

Granskning av vård som skjutits upp på grund av pandemin

Region Skånes revisorer 2021

Bo Lindblom, Ulf Atles, Dag Boman, Bo Anderson, Camilla Karlsson

Västerås 2022-01-12

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Bakgrund och uppdrag	4
1.1. Bakgrund	4
1.2. Syfte.....	4
1.3. Revisionsfrågor	4
1.4. Ansvariga styrelser och nämnder	4
1.5. Avgränsning	5
2. Genomförande	5
2.1. Revisionskriterier	5
2.2. Granskningsmetoder	6
3. Resultat av granskningen – iakttagelser	7
3.1. Dokumentgranskning	7
3.2. Statistik avseende väntetider, vårdproduktion och ekonomi	12
3.3. Intervjuer	13
4. Analys och bedömningar	16
4.1. Utgångspunkter	16
4.2. Nationellt perspektiv	17
4.3. Situationen kring uppskjuten vård i Region Skåne	17
4.4. Slutsatser kring styrning av tillgänglighet i grunduppdrag kontra förändringsarbete	20
4.5. Bedömningar med svar på revisionsfrågorna	21
4.6. Rekommendationer	23
Bilagor.....	25

Sammanfattning

Iakttagelser och slutsatser

På uppdrag av Revisorskollegiet i Region Skåne har KomRedo AB under september-november 2021 genomfört en granskning av vård som skjuts upp med anledning av pandemin covid-19. Syftet med granskningen har varit att bedöma om styrning av tillgänglighet inom hälso- och sjukvården är ändamålsenlig och effektiv för att tillgodose befolkningens behov.

Redan före pandemin hade Region Skåne långa vårdköer, särskilt till operation/behandling. Under pandemin har stora omdisponeringar gjorts inom verksamheterna och ett stort antal medarbetare har överförs till covidvård, vilket medfört att kösituationen ytterligare försämrats. Övrig högt prioriterad vård har i stort sett upprätthållits på förpandemisk nivå. Lägre prioriterad vård har dock endast kunnat bedrivas i begränsad omfattning.

Regiondirektören gav i juni 2020 regional chefläkare i uppdrag att starta planeringsarbetet för återhämtning av den undanträngning av vård som uppstått med anledning av covid-19. Arbetet resulterade i ett antal förslag, som på olika sätt syftade till att öka effektiviteten i vårdsystemet. Pandemins omfattning och långa tidsförlopp medförde dock stora begränsningar i den ökning av vårdproduktionen som planerades. En viss återhämtning av planerad vård påbörjades före sommaren 2021 men återgång till mer normal vårdproduktion inleddes först i september 2021. Den "vårdskuld" som byggts upp under 2020-21 är störst inom verksamhetsområdena ortopedi, ögon, öron-näsa-hals samt allmän kirurgi och avser lägre prioriterad vård. Inom primärvården liksom inom psykiatri och barn- och ungdomspsykiatri är vårdskulden totalt sett mindre. Utöver de kända köerna finns sannolikt omfattande dolda vårdbehov, som kommer att synliggöras under det närmaste året. Verksamhetsföreträdare anser att främsta hindret för att öka vårdproduktionen är en otillräcklig personalbemanning, främst vad gäller specialistutbildade sjuksköterskor inom operation och anestesi.

Bedömningar med svar på revisionsfrågorna

Med utgångspunkt i de underlag vi tagit del av är vår samlade bedömning att den rådande styrningen av tillgänglighet inom hälso- och sjukvården inte är ändamålsenlig och effektiv för att tillgodose befolkningens behov.

1. Följs regionala och lokala styrdokument/handlingsplaner för att styra mot uppsatta tillgänglighetsmål?

Ja, till viss del. Förbättrad tillgänglighet är ett tydligt övergripande mål i Region Skåne. Intentionerna i gällande regionala styrdokument och planer tillämpas i verksamheten men försvåras av otydligheter kring vad som utgör "uppsatta tillgänglighetsmål". Vår bedömning är att de åtgärder som vidtagits inte övergått i en tillräckligt effektiv styrning mot en god tillgänglighet.

2. Är information och återkoppling till respektive nämnd/styrelse beträffande måluppfyllelse ändamålsenlig och agerar nämnd/styrelse vid bristande måluppfyllelse?

Ja, vad gäller information och återkoppling men nej, avseende agerandet. Information och återkoppling av hälso- och sjukvårdens mål för tillgänglighet sker regelbundet i samtliga berörda politiska organ och bedöms i stort vara ändamålsenlig. Hälso- och sjukvårdsnämnden följer upp hälso- och sjukvården ur ett brett befolkningsperspektiv men saknar mandat att styra verksamheten på sjukhusen. Ansvar vilar på sjukhusstyrelserna men dessa vidtar sällan några specifika åtgärder beträffande tillgänglighet. Vår bedömning är att både hälso- och sjukvårdsnämnden och sjukhusstyrelser har bristande förutsättningar att styra mot verksamhetsmålen.

3. Har beslut för att öka tillgängligheten fattats på rätt nivå med tillräcklig beredning?

Ja, delvis. Vi uppfattar att regionfullmäktiges och regionstyrelsens övergripande styrsignaler samt hälso- och sjukvårdsnämndens beslut om tilläggsuppdrag varit adekvata utifrån den rådande kösituationen, men anser att uppföljningen av de extra satsningarna inte varit ändamålsenlig. Beredningen av besluten om tilläggsuppdrag har varit otillräcklig eftersom oklarheterna om hur dessa ska följas upp i relation till de otydliga grunduppdragen inte uppmärksammats.

4. Är samverkan mellan sjukvårdens förvaltningar och privata vårdgivare ändamålsenlig för att få ett optimalt utnyttjande av de resurser som finns för att uppnå en ökad tillgänglighet?

Samverkan rapporteras fungera väl i löpande verksamhet men är på övergripande nivå inte ändamålsenlig för att få ett optimalt utnyttjande av befintliga resurser för att uppnå en ökad tillgänglighet. Orsaken till detta är främst den rådande konkurrensen om specifika personalgrupper, vilket försvårar ett optimalt utnyttjande av sjukhusens operationsresurser.

5. *Följs tidplanen som uppgavs i förstudien från 2020 för återställande av den vård som skjutits upp på grund av pandemin och vilka konsekvenser medför detta på personal, verksamhet och ekonomi?*

”Tidplanen” som omnämndes var inte en specificerad tidplan i olika mätbara steg utan ett antal uppskattningar som gjordes vid skilda tillfällen under pandemin. Därför kan inte frågan besvaras med ja eller nej. Vår bedömning är att Region Skåne saknar en tydlig tidplan för att återställa uppskjuten vård för stora patientgrupper och uppnå målet om vård i rimlig tid. Det saknas även samlade konsekvensanalyser vad avser personal, verksamhet och ekonomi. Vår bedömning är att regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har ett gemensamt ansvar för denna fråga.

Rekommendationer

- Utifrån ovanstående iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi regionstyrelsen att vidta åtgärder som skapar förutsättningar för att verksamhetsstyrningen tydligare ska harmoniera med pågående strävanden mot en mer regiongemensam verksamhetsplanering, produktionsstyrning och uppföljning.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att i samråd med regionstyrelsen utforma en tydligare strategi/åtgärdsplan för att inventera och åtgärda de uppskjutna vårdinsatserna som är kopplade till pandemin, inkluderande regionövergripande produktionsplanering.
- Regionstyrelsen och personalnämnden rekommenderas att vidta ytterligare åtgärder för att intensifiera arbetet kring såväl kortsiktig som långsiktig kompetensförsörjning, med särskilt fokus på de personalgrupper som visat sig vara kritiska för att upprätthålla vårdproduktionen inom verksamhetsområden med bestående eller återkommande tillgänglighetsproblem.

1. Bakgrund och uppdrag

Revisorskollegiet i Region Skåne har beslutat att genomföra en granskning av vård som skjutits upp och undanträngts med anledning av pandemin covid-19. KomRedo har fått förtroendet att genomföra granskningen. Uppdraget beskrivs närmare nedan.

1.1. Bakgrund

Under pandemin covid-19 har vård skjutits upp och undanträngts med anledning av vårdbehovet för det stora antalet patienter med denna sjukdom. Även om Region Skåne var förhållandevis mindre påverkad av pandemins första våg våren 2020, krävdes personalomflyttningar och andra omställningar. Planen för hösten 2020 var därför att sjukhus med stor andel planerad (elektiv) vård skulle prioritera sådan vård och vara covid-fria. Smittspridningen blev dock omfattande i slutet av året vilket begränsade möjligheten att bedriva elektiv vård enligt plan.

I syfte att identifiera risker som underlag för framtida granskningar genomfördes under hösten 2020 en förstudie avseende styrning och uppföljning inom hälso- och sjukvården, där effekterna av pandemin covid-19 även beaktades.

Av förstudien framgår att måluppfyllelsen både vad gäller ekonomi och verksamhet har varit bristfällig redan innan pandemins utbrott. Dessutom konstaterades att nämnder och styrelser i flertalet fall inte uppfyllt sin reglementsenliga roll att beslutade uppdrag ska nås på ett effektivt sätt med ekonomi i balans. Förstudien visade dock att Region Skånes hantering av själva pandemin dittills i huvudsak hanterats effektivt. Däremot tydde resultaten på ett antal svagheter vad gäller driftsledningsnämnders och -styrelserns möjligheter att ta ansvar för att uppdrag och mål fullföljs inom sina områden samt att beslutade åtgärdsplaner för en ekonomi i balans inte varit tillräckliga.

1.2. Syfte

Syftet med den aktuella granskningen är att bedöma om styrning av tillgänglighet inom hälso- och sjukvården är ändamålsenlig och effektiv för att tillgodose befolkningens behov. Områden som ska ingå är tillgängligheten till vård generellt inom hälso- och sjukvården samt för barn- och ungdomspsykiatri samt vuxenpsykiatri.

1.3. Revisionsfrågor

Inom ramen för det övergripande syftet ska granskningen lämna svar på bl.a. följande frågeställningar:

1. Följs regionala och lokala styrdokument/handlingsplaner för att styra mot uppsatta tillgänglighetsmål?
2. Är information och återkoppling till respektive nämnd/styrelse beträffande måluppfyllelse ändamålsenlig och agerar nämnd/styrelse vid bristande måluppfyllelse?
3. Har beslut för att öka tillgängligheten fattats på rätt nivå med tillräcklig beredning?
4. Är samverkan mellan hälso- och sjukvårdens förvaltningar och privata vårdgivare ändamålsenlig för att få ett optimalt utnyttjande av de resurser som finns för att uppnå en ökad tillgänglighet?
5. Följs tidplanen som uppgavs i förstudien från 2020 för återställande av den vård som skjutits upp på grund av pandemin och vilka konsekvenser medför detta på personal, verksamhet och ekonomi?

1.4. Ansvariga styrelser och nämnder

Ansvariga styrelser och nämnder är regionstyrelsen (inkl. medicinsk service), hälso- och sjukvårdsnämnden, samtliga sjukhusstyrelser, primärvårdsnämnden samt psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden. De två senare nämnderna benämns sjukvårdsnämnder i löpande text.

1.5. Avgränsning

Granskningen är avgränsad till de verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård i Region Skåne. Ansvariga styrelser och nämnder är regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), samtliga sjukhusstyrelser, primärvårdsnämnden samt psykiatri-, habilitering och hjälpmedelsnämnden.

Granskningsunderlag och jämförelser av data har inriktats på tidsperioden 1 januari 2019 - 31 augusti 2021.

2. Genomförande

Genomförandet av uppdraget utgår ifrån omfattande intervjuer från verksamheter inom hälso- och sjukvården i Region Skåne, dokumentgranskning och kvantitativ analys av hur mycket vård som skjuts upp med anledning av pandemin.

Rapporten har varit föremål för sakgranskning från berörda verksamheter och personer som på ett eller annat sätt bidragit med underlag.

Förstudien har genomförts av Camilla Karlsson, certifierad kommunal revisor och uppdragsansvarig, Bo Lindblom, medicinsk expert och projektledare, Ulf Atles, specialist inom ekonomi och verksamhetsstyrning, Dag Boman, seniorkonsult och kvalitetssäkrare avseende genomförd förstudie samt Bo Anderson, senior revisor och kvalitetssäkrare.

Kontaktperson vid Region Skånes revisorer har varit Inger Åbonde, förtroendevald revisor vid Revisorskollegiet. Projektledare vid Region Skånes revisionskontor har varit Fredrik Ljunggren, certifierad kommunal revisor.

2.1. Revisionskriterier

De kriterier som har legat till grund för analys, bedömning och rekommendationer är hämtade från:

Lagar, förordningar och föreskrifter mm

- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).
- Kommunallag (1990:900).
- Patientsäkerhetslag (2010:659).
- Patientlag (2014:821).
- Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Riksdagens beslut enligt proposition 1996/97:60.
- Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Nationella riktlinjer, vägledningar och överenskommelser

- Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning. Prioriteringscentrum 2017.
- Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden. Socialstyrelsen 2020.
- Överenskommelser mellan staten och landstingen rörande vårdgarantin och det fria vårdvalet.
- SKYREV:s vägledning för verksamhetsrevision.

Interna riktlinjer, styrdokument och redovisande dokument

- Reglemente för regionstyrelse och nämnder i Region Skåne. RF 2020-11-03
- Reglemente för regionstyrelse och nämnder i Region Skåne. RF 2020-12-10—11.
- Region Skånes verksamhetsplan och budget 2020 med plan för 2021-2022.

- Region Skånes verksamhetsplan och budget 2021 med plan för 2022 – 2023.
- Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2020.
- Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2021.
- Årsredovisning Region Skåne 2020.
- Arbetsordning för av revisionen berörda nämnder.

I övrigt har vi arbetat i enlighet med kommunallagen och SKYREV:s riktlinjer och vägledning vad gäller revisionsarbete, god revisionssed etc. Vid analys och bedömning har vi tillämpat lagar, föreskrifter och riktlinjer som gäller för aktuell period.

2.2. Granskningsmetoder

2.2.1. Granskning av styr- och stöddokument

I denna del gjordes en sammanställning av beslut som fattats av regionfullmäktige och respektive nämnd/styrelse i syfte att öka tillgängligheten och vilka efterföljande direktiv som givits inom respektive förvaltning – med fokus på den vård som skjutits upp och undanträngts med anledning av pandemin.

Besluten för respektive nämnd/styrelses område sammanställdes och sattes i relation till Region Skånes verksamhetsplan och budget samt regionstyrelsens inriktningsbeslut. Verksamhetsplaner, årsredovisningar, delårsrapporter, verksamhetsberättelser och internbudgetar för granskningsobjekt granskades. Överensstämmelser, ev. diskrepanser och tidsmässiga samband mellan dessa dokument noterades. Eventuella brister i spårbarhet uppmärksammades. Vi granskade även om HSN har en ändamålsenlig styrning av måluppfyllelsen avseende tillgänglighet och kvalitet, där målet är att 50 procent av uttalade målindikatorer ska uppnås på kort sikt.

2.2.2. Kartläggning av hur mycket vård som skjutits upp med anledning av pandemin, vårdproduktion och ekonomi

Den kvantitativa analysen av tillgänglighet har skett framför allt via publika källor och material framtaget av och inom Region Skåne.

Data som har analyserats har varit:

- Budgetdokument, verksamhetsplaner, månads- och kvartalsrapporter samt årsredovisningar
- Inflöde till vården/antal diagnoser, fördelat på olika vårdområden
- Köstatistik/väntetidsdata – hur har köer och väntetider utvecklats, fördelat på olika vårdområden
- Produktionsdata – hur många besök resp. åtgärder/operationer har gjorts, fördelat på olika vårdområden
- Måldata – vilka mål som satts upp för besök resp. åtgärder/operationer har satts, fördelat på olika områden

I detta sammanhang har det varit viktigt att värdera tillgång till data. När det gäller ekonomidata gjordes redan initialt bedömningen att det förelåg god tillgänglighet. Det har dock krävts att man kan härleda hela kedjan, d.v.s. om beslut/åtgärder för att påverka ekonomi har resulterat i åtgärder, och om de haft avsedd verkan på verksamheten och ekonomin på det specifika området som åtgärden ska påverka.

Generellt är tillgången till data mycket god inom Region Skåne. Genomgång har gjorts tillsammans med ansvariga för processerna för datainsamling och analys, och systemet anses täcka de datakällor som behövs för analys av ekonomi och tillgänglighet, data samlas och struktureras i ett datalager, till vilket flera analysverktyg är kopplade. Vissa intervjupersoner har lyft reservationer kring kvalitet på inrapporterade data inom vissa områden och kring det faktum att det fortfarande finns olika sätt att definiera indikatorer i olika delar av verksamheten. Sammantaget har möjligheterna att fånga in och analysera data varit tillfredsställande. Fördjupning på områden av speciellt intresse, såsom handkirurgi, ögonvård m.fl. har därför kunnat göras i redan tillgängligt material.

