

UTVÄRDERING AV SPECIALISTVÅRDENS ORGANISATION I REGION VÄSTERNORRLAND



Mars 2018

Sammanfattning

Sedan 2013 har det skett en gradvis omorganisering av specialistvården i Västernorrland, först från sjukhusförvaltningar till vårdområden och 2015 till länsverksamheter. Parallellt har det också genomförts andra större omorganiseringar som påverkat specialistvården, t.ex. förändring av de administrativa stödfunktionerna och förändring av utbudspunkter. Omorganiseringen är ännu inte fullt ut etablerad och genomförandet har tagit onödigt mycket resurser och tid i anspråk på grund av bristande planering och genomförandeprocess samt medial och politisk turbulens. Även under ideala förhållanden brukar det ta flera år för verksamheter att fullt ut fungera effektivt enligt de nya strukturerna och processerna efter omorganiseringar av denna omfattning.

Denna utvärdering har gjorts på uppdrag av Region Västernorrlands hälso- och sjukvårdsnämnd och i linje med rekommendation i revisorernas rapport från februari 2017. Utvärderingen har omfattat alla de fyra perspektiven i regionens styrkort men fokus har varit på process- och medarbetarperspektivet. Insikterna och rekommendationerna är sorterade efter de olika perspektiven, men av naturliga skäl går samtliga av dem mot mer än ett perspektiv.

Syftet med denna utvärdering är dels att skapa ökad förståelse för hur införandet av länsverksamheter påverkat specialistvården i Västernorrland, dels att öka förståelsen för hur ledning och styrning inom specialistvården kan förbättras med förhoppningen om en positiv påverkan på hela organisationen.

Ansatsen har varit att på kort tid utvärdera helheten för att skapa samsyn kring nuläget och identifiera förbättringsmöjligheter som kan ge underlag för att konkretisera en plan framåt. En naturlig del i arbetet framöver bör vara en fördjupad analys och nödvändig detaljering för de mest prioriterade rekommendationerna. Rekommendationerna spänner från övergripande insatser till avgränsade detaljerade processändringar. De senare kan jämförelsevis te sig mindre viktiga, men ofta är de enkla att lösa och genom att åtgärda dem frigörs tid och onödig frustration inom organisationen kan undvikas.

Omständigheterna gör det svårt att påvisa orsakssamband. Utifrån att det inte funnits gemensam förståelse kring tydliga mål eller variabler med utgångsvärden att följa före införandet, och utifrån att det är omöjligt att rensa för effekterna från andra förändringar och omvärldsfaktorer, är det mycket svårt att påvisa orsakssamband mellan omorganiseringen och många av de insikter som framkommit under utvärderingen.

Länsverksamheterna bedöms vara det mest ändamålsenliga sättet att organisera stora delar av specialistvården, men förbättringar behöver genomföras. Utifrån utvärderingen är bedömningen att länsverksamheter framöver kommer att vara det mest ändamålsenliga sättet att organisera en majoritet av specialistvården efter. Med de bristfälliga förutsättningarna, den korta tid som funnits för implementering och de tydliga förbättringsmöjligheter som identifierats under utvärderingen är det för tidigt att dra någon annan slutsats. Det kan vara så att det på sikt till exempel vore relevant att organisera delar av specialistvården lokalt och kanske i än närmare samarbete med nuvarande primärvård för att stärka den nära vården, men detta behöver i så fall analyseras vidare.

En genomgång av insikterna från utvärderingen i enlighet med de mål som sattes av politiken före omorganiseringen visar på skillnader mellan olika länsverksamheter och möjligheter till mer systematiskt genomförande. De förbättringsmöjligheter som identifierats under utredningen indikerar goda möjligheter att nå längre inom samtliga målområden.

Utvärderingen består i huvudsak av tre delar; en beskrivning av problem- och utvecklingsområden, lärande exempel från tre andra regioner med länsverksamheter, samt rekommendationer för utveckling framåt. Under arbetet med utvärderingen har det framkommit många positiva aspekter kring specialistvården som ofta är kopplat till engagemang och kompetens från enskilda medarbetare, vilket får begränsat utrymme i denna typ av utvärdering med fokus på förbättringsmöjligheter.

På den högsta nivå kan resultatet av utvärderingen sammanfattas i en rad punkter:

Nedan följer ett urval av de rekommendationer som bedöms vara särskilt prioriterade utifrån en sammanvägning av insikterna från utvärderingen. Genomförandet av de flesta rekommendationerna kommer att förstärka redan pågående arbete inom regionen.

