



Socialdepartementet

Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS (SOU 2020:15)

Remissinstanser

Akademikerförbundet SSR

Akademiska sjukhuset

Arbetsmiljöverket

Arvika kommun

Berg kommun

Bjurholms kommun

Bjuv kommun

Botkyrka kommun

Cancerfonden

Chalmers tekniska högskola AB

Datainspektionen

Distriktssköterskeföreningen

E-hälsomyndigheten

Ekonomistyrningsverket

Enköpings kommun

Falköping kommun

FAMNA

Folkhälsomyndigheten

Forshaga kommun

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd

Funktionsrätt Sverige

Fysioterapeuterna

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Göteborg kommun

Göteborgs universitet

Handelshögskolan i Stockholm

Hjo kommun

Härryda kommun

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Justitiekanslern (JK)

Karlskoga kommun

Karolinska institutet

Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge och Solna

Karolinska universitetssjukhusets läkarförening

Knivsta kommun

Kommunal

Konkurrensverket

Kristianstad kommun

Kristinehamn kommun

Kramfors kommun

Kungsbacka kommun

Leading Health Care

Ledarna

LIF - de forskande läkemedelsföretagen

Lunds kommun

Läkarsekreterares och sjukvårdsadministratörers Förbund (LSF)

Malmö universitet

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Mälardalens högskola

Neuroförbundet

Norrlands universitetssjukhus

Nässjö kommun

Orsa kommun

Oxelösund kommun

Region Blekinge

Region Dalarna

Region Gotland

Region Gävleborg

Region Halland

Region Jämtland Härjedalen

Region Jönköpings län

Region Kalmar län

Region Kronoberg

Region Norrbotten

Region Skåne

Region Stockholm

Region Sörmland

Region Uppsala

Region Värmland

Region Västerbotten

Region Västernorrland

Region Västmanland

Region Örebro

Region Östergötland

Riksförbundet för hjälp åt läkemedels- och narkotikabrukare (RFHL)

Ronneby kommun

Sahlgrenska universitetssjukhuset

Sandviken kommun

Sjukhusläkarna

Skurups kommun

Skånes universitetssjukhus

Socialstyrelsen

Sollentuna kommun

SPF Seniorerna

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

Statens haverikommission

Statens medicinsk-etiska råd (Smer)

Statskontoret

Stockholms universitet

Swedish Medtech

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)

Svenska Distriktsläkarföreningen

Svenska Logopedförbundet

Svenska Läkaresällskapet

Svenska Psykiatriska Föreningen

Sveriges Farmaceuter

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

Sveriges läkarförbund

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

Tierp kommun

Tjörn kommun

Täby kommun

Umeå universitet

Universitetskanslersämbetet (UKÄ)

Universitetssjukhuset i Linköping

Universitetssjukhuset Örebro

Upphandlingsmyndigheten

Uppsala universitet

Verket för innovationssystem (Vinnova)

Vetenskapsrådet

VISION

Vårdförbundet

Vårdföretagarna

Västra Götalandsregionen

Åtvidaberg kommun

Älvkarleby kommun

Örebro universitet

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 11 september 2020**. Svaren bör lämnas i bearbetningsbar form (t.ex. Wordformat) per e-post till **s.remissvar@regeringskansliet.se** och med kopia till **s.fs@regeringskansliet.se**. Ange diarienummer **S2020/03569/FS** och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Remissinstansen namn ska även anges i dokumentnamnet.

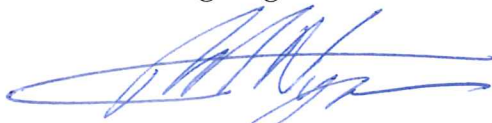
Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.



Torkel Nyman
Departementsråd

Kopia till
Norstedts Juridik, kundservice, 106 47 Stockholm

Sammanfattning

Utredningens uppdrag är brett och omfattar besluts- och genomförandeprocesser i samband med upphandlingar och investeringar i hälso- och sjukvården och i samband med offentlig-privat samverkan (OPS). I uppdraget ingår att kartlägga användandet av process- och organisationsstöd samt hur relevanta kontrollmekanismer har tillämpats. I uppdraget ingår också att analysera konsekvenserna för patientsäkerheten samt vårdprofessionernas förutsättningar att säkerställa den samma. Utgångspunkten för utredningen har varit ett lärandeperspektiv med syfte att kunna dra nytta av de erfarenheter som gjorts i exemplet Nya Karolinska Solna (NKS) i Region Stockholm.