2.2.3. Intervjuer

Planeringen av intervjuer och val av intervjupersoner och andra uppgiftslämnare har byggts upp kring uppdragsbeskrivningens frågeställningar. På grund av den rådande pandemin och därav beslutade restriktioner har samtliga intervjuer genomförts via videolänk (i ett fåtal fall per telefon). Som regel gjordes intervjuerna individuellt men undantagsvis, när det bedömdes mer ändamålsenligt, gjordes dessa i konstellationer med 3-4 personer, varav 1-2 konsulter. Samtliga intervjuer genomfördes med stöd av semistrukturerade intervjuguides. Sammanlagt intervjuades ett drygt 40-tal personer, fördelat mellan de olika nämndernas och styrelsernas verksamhetsområden (se bilaga). Utöver dessa bidrog ett tiotal personer med olika skriftliga underlag. Intervjuguiderna innehöll som regel ett 20-tal frågor, utgående från uppdragets syfte och var anpassade till respektive respondents roll och ansvar i verksamheten.

2.2.4. Sammanställning och analysarbete

Viktiga resultat och övriga iakttagelser från ovanstående underlag sammanställdes och analyserades i relation till granskningens syfte. Särskild uppmärksamhet riktades mot respektive nämnd och styrelses roller/ansvar i relation till den övergripande styrningen från regionfullmäktige och regionstyrelsen samt förhållandet mellan de politiska organen och förvaltningen i fråga om styrning kring uppskjuten och undanträngd vård. Ett antal slutsatser formulerades med utgångspunkt i uppdraget och de särskilda revisionsfrågorna och en sammanvägning gjordes av iakttagelser som bekräftar eller motsäger respektive slutsats. På basen av detta gjordes preliminära bedömningar, som ledde fram till övergripande slutsatser och svar på de olika revisionsfrågorna.

3. Resultat av granskningen – iakttagelser

Nedan redovisas iakttagelser från genomförda dokumentgranskningar och intervjuer samt övriga underlag som ställts till revisionens förfogande.

3.1. Dokumentgranskning

3.1.1. Styrdokument och stöddokument

Regionfullmäktige

I Region Skånes verksamhetsplan och budget, som beslutas av Regionfullmäktige, anges inriktningen för hälso- och sjukvården för kommande period¹. Av Region Skånes verksamhetsplan och budget för 2020 framgår att:

”Tillgänglig hälso- och sjukvård innebär att ingen patient ska behöva vänta oskäligt lång tid på den vårdinsats som behövs med en tydlig följsamhet till vårdgarantin. Därför ska tillgängligheten till specialistvård öka avseende besök samt operation och åtgärd. En ökad tillgänglighet ska fortgå. Prioriteringar ska grundas på befolkningens behov och medicinska indikationer, samt följa nationella och regionala vårdprogram och riktlinjer. Det är av största vikt att se tillgängligheten som en del av en helhet för varje patient, och den ska omfatta allt från första kontakt till återbesök. God tillgänglighet ska premieras, därför ska incitamentsmodellen för kortare köer utvecklas. Exakt utformning av kriterier kan komma att ändras för att fördela medlen i högre utsträckning utifrån uppnådd tillgänglighet. Därför anslås 128,9 miljoner kronor till hälso- och sjukvårdsnämnden för att premiera de sjukhus som har verkat för en god tillgänglighet och möjliggjort innovationer och utveckling inom sjukvården. Anslaget är utöver de befintliga 141 miljoner kronor som redan är avsedda för att främja en ökad tillgänglighet. En viktig förutsättning för en ökad tillgänglighet är att valfriheten fortsatt utvecklas och värnas. Därför tilldelas hälso- och sjukvårdsnämnden 108,8 miljoner kronor för att fortsatt stärka vårdvalen”.

¹ Benämns i det följande för ”regionplanen”.

”Minskad personalomsättning och effektiv kompetensförsörjning är också centralt för att kunna öka tillgängligheten. Ökat fokus behövs på förbättringsarbete så att rätt görs från början. Vidare behövs verksamhetsutveckling och produktionsplanering så att exempelvis operationsresurser, såsom lokaler, nyttjas optimalt”.

Liknande formuleringar återfinns i verksamhetsplan och budget för 2021, där incitamentsprogrammet dock strukits. En ny formulering noteras:

”Det goda tillgänglighetsarbetet som initierades tidigt 2020 ska fortlöpa. Lärdomar och erfarenheter som uppstått som en följd av covid-19-pandemin ska tas tillvara”.

I Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2021, som på uppdrag av Regionfullmäktige fastställs av regionstyrelsen, görs under rubriken ”God vård” vissa preciseringar av inriktningen för hälso- och sjukvården men beskrivningen av vad som ska genomföras är tämligen allmänt hållen:

”God tillgänglighet: Det är av största vikt att se helheten för varje patient, tillgänglighet ska finnas från första kontakt och genom patientens hela vårdprocess.

Tillgängligheten till den skånska hälso- och sjukvården ska vara god och patienter ska omhändertas enligt medicinsk prioritering inom vårdgarantins tidsramar med medicinskt måldatum som bortre gräns.

God tillgänglighet till vårdkedjans alla delar är viktigt för ett effektivt vårdförlopp. Tillgänglighet till diagnostiska undersökningsmetoder behöver förbättras. Verksamheterna ska vidta åtgärder för att förbättra tillgängligheten. Det är av stor vikt att planerings- och väntelistor hålls aktuella och att patienter som väntar erhåller fortlöpande information. Verksamheterna ska planera efter behovet och minimera ombokningar genom anpassad bemanningsplanering och genom att boka tider i samråd med patienten. Rutiner avseende säker och effektiv remisshantering behöver förbättras. Verksamheter i offentligt finansierad privat regi och i egen regi i Region Skåne ska samverka i större utsträckning för att optimalt utnyttja de resurser som finns”.

Som framgår av dessa citat är god tillgänglighet ett angeläget område för regionens politiska ledning och styrsignalerna från denna nivå är av målkaraktär.

På sjukhusnivå överförs dessa övergripande styrsignaler till budgettilldelning samt verksamhetsplanering för respektive verksamhetsområde. Det har under granskningen framkommit att Region Skåne numera inte anger upptagningsområden för respektive sjukhus och inte heller några volymmål för vårdproduktionen inom respektive verksamhetsområde. Planeringen av verksamhet görs utifrån tilldelad budget och ”historiska grunduppdrag”, d.v.s. de ungefärliga produktionsvolymerna som tidigare år uppnåtts av respektive verksamhet. Således finns *inga explicita grunduppdrag*, d.v.s. inga uttalade vårdproduktionsvolymerna för respektive verksamhetsområde och verksamhetsår.

Enligt uppdraget ska det i denna granskning ingå en sammanställning av beslut som fattats för att öka tillgängligheten. Nedan följer en redovisning av beslut från olika instanser som vi bedömer direkt eller indirekt syftat till att öka tillgängligheten. Det ska dock observeras att flera av besluten som tagits under pandemin framför allt inriktats på att tillförsäkra tillgång till covid-vård, vilket ofta medfört att tillgängligheten till annan vård de facto minskat.

Utöver vad som nämndes under avsnitt 3.1.1 kan från Region Skånes verksamhetsplan och budget 2021 inhämtas följande skrivningar:

”Regionbidraget till sektor hälso- och sjukvård 2021 ökas med 1 967,8 miljoner kronor och uppgår till knappt 40 miljarder. Totalt ökar regionbidraget med 756,5 miljoner kronor utöver de ordinarie uppräkningsarna ---

I enlighet med tilläggsbudget 2020, där hälso- och sjukvårdsnämnden tillskjuts 534 miljoner kronor för kösatsning och uppskjuten vård till följd av sjukdomen covid-19, ingår dessa medel i basen för hälso- och sjukvårdsnämndens regionbidrag 2021”.

Regionstyrelsen

Det ovannämnda beslutet fattades på förslag av regionstyrelsen. Vissa av styrelsens övriga budgetbeslut torde också ha en indirekt påverkan på tillgängligheten i hälso- och sjukvården.

I mars 2021 togs beslut om strategiska satsningar på sjukhusbyggnader i bl.a. Malmö, med syfte att bidra till ökad tillgänglighet på längre sikt. I april 2021 gav regionstyrelsen regiondirektören i uppdrag att ta fram ett förslag på tilläggsbudget för att möjliggöra kompensation till verksamheten för merkostnader till följd av covid-19, i enlighet med de principer som gällde för samma merkostnader 2020.

I juni 2021 togs vissa budgetbeslut med indirekt påverkan på tillgängligheten: *”Regeringen och samarbetspartierna har, i samband med vårproposition och -ändringsbudget i april 2021, aviserat att man kommer föreslå riksdagen en förstärkning av det generella statsbidraget till kommuner och regioner med 2 miljarder kronor för att hantera merkostnader till följd av Covid19. Regionstyrelsen föreslår här fullmäktige att tillskjuta regionstyrelsen 600 miljoner kronor”* --- *”Regionstyrelsen ska vid sammanträde den 9 september, fördela ut dessa medel till respektive nämnd/sjukhusstyrelse enligt deras ansökningar och ansökningsförfarande som beskrivs i detta ärende”*.

Regionstyrelsen beslutade i oktober 2020 att föreslå fullmäktige att tillskjuta 534 miljoner kronor till HSN för att återställa uppskjuten vård och att fördela medlen till berörd sjukvårdsnämnd/sjukhusstyrelse.

Hälso- och sjukvårdsnämnden

HSN gav i mars 2020 hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att ta fram en åtgärdsplan för tillgänglighetsarbetet med särskilt fokus på väntetiderna inom cancervården. Uppdraget rapporterades i oktober 2020, i anslutning till att de pågående satsningarna (normaliseringsprocessen, insatser för utökad kapacitet, samordning av patienter, ökad digitalisering, innovationsprojekt m.m.) redovisades.

Som framgår av förstudien beslutade regionfullmäktige om en reglementsändring som rör HSNs befogenheter. Efter ändringen behöver HSN inte längre inhämta sjukhusstyrelsernas eller sjukvårdsnämndernas synpunkter inför beslut som omfattar nya eller utökade uppdrag som syftar till att förbättra tillgängligheten i den skånska hälso- och sjukvården. Av regionstyrelsens beslutsförslag framgår att syftet är att effektivisera hanteringen av utökade och finansierade uppdrag till sjukvårdsförvaltningarna. Av förstudien framgick att det finns en bred uppslutning kring detta förslag i hälso- och sjukvårdsorganisationen då många önskade en snabbare beslutsprocess. I en juridisk analys bedömdes dock att HSN har getts befogenheter att besluta i vissa frågor som rör driftsledningsnämnderna. Slutsatsen i förstudien var att HSN i det nya reglementet getts en roll som kan ifrågasättas utifrån styrelsernas och nämndernas självständighet.

Genom ett beslut i regionfullmäktige i november 2020 gjordes som nämnts ovan en ändring i reglementet, som innebar att HSN fick utökade befogenheter att fatta beslut utan formellt samråd med respektive sjukhusstyrelse. Vid i stort sett varje sammanträde under hösten 2020 och första halvåret 2021 beslutade HSN att ge tilläggsuppdrag till något eller några av sjukhusen. Dessutom avsattes medel för vissa specificerade operationer (bl.a. avseende höft-, knä- och fotoperationer) genom utökning av användningen av Region Skånes upphandlade vårdgarantiavtal². De privata vårdgivarna svarar för cirka 5 miljarder av vårbudgeten i Region Skåne och bedriver vård utifrån avtal enligt både LOU³, LOF⁴, LOL⁵ och LOV⁶.

Ansvar för beslut rörande avtalen åvilar HSN och administreras av koncernkontoret (HSS). HSN utlöst även optioner i befintliga avtal inom psykiatriområdet, exempelvis 4,5 miljoner kronor (mnkr) årligen under perioden 2022 - 2023 för ökad finansiering av idéburet partnerskap med Röda Korset avseende vård för personer som lider av posttraumatiskt stressyndrom. Fram till 31 augusti 2021 hade, utifrån beslut som går att utläsa ur HSNs mötesprotokoll, cirka 350 mnkr

Lag (2016:1145) om offentlig upphandling.

⁴ Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.

⁵ Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

⁶ Lag (2008:962) om valfrihetssystem.

av dessa medel fördelats (se vidare avsnitt 3.2). Det största enskilda tilläggsuppdraget gavs till sjukhusstyrelse Trelleborg för olika operationer inom ortopedi och öron-näsa-hals (ca 72 mnkr). HSN har också anslagit medel till flera utvecklings- och innovationsprojekt med syftet att förbättra tillgängligheten, totalt omkring 30mnkr under 2021.

Primärvårdsnämnden

Under perioden april 2020 – september 2021 har primärvårdsnämnden inte tagit några beslut som specifikt handlar om att öka tillgängligheten. Däremot har nämnden fattat enskilda beslut rörande vissa avtal med privata vårdgivare, som indirekt har bäring på tillgänglighet till första linjens hälso- och sjukvård.

Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden

Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden har sedan pandemins början fram till september 2021 haft totalt nio sammanträden. Vad gäller tillgänglighet handlar inte något beslut om uppskjuten vård, vare sig inom vuxenpsykiatri eller inom barn- och ungdomspsykiatri, fränsett att förvaltningschefen ombetts ta fram en handlingsplan betr. långa väntetider till könsdysforiutredning. Det ska framhållas att tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri varit jämförelsevis god under pandemin med mer än 95 procents måluppfyllelse vad gäller utredningar som startats inom 30 dagar.

Sjukhusstyrelser

Vi har granskat samtliga protokoll från sjukhusstyrelserna för perioden mars 2020 – augusti 2021. Granskningen visade att styrelserna under den aktuella perioden i princip aldrig fattat egna beslut som har direkt bäring på ökad tillgänglighet och uppskjuten vård. Det har funnits förslag och diskussioner kring frågan men dessa har inte lett fram till beslut om specifika åtgärder vad gäller vårdskulden. Däremot har de beslut som tagits gett stöd för det regionövergripande samarbetet, som bedrivits inom ramen för normaliseringsprocessen och de befintliga nätverken.

Beslut tagna på förvaltningsnivå

Regiondirektören har under 2020-21 fattat ett 70-tal beslut kopplade till hanteringen av pandemin och dess olika konsekvenser för hälso- och sjukvården. Ett tiotal av dessa beslut har en direkt eller indirekt påverkan på tillgängligheten och innehåller såväl horisontella som vertikala prioriteringar. Det har bl.a. rört sig om s.k. eskalering och de-eskalering av krisåtgärderna. I vecka 11 2020 togs på denna nivå ett regionalt inriktningsbeslut om återhållsamhet med elektiv vård:

”Generell, men ändamålsenlig, återhållsamhet för all planerad vård, såväl mottagningsverksamhet som operationer/ingrepp/åtgärder av lägre prioritet, råder från och med 2020-03-19”. Detta beslut togs efter förslag från de tre förvaltningscheferna för SUS, Skånes sjukhus Nordväst och Skånes sjukhus Nordost.

I november 2020, när den andra covidvågen slagit till, beslutades att verksamheterna kunde senarelägga *”elektiva operationer/ingrepp/åtgärder prio 3d-7”*. Dock skulle *”så långt det är möjligt operationsverksamheten vid de mindre sjukhusen i Hässleholm, Landskrona, Trelleborg och Ängelholm upprätthållas, för att inte ytterligare försämra situationen när det gäller uppskjuten vård”*⁷.

Förvaltningscheferna vid de tre sjukhusförvaltningarna har under pandemin fattat en rad beslut som direkt eller indirekt påverkar tillgängligheten, framför allt vad gäller operation/åtgärd. Det har t.ex. rört sig om omdisponering av lokaler/vårdplatser och/eller personalresurser inom operation/anestesi/intensivvård i samband med eskalering och de-eskalering utifrån covid-läget.

Verksamhetsplaner på sjukhusnivå innehåller som regel inga volymmål och vid verksamhetsuppföljningar jämförs produktionssiffror och ekonomiska data med tidigare perioders utfall. På verksamhetsområdesnivå görs som regel inte heller några årsplaner för vårdproduktionen. Detta uppges bero på att förutsättningarna vad gäller tillgång på

⁷ Prioriteringsgrupp 3d-7 används i Region Skånes operationsplaneringssystem och bygger på principer som fastlagts av Riksdagen och beskrivits av bl.a. Socialstyrelsen och Prioriteringscentrum. Grupp 3 D t.o.m. 7 motsvarar lägre prioriterade tillstånd men som ändå innebär viss risk för försämring om behandling uteblir (t.ex. operation för bräck, framfall, grå starr).

⁸ Regiondirektören. Beslut elektiv verksamhet. Dnr 2020-0000130.

personal är så pass oklara på lång sikt, varför planeringen oftast görs för kortare perioder, t.ex. åtta veckor i taget. Därmed är det också svårt för ledningen att göra tillförlitliga prognoser för att återställa uppskjuten vård. Under pandemiperioden uppges det ha varit särskilt svårt att göra produktionsplanering på grund av den nedsatta kapaciteten på operationsområdet.