- För att skapa goda förutsättningar för det kommande förändringsarbetet bör den första åtgärden, när beslut om nästa steg fattats, vara att ta fram och kommunicera en konkret plan för genomförandet.
- Ytterligare en förutsättning för framgång är att säkerställa kompetensförsörjningen. Detta är en stor övergripande fråga som inte analyserats i grunden inom ramen för denna utvärdering, men det har framkommit ett antal förslag som inkluderats.
- Utvalda rekommendationer kring utveckling av organisationen
 - Anpassa organisationsstrukturen för att ge förutsättningar för en kombination av strategiskt utvecklingsarbete och god operativ ledning
 - Utveckla ledningsföreläggelser och processer för enklare och snabbare beslut med tydligare delegation
 - Förstärk det lokala ledarskapet genom att skapa bättre förutsättningar för första linjens chefer
 - Skapa länsövergripande processer och strukturer för enkel och effektiv samverkan kring operationella frågor
 - Analysera behovet av stödfunktioner och anpassa deras organisationstillhörighet, struktur och rollbeskrivning
- Utvalda rekommendationer kring etablering av förutsättningar
 - Etablera tydliga strukturer och processer för samverkan med hela primärvården, den kommunala omsorgen och den specialiserade vården i andra landsting
 - Genomför en kartläggning av patientflöden, för att säkerställa den förståelse som krävs för det fortsatta utvecklingsarbetet
 - Förstärk det påbörjade arbetet med att skapa en länsgemensam kultur och vi-känsla
 - Säkerställ långsiktighet i den fortsatta utvecklingen av de regiongemensamma målen gällande både utformning och koppling till den dagliga verksamheten

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	I
1 BAKGRUND OCH SYFTE	1
2 METOD OCH GENOMFÖRANDE	12
3 INSIKTER FRÅN UTVÄRDERINGEN	18
3.1 Invånarperspektivet	19
3.2 Medarbetarperspektivet	40
3.3 Processperspektivet	51
3.4 Ekonomiperspektivet	68
4 UTBLICK ANDRA LANDSTING	89
5 SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER	102
6 APPENDIX	125
7 LITTERATURLISTA	128

1 Bakgrund och syfte

Bakgrunden till införandet av länsverksamheter var en tid kantad av ekonomiska sparpaket och omstruktureringar av specialistvårdens organisation. Länsverksamheter infördes 2015 och idag består specialistvården av 19 länsverksamheter, vars chefer rapporterar till en länsövergripande sjukhusdirektör. De flesta anställda inom specialistvården arbetar i Sundsvall, men betydande delar av verksamheten finns även i Örnsköldsvik och Sollefteå. En revisionsrapport från februari 2017 bedömde att själva beslutet om att införa länsverksamheter fattats på ett korrekt sätt, men att implementeringen innehållit ett flertal brister. En av rekommendationerna i revisionsrapporten var att fortlöpande utvärdera interna och externa effekter av omorganiseringen. Denna rapport syftar till att redovisa resultatet av en första sådan utvärdering, samt att öka förståelsen för hur ledning och styrning inom specialistvården kan förbättras med förhoppningen om en positiv påverkan på hela organisationen .

BAKGRUNDEN TILL NUVARANDE ORGANISERING AV SPECIALISTVÅRDEN

FRAM TILL 2013 VAR SPECIALISTVÅRDEN ORGANISERAD I SJUKHUSFÖRVALTNINGAR

Specialistvården hade fram till 2013 tre sjukhusförvaltningar, där sjukhusen i Sundsvall, Örnsköldsvik och Sollefteå hade en sjukhuschef vardera. Denna tid präglades av ekonomiska bekymmer och landstinget letade därför efter möjligheter att genom en omorganisering göra specialistvården mer kostnadseffektiv.

2013 ORGANISERADES SPECIALISTVÅRDEN I VÅRDOMRÅDEN

Under 2012 beslutades att sjukhusen från och med den första januari 2013 skulle sammanföras i en gemensam förvaltning bestående av tre vårdområden: opererande, medicin, samt psykiatri och behandling. Den gemensamma sjukhusförvaltningen skulle leda till högre samordning och gemensamma metoder för diagnostik och behandling samt gemensam uppdragsstyrning.