Utredningens rekommendationer

Även om exemplet NKS har sina specifika särdrag, så menar utredningen att det finns generella lärdomar att dra från NKS i de pågående strukturförändringarna i svensk hälso- och sjukvård mot en nära, nivåstrukturerad och högspecialiserad vård. Kartläggningen i detta betänkande av besluts- och genomförandeprocesser vid upphandling, investering, organisation, kontrollmekanismer samt forskning och utbildning kan bidra till att stärka förutsättningarna för lärande.

Utredningen lämnar även ett antal rekommendationer i syfte att stärka förutsättningarna för att lärdomarna ska omhändertas på ett bra sätt. De två första rekommendationerna riktar sig till regeringen. Rekommendationen om styrning och kontroll vid större strukturförändringar och investeringar riktar sig främst till regionerna, men är även relevant för staten och regionerna gemensamt i de processer som parterna har överenskommelser om. Den fjärde och sista rekommendationen riktar sig till regionerna, med undantag för den del som avser forskning, vilken är riktad till regeringen.

Utred hur förutsättningar för utbildning och forskning kan säkerställas vid strukturförändringar inom hälso- och sjukvården

Förutsättningarna för forskning och utbildning måste säkerställas i samband med större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården. Exemplet NKS och förändringen av hälso- och sjukvårdsstrukturen i Region Stockholm visar på de problem och utmaningar som kan uppstå för utbildning och forskning. Regeringen bör mot den bakgrunden låta utreda hur förutsättningarna för utbildning och forskning inom hälso- och sjukvården ser ut på regional och nationell nivå i dag och hur förutsättningarna kan säkerställas vid fortsatta strukturförändringar och investeringar.

Utveckla tillsynen inom hälso- och sjukvården

Den statliga tillsynen av hälso- och sjukvården bör utvecklas för att öka genomslaget av tillsynens resultat och minska risker för patienter och berörd personal i samband med strukturförändringar och investeringar. Regeringen bör utveckla styrningen av tillsynsmyndigheterna i syfte att göra tillsynen på hälso- och sjukvårdsområdet mer förebyggande. Regeringen bör överväga att ge Statens haverikommision förutsättningar att utöka sin utredningsverksamhet på hälso- och sjukvårdsområdet.

Säkerställ långsiktighet och helhetssyn vid större strukturförändringar och investeringar

Det är betydelsefullt att i ett tidigt skede lägga fast hur ett förändringsarbete ska organiseras, dokumenteras och följas upp. Även krav på riskanalys, konsekvensanalys och revision bör läggas fast tidigt. Möjligheter till uppföljning under arbetets gång bör säkerställas i form av relevanta datakällor. Med ett lärande perspektiv kan förutsättningarna för långsiktighet, helhetssyn och transparens vid större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården stärkas. Större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården är komplexa och kostnadskrävande processer som i regel pågår under lång tid. Det ställer krav på helhetssyn i beslut och genomförande och en god förmåga till väl fungerande samarbeten. Berörda

aktörer på alla nivåer kan dra lärdomar från exemplet NKS. Det rör främst regionerna, men även staten och regionerna gemensamt i de processer som parterna har överenskommelser om, till exempel omställning till nära vård och viss nationell högspecialiserad vård.

Konsekvensanalyser vid införande av nya styrmodeller och organisationsförändringar

Utvecklade konsekvensanalyser bör ingå som underlag vid beslut om införande av nya styrmodeller och större organisationsförändringar på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Analysen bör omfatta konsekvenser för mål och lagkrav inom hälso- och sjukvården, ekonomiska konsekvenser samt andra relevanta värden för organisationen. I analysen bör företrädare från olika nivåer och professioner i organisationen samt patienter medverka för att säkerställa att olika perspektiv och intressen tillvaratas. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) kan vara en lämplig aktör för att främja kunskapsutbyte och kunskapsuppbyggande om styrning inom hälso- och sjukvården. Därutöver är det angeläget att stärka forskningen om styrning, ledning och organisering av offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

Iakttagelser från exemplet NKS

Byggnadsinvesteringar och totalkostnader

- Investering i avtalad byggnation inom OPS-avtalet uppgår till 14,6 miljarder kronor.
- Total investering i byggnation efter tilläggsavtal till OPS-avtalet samt landstingets övriga byggutgifter i befintliga lokaler som integreras i det nya sjukhuset uppgår till 18,5 miljarder kronor.
- Total investering i byggnation och utrustning för det nya sjukhuset uppgår till 22,8 miljarder kronor.
- Byggnationen inom OPS-avtalet har i en extern konsultbedömning beställd av Stockholms läns landsting bedömts vara 53 procent dyrare än skandinaviska jämförelsesjukhus.