Region Skånes uppföljning av all hälso- och sjukvårdsverksamhet sker genom uppföljningsindikatorer kopplade till de övergripande målen i Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2021. Uppföljning av förvaltningschefsuppdraget sker i samband med verksamhetsdialoger cirka sex gånger per år. Vid dessa tillfällen görs uppföljning av mål, ekonomi, systematiskt patientsäkerhetsarbete samt HR/systematiskt arbetsmiljöarbete. Ekonomisk uppföljning sker även i samband med månadsrapport, delårsrapport och årsredovisning. I juni 2020 gav regiondirektören i uppdrag till regional chefläkare att starta planeringsarbetet för återhämtning av den undanträngning som uppstått med anledning av covid-19, den så kallade normaliseringsprocessen. Arbetet bedrevs i två arbetsgrupper och den regionala hälso- och sjukvårdsledningen utgjorde styrgrupp. Centrala utgångspunkter för planeringen är förbättrad tillgänglighet, god arbetsmiljö och god kvalitet till en rimlig resursåtgång. Syftet med normaliseringsprocessen är att skapa en modell för regional produktionsstyrning samt att föreslå åtgärder för att återhämta den undanträngda vården. Det bedömdes *"behövas ett systematiskt och långsiktigt arbete med ett regionalt perspektiv i bred samverkan och regionövergripande åtgärder"*. Insatserna skulle syfta till *"att såväl på kort som på längre sikt efter pandemin bidra till en bättre tillgänglighet"*.

Övergripande åtgärder som tillämpats är utökad regional produktionsplanering och ökad samordning av vården genom gemensamma väntelistor, en gemensam modell för regional produktionsplanering och förändringar av remissflöden. Inom cancerområdet har motsvarande arbete gjorts för att minska ledtiderna genom en tydligare produktionsplanering och genom en ökad samordning mellan sjukhusen i Skåne, bl.a. med gemensamma väntelistor.

Arbetet som bedrivits i de olika arbetsgrupperna inom normaliseringen avrapporterades under hösten 2020 och tidigt under 2021. Arbetet resulterade i ett antal rapporter med förslag, som på olika sätt syftade till att öka effektiviteten i vårdsystemet^{9 10}. När merparten av resultaten presenterades var Region Skåne samtidigt under hårt tryck av smittspridningens andra och tredje våg.

Vid inledningen av denna granskning hade inte ställningstaganden gjorts till samtliga slutsatser och förslag i de olika rapporterna. Det fanns oklarheter om vilken fortsättning som planerades för det inledda utvecklingsarbetet och de olika rekommendationer som framförts.

Under pågående granskning har dock regiondirektören 2021-10-08 fattat beslut om fortsättningen på arbetet¹¹. Syftet med det fortsatta arbetet sägs vara att *"ur ett regionövergripande perspektiv aktivt följa upp och verka för framdrift inom Region Skånes process för normalisering av regionens hälso- och sjukvård efter covid-19-pandemin för att uppnå god tillgänglighet och att på uppdrag av regional hälso- och sjukvårdsledning (RHL) utföra riktade analyser och ta fram åtgärdsförslag inom ramen för normaliseringsprocessen"*. Uppdraget ska förse RHL, processens styrgrupp, med fortsatt återrapportering kring normaliseringsprocessens framdrift och vid behov rekommendation till förslag på strategiska beslut och åtgärder att *"föra regionen till ett tillstånd med förbättrad tillgänglighet jämfört med innan pandemin samt ett fortsatt tillvaratagande av erfarenheter från pandemin"*. Arbetet ska föreslå regional hälso- och sjukvårdsledning konkreta och strategiska förslag till beslut och åtgärder och i lämpliga fall svara för kommunikation kring normaliseringen internt och externt.

Under pandemiperioden har det vid samtliga sjukhusstyrelser förekommit initiativärenden med förslag på särskilda åtgärder i syfte att förbättra tillgänglighet på lokal nivå. Som regel har dessa förslag inte vunnit gehör hos styrelsemajoriteten, som förordat att i stället medverka i det regionövergripande samarbetet kring gemensam produktionsplanering mm, som ingår i normaliseringsprocessen. Vi har noterat att det föreligger politisk oenighet om

⁹ Delrapport 1-4. Dnr 2020-0001979.

¹⁰ Delrapport 5-7 Dnr 2021-0000270.

¹¹ Reviderat uppdrag avseende normaliseringsprocess för hälso- och sjukvården i Region Skåne efter covid-19. Dnr 2021-0000001.

huruvida sjukhusstyrelserna ska göra egna handlingsplaner för återställande, vid sidan av det regionövergripande arbetet med att korta köerna.

Utöver dessa övergripande styrdokument finns en "Regional handlingsplan tillgänglighet", som är underskriven av hälso- och sjukvårdsdirektören. Utifrån titeln kan den uppfattas som ett viktigt styrinstrument men egentligen utgör dokumentet en återrapportering av en överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Socialdepartementet om "Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020", eftersom det i överenskommelsen ingick att samtliga regioner ska ta fram en regional handlingsplan med regionala målsättningar för väntetider och vårdköer. Region Skånes redovisning och handlingsplan bygger på den mall för redovisning av överenskommelsen som tagits fram av SKR som stöd för regionerna.

Hälso- och sjukvårdsdirektören fattade i november 2020 beslut om ny struktur kring det regionala arbetet kring vård i rimlig tid och formerna för tillgänglighetsarbetet i regionen. Ett av besluten var att skapa en arbetsgrupp för att samordna och koordinera det regionala och strategiska arbetet med vård i rimlig tid. Arbetet "ska säkerställa att regionen kan uppnå de uppsatta målen i överenskommelserna med Sveriges kommuner och regioner (SKR) kring Vård i rimlig tid" och syftar till att *"alla invånare i Region Skåne ska erbjudas vård i rimlig tid genom att använda alla våra resurser, såväl offentliga som privata vårdgivare"*. Erfarenheter och informationsutbyte mellan Region Skånes nätverk för tillgänglighetskoordinatorer, samt det regionala arbete som pågår i normaliseringsprocessen ska kopplas ihop med den regionala arbetsgruppen Vård i rimlig tid. I detta sammanhang förtydligades uppdraget för tillgänglighetskoordinatorer¹² (TK-nätverket). Nätverket har till uppgift att ansvara för samordning av patienter mot ledig kapacitet i offentlig och privat regi i Region Skåne, och där så behövs i övriga Sverige, inom ramen för tilldelade uppdrag/avtal. Målet är att *"optimera Region Skånes gemensamma resurser för besök, undersökning och behandling i syfte att verka för att vårdgarantin hålls och ge patienter vård i rimlig tid"*. Tillgänglighetskoordinatorernas uppdrag är en del i det regionala tillgänglighetsarbetet, men är också en resurs i förvaltningarnas tillgänglighetsarbete. TK-nätverket ska ha en aktuell lägesbild över områden med tillgänglighetsproblem och kunskap om var i Region Skåne det finns ledig kapacitet. Koordinatorerna ska stödja förvaltningarnas verksamheter med kunskap om vårdgarantin. I TK-nätverket ingår representanter för sjukvårdsförvaltningar med ansvar för patienter som omfattas av vårdgarantin. Dessa nätverk uppges fungera väl i det reguljära arbetet kring tillgänglighet. Som nämnts är dessa koordinatörer även en del i det regionala tillgänglighetsarbetet men det framgår inte tydligt av tillgängliga dokument hur dessa roller balanseras och hur nätverken i praktiken samspelar med arbetet inom normaliseringsprocessen.

Som ovan nämnts är Region Skånes verksamhetsplan och budget och lokala verksamhetsplaner framtagna utan att den faktiska vårdproduktionen nämns. Grunduppdragen för respektive sjukhus och verksamhet omfattar inte heller preciserade vårdproduktionsvolym. Eftersom verksamhetsplaner inte är tydligt volymsatta görs sällan revideringar av dessa på sjukhusnivå. Revideringar av planer görs främst utifrån ekonomiska motiv. Sjukhusstyrelserna har informerats om utvecklingen av pandemin och hur Region Skåne och respektive förvaltning tacklar problemen kring s.k. uppskjuten vård. I flera fall har styrelserna efterfrågat åtgärder för en ekonomi i balans men har så vitt kan bedömas inte vidtagit egna åtgärder för att mer konkret påverka tillgänglighetssituationen lokalt.

Sammanfattningsvis har vi noterat att styrdokumentet vad gäller vårdens tillgänglighet är uppsplittrade och inte systematiskt ihopkopplade mellan de olika ledningsnivåerna. Nätverk och arbetsgrupper opererar i "mellanrummen" mellan styrenivåer och styrsignaler och är avsedda att underlätta samspelet dem emellan. Grunduppdragen för respektive område är inte preciserade.

3.2. Statistik avseende väntetider, vårdproduktion och ekonomi

3.2.1. Vård som skjuts upp med anledning av pandemin vårdproduktion och ekonomi

¹² Beslut om uppdaterat uppdrag för tillgänglighetkoordinatorer. Hälso- och sjukvårdsdirektören beslut 2020-11-02. Dnr 202-O000130.

Tillgängligheten i den skånska sjukvården har försämrats kontinuerligt under det senaste decenniet men i något snabbare takt sedan pandemin startade. Under den förhållandevis stabila situation som rådde under hösten 2020 lyckades regionen i viss mån minska köerna.

Antalet inledande vårdkontakter var 2020 betydligt färre än tidigare, speciellt inom vissa områden såsom prostatacancer och lungcancer. Samma kunde konstateras inom barn- och ungdomspsykiatri, vilket föranlett farhågor om att tillgängligheten i praktiken försämrats mer än statistiken visar. Efter sommaren 2021 har också inflödet ökat till nivåer högre än innan pandemin på flera områden, inklusive de ovannämnda.

Under pandemin har det skett en kraftig ökning av antalet digitala vårdkontakter. Antal fysiska vårdkontakter har ökat inom primärvården, men minskat både där och inom somatisk vård, om man räknar bort besök som har direkt med pandemin att göra, såsom vaccinationer. Detta har lett till en ökning av antal väntande till besök och antal väntande till besök mer än 90 dagar samt andel väntande till besök mer än 90 dagar, såväl 2020 som 2021.

Även totalantal väntande till operation, antal väntande till åtgärd/operation mer än 90 dagar och andel väntande till operation mer än 90 dagar har ökat såväl 2020 som 2021, dock ej i samma utsträckning som väntande till besök, vilket också kan innebära att när besöken kommer i gång igen, kan detta ha negativ effekt på tillgängligheten till åtgärd/operation.

Utifrån medvetna beslut om prioriteringar har tillgängligheten till åtgärd/operation utvecklats olika inom olika områden. Inom cancervården har produktionen upprätthållits med i stort sett oförändrad tillgänglighet, medan tillgängligheten försämrats mest på områden såsom allmän kirurgi, öron-, näs- och halssjukvård, handkirurgi och ögonvård. Stora patientgrupper är köställda (se bilaga).

Beslutade åtgärder att minska köerna har endast i begränsad utsträckning kunnat genomföras och har inte haft synbar effekt på tillgängligheten, inte heller på de specifika vårdområden besluten avsett.

Antal som väntat mer än 365 dagar har mer än fördubblats från augusti 2020 till augusti 2021 både avseende besök och operation.

Vårdproduktionen minskade kraftigt under 2020 och har bara delvis återhämtats under 2021, framför allt gällande vårdtillfällen och vårddagar inom slutenvården, och antal kontakter/besök i öppenvården. Antal operationer är på samma nivå 2021 som 2020, dvs. någon återhämtning har inte kunnat konstateras generellt.

3.2.2. Ekonomisk redovisning i Region Skåne

Region Skåne har under många år haft en ansträngd ekonomi. 2019 gick regionen in med ett ingående återställningskrav på 1 808 mnkr utifrån balanskravet att negativa balanskravsresultat ska återställas inom tre år. Detta lyckades man med budgetåterhållsamhet klara att återställa med 926 mnkr 2019 och 599 mnkr 2020, vilket resulterat i att återställningskravet inför 2021 var 282 mnkr. Under 2020 ökade kostnaderna betydligt, men detta vägdes upp av ökade statsbidrag. Regionbidraget till sektor hälso- och sjukvård räknades upp med LPIK¹³, till vilket adderas medel för medicinteknisk utveckling och riktade insatser, och slutligen görs avdrag för effektivisering, 2 procent i budgeten för 2020, 1 procent 2021. Detta bidrag har inte räckt till de senaste åren – 2019 var underskottet 877 mnkr, 2020 330 mnkr, och prognosen för 2021 som gjordes i delårsrapporten efter augusti, visar ett underskott på 1 214 mnkr. Underskottet är spritt relativt jämnt på alla nämnder och styrelser. Underskottet i prognosen för 2021 inkluderar ökade statsbidrag med 1 500 mnkr med anledning av pandemin, men exklusive tilläggsbudget om ca 700 mnkr som kommer att påverka utfallet på helår.

3.3. Intervjuer

Nedan redogör vi för en sammanfattning av respondenternas information som vi erhållit i samband med genomförda intervjuer inom respektive verksamhetsområde samt med förtroendevalda. Vid jämförelse av intervjuresultat kunde

¹³ Prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner (SKR).

det konstateras att det fanns stora likheter i synsätt hos verksamhetsföreträdare och förtroendevalda vad gäller de aktuella frågeställningarna.

3.3.1. Faktorer som påverkar tillgängligheten inom olika verksamheter

Sjukhusvården. Som tidigare nämnts fanns uttalade problem med tillgängligheten redan *före pandemin*. Det gäller dock inte alla verksamhetsområden och sjukhus. Exempelvis hade Lasarettet i Ystad och Centralsjukhuset Kristianstad (CSK) förhållandevis korta operationsköer i början av år 2020.

Under pandemin gjordes stora omdisponeringar inom verksamheterna och ett stort antal medarbetare överflyttades till covidvård, inte minst operations- och anestesipersonal. Av detta skäl har lägre prioriterad vård endast kunnat genomföras i begränsad omfattning. Under två långa perioder (totalt nästan 12 månader inkl. sommarstängningar) var en övervägande del av alla planerade operationer inställda. Den "vårdskuld" som byggts upp under pandemiåren 2020-21 är som nämnts störst inom områdena ortopedi, ögon, öron-näsa-hals samt allmän kirurgi och avser enbart lägre prioriterad vård.

Övrig akut vård och högre prioriterad vård, bl.a. cancerbehandling, har under hela perioden i stort upprätthållits på förpandemisk nivå. Under 2020 förkortades till och med väntetiderna inom vissa vårdförlopp inom cancervården till följd av ett minskat remissinflöde och en ökad behandlingskapacitet. Under 2021 ökade väntetiderna i cancervården åter, vilket har förklarats av en ökning av remissinflödet samt sämre tillgång till behandlingsresurser, bland annat till följd av bristande personaltillgång. Se siffror för medicinskt måldatum inom standardiserade vårdförlopp (se bilaga).

Totalt sett uppges dessa prioriteringar, som gjorts både på central och lokal nivå, ha fungerat utan större schismer mellan verksamhetsområden men det är oklart i vilken mån konsekvensanalyser har gjorts för patientgrupper med lägre prioritet vilka drabbats hårt av det förändrade väntetidsläget.

Primärvården. Det som överordnat styr arbetet med tillgänglighet inom primärvården är vårdgarantins tidsgränser, d.v.s. att få kontakt med vården samma dag och få en tid för besök inom tre dagar. I nationell jämförelse ligger Skånes utfall väl till, och över genomsnittet. Under första pandemiåret 2020 skedde en markant minskning av fysiska besök medan digitala besök ökade kraftigt. Totalt skedde en minskning av läkarkontakter under perioden.

Cirka 45 procent av primärvården i Region Skåne drivs i privat regi, varför frågor kring samverkan mellan dessa vårdgivare och verksamheten i egen regi är mycket central. Primärvårdsförvaltningen hade under pandemin ett särskilt uppdrag från HSN (finansierat) att svara för samordningen av all, inkl. privat, primärvård. Detta uppdrag avslutades 31.8.2021 och har övergått i ett ordinärt samordningsuppdrag med särskild finansiering. Över lag uppges samverkan mellan parterna fungera väl. Primärvården arbetar med sex strategiska områden, bl.a. med digital utveckling, (exempelvis on line-mottagningar), för att öka tillgängligheten. Detta utvecklingsarbete går framåt men har i vissa delar fördröjts under pandemin.

En faktor som uppges bromsa en förbättrad tillgänglighet är otillräcklig läkarbemannning och man anser sig i nuläget sakna cirka 200 allmänläkare. De privata vårdgivarna uppges konkurrera om personalen men förhoppningar knyts till att många AT-läkare rekryterats under senare tid.

Psykiatri, habilitering och hjälpmedel. Från denna förvaltnings sida framförs att den största utmaningen idag vad gäller tillgänglighet utgörs av köer till neuropsykiatriska utredningar. Det har under senare år skett en kraftigt ökad efterfrågan på vård, inte minst vad gäller ADHD-utredningar. Inom verksamheten i övrigt råder ett förhållandevis bra vänteläge, eftersom man har prioriterat svårare fall och låtit neuropsykiatriska utredningar vänta. Region Skåne har sämre siffror än riksgenomsnittet¹⁴ i fråga om väntetider till psykiatri men försämringen av tillgänglighet under pandemin har inte varit lika uttalad som inom vissa somatiska specialiteter. Inom BUP¹⁵ gäller vårdgaranti 30 dagar till nybesök och 30 dagar till beslut om fördjupad utredning eller behandling. BUP har hållit 30 dagarssiffrorna för besök uppe under pandemin men inte fullt ut för fördjupad utredning/behandling. Detta har varit en medveten prioritering eftersom det anses viktigt att det hos varje patient görs en bedömning för att klargöra vilka som är i starkast behov av

¹⁴ Avser totalsiffror, inkl. privat och egen regi.