2015 INLEDDES SPECIALISTVÅRDENS ORGANISERING I DE LÄNSVERKSAMHETER SOM FINNS IDAG

I takt med planerna om en högre kostnadseffektivitet beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden i mars 2013 att sju kliniker skulle få i uppdrag att inleda arbetet med att införa länsgemensamma organisationer. Denna handlingsplan var ett led i att föra landstingets ekonomi i balans, eftersom processerna skulle effektiviseras. De tre huvudsakliga motiven för bildandet av länsverksamheter var, enligt ”Strategisk plan för hållbar utveckling”, följande:

- 1) ”Skapa optimala förutsättningar för en tydligare ledning, styrning och uppföljning samtidigt som ansvar och befogenheter för såväl verksamhet som personal och ekonomi förs närmare medarbetarna.”
- 2) ”Utveckla mer effektiva processer som förenar maximalt värde för patienterna med en attraktiv arbetsmiljö som i sin tur ger trygghet i anställningarna och medför goda rekryteringsmöjligheter.”
- 3) ”I en stegvis process, rimligen redan från hösten 2015, kunna förelägga landstingets förtroendevalda förslag på hur kostnadseffektiv och systematisk samordning av sjukhusens verksamheter kan utformas för att leva upp till kraven på en ekonomi i balans inom den specialiserade vården och därmed slå vakt om framtiden för länets tre sjukhus.”

En *länsverksamhet*, också kallat länsklinik, är en vårdverksamhet inom ett fält, exempelvis onkologi, ögon eller kvinnosjukvård, vars upptagningsområde omfattar hela länet. Istället för att varje sjukhus har ett antal avdelningar som verkar separat från andra sjukhus, tillhör verksamheterna på de olika orterna samma organisation. Varje länsverksamhet har en chef och är i sin tur uppdelad i enheter. Länsverksamheterna är typiskt organiserade så att det finns en enhet på varje sjukhusort, där verksamheten erbjuder tjänster. Men denna struktur varierar mellan länsverksamheterna, vilket gör att det exempelvis inom vissa större verksamheter finns flera enheter på samma sjukhus, medan man i andra verksamheter koncentrerat utbudet till ett eller två sjukhus. För varje enhet finns en enhetschef.

I april 2015 tog landstingsfullmäktige beslutet att godkänna ett förslag till åtgärder för en ekonomi i balans under planperioden 2016–2018, i vilken bildandet av länsverksamheter ingick: ”För att uppnå målet om en ekonomi i balans över tid ska etablerandet av länskliniker fullfölja samordning och arbetsdelning mellan våra tre sjukhus.” (Landstinget Västernorrland, 2015)

UNDER SENARE ÅR HAR DET ÄVEN GENOMFÖRTS ANDRA STÖRRE OMORGANISERINGAR SOM PÅVERKAT SPECIALISTVÅRDEN

Under 2013 gjordes en översyn av den administrativa strukturen, som inkluderade stödfunktionerna

I samband med införandet av länsverksamheter organiserades den administrativa strukturen om genom att förlägga stödfunktionerna till regionledningsförvaltningen. Tidigare hade varje verksamhetsområde haft egna stödfunktioner. Utvecklingen innebar en centralisering av stödfunktionerna, som vid behov avropas. Stödfunktionerna centraliserades inte bara organisatoriskt, utan också geografiskt, med följd att fler av dem hamnade i Härnösand eller Sundsvall. Grundtanken var att genom ett mer centraliserat stöd kunna förbättra kvaliteten samtidigt som stödfunktionernas uppgift överlag blev mer konsulterande än direkt utförande.

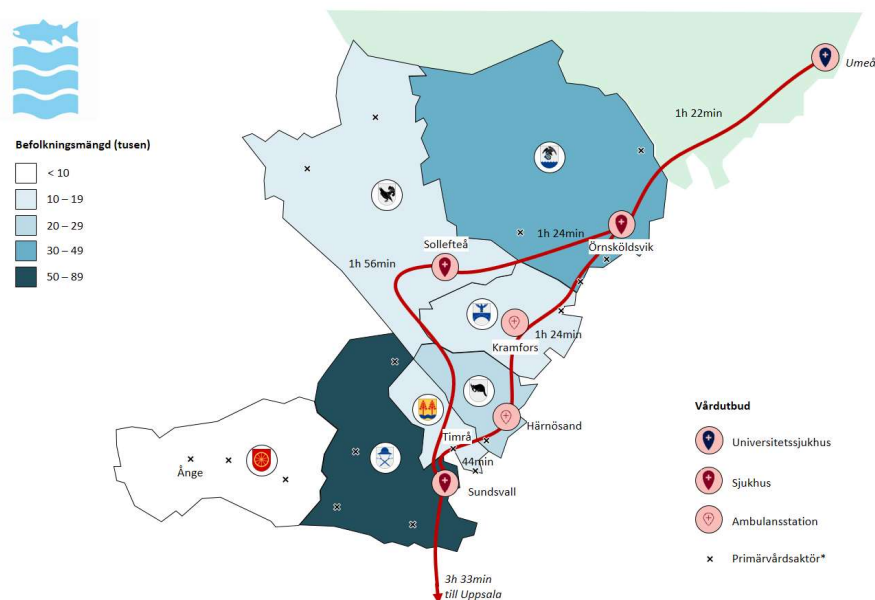
Sedan 2014 har vårdutbudet förändrats i regionen

