning inte kunnat ske. Ytter- ligare ett uppdrag inom närsjukvårdsområdet har givits. Oklarheter finns kring hur de båda uppdragen samordnas.*

5. Följa utvecklingen av antalet helårsarbetare och efterfråga (ny) modell för ändamålsenlig redovisning av antal helårsarbetare.

*Minskningen av antalet helårsarbetare har fortsatt 2016 men i klart lägre grad än 2015. Ingen redovisning sker enligt principen rullande 12- månadersuppföljning. Mer om detta i kapitel 6.*

6. Träffa några av de enheter som intervjuades i granskning 1 i syfte att höra hur de ser på effekterna av SFP 1 & 2, nu ca. 1,5 år senare. Kan åtgärderna fortfarande betraktas som hållbara? Hur ser de på de nya åtgärder som ligger i SFP 3 & 4?

*I Kapitel 7 redovisas intervjuer med fyra av de verksamheter som även deltog i den första i denna serie av rapporter. Generellt sett är vår bedömning att genomförda åtgärder fortsatt kan anses som hållbara. Som beskrivits tidigare har inga åtgärder i SFP 3 & 4 ännu beslutats eller genomförts.*

Andreas Endredi  
*Uppdragsansvarig*

Örjan Garpenholt  
*Konsult/Specialist*



## **Bilaga 1 Metod**

I arbetet med denna granskning har metoden innehållit följande delar:

- Intervjuer – se förteckning nedan
- Dokumentgranskning – se förteckning nedan
- 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.
- Ständiga förbättringar i vårt arbete – byggs in inför nästa granskning

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

*Intervjuer har skett med följande befattningshavare*

- Landstingsstyrelsens ordförande
- 2:e vice ordförande, landstingsstyrelsen
- Ordförande Hälso- och sjukvårdsnämnden
- Personaldirektör
- Ekonomidirektör
- Analyschef, landstingets kansli
- Hälso- och sjukvårdsdirektör
- Verksamhetschef och personalgrupp Geriatrik och Rehabiliteringsmedicin Borlänge Falun Säter
- Verksamhetschef och personalgrupp Vuxenpsykiatri Norra-Västra Dalarna
- Verksamhetschef och personalgrupp Avesta Vårdcentral
- Verksamhetschef och personalgrupp Kvinnokliniken Falu Lasarett

*Följande dokument har granskats*

- Besluten i Landstingsstyrelsen och Landstingsfullmäktige om SFP1 och SFP 2 i maj, juni respektive november 2015
- Årsredovisning 2016
- Plan/budget 2017-2019

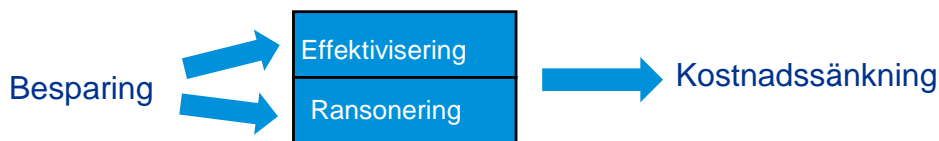
### Vår tolkning av uppdraget – underlag för bedömningar

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 (effektivera). 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 kostnadssänkingspaket. Av detta skäl kan en bred parlamentarisk uppslutning kring ett omställningspaket anses som helt avgörande för långsiktig effekt.

### Begrepp

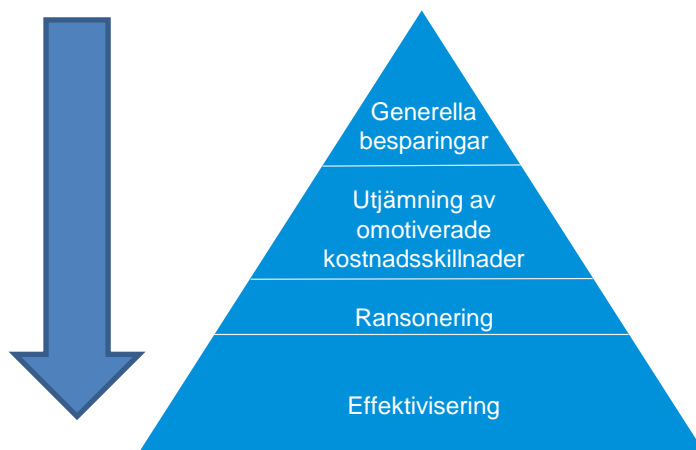
I detta uppdrag är begreppet besparing centralt. I figuren nedan illustreras hur vi förhåller oss till dessa begrepp.