- Totalkostnaden fram till 2040 för byggnation, drift, underhåll och finansiering inom OPS-avtalet var vid undertecknandet 52,2 miljarder kronor. Genomförd refinansiering 2018 samt indexering av betalningar enligt OPS-avtalet reducerar kostnaden med 4,1 miljarder kronor. Utöver detta har landstinget egna finansieringskostnader. Totalkostnaden för byggnation, utrustning, drift och underhåll för hela det nya sjukhuset (inklusive tilläggsavtal till OPS-avtalet och befintliga byggnader som integreras i det nya sjukhuset) fram till 2040 har av landstinget angetts till 57 miljarder kronor efter genomförd refinansiering 2018.
- Den höga totalkostnaden fram till 2040 inkluderar underhåll och syftar till att skapa en garanti för att byggnaden år 2040 är i motsvarande skick som vid inflyttningen. Denna typ av långsiktigt åtagande gällande byggnadsinnehåll på en jämförelsevis hög kvalitetsnivå framstår som ovanlig för svenska sjukhus, och gör att den beräknade totalkostnaden blir hög. Utredningen har inte kunnat finna underlag för att bedöma om det långsiktiga underhållsåtagandet är kostnadseffektivt eller inte.

Riskhantering

- OPS avfärdades tidigt som finansieringslösning på grund av att modellen bedömdes vara förknippad med en hög kostnad samt att nyttan av modellen var låg, då landstinget inte bedömdes ha finansieringssvårigheter. Senare i projektet förordades OPS i externa konsultunderlag med argument om riskhantering och konkurrens, vilket blev avgörande för beslutet att välja OPS. Det framgår inte av de underlag utredningen tagit del av om det har genomförts analyser av alternativa modeller till OPS för riskhantering i projektet.
- Genom OPS-avtalet hanterades byggrisker. Byggnaden enligt den ursprungliga beställningen färdigställdes i tid till avtalad kostnad inom OPS-avtalet. Kostnadsökningar har uppkommit genom förändringar i beställningen.
- Utredningens analys indikerar att landstinget betalar en premie om 4,7 miljarder kronor till följd av att delar av investeringen finansieras inom ramen för OPS-avtalet (riskpremie). I vilken mån

denna kostnad står i proportion till uppnådd risköverföring har inte varit möjligt att bedöma inom utredningens uppdrag.

- OPS-avtalet hanterade inte andra risker än byggrisker, såsom exempelvis risker för att förändringar i verksamhetsinnehållet inte skulle bli genomförda enligt plan.

Upphandling och avtal

- Upphandling av OPS-kontrakt är resurskrävande. Bland annat kräver formulering av funktionskrav omfattande arbete från beställarsidan. Det är även resurskrävande att utarbeta anbud i en sådan upphandling.
- Landstingsfullmäktige beslutade att en förutsättning för att genomföra upphandlingen av byggnationen genom OPS var att tillräcklig konkurrens uppnåddes. Ett anbud inkom, vilket bedömdes vara tillräckligt.
- Betalningar enligt OPS-avtalet beräknas genom en underliggande ekonomisk modell. Modellen är omfattande och komplex och landstinget har använt extern expertis vid förändringar i modellen.

Verksamhetsinnehåll

- Beslutet om ett nytt högspecialiserat universitetssjukhus förutsatte förändringar i hälso- och sjukvårdsstrukturen i landstinget som helhet. Planeringen av sjukhusets verksamhetsinnehåll behövde därför samordnas med övrig hälso- och sjukvårdsplanering i landstinget.
- Förutsättningarna för en samordnad planering försämrades av att verksamhetsinnehållet för det nya universitetssjukhuset skulle fastställas sent. Verksamhetsinnehållet för NKS fastställdes 2017, det vill säga efter påbörjad inflyttning, vilket medfört att planeringen av förändringar och investeringar på sjukhuset och i övriga delar av hälso- och sjukvårdssystemet påverkats. Oklarheter i definitionen av högspecialiserad vård har försvårat planeringen av verksamhetsinnehållet vid NKS och omfördelningen av vård i regionen.