Regionen har också genomfört ett antal större förändringar i vårdutbudet under de senaste 10–15 åren. Exempelvis beslutade landstingsfullmäktige under 2004 om att Härnösands sjukhus i praktiken skulle avvecklas genom att all kvarvarande sluten medicinsk vård och all akutsjukvård avvecklades. Målet med detta beslut var att spara runt 100 miljoner kronor per år. Redan 2008 enades de politiska partierna om ett nytt sparpaket om 300 miljoner kronor, som dock inte genomfördes fullt ut. Under 2015 beslutades sedermera att det akuta omhändertagandet av planerad och akut kirurgi skulle avvecklas i Sollefteå, varpå man beslutade att även den akuta ortopedin i Sollefteå skulle stängas. I slutet av januari 2017 stängdes sedan även förlossningskliniken i Sollefteå.

VÅRDUTBUDET I VÄSTERNORRLAND OMFATTAR TRE SJUKHUS, TVÅ ÖVRIGA SPECIALISTVÅRDSENHETER OCH CA 15 PRIMÄRVÅRDSAKTÖRER

Figur 1 visar en karta över Västernorrland och dess sju kommuner: Ånge, Sundsvall, Timrå, Härnösand, Kramfors och Örnsköldsvik. De två närmaste universitetssjukhusen ligger i Umeå respektive Uppsala, varav Umeå ligger närmast för invånare i de flesta orter i Västernorrland.

Figur 1. Översikt över Västernorrlands geografi, befolkning och hälso- och sjukvårdsutbud 2017



* Med primärvård menas hälsocentral eller annan primärvård oavsett regi, inklusive folktandvård.

Not: Avstånd enligt Google Maps.

Källa: SCB.

DAGENS ORGANISERING AV SPECIALISTVÅRDEN

SPECIALISTVÅRDEN LEDS AV 19 LÄNSVERKSAMHETSCHEFER SOM RAPPORTERAR TILL SJUKHUSDIREKTÖREN

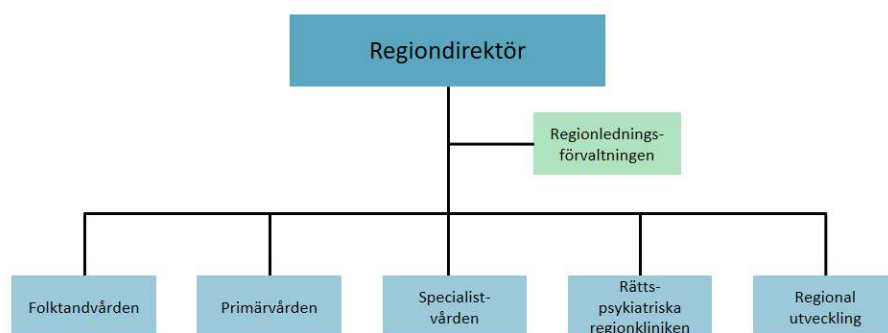
Region Västernorrland är en av länets största arbetsgivare med runt 6 500 medarbetare. Regionen har fem förvaltningar, som utöver specialistvård också omfattar folktandvård, primärvård, rättspsykiatrisk regionklinik och regional utveckling, där regional utveckling inkluderar all verksamhet som inte har koppling till vården. Regionen leds av *regiondirektören*. En ny regiondirektör tillträdde i oktober 2017.