Besparingar ska leda till kostnadssänkningar och kan ske via effektiviseringar eller ransonering. Med effektiviseringar menar vi kostnadssänkande 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 önskvärd) 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 försämra 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 utjämnings 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 sparbeting. 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 erfarenheter 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 belopp än det samlade sparbetinget. Det kan anses lämpligt att sikta något högre än sparbetinget 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 KPMGs sammanställning av uppföljning

Beslut om åtgärd	Division	Datum för beslut	Färdigdatum	Uppföljning 16-02	Uppföljning 16-06	Beräknad besparing i mkr	Besparings-kategori	Uppföljning efter 16-06
Reducerat köp av stafettläkare	Primärvården	1506		Pågår	Pågår	22	Effektivisering	
Grängsbergs vårdcentral samordnas med Ludvika vårdcentral	Primärvården	1506	2016	Verkställt	Verkställt	1,1	Effektivisering	
Aveckling av Skogsgläntans Rehabilitering i Särna	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 Håstberg	Psykiatrinen	1506	2015	Verkställt	Verkställt	3,1	Ransonerig	
Samordning av missbruks- & beroendevård 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- & Geriatriklin	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 överviktsheten i Skönvikt i Säter	Kirurgi	1506	2015	Pågår	Verkställt	11	Effektivisering	
Aveckling av landstingets rekreationsverksamhet på Tandadälens 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 landstingsstyrelsemöte	Övrigt	1506	2015	Verkställt				
						Beräknad 120 mkr 2016, därefter 70 mkr/år t.o.m		
Uppdrag att utreda utbud & nivåstrukturering av Landstinget Dalarnas samtliga sjukhus	Övrigt	1506	2015	Verkställt				
LS ges i uppdrag att utreda möjligheten med ny inforamtionsteknik inför distansdoktorssystem	Övrigt	1506		Pågår	Verkställt			
LS ges i uppdrag i Välfärdrådet 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" hälsorum 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	Inforamtion saknas	Inforamtion saknas			
LS utreda punkt 1 (den ovan) & vid behov besluta om centralisering av ytterligare administrativa funktioner	Lt-gemensamt	1506		Inforamtion saknas	Inforamtion saknas			
LS utreda förutsättningarna för landstings bidragsgivning	Lt-gemensamt	1506	2015	Verkställt				
LS utreda ersättning för fackligt arbete, dess omfattning & framtid inriktning.	Lt-gemensamt	1506	2015	Pågår	Inforamtion saknas			
LS utreda förutsättningarna för landstingets reglemente & avgifter för sjukresor	Lt-gemensamt	1506	2015	Verkställt				
LS utreda nuvarande kotnadsfördelingsmodell för kollektivtrafik & dess tillämpning	Lt-gemensamt	1506	2015	Pågår	Inforamtion saknas			
LS & nämnderna spara på den politiska organisationen genom omedelbart se över sammanråden och stoppa externa Konf.	Lt-gemensamt	1506		Pågår	Inforamtion saknas			
LS påbörja dialog med tjänstemannaorganisationen om planeringsförutsättningar och ange politiska prioriteringarutifrån 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	Inforamtion saknas		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	Verkställt			Kostnadsneutral
Förändring jourorganisation i Västerberglagen	Primärvården	1511	2016	Verkställt	Verkställt			Kostnadsneutral
Förändring jourorganisation i Södra Dalarna	Primärvården	1511	2016	Pågår	Verkställt			Kostnadsneutral
Förändring jourorganisation i Södra Dalarna	Primärvården	1511	2016	Verkställt	Verkställt			Kostnadsneutral
Utredning av rättspsykiatriens uppdrag & struktur	Psykiatrinen	1511	2016	Pågår	Inforamtion saknas			Landstingsstyrelsen 16-09-12 - inte genomförd, Budgetberedningen 16-10-24, Landstingsstyrelsen 16-11-07 - genomförd
Utredning av utbud och nivåstruktur inom riskbruks-, missbruks- och beroendevården	Psykiatrinen	1511	2016	Pågår	Inforamtion saknas			Landstingsstyrelsen 16-09-12 - inte genomförd, Budgetberedningen 16-10-24, Landstingsstyrelsen 16-11-07 - genomförd
Utredning av närsjukvård	Övrigt	1511	2016	Pågår	Inforamtion saknas			
Bemanningsmål för Hälso- & sjukvårdsförvaltningen	Övrigt	1511	2019	Pågår	Inforamtion saknas		Effektivisering	
Landstingets bidragsgivning	Lt-gemensamt	1511	2016	Pågår	Inforamtion saknas			
Landstingets bidragsgivning	Lt-gemensamt	1511	2016	Pågår	Inforamtion saknas			
Landstingets bidragsgivning	Lt-gemensamt	1511	2016	Pågår	Inforamtion saknas			
Landstingets bidragsgivning	Lt-gemensamt	1511	2016	Pågår	Inforamtion saknas			
Kostnadsfördelingsmodellen för kollektivtrafik	Lt-gemensamt	1511	2016	Pågår	Inforamtion saknas			
Planerings- & styrmödel	Lt-gemensamt	1511	2016	Verkställt				
Avgifter	Avgifter	1511	2016	Verkställt		Intäkter i mkr		
Avgifter	Avgifter	1511	2016	Verkställt		0,06		
Avgifter	Avgifter	1511	2016	Verkställt		2,5		
Avgifter	Avgifter	1511	2016	Verkställt		Syfte att utnyttja resurserna		
Omvårdsanalys 2015 Egenavgifter & högkostnadsskydd	Avgifter	1511	2016	Verkställt		10 tillsammans med		
Omvårdsanalys 2015 Egenavgifter & högkostnadsskydd	Avgifter	1511	2016	Verkställt		10 tillsammans med		
Omvårdsanalys 2015 Egenavgifter & högkostnadsskydd	Avgifter	1511	2016	Verkställt		10 tillsammans med		
Omvårdsanalys 2015 Egenavgifter & högkostnadsskydd	Avgifter	1511	2016	Verkställt		10 tillsammans med		
Omvårdsanalys 2015 Egenavgifter & högkostnadsskydd	Avgifter	1511	2016	Verkställt		10 tillsammans med		
Omvårdsanalys 2015 Egenavgifter & högkostnadsskydd	Avgifter	1511	2016	Verkställt		10 tillsammans med		
Omvårdsanalys 2015 Egenavgifter & högkostnadsskydd	Avgifter	1511	2016	Verkställt		10 tillsammans med		