¹⁵ BUP: Barn- och ungdomspsykiatri.

en skyndsam åtgärd och bedöma vilka som överhuvudtaget behöver en fördjupad utredning. Under senare tid uppges det ha skett en viss förskjutning i synsätt – man har fokuserat mer på att vidta åtgärder och hjälpa patienter att hantera tillvaron här och nu och i något mindre utsträckning på att göra fördjupade utredningar och att sätta exakta diagnoser. Från verksamheten framhålls att produktiviteten har ökat, men att det ökade inflödet av patienter ändå har medfört växande köer.

Personalresurser uppges vara den begränsande faktorn inom verksamhetsområdet, särskilt vuxenpsykiatrins öppenvård. Det uppges finnas en brist på specialistexaminerade psykiater och specialistsjuksköterskor samt vidareutbildade psykologer. Störst problem rapporteras i fråga om bemanning av sjuksköterskor, och verksamheterna har noterat att flera av dessa medarbetare valt att gå över till bemanningsföretag.

Det pågår sedan flera år ett utvecklingsarbete, "En väg in/Första linjen", för att förenkla för vårdtagare vart de ska vända sig för att få hjälp i olika situationer. Digitala kontakter har utvecklats mycket under pandemin och man försöker förbättra tillgängligheten genom att integrera detta med förbättrad telefonrådgivning, stöd, information och hänvisning/triagering till BUP och Första linjen.

3.3.2. Styrning av uppskjuten vård

Från intervjuerna med såväl verksamhetsföreträdare som förtroendevalda framkommer flera synpunkter på att det nuvarande styrsystemet innehåller problem. Styr signaler via de politiska organen är mer av målkaraktär, samtidigt som det är dessa instanser som beslutar om budgetramarna. Styrningen har under pandemin framför allt utövats av regiondirektören och den regionala hälso- och sjukvårdsledningen, där samtliga förvaltningschefer ingår. Här har fattats ett flertal avgörande beslut, som förefaller ha haft stort stöd både inom tjänstemannaorganisationen och från politiskt håll. Denna "centralisering" har på senare tid förstärkts, då det regiongemensamma arbetet med samordning mellan sjukhusen utvecklats snabbt för att hantera de olika svårigheter som dykt upp under pandemin. Både patienter, personal och andra resurser har i ökad omfattning flyttats mellan sjukhusen, vilket påverkar produktionssiffror och ekonomiskt utfall för sjukhusen. Det utökade samarbetet mellan sjukhusen välkomnas av de flesta vidtalade men genom dessa förändringar anses sjukhusstyrelsernas ansvar bli otydligt. Samtidigt har sjukhusstyrelserna kvar driftledningsansvar för respektive sjukhus och har alltså till uppgift att följa upp ett flertal tvingande beslut, som de inte själva har fattat. Detta problem och angränsande frågor diskuteras vidare i avsnitt 4.3.

Som nämnts inleddes normaliseringsprocessen eller "normaliseringen" 2020. För närvarande pågår ett antal aktiviteter kring profilering av sjukhusen, samverkan kring samordnade patienter, gemensamma och kvalitetssäkrade väntelistor, mer regional (central) produktionsplanering, nivåstrukturering/profilering, tätare uppdatering av produktionsstatistik m.m. Men det uppges finnas en rad hinder för att åstadkomma en mer ändamålsenlig regionövergripande produktionsplanering, bland annat i form av suboptimal logistik kring samordning av patienter, bristfälligt anpassade journalsystem och IT-stöd, kulturskillnader mellan sjukhusen och kompetensbrister inom produktionsstyrning. Andra hinder utgörs av att en förstärkt profilering mellan sjukhusen kolliderar med olika grundutbildnings-, vidareutbildnings- och forskningsintressen. Vidare är de faktiska resultaten av "normaliseringen" endast delvis kända ute i regionen, vilket uppges medföra en otydlighet i kommunikationen gentemot medarbetarna "på golvet".

Flera verksamhetschefer framhåller att det är den minskade tillgången på operationskapacitet som är den viktigaste orsaken till svårigheterna att återställa uppskjuten vård. En kommentar från verksamhetschef angående tillgänglighet vid en månadsuppföljning inom ett verksamhetsområde: *"En tidigare positiv utveckling har i och med pandemins tredje våg kullkastats. Vi är helt beroende av tillgången på operationssalar, vilket är svårt i nuläget då operationsenheten har befunnit sig i ett extraordinärt läge"*. En annan respondent nämnde: *"Vi får bara operera på två salar men skulle behöva fem"*.

Under 2020 gjordes olika uppskattningar av hur lång tid det skulle ta att ta igen den undanträngda vården. Den allmänna uppfattningen idag, bland både förtroendevalda och befattningshavare inom förvaltningen, är att det kommer att ta flera år att "beta av" den uppkomna vårdskulden. De skattningar som gjordes präglades av den aktuella pandemisituationen och innehöll grova tidsangivelser för återställande av uppskjuten vård (av typ "under 2021" eller "inom 12-24 månader"). Det främsta hindret för att öka vårdproduktionen uppges vara otillräcklig personalbemanning, främst vad gäller operations- och anestesijuksköterskor men i viss mån även specialistläkare. Inflödet av remisser till specialistvården minskade under pandemins mest aktiva skeden men har nu ökat. Utöver de

kända köerna finns högst sannolikt omfattande dolda vårdbehov, som kommer att synliggöras under det närmaste året.

3.3.3. Personal

Företrädare för Koncernstab HR uppger att sjukfrånvaron efter flera år med sjunkande sjuktal ökade markant under pandemin, vilket till stor del tillskrivs ändrade riktlinjer till följd av pandemin. Ökningen avser korttidsfrånvaron, som dock har sjunkit något under 2021 i jämförelse med 2020 men fortfarande (oktober 2021) är högre än före pandemin. Även VAB uttag har stigit under 2020-21 och har under hösten fortsatt legat på väsentligt högre nivåer än innan pandemin. Semesteruttaget har totalt sett varit väsentligt lägre under 2020-21 men semesteruttaget under sommaren 2021 var i paritet med nivåerna före pandemin. Arbetade timmar, dvs "personaltimmar på golvet", har hittills under 2021 ökat jämfört med 2020 och 2019, huvudsakligen till följd av ett minskat semesteruttag, en ökad volym månadsavlönade, en ökad timanställningsvolym samt en ökad användning av övertid/mertid. Inhyrning av personal från bemanningsföretag har dock minskat under pandemin, vilket i huvudsak beror på periodvis minskad elektiv verksamhet.

Antalet anställda inom hälso- och sjukvård ökade med 2,5 procent (749 personer) från mars 2020 till mars 2021 (se bilaga).

I tillägg till vårdskulden finns enligt uppgift en övertids- och semesterskuld samt uppdämda utbildningsbehov hos medarbetarna.

4. Analys och bedömningar

4.1. Utgångspunkter

Bristande tillgänglighet till vårdkontakt och långa väntetider till operation och åtgärd har under lång tid varit en uppenbar svaghet i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Dålig tillgänglighet drabbar medborgare/patienter på olika sätt och bidrar till försämrad systemeffektivitet. Trots olika reformer och stora resursmässiga satsningar på både nationell och regional nivå finns fortfarande uppenbara brister i vårdens tillgänglighet, särskilt i fråga om tillgång till läkarbesök och till behandling i form av operation/åtgärd.

Region Skåne har under ett antal år redovisat väsentliga avvikelser mellan budget och utfall främst inom hälso- och sjukvården. Detsamma gäller måluppfyllelsen som under åren har försämrats, inte minst vad gäller tillgängligheten. Resultaten av den tidigare nämnda förstudien pekade på ett antal svagheter vad gäller driftsledningsnämnders och styrelsernas möjligheter att ta ansvar för att uppdrag och mål fullföljs och att beslutade åtgärdsplaner för en ekonomi i balans inte varit tillräckliga. Det framkom att nämnden/styrelsen av många uppfattas ha en otydlig roll i arbetet att normalisera verksamheten efter pandemin. En annan slutsats från förstudien var att ambitionen att ta igen det uppdämda vårdbehovet inom uppsatta tidsmål löper stora risker att inte kunna förverkligas med hänsyn till rådande förutsättningar.

Den nu aktuella granskningen har inriktats på att bedöma om rådande styrning inom Region Skåne är ändamålsenlig och effektiv för att tillgodose befolkningens behov i fråga om tillgänglighet till vård och avser vård som skjuts upp/trängts undan med anledning av pandemin. Uppdraget är brett utformat och avser hälso- och sjukvården generellt, inkluderande både vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri.

Pandemin covid-19 har inneburit exceptionella utmaningar för hälso- och sjukvården, socialtjänsten och de flesta delar av samhället i övrigt. Intensivvård, annan slutenvård och äldreomsorg har varit särskilt utsatta. Utmaningarna anses i de flesta avseenden hanterats med framgång men har också inneburit stora påfrestningar för hälso- och sjukvårdspersonalen. Erfarenheterna av pandemin har i vissa fall visat på bristande förmågor och medfört nya insikter för framtiden. En av dessa lärdomar är vikten av att hälso- och sjukvården har förmåga till omställningar, vilket sätter ljuset på betydelsen av fungerande styrmekanismer. Granskningen visar att styrningen på förvaltningsnivå har varit aktiv medan nämnders/styrelsernas roll enligt vår mening i många avseenden har varit otydlig. En välfungerande intern kontroll är stipulerad i kommunallagen samt i gällande reglemente. Och, som det sägs i den

tidigare nämnda förstudien, "även enligt rådande omständigheter ska Region Skånes nämnder och styrelser inom hälso- och sjukvården ha en tillräcklig intern kontroll som säkerställer att planering, styrning och uppföljning utifrån verksamhetsmål och ekonomi genomförs i enlighet med gällande beslut". I detta ingår även regionstyrelsens uppsiktsplikt vad gäller övriga nämnder/styrelser verksamhet¹⁶.

4.2. Nationellt perspektiv

SKR har rapporterat om hur hälso- och sjukvårdssystemet i stort fungerat under pandemin. SKR konstaterar att omställningen av vården har gått snabbt och att insatser gjorts och görs med bibehållen vårdkvalitet. Uppgifterna om volymer för operationer och behandlingar skiljer sig något åt beroende på datakälla men pekar samstämmigt på ett, generellt sett, förhållandevis högt upprätthållande under 2020. Antalet planerade (icke-akuta) operationer och behandlingar under 2020 uppgick till 84 procent av nivån året innan. SKR konstaterar vidare att många av de som väntar på planerad vård har väntat längre än vårdgarantins tidsgränser, vilket gör att fler individer inte fått sin operation, behandling eller bedömning i förväntad tid. Ju längre tid som pandemin pågår desto större blir riskerna för konsekvenser för den som väntar, och desto svårare riskerar situationen bli att hantera framåt. I den aktuella rapporten påpekas att utmaningar som fanns innan pandemin har förstärkts, bl.a. vad gäller tillgängligheten och kompetensförsörjning. Likaså kvarstår utmaningen framåt att hantera den demografiska utvecklingen och begränsad resurstillgång. För att möta detta krävs, enligt SKR, att de framsteg som gjorts inom vårdssamverkan, förbättrade flöden och nya arbetssätt där digitalisering har nyttjats tas tillvara. För att hantera den vård som behövt skjutas upp krävs flera olika insatser, bland annat en aktiv genomgång av det vårdbehov som uppstått lokalt, en fortsatt utveckling av produktions- och kapacitetsplanering samt en regional och i vissa delar nationell samverkan.

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen analyserat omfattningen av nya, förändrade och utökade vårdbehov, samt förutsättningar och hinder för hälso- och sjukvården att tillgodose dessa behov¹⁷. I uppdraget ingick att sammanställa och redovisa en nationell lägesbild över de uppdämda vårdbehoven samt föreslå ändamålsenliga och effektiva insatser på nationell och regional nivå för att patienternas behov omhändertas på kort och lång sikt. Myndigheten lämnade i oktober 2021 en delredovisning och konstaterar att covid-19-pandemin totalt sett lett till färre genomförda besök och behandlingar, men med en samtidig ökning av digitala vårdbesök och hembesök. Flest väntande ses för behandling inom ortopedi, allmän kirurgi och ögonsjukvård. Allt fler patienter väljer att vänta på behandling. Ett nytt vårdbehov som uppstått under pandemin är patienter med postcovid-symtom.

Socialstyrelsens slutsats av den första och andra covid-19-vågen är att hälso- och sjukvårdens kapacitet inte räckt till att både återhämta den normala produktionen och att ta hand om de uppdämda vårdbehoven. Utmaningar som lyfts av regionerna för att komma "i kapp" med köerna handlar bland annat om bristen på vårdplatser för vård efter operation. Bristen fanns redan före pandemin och har tilltagit under pandemin, eftersom vårdplatserna omprioriterats till covid-19-vården. En utmaning är också kompetensförsörjning inom flera verksamheter. Vi har dock nyligen noterat att det finns exempel på framgångsrika satsningar. Företrädare för Karolinska Universitetssjukhuset har uppgett att sjukhuset under hösten 2021 lyckats återställa en övervägande del av den uppskjutna vården och att väntetidsläget till operationer återgått till läget före pandemin¹⁸.

4.3. Situationen kring uppskjuten vård i Region Skåne

Det finns stora likheter mellan den ovan beskrivna nationella bilden och situationen i Region Skåne. De omprioriteringar och omställningar som gjordes avseende icke-akut vård under våren 2020 innebar dock tämligen begränsade utmaningar för Region Skåne eftersom smittspridningen i regionen under den perioden var förhållandevis låg jämfört med andra delar av landet. Med facit i hand kan det hävdas att neddragningen av verksamheten vid den tiden var onödigt omfattande men åtgärderna kan likväl ha bidragit till en minskad smittspridning (figur 1). Den

¹⁶ Reglemente för regionstyrelse och nämnder i Region Skåne. Fastställt RF 2021-02-16.

¹⁷ S2021/02641

¹⁸ Intervju SVT 26 nov, 2021.

regionala hälso- och sjukvårdsledningen antog att man under hösten 2020 skulle kunna återgå till mer normala förhållanden och att planerad vård som skjutits upp till följd av pandemin efterhand skulle kunna genomföras inom ramen för normaliseringsprocessen. Den andra smittspridningsvågen i slutet av hösten och påföljande tredje våg medförde dock att förutsättningarna ändrades radikalt i och med att Region Skåne blev extra hårt drabbad av den andra och tredje smittspridningsvågen med stor belastning på både intensivvård (figur 1) och annan slutenvård.

Figur 1. Antal intensivvårdspatienter med covid-19 i Region Skåne per dag, mars 2020-oktober 2021. Under perioden juli-oktober 2020 fanns "ett fönster" att återställa vård som skjutits upp under våren 2020 men belastningen på vården under den andra-tredje vågen innebar att mer normala förutsättningar för detta rårde först från och med sommaren 2021. Källa: Svenska intensivvårdsregistret.



Den situation som därmed uppkom har inneburit stora utmaningar för beslutsfattare på olika nivåer och ställt krav på att relativt snabbt prioritera mellan olika typer av verksamheter inom den planerade vården, d.v.s. horisontella prioriteringar. Medan resursfördelning mellan verksamheter inom ett och samma vårdområde (s.k. vertikala prioriteringar), som regel hanteras inom vårdens olika specialiteter/verksamhetsområden innehåller de horisontella prioriteringarna som regel även en styrning från en överordnad och politisk nivå. De problem som är förknippade med sådan styrning har nyligen beskrivits av Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys¹⁹. Myndigheten konstaterar att principen om vård efter behov ställer höga krav på politiker som ansvarar för horisontella prioriteringar, att man omsätter den etiska plattformen i praktisk styrning och bevakar befolkningens behov och i vilken utsträckning behoven tillgodoses. Man menar också att vård efter behov mellan sjukdomsgrupper i många fall inte genomsyrar den övergripande styrningen.

Vår uppfattning är att styrningen blir ofullständig eftersom det saknas en gemensam uppfattning om hur horisontella prioriteringar bör göras i praktiken, utifrån de olika mål och krav som gäller. Dessutom gör bristande underlag det svårt att styra resurserna dit behoven är som störst. Även om Region Skåne är en av de regioner som hade en utvecklad modell för horisontella prioriteringar före pandemin är det uppenbart att pandemins konsekvenser inneburit särskilt stora utmaningar för styrsystemet som helhet, inte minst på grund av hastigheten i pandemins utveckling, det utdragna förloppet och de ytterligare behov som dykt upp efter hand, t.ex. att sätta igång storskalig testning och vaccinering.

Förutom tidigare nämnd köproblematik är det viktigt att uppmärksamma de dolda vårdbehov som föreligger när pandemin avklingat – till följd av att patienter avstått från att söka vård och att påbörjade specialistutredningar avbrutits eller ännu inte fullföljts. Vårdvolymerna 2020 minskade med 15-20 procent inom flera områden, vilket antas resultera i en motsvarande ökning av vårdbehoven under kommande tidsperioder.