Regionledningsförvaltningen har som uppgift att leda, samordna och utveckla regionens verksamheter. Dess tre huvudsakliga uppgifter är att stödja kärnverksamheternas processer inom sina kompetensområden, att ge stöd och kvalitativa underlag till den politiska förtroendemannaorganisationen och att bistå med sakkunnighet till regiondirektören. I regionledningsförvaltningen ingår bland

annat de centrala stödfunktioner som specialistvården använder sig av. Se Figur 2 för en organisationskarta för regionen.

Specialistvården leds av en länsövergripande sjukhusdirektör. Den nuvarande sjukhusdirektören tillträdde i november 2015.

Figur 2. Organisation Region Västernorrland



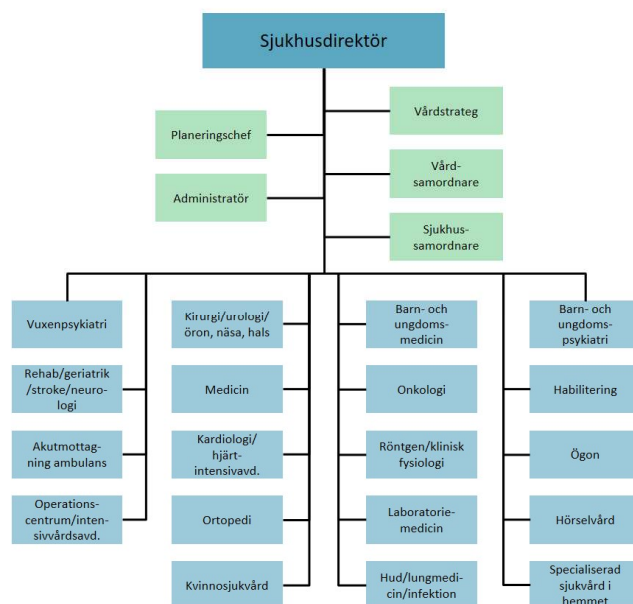
INOM SPECIALISTVÅRDEN FINNS IDAG 19 LÄNSVERKSAMHETER

Inom specialistvården finns idag 19 länsverksamheter. Sedan 2015 är alla verksamheter i specialistvården länsövergripande, men några av verksamheterna hade länsövergripande verksamhet även innan denna omorganisering. De flesta länsverksamheter utövar sin verksamhet på samtliga sjukhus, men den verksamhet som bedrivs inom vårdområdena kan variera mellan sjukhusen. Exempelvis har kvinnosjukvården fortfarande verksamhet i Sollefteå trots att själva förlossningskliniken har stängt.

Den del av en länsverksamhet som bedrivs vid ett specifikt sjukhus kallas för en enhet. De flesta länsverksamheter består av en enhet per sjukhus, men strukturen varierar, bland annat beroende på länsverksamheternas storlek och inriktning. Vissa större länsverksamheter har flera enheter på de större sjukhusen, medan andra helt saknar enheter vid vissa sjukhus. Se Figur 3 för en organisationskarta över specialistvården. Varje länsverksamhet leds av en länsverksamhetschef, medan verksamheternas enheter leds av enhetschefer, som alltså rapporterar till länsverksamhetschefen. Till sitt stöd har dessa chefer visst administrativt stöd, antingen genom medarbetare som de själva har anställt eller genom stöd som avropas från staben. De 19 länsverksamhetscheferna direktrapporterar till sjukhusdirektören. Utöver detta finns också en planeringschef, en administratör, en vårdstrateg, en vårdsamordnare och tre sjukhussamordnare. Vårdsamordnaren fokuserar främst på utvecklings- och samverkansfrågor i tätt samarbete med sjukhusdirektören, medan

sjukhussamordnarna fungerar som sammanhållande funktion för de tre sjukhusen, framför allt avseende själva sjukhusbyggnaden, exempelvis lokalfrågor.

Figur 3. Organisation specialistvården i Region Västernorrland



Länsverksamhetschefen leder länsverksamheten

Varje länsklinik leds av en länsverksamhetschef (LVC). LVC är direkt underställd sjukhusdirektören och ingår i förvaltningens ledningsgrupp. LVC har ett samlat ansvar för hela länsverksamheten, ekonomiskt, medicinskt och verksamhetsmässigt; det vill säga lednings- och resultatansvar för verksamheten vad gäller personal, ekonomi, patientsäkerhet, medicinsk kvalitet, arbetsmiljö, verksamhetsutveckling och uppföljning.