\*för landstinget totalt 439tkr till att Landstingsfastigheterna kan avveckla lokalerna  
\*\*50 % finansiering av lanstinger, summan från år 2015

### **Bilaga 3 Åtgärder Division kirurgi presenterade i årsredovisning 2016**

1. Översyn av intäkter. T.ex. planeras en utökning av ”vård på distans” med patientkonsultationer via video och uppföljning via telefon. Detta arbete utförs av medarbetarna och behöver faktureras.
2. Översyn av prislister för kirurgi och ortopedi.
3. Översyn av prislister för ambulanshelikopters verksamhet
4. Accelererad utveckling av e-Hälsa. Personcentrerad vård innebär att patienterna skall bli mer delaktiga i sin vård. Nätbaserat informationsflöde har en enorm utvecklingspotential för en utökad patientdelaktighet och för att frigöra arbetstid för våra medarbetare.
5. Ankomstregistrering i elektroniska terminaler till mottagningar
6. Samarbete med IT-enheten för att utveckla webbtidböcker, vilket minskar behovet av receptionspersonal
7. Ändrad läkemedelsanvändning inom ögonsjukvården.
8. Investering i 4-bårsbil inom ambulanssjukvården för att effektivisera patienttransporter mot region sjukhus
9. Översyn av sjuktransportverksamheten.
10. Läkemedelsanvändning på Barn- och ungdomsmedicin enligt riktlinjer från NT/TLV.
11. Översyn av indikationsgränser inom opererandeenheter utifrån nationella jämförelser
12. Systematiskt prioriteringsarbete
13. Inventering av möjlig hemtagning av högspecialiserad vård inom kirurgin.
14. Fortsatt optimering av operationsproduktionen, med fokus på en utveckling av klinikövergripande samarbeten
15. Controller inom produktion och ekonomi har anställts på kirurgkliniken, Falu lasarett, för att effektivisera resursutnyttjandet
16. Fortsatt strävan att minska köpt vård inom vårdgaranti och valfrihet. Gäller framförallt ortopedi och ögonsjukvården.
17. ”Task-shifting” för att använda personalresurser effektivt utifrån tillgängliga resurser

## Bilaga 4 Redovisning av SFP i politiska organ

Sammanträde	Handling ut-sänd?	Finns un-derlag i pro-tokoll?	Redovisas alla be-slut?	Har LS tagit ställning till uppföljningen
LSAU de-cember 2015	Nej	Nej	Nej ingen redovis-ning	Nej
LSAU feb 2016	Nej	Nej	Nej	Nej
LS feb 2016	Nej	Ja	Ja	Nej
LSAU mars 2016	Nej	Nej	Nej	Nej
LS april 2016		Ja	Ja (tjänstemanna-beslut)	-
LSAU maj 2016	Nej	Nej	Nej	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
LS sep 2016	Ja	Ja	Ja	Nej
LSAU okt 2016	Nej	Nej	Nej	Nej
LS novem-ber 2016	Ja	Ja	Nej, (Endast två utredningar)	LS beslutade enligt utredningarnas för-slag. I övrigt Nej.
LS dec 2016	Nej	Nej	Nej	Nej
LS april 2017	Ja	Ja	Nej (endast som en sammanfattn.)	Inte explicit, ÅR är dock fastställd



*Landstinget Dalarna*  
*Revisionsrapport*  
*Landstingets omställningsarbete*  
*2017-06-01*