Tillgänglighetsfrågor åtnjuter som nämnts stor uppmärksamhet i styrningen på alla nivåer i Region Skånes organisation. Målsättningarna vad gäller den lagstadgade vårdgarantins gränser är välkända på alla nivåer i regionen

¹⁹ Styra mot horisonten. Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar. Vårdanalys 2020.

men vad dessa innebär för produktionsstyrningen på verksamhetsnivå är otydligt. Vår bedömning är att målen för och utfall inom andra dimensioner av tillgänglighet än vårdgarantins tidsgränser är generellt sett mindre uppmärksammade.

Regionfullmäktiges viktigaste styrsignaler vad gäller tillgänglighet utgörs av direktiven i regionplanen samt det tidigare nämnda tilläggsanslaget till HSN på 534 mnkr för att förbättra tillgängligheten.

Regionstyrelsens styrning har framför allt riktats mot att uppnå en ekonomi i balans och har inte vidtagit specifika styråtgärder i fråga om den uppskjutna vården.

Redan före pandemin hade HSN uppmärksammat tillgänglighetsproblemen och efterfrågat en åtgärdsplan från hälso- och sjukvårdsdirektören. Vid sidan av åtgärdsplanen var HSNs viktigaste roll beträffande tillgänglighet de tidigare beskrivna besluten om tilläggsupdrag.

Från sjukhusstyrelserna, primärvårdsnämnden och psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden har styrningen av verksamheterna utövats enligt gängse strukturer och praxis men utan specifika åtgärder i fråga om uppskjuten vård. Dessa instanser har slutit upp kring de regiongemensamma satsningarna och inte tagit fram egna handlingsplaner för ökad tillgänglighet. En form av "kollektivt krismedvetande" och lojalitet gentemot de regionövergripande åtgärderna vad gäller tillgänglighet kan sägas prägla dessa styrelser/nämnders agerande under pandemin.

Driftledningsstyrelserna/nämndernas formella styrning har således varit svag men kan till viss del anses förklarlig utifrån de rådande förutsättningarna.

Merparten av åtgärderna för att ta igen uppskjuten vård har vidtagits utifrån beslut inom tjänstemannaorganisationen och de politiska instanserna har därmed kommit att spela en underordnad roll. Ett flertal regionövergripande satsningar har gjorts - och görs idag - för att hantera vårdskulden och det förefaller finnas en uppslutning kring dessa åtgärder. Köerna angrips på olika sätt: att försöka minska "felaktigt inflöde" av patienter, öka produktion/utflöde, förbättra monitorering av flöden, gemensamma väntelistor, kvalitetssäkring av väntelistor, utbildning i produktionsstyrning, profilering och nivåstrukturer av sjukhusen m.m. Men det finns i praktiken en rad hinder för att nå framgång och vissa satsningar har inte genomförts fullt ut. Det finns också frågetecken kring effektiviteten i och möjligheten att följa upp insatserna eftersom uppföljningen är uppsplittrad mellan olika instanser.

Eftersom det funnits oklarheter ute i regionen om normaliseringens fortsatta roll anser vi att regiondirektörens beslut om att förnya uppdraget hösten 2021 var ett viktigt ställningstagande för de fortsatta ansträngningarna för återställande av uppskjuten vård. Men det är svårt att bedöma detta beslut som en välutvecklad strategi för att hantera uppskjuten vård i sin helhet. Det som framför allt saknas är konkreta planer för hur den uppskjutna vården ska kunna återställas utifrån den beskriva bemanningssituationen, parallellt med att nya vårdbehov efter hand uppstår. Ännu har arbetet för att "ta igen" vårdskulden totalt sett inte gett synliga resultat eftersom inflödet av nya patienter är i samma storleksordning som utflödet, d.v.s. de patienter som färdigbehandlats. Den samlade bilden efter intervjuerna inom förvaltningen är att det finns en stor frustration över denna situation, som av vissa beskrivs som "ohållbar"²⁰.

Det största hindret för att öka vårdproduktionen uppges vara en bristande tillgång på specialistutbildade sjuksköterskor, särskilt inom operation och anestesi/intensivvård. En allmän uppfattning är att denna diskrepans mellan tillgång och efterfrågan är svårlöst på kort sikt, även med ekonomiska tillskott. Dessutom föreligger inom vissa verksamhetsområden en ökande efterfrågan på seniora specialistläkare, exempelvis inom ortopedi och öron, näsa, hals. Upphandlad vård kan endast till en mindre del kompensera för otillräcklig kapacitet inom vård i egen regi. I den tidigare nämnda återrapporteringen till den nationella överenskommelsen²¹ sägs bl.a. följande:

"Nuvarande bedömning är att det kommer att ta 18-24 månader att nå bättre tillgänglighet än prepandemiskt beroende på hur pandemin utvecklas. Det är dock för tidigt att överblicka alla konsekvenser eftersom vi fortfarande är mitt uppe i pandemin och därför kan inga garantier ges för när icke tillgodosedda vårdbehov kommer att ha tagits om hand. Det styrs i stor utsträckning av helt andra faktorer än hur Region Skånes tillgänglighetsarbete är uppbyggt och

²⁰ <https://www.sydsvenskan.se/2021-12-03/kirurgchefer-larmar-ohallbar-situation-med-standig-personalbrist>

²¹ Regional handlingsplan tillgänglighet, Region Skåne 2021. Återrapportering av nationell överenskommelse Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020. 2021-03-21.

framtaga strategier. Det handlar om hur smittspridningen avseende covid-19 utvecklar sig och vilken påverkan det får på hälso- och sjukvården”.

Enligt vår mening avspeglar detta ett defensivt förhållningssätt till den rådande situationen och att Region Skåne därmed kan uppfattas franhända sig ansvar för att vidta resoluta åtgärder.

Pandemin har påskyndat en utveckling mot mer digitala vårdkontakter och en högre grad av regional samordning och samverkan kring vårdproduktion och verksamhetsstyrning. Det pågår många viktiga utvecklingsprojekt inom tillgänglighetsområdet men det har varit svårt att under granskningen få en samlad bild över hur alla delar hänger ihop och vilka projekt som övergått i reguljär drift. Utvecklingsprojekt inom andra områden kan samtidigt ha påverkats negativt till följd av omprioriteringen av resurser och i en del fall talas om att det föreligger en ”FoU-skuld”.

4.4. Slutsatser kring styrning av tillgänglighet i grunduppdrag kontra förändringsarbete

Region Skåne styr verksamheten genom att sätta mål för grunduppdraget inom ett flertal perspektiv, där några viktiga är kund, ekonomi, medarbetare etc. Kraven är ofta direkt hämtade externt, från lagar och andra regelverk som gäller vårdsektorn generellt i Sverige, och för långsiktig effektivitet och ändamålsenlighet krävs balans mellan perspektiven. Denna styrning av grunduppdraget kompletteras med riktade insatser som syftar till förändring inom vissa områden och inom vissa tidsramar, och som också åsätts finansiella medel som ska användas för förändringsarbetet.

De ekonomiska målen och ramarna för grunduppdraget sätts genom uppräknig av föregående års budget, utifrån vissa stipulerade regler, och med ett effektiviseringskrav på 1-2 procent varje år. Nerbrytning i organisationen sker genom att alla sjukhusstyrelser har samma mål, och då sjukhusstyrelserna är resultatenheter som följs upp kontinuerligt, bedömer vi detta som ändamålsenligt.

De kundnära målen för tillgänglighet baseras på vårdgarantins lagstadgade gränser för väntetider. Målen bryts inte ner i organisationen, utan vårdgarantins gränser sägs omfatta all vårdrelaterad verksamhet, och därmed har sjukhusstyrelserna också ett ansvar att följa upp på vårdgarantin, och sådan redovisning sker också. De indikatorer som används för dessa mål förutsätter emellertid en fast bas som grund för beräkningarna, i detta fall en befolkningsmängd. Då det är uttalat att sjukhusen inte har fasta upptagningsområden blir detta sätt att bryta ner målen problematiskt. Uppföljningen på sjukhusnivå sker inte heller utifrån befolkningsmängd, utan utifrån faktiska antal patienter som behandlats eller finns i köer. Det betyder att basen blir olika på central och lokal nivå. Detta bedömer vi utgöra en brist.

Utifrån balanskravet kan prioriteringar göras centralt mellan ekonomi och tillgänglighet. Mer resurser skulle kunna tillföras, och Region Skåne har även möjlighet att besluta om nivå på intäkterna. På sjukhusstyrelsenivå är däremot intäkterna fasta utifrån budget, vilket sätter ramar för produktionsvolym. För att kunna uppnå balans i styrningen mellan det ekonomiska perspektivet och det kundnära perspektivet skulle därför det senare behöva vara uttryckt i volymmässiga termer. Därmed kan styrningen av grunduppdraget utifrån balanskravet inte anses vara tillfredsställande.

Pandemin innebar en mycket speciell situation för Region Skåne. Organisationens gick in i stabsläge, dvs. utifrån extrema omständigheter gjordes stora ändringar i styrningen av grunduppdraget, vilket vi anser som befogat. Normaliseringsprocessen, som startades och drevs parallellt med grunduppdraget under pandemin, kan sägas utgöra styrning av ett framtida förändringsarbete. Pandemin kommer med största sannolikhet att innebära sänkta tillgänglighetsnivåer på vissa verksamhetsområden, och normaliseringsprocessen syftar då till att lista och beskriva åtgärder som konkret kan bidra till att i första hand återställa tillgängligheten till vad den var innan pandemin, men även till att uppnå tillgänglighetsmålen på längre sikt. Det fattades hösten 2020 också beslut om tilläggsanslag om 534 mnkr med syfte att direkt förbättra tillgängligheten, medel som därefter skulle portioneras ut, vilket också gjordes, i dialog och samarbete med sjukhusstyrelser. Besluten formulerades i form av specificerade produktionsvolymmer åtföljda av specificerade ekonomiska medel. I dessa delar, och framför allt med det fokus normaliseringsprocessen hade att ta fram och analysera tillgänglighetsdata för beslut, anser vi att styrningen av denna del av förändringsarbetet varit välfungerande.

Eftersom grunduppdraget inte specificeras i produktionsvolym, blir uppföljningen problematisk om tilläggsuppgifterna specificeras på detta sätt. Basen behöver då specificeras på annat sätt, men det har inte gjorts i besluten, utan har gjorts i efterhand, mer informellt, och olika från fall till fall, ibland baserat på historiska volymer (2019, 2020 eller ett genomsnitt därav), ibland på geografisk grund (patienter från vissa geografiska områden). Slutligen har i uppföljningsredovisningen inte angetts totala volymer, utan bara tilläggsvolymer, vilket omöjliggör validering av tilläggsvolymerna. Denna del av målstyrningen anser vi därmed inte ha fungerat tillfredsställande.

Sammanfattningsvis överväger i bedömningen att det finns oklarheter och brister i såväl styrning av grunduppdrag som styrning av förändringsarbete, och därutöver i kopplingen mellan dessa två delar av styrningen. Den samlade styrningen av tillgänglighet kan därför inte betraktas som ändamålsenlig.

4.5. Bedömningar med svar på revisionsfrågorna

Regionens huvudfokus under pandemin har varit att hantera smittspridningens olika faser såsom situationen krävt. Under de mest intensiva perioderna har Region Skåne legat i stabs- eller förstärkningsläge och en rad vertikala och horisontella prioriteringar har gjorts för att klara covidvården och upprätthålla akut- och cancersjukvård. Såväl krisberedskapsorganisation som informella strukturer, vilka av många upplevts som mycket verkningsfulla, har bidragit till att verksamheten kunnat fortgå på prioriterade områden. Parallellt med detta har normaliseringsprocessen arbetat med att göra organisationen förberedd för situationen efter pandemin och för att åter kunna förbättra tillgänglighet inom övriga verksamhetsområden. En del åtgärder vidtogs under hösten 2020, vilka hade viss effekt på kösituationen - innan den andra och tredje smittspridningsvågen slog till. Först efter sommaren 2021 kan sägas råda ett mer normalt läge. Vid denna granskning, som i huvudsak genomfördes i september-oktober 2021, har ingen påtaglig positiv påverkan på tillgängligheten kunnat noteras. Den allmänna uppfattningen bland respondenterna är att "det kommer att ta flera år" att återställa uppskjuten vård. Dolda vårdbehov kan komma att medföra ett ökat inflöde med åtföljande ökad belastning på kritiska funktioner, samtidigt som den befintliga produktionskapaciteten är otillräcklig. Förutsättningarna påverkas av att vissa personalgrupper inom slutenvården har varit särskilt hårt pressade under pandemin och det är en viktig uppgift att balansera hantering av övertidsskulden, semesterskulden och utbildningsskulden mot ansträngningar att minska vårdskulden.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen²² ska vården "tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet" samt vara "lätt tillgänglig". Granskningen har visat på ett antal hinder för att Region Skåne ska kunna vända den sedan länge nedåtgående trenden med försämrad tillgänglighet. Vi har noterat att verksamheternas budget är baserad på historiska budgetnivåer utan direkt koppling till grunduppdraget, ett grunduppdrag som i sin tur inte är nedbrutet på mätbar nivå. Uppföljningen av satsningarna med de extra medel som HSN disponerar är bristfällig och varken HSN eller sjukhusstyrelserna har, enligt vår mening, agerat vid bristande måluppfyllelse.

Vi har konstaterat att övergripande beslut som påverkar tillgängligheten i huvudsak har fattats på regional nivå genom Region Skånes verksamhetsplan och budget samt regionens uppdrag för hälso- och sjukvård, som fastställts av regionfullmäktige på förslag från HSN. Sjukhusstyrelserna har enligt reglementet ansvar och mandat att påverka verksamhet och budget men har med hänvisning till det extraordinära läget i praktiken under pandemin anpassat sig till eller underordnat sig de styrsignaler och beslut som utgått från HSN samt den regionala hälso- och sjukvårdsledningen/regiondirektören.

Uppföljningen av verksamheten och dess tillgänglighet är uppsplittrad mellan olika instanser. HSN följer upp vårdval och upphandlad vård/vårdgarantiavtalen men har inte i regionens styrdokument ett tydligt formulerat uppföljningsansvar vad gäller vård i egen regi, som ska följas upp av respektive nämnd/styrelse. En samlad regional verksamhetsuppföljning saknas således, vilket vi anser att regionstyrelsen tydligare borde ha uppmärksammat i utövandet av sin uppsiktsplikt. HSN redovisar dock statistik över bland annat tillgänglighet och olika kvalitetsparametrar inom hälso- och sjukvården som helhet.

Så vitt kan bedömas fungerar samverkan mellan HSS, förvaltningarna och de privata vårdgivarna i stort ändamålsenligt i fråga om löpande verksamhet. Det är dock viktigt att vara medveten om att förvaltningarna befinner sig i en

²² Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

konkurrenssituation gentemot de privata vårdgivarna vad gäller bemanning och rekrytering av de personalgrupper som uppfattas vara kritiska för att uppnå ökad vårdproduktion och förbättrad tillgänglighet. I nuläget utnyttjas enligt uppgift inte befintlig operationskapacitet till fullo till följd av bristande tillgång på specialistsjuksköterskor. De hinder som finns för att fritt bemanna dessa nyckelfunktioner och att samordna planerade ingrepp för att skapa en helhetsbild och uppnå optimalt utnyttjande av samtliga resurser som finns i form av vårdpersonal, lokaler, medicinteknisk utrustning etc., behöver uppmärksammas.

Granskningen visar att besluten i fråga om vårdproduktion och tillgänglighetssatsningar som regel har baserats på ett omfattande och heltäckande statistiskt beslutsunderlag. Vår bedömning är att rutinerna för information och återkoppling i sig är tillfredställande men att frånvaron av explicita produktionsmål innebär svårigheter för sjukhusstyrelserna och berörda nämnder att utöva sin tilltänkta roll, d.v.s. att leda driften.

Det finns således otydligheter i roller och ansvar mellan olika organisatoriska enheter inom regionen samt brister i de styrmodeller som används. Det gäller såväl styrning av grunduppdrag som styrning av förändringsarbete. Det saknas en systematiskt anlagd och brett förankrad strategi för att ta igen uppskjuten vård och kartlägga de dolda vårdbehov som av allt att döma finns till följd av pandemin. En rad åtgärder har vidtagits i syfte att förbättra tillgängligheten men det finns uppenbara hinder för att nå framgång med pågående satsningar, främst i form av bemanningssvårigheter på sjukhusen. Det gäller främst vissa kritiska grupper som operations- och anestesijuksköterskor, vilket torde kräva övergripande och långsiktiga åtgärder, som ännu inte har vidtagits i tillräcklig omfattning.

I fråga om nämnders och styrelser ansvar gör vi följande bedömningar:

Regionstyrelsen ska enligt kommunallagen leda och samordna förvaltningen av regionens angelägenheter samt ha uppsikt över övriga nämnders verksamhet. Styrelsen har ett särskilt ansvar att göra regionfullmäktige uppmärksam på hur verksamheten utvecklas i förhållande till de mål som fullmäktige har beslutat. Regionstyrelsen har också ett samlat ansvar för ledningen av hälso- och sjukvården. Enligt vår bedömning har regionstyrelsen inte tillräckligt uppmärksammat de hinder som föreligger för en ändamålsenlig och effektiv styrning mot Region Skånes tillgänglighetsmål och därmed brustit i utövandet av sin uppsiktsplikt.