- När ansvaret för verksamhetsinnehållet överfördes från den separata NKS-förvaltningen till Karolinska Universitetssjukhuset 2012 startade processen mer eller mindre om, och utgick mer från den befintliga vården på sjukhuset än från visionen om ett litet högspecialiserat sjukhus.
- Den mer högspecialiserade profilen för vården på NKS, inklusive intensivakuten med ett begränsat högspecialiserat uppdrag, påverkar möjligheterna till utbildning och forskning. Andra faktorer som påverkar är bland annat ett minskat antal slutenvårdsplatser, utflytt av öppenvårdsbesök från NKS samt nya privata aktörer genom vårdval.
- Sammantaget har förutsättningarna för utbildning och forskning påverkats negativt efter genomförandet av NKS-projektet och de därtill kopplade strukturförändringarna i regionen.

Verksamhetsmodell

- Utöver den stora förändring som byggandet av det nya universitetssjukhuset och det nya verksamhetsinnehållet innebar för Karolinska Universitetssjukhuset beslutade sjukhusets styrelse också att införa en ny verksamhetsmodell.
- Verksamhetsmodellen skulle bidra till att lösa sjukhusets problem med silotänk, ekonomi och skillnader i vårdresultat.
- Den nya verksamhetsmodellen innebar en omfattande och genomgripande organisationsförändring som i hög grad var konsultdriven. Organisationsförändringen genomfördes på kort tid samtidigt som verksamheten skulle förberedas för inflyttning i den nya sjukhusbyggnaden.
- När den nya styrelsen vid sjukhuset senare lät följa upp modellen konstaterades att de problem som modellen skulle lösa kvarstår eller har förvärrats. Styrelsen konstaterade också att den nya organisationen fått konsekvenser för multisjuka patienter och försämrat förutsättningarna för utbildning vid sjukhuset.

Långsiktig hållbarhet och delaktighet

- Stora komplexa förändringsprojekt som berör flera olika aktörer och pågår under lång tid ställer krav på långsiktiga och hållbara besluts- och genomförandeprocesser. Effektivitet i genomförandet behöver balanseras mot delaktighet, samverkan och demokrati.
- Under de första åren samordnades NKS-projektet inte med övrig hälso- och sjukvårdsplanering och viktiga aktörer upplevde att de hölls utanför projektet.
- Professionerna har via personalorganisationerna fått möjlighet att lämna synpunkter på sjukhusbyggnaden, verksamhetsinnehållet och verksamhetsmodellen. Det har dock skett i ett förhållandevis sent skede, i vissa fall kort innan beslut fattats när möjligheterna till påverkan och delaktighet varit små. Det finns olika uppfattningar om graden av involvering.
- Användningen av externt konsultstöd har varierat i typ och omfattning. I vissa delar har konsultstödet fungerat som kompetensförstärkning (OPS), i andra delar har konsulter både tagit initiativ till, drivit och genomfört förändringar (ny verksamhetsmodell).

Regionala och nationella kontrollmekanismer

- Regionala kontrollmekanismer har fokuserat på att hantera risker i bygginvesteringen, medan verksamhetsrisker inte hanterats lika tydligt. Detta trots att NKS setts som lika mycket ett verksamhetsprojekt som byggprojekt. Regionrevisorerna har inte närmare granskat de mer verksamhetsrelaterade riskerna och processerna.
- Uppföljningar, bland annat av den nya styrelsen, tyder på att sjukhuset har underskattat patientsäkerhetsfrågan och arbetsmiljöfrågan i samband med beslut och införande av den nya verksamhetsmodellen.
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i sin tillsyn granskat olika verksamheter vid Karolinska Universitetssjukhuset. IVO har inte granskat om den nya verksamhetsmodellen bidragit till de brister som framkommit. IVO har inte gjort någon tillsyn av hur den nya verksamhetsmodellen vid Karolinska Universitets-

sjukhuset uppfyller kraven på ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

- Arbetsmiljöverket har genomfört inspektioner utifrån inkomna 6.6a-anmälningar från Karolinska Universitetssjukhuset. Myndigheten har inte genomfört någon tillsyn i samband med inflyttningen i det nya sjukhuset eller när den nya verksamhetsmodellen infördes på sjukhuset.
- Statens haverikommission har, utöver en granskning av en händelse som inträffade vid Karolinska Universitetssjukhuset 2010, inte granskat allvarliga händelser efter inflyttningen till det nya sjukhuset.