HSN ansvarar, i samverkan med sjukhusstyrelserna, primärvårdsnämnden samt psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden, för bedömningen av det samlade behovet av hälso- och sjukvård i Skåne ur ett befolkningsperspektiv. Vår bedömning är att nämnden i samband med pandemin vidtagit flera åtgärder för att förbättra tillgängligheten, framför allt genom tilläggsuppdrag till sjukhusen samt genom upphandling av vård från privata vårdgivare. Dessa insatser har dock endast marginellt kunnat förbättra tillgängligheten till planerad vård. HSN saknar utifrån gällande reglemente förutsättningar att vidta åtgärder för att samordna och optimera samtliga Region Skånes hälso- och sjukvårdsresurser eftersom ansvaret för styrning av sjukhusens verksamhet ligger hos respektive sjukhusstyrelse.

Vår bedömning är att det föreligger otydligheter i roller och ansvar mellan regionstyrelsen, HSN och driftledningsnämnder/styrelser i fråga om ansvar för åtgärder för att förbättra tillgängligheten, vilket också påpekades i förstudien.

Primärvårdsnämnden och psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden har under pandemin följt utvecklingen av tillgänglighet och konstaterat att tillgänglighetsindikatorerna i de flesta fall legat i nivå med förpandemiskt läge, varför generella åtgärder för att öka tillgängligheten av allt att döma inte ansetts befogade.

Inom den somatiska vården har omställningarna under pandemin varit betydligt mer omfattande än inom den psykiatriska vården, vilket bland annat medfört en långvarig reduktion av kapaciteten inom kirurgisk verksamhet. Sjukhusstyrelserna har informerat sig om den försämrade utvecklingen av tillgänglighet och diskuterat olika åtgärder för att förbättra denna. Som regel har de avstått från egna initiativ för att förbättra kösituationen med hänvisning till att detta skulle motverka pågående regionalt utvecklingsarbete. Vår bedömning är att sjukhusstyrelserna likväl, enligt gällande reglemente och lagkrav, har brustit i att vidta egna åtgärder för att trygga en god tillgänglighet för befolkningen.

Med utgångspunkt i de underlag vi tagit del av är vår samlade bedömning att den rådande styrningen av tillgänglighet inom hälso- och sjukvården inte är ändamålsenlig och effektiv för att tillgodose befolkningens behov.

Nedan redovisas våra svar på revisionsfrågorna:

1. Följs regionala och lokala styrdokument/handlingsplaner för att styra mot uppsatta tillgänglighetsmål?

Ja, till viss del. Förbättrad tillgänglighet är ett tydligt övergripande mål i Region Skåne. Intentionerna i gällande regionala styrdokument och planer tillämpas i verksamheten men försvåras av otydligheter kring vad som utgör "uppsatta tillgänglighetsmål". Vår bedömning är att de åtgärder som vidtagits inte övergått i en tillräckligt effektiv styrning mot en god tillgänglighet.

2. Är information och återkoppling till respektive nämnd/styrelse beträffande måluppfyllelse ändamålsenlig och agerar nämnd/styrelse vid bristande måluppfyllelse?

Ja, vad gäller information och återkoppling men nej, avseende agerandet. Information och återkoppling av hälso- och sjukvårdens mål för tillgänglighet sker regelbundet i samtliga berörda politiska organ och bedöms i stort vara ändamålsenlig. HSN följer upp hälso- och sjukvården ur ett brett befolkningsperspektiv men saknar formella mandat att styra verksamheten på sjukhusen. Ansvaret vilar på sjukhusstyrelserna men dessa vidtar sällan specifika åtgärder beträffande tillgänglighet. Vår bedömning är att både HSN och sjukhusstyrelser har bristande förutsättningar att styra mot verksamhetsmålen.

3. Har beslut för att öka tillgängligheten fattats på rätt nivå med tillräcklig beredning?

Ja, delvis. Vi uppfattar att regionfullmäktiges och regionstyrelsens övergripande styrsignaler samt HSNs beslut om tilläggsuppdrag varit adekvata utifrån den rådande kösituationen, men anser att uppföljningen av de extra satsningarna inte varit ändamålsenlig. Beredningen av besluten om tilläggsuppdrag har varit otillräcklig eftersom oklarheterna om hur uppdragen ska följas upp i relation till de otydliga grunduppdragen inte uppmärksammas.

4. Är samverkan mellan sjukvårdens förvaltningar och privata vårdgivare ändamålsenlig för att få ett optimalt utnyttjande av de resurser som finns för att uppnå en ökad tillgänglighet?

Samverkan rapporteras fungera väl i löpande verksamhet men är på övergripande nivå inte ändamålsenlig för att få ett optimalt utnyttjande av befintliga resurser för att uppnå en ökad tillgänglighet. Orsaken till detta är främst den rådande konkurrensen om specifika personalgrupper, vilket försvårar ett optimalt utnyttjande av sjukhusens operationsresurser.

5. Följs tidplanen som uppgavs i förstudien från 2020 för återställande av den vård som skjuts upp på grund av pandemin och vilka konsekvenser medför detta på personal, verksamhet och ekonomi?

"Tidplanen" som omnämndes var inte en specificerad tidplan i olika mätbara steg utan ett antal uppskattningar som gjordes av olika parter vid skilda tillfällen under pandemin. Därför kan inte frågan besvaras med ja eller nej. Vår bedömning är att Region Skåne i nuläget saknar en tydlig tidplan för att återställa uppskjuten vård för stora patientgrupper och uppnå målet om vård i rimlig tid. Det saknas även samlade konsekvensanalyser vad avser personal, verksamhet och ekonomi. Vår bedömning är att regionstyrelsen och HSN har ett gemensamt ansvar för denna fråga.

4.6. Rekommendationer

- Utifrån ovanstående iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi regionstyrelsen att vidta åtgärder som skapar förutsättningar för att verksamhetsstyrningen tydligare ska harmoniera med pågående strävanden mot en mer regiongemensam verksamhetsplanering, produktionsstyrning och uppföljning.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att i samråd med regionstyrelsen utforma en tydligare strategi/åtgärdsplan för att inventera och åtgärda de uppskjutna vårdinsatserna som är kopplade till pandemin, inkluderande regionövergripande produktionsplanering och uppföljning.
- Regionstyrelsen och personalnämnden rekommenderas att vidta ytterligare åtgärder för att intensifiera arbetet kring såväl kortsiktig som långsiktig kompetensförsörjning, med särskilt fokus på de personalgrupper som visat sig vara kritiska för att upprätthålla vårdproduktionen inom verksamhetsområden med bestående eller återkommande tillgänglighetsproblem.

Dag som ovan,

Camilla Karlsson

Certifierad kommunal revisor

Bo Lindblom

Projektledare

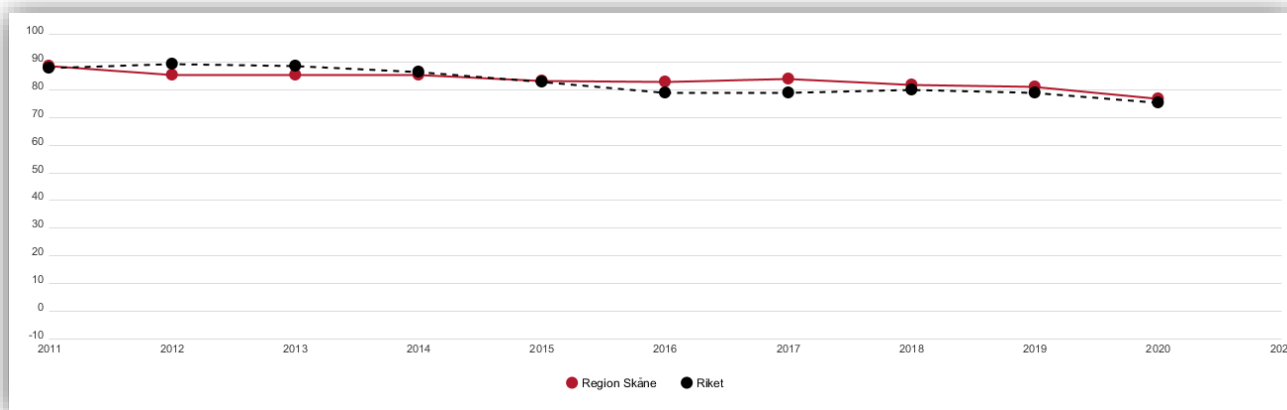
Bilagor

Statistik ang. tillgänglighet och vårdproduktion

Väntetid till besök hos specialist inom 90 dagar, andel

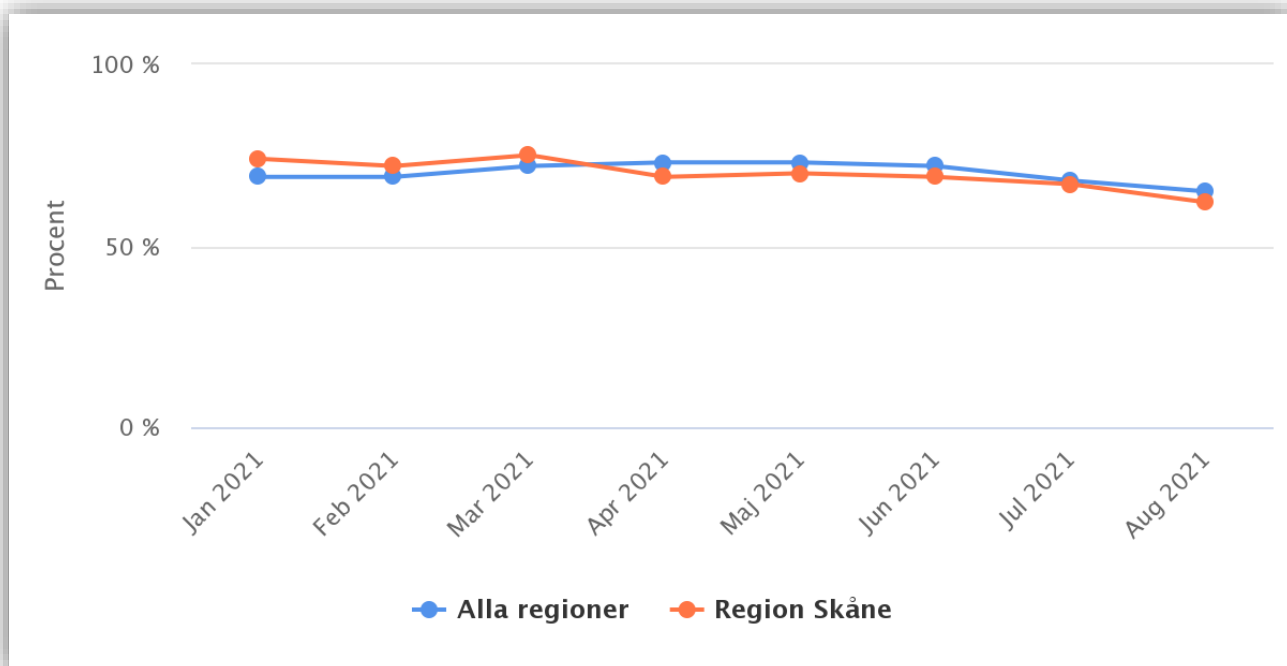
Vår kommentar: Utvecklingen har försämrats kontinuerligt under det senaste decenniet.

Källa: Kolada



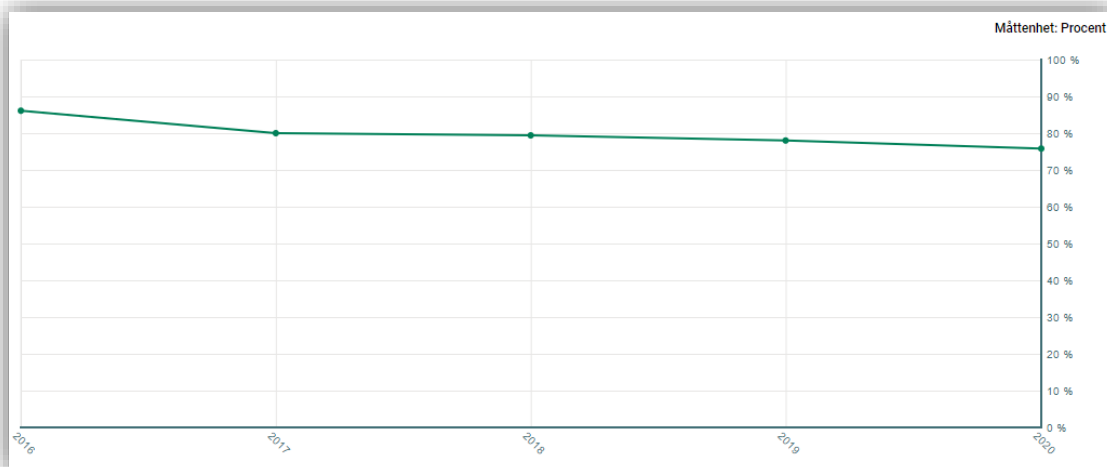
Vår kommentar: Trenden har fortsatt och förstärkts under pandemin.

Källa: vantetider.se



Inom vuxenpsykiatrin går utvecklingen i linje med hur det ser ut generellt vad gäller tillgänglighet till första besök. Andel väntande som fått besök inom 90 dagar.

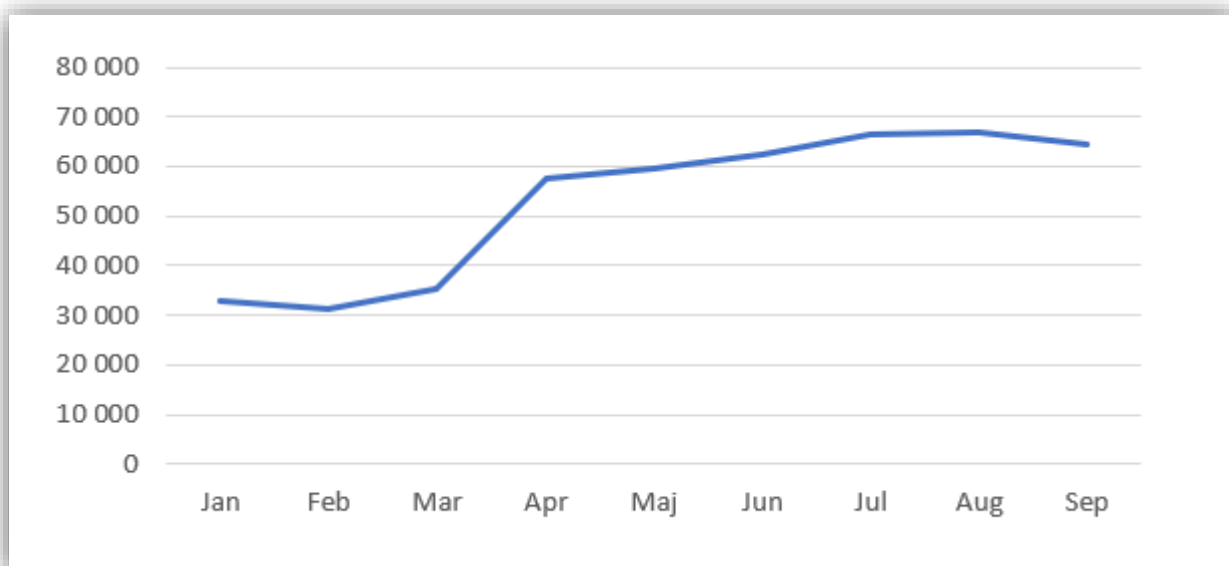
Källa: Vården i siffror.



Väntande till besök, totalt antal

Vår kommentar: Totalt antal väntande till besök har ökat dramatiskt under 2021, 103,3% i Region Skåne, jämfört med 29,5% i hela riket. Eftersom denna ökning kommit nyligen, har dessa antal ännu inte fullt ut slagit igenom i vårdgarantins mål om andel besök inom 90 dagar, vilket ska beaktas i analysen av indikatorn i avsnittet nedan..

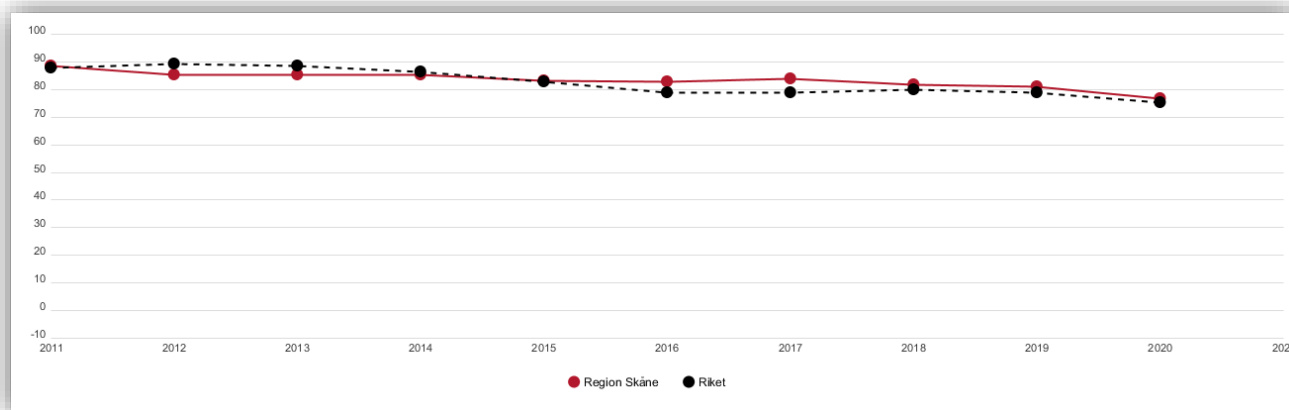
Källa: vantetider.se



Väntetid operation/åtgärd inom 90 dagar, andel

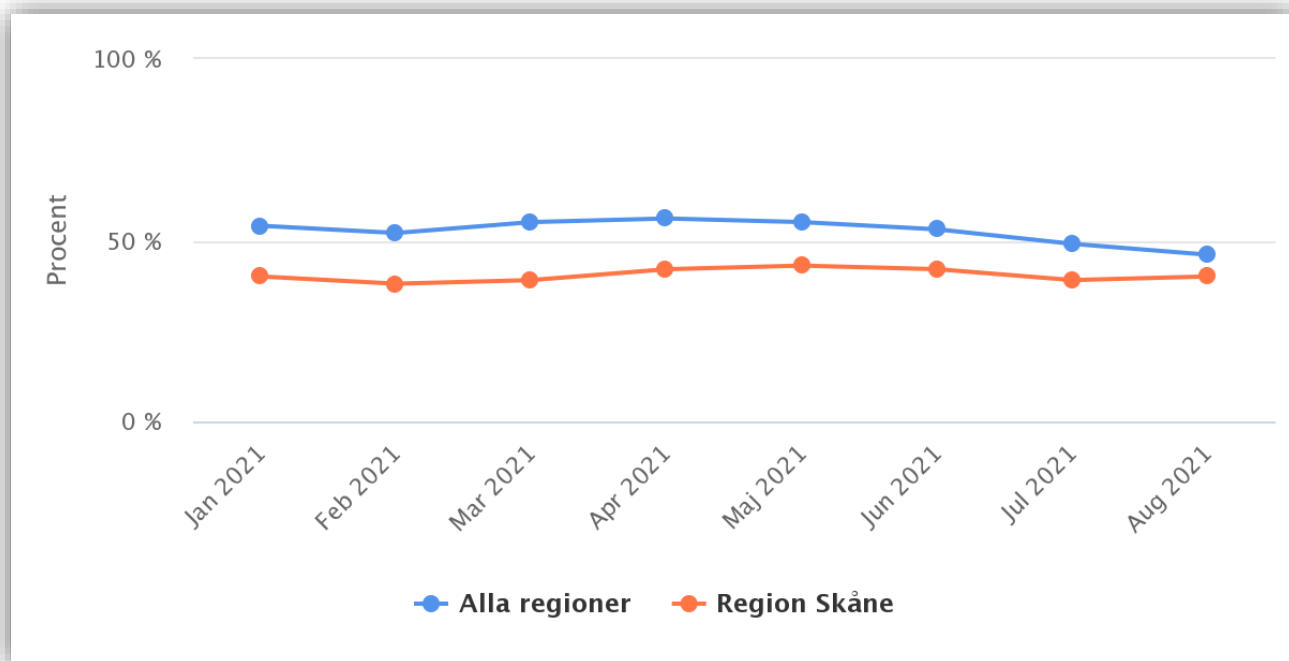
Vår kommentar: Precis som för besök har trenden varit nedåtgående under ett helt decennium.

Källa: Kolada



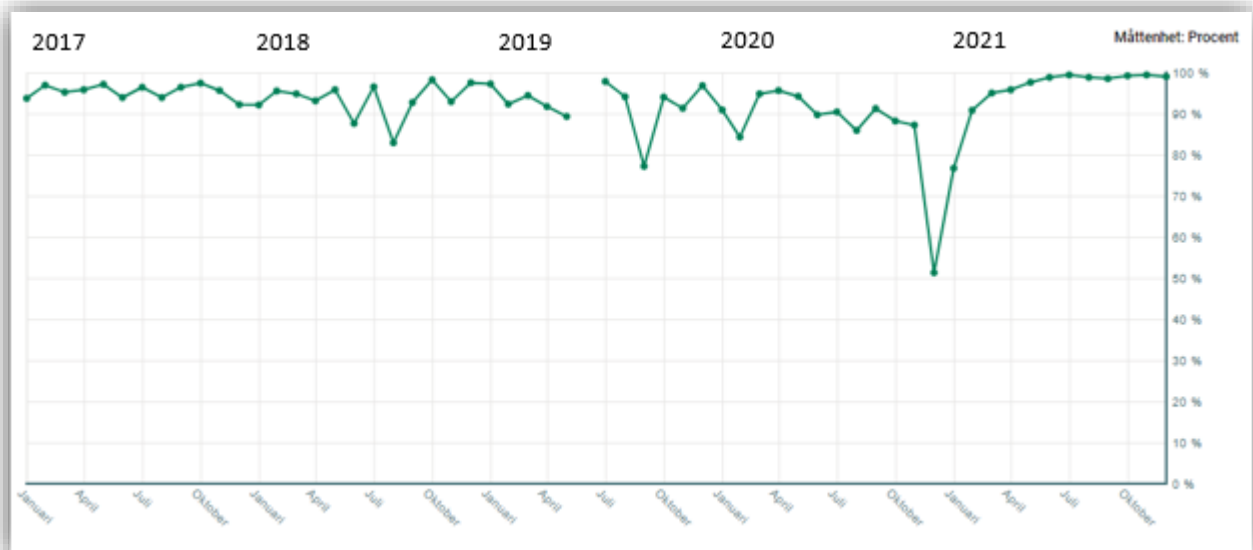
Vår kommentar: Trenden under 2021 för väntetider till operation/åtgärd inom 90 dagar är inte lika negativ i Region Skåne, som för väntetider till besök. Dock kan det faktum att man inte genomfört besök och köerna där ökat proportionellt mer, vara en av anledningarna till att köerna till operation/åtgärd inte fyllts på.

Källa: vantetider.se



När det gäller barn- och ungdomspsykiatri är här väntetiderna med vissa kortare avbrott hållits på låg nivå. Andel utredningar som startats inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri.

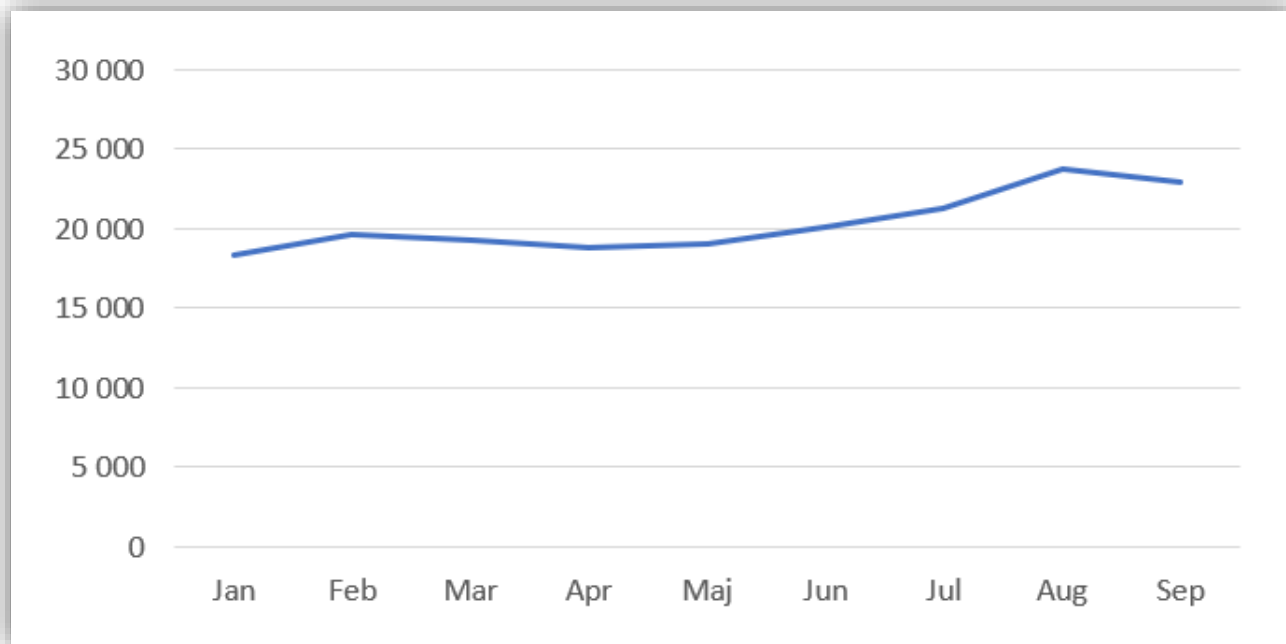
Källa: Vården i Siffror.



Väntande till operation/åtgärd, totalt antal

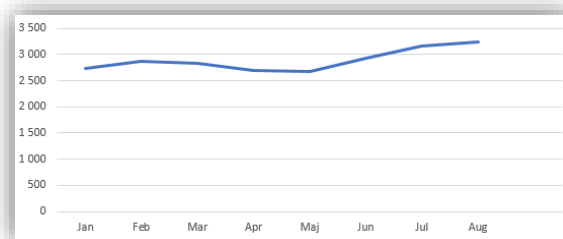
Vår kommentar: Totalt antal väntande till operation/åtgärd har också ökat under 2021, och i takt med att besöksverksamheten kommit igång under våren, har ökningen förstärkts.

Källa: vantetider.se



Vår kommentar: På områdena som nedprioriterats är trenden densamma, med ökat antal väntande på operation/åtgärd, nedan öron-, näs- och halssjukvård till vänster, kirurgisk vård till höger.

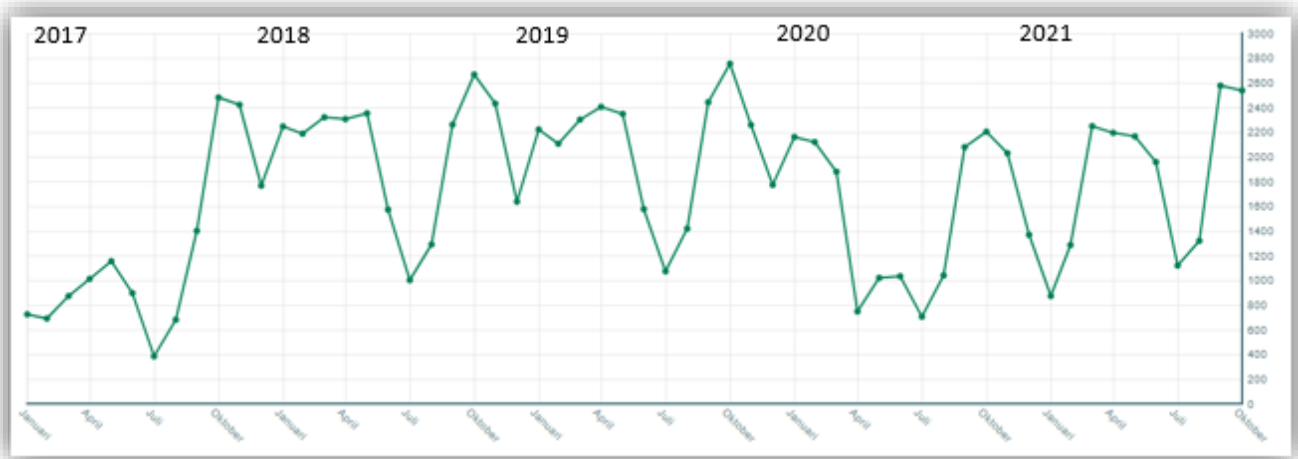
Källa: vantetider.se



Vårdproduktion, antal operationer

Vår kommentar: Vårdproduktionen räknad i antal operationer minskade drastiskt under pandemin. Även om man lyckades få igång operationsverksamheten hösten 2020 var ändå nivån betydligt lägre än de föregående åren. Först i september 2021 var nivån uppe motsvarande tidigare år, men i oktober var nivån återigen betydligt lägre än tidigare år.

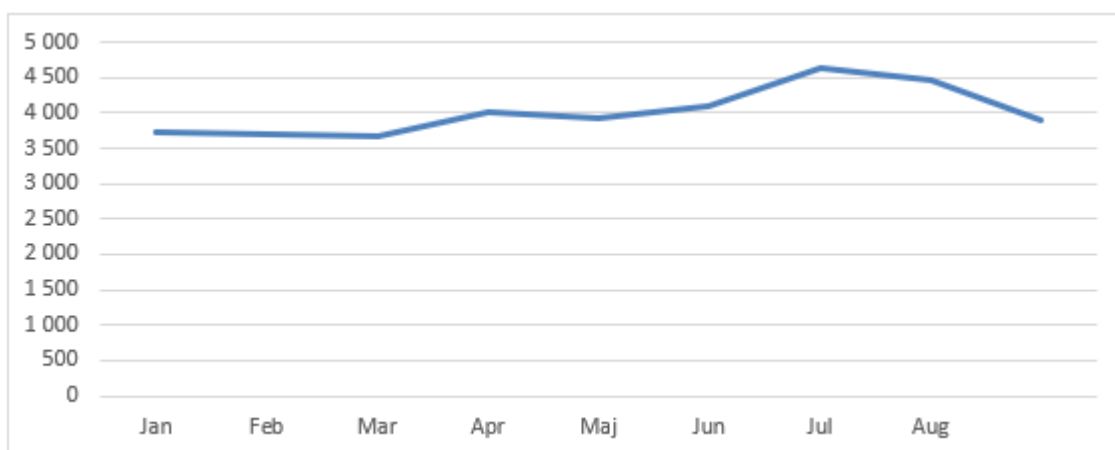
Källa: Vården i siffror – SPOR.



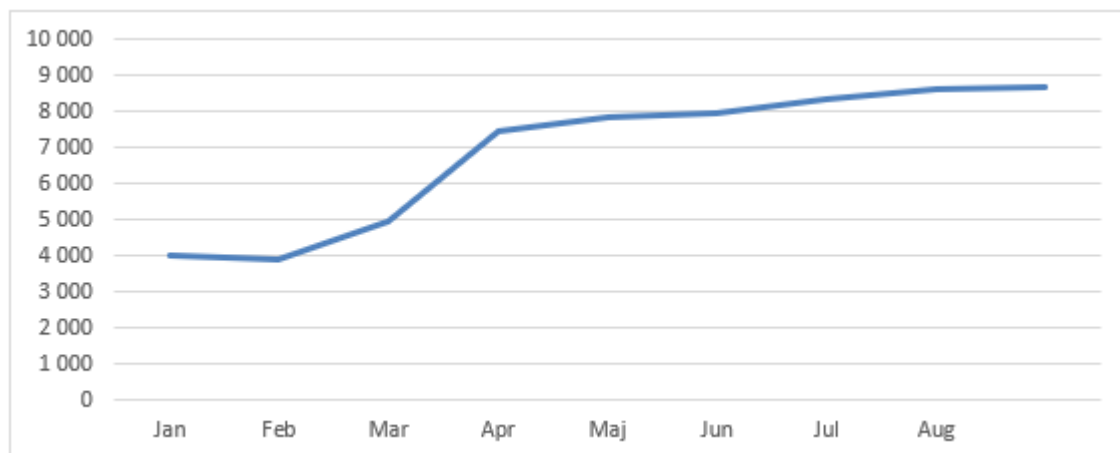
Vår kommentar: Om man tittar närmare på de områden som inte prioriterades under pandemin, uppvisas en skiftande utveckling under 2021. Öron, näs- och halssjukvård är ett exempel på ett område med stor ökning under året.