Betänkandets innehåll

I kapitel 1 och 2 beskrivs utredningens arbetssätt och gällande rätt inom området. I kapitel 3 ges en översiktlig redovisning av utmaningar inom hälso- och sjukvården, utformningen av det svenska sjukvårdssystemet och påverkansfaktorer för framtidens vård. En översikt av regionernas investeringsbehov och finansieringsbehov ges.

Kapitel 4 innehåller en redovisning av de aktörer på regional och nationell nivå som har och kan ha en roll när det gäller investeringar, upphandlingar och större organisationsförändringar inom hälso- och sjukvården. Aktörernas uppdrag och ansvar beskrivs samt hur de berörs av frågor om investeringar, upphandlingar och större organisationsförändringar.

Kapitel 5 innehåller en kort översikt av olika entreprenadformer samt en beskrivning av modellen offentlig-privat samverkan (OPS). Vidare redovisas några av de viktigaste för- och nackdelar som modellen anses medföra, samt internationella erfarenheter främst från Storbritannien.

Kapitel 6 ger en fördjupad bild av pågående och planerade investeringar i regionerna utifrån en kartläggning av regionernas hantering av större investeringsprojekt för hälso- och sjukvården. Kartläggningen omfattar dels en sammanställning av uppgifter från respektive regions budget för 2019, dels intervjuer med respektive regions fastighetschef eller motsvarande. Intervjuerna har syftat till att detaljera bilden av vad investeringarna avser och hur investeringar genomförs i regionerna. Frågor har ställts om val av entreprenadform, projekt-

styrning, utfall mot tidplan och budget, i vilket skede av processen som verksamhetsinnehållet bestäms samt regionernas tillgång till kompetens för större byggnadsinvesteringar.

I kapitel 7 redogörs för den pågående och planerade strukturförändringen inom hälso- och sjukvården och hur den styrs. Arbetet med omställningen till en god och nära vård bedrivs i regioner och kommuner med stöd av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Den statliga utredningen för en samordnad utveckling för god och nära vård stödjer detta arbete. Staten genom Socialstyrelsen ansvarar för nivåstruktureringen av den nationella högspecialiserade vården. Huvudansvaret för den regionala nivåstruktureringen, det vill säga strukturförändringen av den öppna och slutna vård som inte definieras som nationell högspecialiserad vård eller primärvård, ligger på de enskilda regionerna och i vissa delar av landet även på samverkansregionerna. I kapitlet beskrivs vidare hur investeringar inom hälso- och sjukvården planeras och styrs i dag, samt hur de tidigare har styrts. I ett avslutande avsnitt presenteras olika styrmodeller inom vården, med särskilt fokus på värdebaserad vård.

Kapitel 8 innehåller en redogörelse för det enda större exempel på OPS-lösning som finns inom hälso- och sjukvården i Sverige i dag: Nya Karolinska Solna (NKS). Först ges en bakgrund till NKS, därefter kartläggs besluts- och genomförandeprocessen för sjukhusets verksamhetsinnehåll och hur processen förhåller sig till omställningen av hälso- och sjukvården i Region Stockholm. Därefter följer besluts- och genomförandeprocessen för upphandling och finansiering av NKS genom OPS-lösningen samt för den nya verksamhetsmodellen och organisationsförändringen på NKS. En särskild finansiell beskrivning av OPS-avtalet lämnas. Frågor om hur förutsättningarna för utbildning och forskning har tagits om hand i den regionala hälso- och sjukvårdsplaneringen och i planering och beslut om NKS belyses. Därefter redovisas de regionala och nationella kontrollmekanismer som aktualiserats i samband med NKS-projektet.

I kapitel 9 görs en analys av exemplet NKS utifrån utredningens kartläggning. Syftet är att skapa förutsättningar för lärande av exemplet NKS när det gäller besluts- och genomförandeprocesser i samband med strukturförändringar och investeringar i hälso- och sjukvården. Kapitlet avslutas med ett antal rekommendationer utifrån utredningens iakttagelser.

2019 bytte de sista sju landstingen namn till regioner, och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bytte namn till Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). I detta betänkande är ambitionen att benämna de tidigare landstingen och SKL med det namn som gällde vid tidpunkten för de skeenden som beskrivs.