Källa: vantetider.se

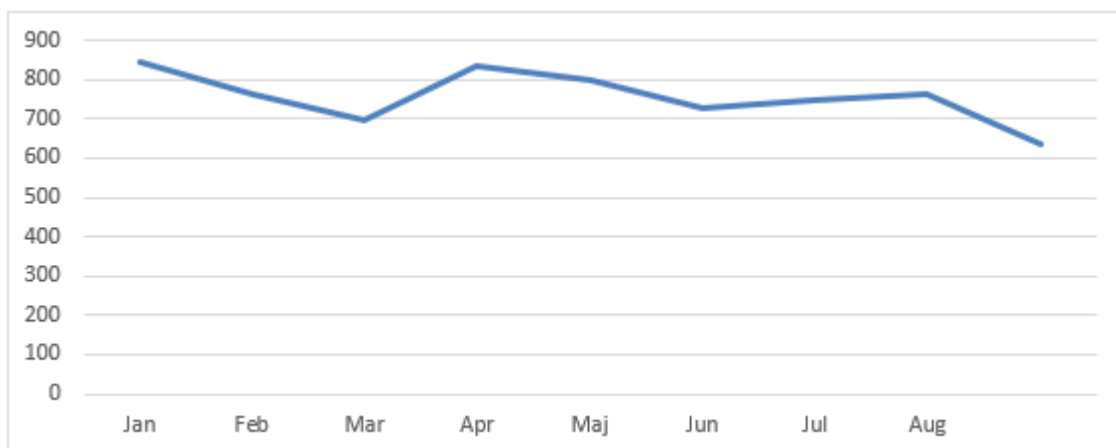
Kirurgisk vård



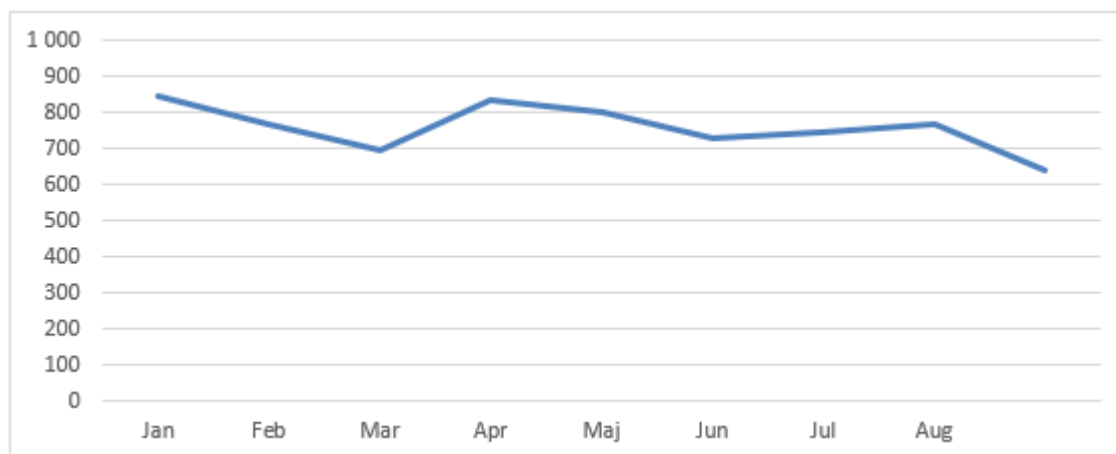
Öron-, näsa- halssjukvård



Handkirurgisk vård

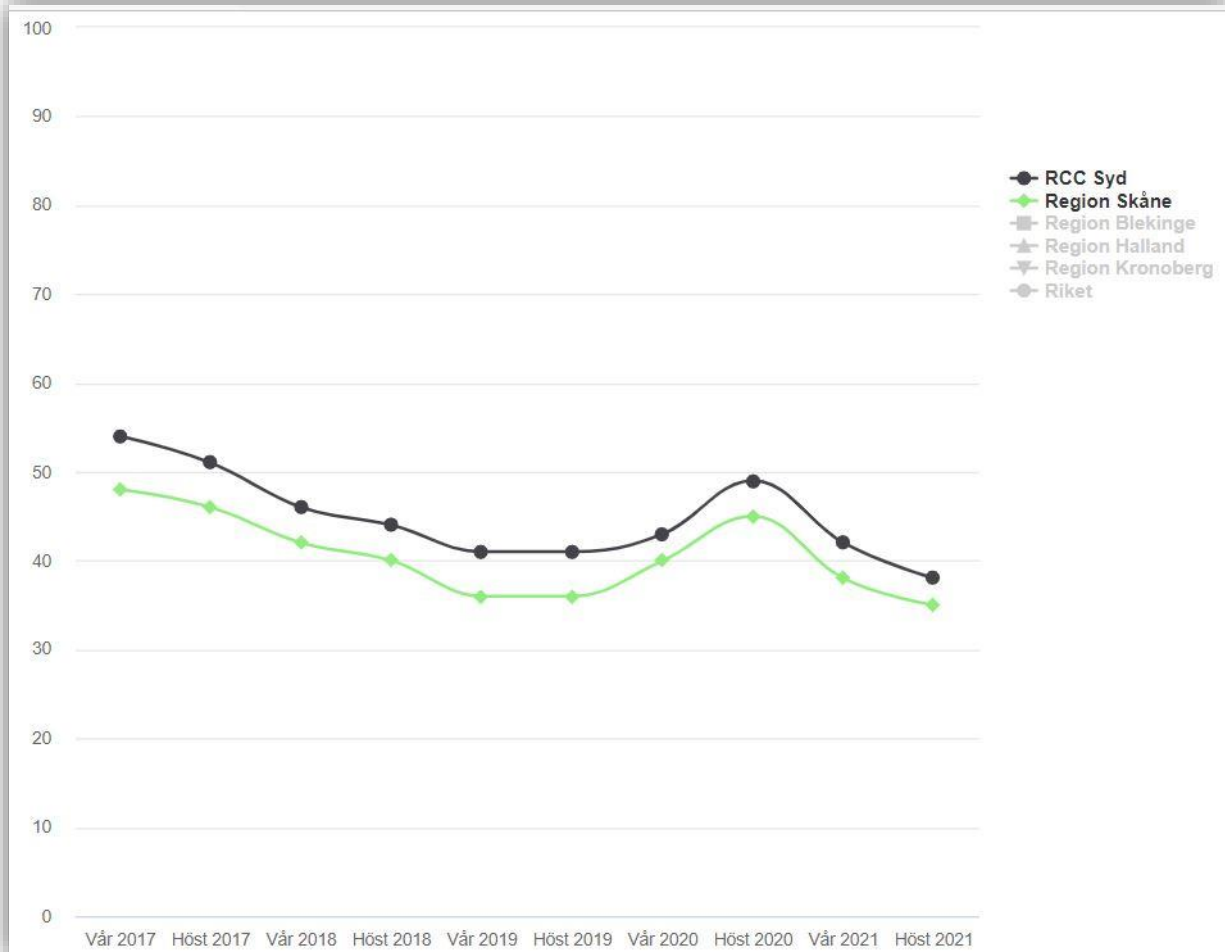


Ögonsjukvård



Tillgänglighet inom cancervården

Andel patienter som utretts och behandlats inom medicinskt måldatum 2017-2021. Alla diagnoser inom cancerområdet. Efter flera år med sjunkande siffror skedde under 2020 en påtaglig förbättring men under 2021 minskade andelen igen. Region Skåne uppvisar samma mönster som södra sjukvårdsregionen som helhet men ligger något under genomsnittet. RCC Syd = genomsnitt för samtliga fyra regioner som tillhör Regionalt cancercentrum Syd.



Ekonomi

Tabeller nedan visar: Hälso- och sjukvården inom Region Skåne har en lång historik av bristande budgetföljsamhet. Budget och utfall 2019-2021.

2019

Miljoner kronor	Region- bidrag	Verksam- hetens intäkter	Verksam- hetens kostnader	Intäkter/kostn. utanför verk- samhet.res.	Resultat	Budget- avvikelse
REGIONAL UTVECKLING						
Kulturnämnden	303	204	-505	0	2	2
Kollektivtrafikenämnden	2 869	3 454	-6 116	-97	110	110
Regionala utvecklingsnämnden	211	101	-307	0	6	6
Eliminering av interna poster		-1	1			
Summa regional utveckling	3 383	3 758	-6 928	-97	117	117
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD						
Sjukhusstyrelse Kristianstad	1 635	722	-2 429	-4	-76	-76
Sjukhusstyrelse Hässleholm	662	99	-782	0	-21	-21
Sjukhusstyrelse Helsingborg	2 607	794	-3 534	-6	-139	-139
Sjukhusstyrelse Ängelholm	424	300	-745	-1	-21	-21
Sjukhusstyrelse SUS	10 209	4 076	-14 426	-19	-161	-161
Sjukhusstyrelse Ystad	869	159	-1 070	-1	-42	-42
Sjukhusstyrelse Trelleborg	503	91	-595	0	-1	-1
Sjukhusstyrelse Landskrona	266	37	-327	0	-25	-25
Medicinsk service	473	1 805	-2 275	-4	0	0
Psykatri, Habiliterings- och hjälpmedelsnämnden	3 473	472	-3 936	-2	6	6
Primärvårdsnämnden	607	4 469	-4 996	-1	79	42
Hälso- och sjukvårdsnämnden	14 423	662	-15 524	0	-439	-439
Eliminering av interna poster		-9 699	9 699			
Summa hälso- och sjukvård	36 152	3 987	-40 940	-38	-839	-877

2020

Miljoner kronor	Region- bidrag	Verksam- hetens intäkter	Verksam- hetens kostnader	Intäkter/kostn. utanför verk- samhet.res.	Resultat	Budget- avvikelse
REGIONAL UTVECKLING						
Kulturnämnden	313	215	-529	0	0	0
Kollektivtrafikenämnden	3 089	3 007	-6 099	-86	-88	-88
Regionala utvecklingsnämnden	200	97	-296	0	1	1
Eliminering av interna poster		0	0			
Summa regional utveckling	3 602	3 319	-6 923	-86	-88	-88
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD						
Sjukhusstyrelse Kristianstad	1 684	840	-2 633	-4	-112	-112
Sjukhusstyrelse Hässleholm	678	105	-771	0	11	11
Sjukhusstyrelse Helsingborg	2 674	786	-3 628	-5	-172	-172
Sjukhusstyrelse Ängelholm	442	133	-579	-1	-4	-4
Sjukhusstyrelse Sus	10 472	4 430	-15 043	-19	-160	-160
Sjukhusstyrelse Ystad	890	198	-1 137	-1	-49	-49
Sjukhusstyrelse Trelleborg	520	120	-629	0	10	10
Sjukhusstyrelse Landskrona	270	76	-357	0	-11	-11
Medicinsk service	491	1 815	-2 303	-3	0	0
Psykatri, habiliterings- och hjälpmedelsnämnden	3 549	564	-4 108	-3	3	3
Primärvårdsnämnden	614	4 395	-4 906	-1	101	63
Hälso- och sjukvårdsnämnden	15 650	839	-16 396	0	93	93
Eliminering av interna poster		-9 193	9 193			
Summa hälso- och sjukvård	37 934	5 109	-43 298	-38	-293	-330

2021 (prognos aug)

Miljoner kronor	2020 Utfall jan-aug	2021 Utfall jan-aug	2021 Budget jan-aug	Budget- avvikelse	2020 Bokslut	2021 Prognos	2021 Budget	Budget- avvikelse
Kulturnämnden	2,5	10,3	0,0	10,3	-0,2	0,0	0,0	0,0
Kollektivtrafiknämnden	-413,4	-478,7	85,2	-563,8	-88,2	-540,0	0,0	-540,0
Regionala utvecklingsnämnden	28,4	33,5	29,1	4,4	0,9	0,0	0,0	0,0
Summa Regional utveckling	-383	-435	114	-549	-88	-540	0	-540
Sjukhusstyrelse Kristianstad	-113,2	-115,3	24,5	-139,7	-112,4	-190,0	0,0	-190,0
Sjukhusstyrelse Hässleholm	17,8	6,0	10,0	-4,1	11,0	-14,0	0,0	-14,0
Sjukhusstyrelse Helsingborg	-131,9	-141,5	19,9	-161,3	-172,5	-247,4	0,0	-247,4
Sjukhusstyrelse Ängelholm	-0,7	-13,7	6,2	-19,9	-4,4	-25,7	0,0	-25,7
Sjukhusstyrelse Sus	-169,5	-498,1	208,6	-706,7	-160,4	-900,0	0,0	-900,0
Sjukhusstyrelse Ystad	-45,0	-59,1	6,4	-65,5	-49,5	-90,8	0,0	-90,8
Sjukhusstyrelse Trelleborg	11,1	6,8	7,8	-0,9	9,6	-6,0	0,0	-6,0
Sjukhusstyrelse Landskrona	-6,1	-3,5	4,9	-8,4	-11,0	-8,0	0,0	-8,0
Medicinsk service	131,0	961,2	9,6	951,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Psykatri, Rehabilitering- och hjälpmedelsnämnden	56,8	103,2	54,1	49,1	2,6	25,0	0,0	25,0
Primärvårdsnämnden	141,4	239,4	75,2	164,2	100,9	130,0	37,5	92,5
Hälsa- och sjukvårdsnämnden	-215,5	316,2	0,5	315,6	93,2	150,0	0,0	150,0
Summa Hälsa- och sjukvård	-324	802	428	374	-293	-1 177	37	-1 214

2021 (prognos fokus HSN sep)

Vår kommentar: Extra intressant att iaktta att HSN som en av få enheter prognosticerar positiv budgetavvikelse för 2021, men att det beror på att budgeterade tillgänglighetsmedel ej allokerats.

Ekonomi (mkr) motpart 1-3	Jan - Sep			Helår 2021		Budgetavv helår	
	Utfall	Budget	diff.	Budget	Prognos	Mkr	
Övr Sjukhusstyrelser o nämnder HS	1 100,4	159,9	940,5	37,5	-1 252,3	-1 289,8	
Regionbidrag	12 597,9	12 576,0	21,9	16 768,0	16 768,0	0,0	
Hälsoval	-4 527,7	-4 302,1	-225,6	-5 736,5	-5 836,5	-100,0	
Vårdval Psykoterapi	-127,3	-98,8	-28,5	-131,7	-171,7	-40,0	
Specialistvårdval (sjukvård)	-528,3	-572,3	44,0	-762,9	-732,0	30,9	
Köpt vård (Andra regioner)	-544,8	-333,1	-211,7	-444,2	-716,4	-272,2	
EU vård	-51,8	-39,7	-12,1	-52,9	-82,9	-30,0	
Extern regi (LoU mm)	-1 317,9	-1 399,5	81,6	-1 867,0	-1 819,8	47,2	
Asyl	27,1	0,0	27,1	0,0	13,5	13,5	
Tandvård inkl vårdval	-697,3	-703,7	6,4	-938,2	-943,5	-5,3	
Läkemedel	-3 216,7	-3 437,1	220,4	-4 582,8	-4 574,6	8,2	
AT/ST	-546,3	-536,9	-9,4	-715,8	-730,8	-15,0	
Omkostnader nya sjukhusomr	-25,6	-36,80	11,2	-49,00	-49,0	0,0	
Incentament-, utv-, innovationspaket	-31,0	-161,30	130,3	-215,00	-91,4	123,6	
Tillgänglighetsmedel normalisering	-96,7	-401,40	304,7	-534,00	-192,0	342,0	
FoU	-228,8	-224,40	-4,4	-299,20	-299,2	0,0	
Övrigt HSN	-266,2	-328,1	61,9	-438,8	-391,7	47,1	
Hälsa- och sjukvårdsn tot	418,6	0,8	417,8	0,0	150,0	150,0	
Hälsa- och sjukvård totalt	1 519,0	160,7	1358,3	37,5	-1 102,2	-1 139,7	

Personalstatistik

Tabell nedan: Anställda i Region Skåne våren 2020 resp. våren 2021. Antalet anställda (omräknade till heltider) ökade med 749 personer (2,5 procent) medan antal medarbetare inom verksamhetsstöd/övriga ökade med 6,7 procent (226 personer) motsvarande period.

Antal medarbetare *)	2103	2003	Förändr	Förändr%
Hälso- och sjukvård	30 976	30 227	749	2,5%
Verksamhetsstöd/övriga	3 617	3 392	226	6,7%
Regional utveckling	532	527	5	0,9%
Region Skåne	35 125	34 145	980	2,9%
*) anställda omräknade till heltid, exklusive Folkandvården Skåne AB.				

Respondenter och uppgiftslämnare

Organ/avdelning	Roll/ansvar	Vecka
Hälso- och sjukvårdsnämnden	Ordförande	41
”	Andre vice ordförande	47
Sjukhusstyrelse Nordost	Ordförande	43
Sjukhusstyrelse Nordväst	Ordförande	43
Sjukhusstyrelse Skånes Universitetssjukhus	Ordförande	43
Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning, HSS	Hälso- och sjukvårdsdirektör	42
”	Regional chefläkare	35, 41
”	Stabschef	35, 43
”	Chef Framtidskontoret	41
”	Enhetschef	38
”	”	41
Koncernstab HR	Tf. personaldirektör	40

	Enhetschef	
”	Ledningsstrateg	40
Primärvårdsförvaltningen	Förvaltningschef	39
Medicinsk service	”	39
Verksamhetsområde psykiatri	Medicinsk rådgivare	40
Skånes universitetssjukvård	Förvaltningschef tillika sjukhuschef Skånes Universitetssjukhus	39
Skånes sjukhus nordost	Förvaltningschef tillika sjukhuschef Centralsjukhuset Kristianstad	39
”	Chefläkare	39
Skånes sjukhus nordväst	Förvaltningschef tillika sjukhuschef Helsingborgs lasarett Verksamhetschef	39
Ängelholms sjukhus	Sjukhuschef	38
Lasarettet i Landskrona	” Controller	38
Lasarettet Trelleborg	Sjukhuschef	39
Lasarettet i Ystad	”	38
Verksamhetsområde ortopedi	Verksamhetschef (avgående)	39
Verksamhetsområde öron, näsa, hals	Verksamhetschef	38
Verksamhetsområde barn- och ungdomspsykiatri	”	39
Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning	Hälso- och sjukvårdsstrateg	38, 40
”	”	40
”	Projektledare	39
”	Verksamhetscontroller	39
”	Controller	
Skånes Universitetssjukhus	Processledare budget och uppföljning	38
”	Controller	
Centralsjukhuset Kristianstad	Controller	46
Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning	Regional cancersamordnare	46
Vårdförbundet Avdelning Skåne	Ordförande	41