LVC har en viktig roll i att bidra till specialistvårdens samverkan, genom att förmedla vårdens gemensamma uppdrag och se till att länsverksamhetens regelverk och rutiner följs upp. LVC har också ett övergripande personalansvar för länsverksamheten, och ska dessutom bidra till samarbete och samverkan mellan olika länsverksamheter, samt bidra till utvecklingen av förvaltningen.

Till LVC:s arbetsuppgifter hör att göra verksamhetsplaner, verksamhetsberättelser och budget, samt utföra övrig administration av politiska frågor som motioner och

interpellationer. Ansvaret får stort inflytande på vårdens och ekonomins utfall. LVC:s övergripande mål är jämlik vård inom länet.

Inom dessa generella ramar har LVC stora friheter att forma sin verksamhet efter eget huvud. Detta innebär exempelvis att LVC själv bestämmer hur många enhetschefer verksamheten ska ha, samt i viss mån vilka stödfunktioner som ska finnas inom verksamheten. Dessutom har LVC stor frihet att bestämma i vilken utsträckning verksamheten ska arbeta med exempelvis länsgemensamma riktlinjer, kapacitetsplanering och vårdköer.

Enhetschefen leder länsverksamheternas respektive enhet

Varje länsverksamhet är indelad i ett antal enheter. Dessa enheter leds av enhetschefer (EC), som leder och utvecklar enheten enligt de övergripande målen för verksamheten. EC har ansvar för enhetens ekonomi och personal, inklusive rekrytering och bemanning. EC har också ansvar för enhetens arbetsmiljö och patientsäkerhet.

EC ska genom sin ledning och planering av verksamheten bidra till utveckling av densamma. EC har hand om enhetens budget, analyserar eventuella avvikelser och löser bemanningsproblem. EC har ansvar för medarbetarnas kompetens genom utveckling och utbildning. EC identifierar rutiner som inte fungerar och ska ha ett helhetsperspektiv på verksamheten. EC samarbetar med andra avdelningar och kliniker, samt har externa kontakter med exempelvis kommunen.

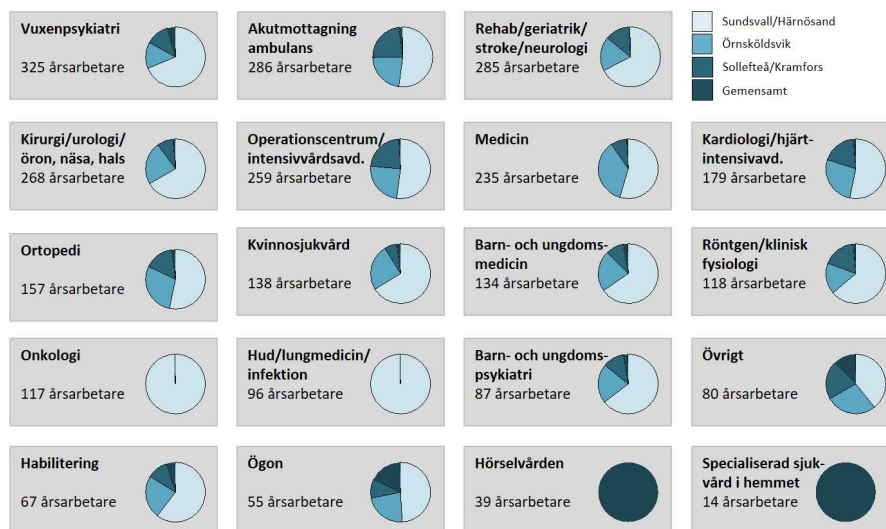
Till EC:s arbetsuppgifter hör att planera och leda verksamheten utifrån de givna förutsättningarna, och ge sina medarbetare nödvändigt material och lokaler för att klara av sitt arbete

KNAPPT 3 000 ÅRSARBETARE MED 14 TILL 325 ÅRSARBETARE PER LÄNSVERKSAMHET OCH CA 60 PROCENT AV SAMTLIGA I SUNDSVALL

2017 bestod specialistvården i Västernorrland av i genomsnitt 2 939 stycken årsarbetare. I Figur 4 har fördelningen på de tre sjukhusorterna sorterats per länsverksamhet, i storleksordning med den största länsverksamheten först. Antalet årsarbetare per länsverksamhet varierar från 14 till 325 stycken. Sex länsverksamheter har fler än 200 årsarbetare, sex har 100–200 årsarbetare och sju har färre än 100 årsarbetare. Vuxenpsykiatri var den största länsverksamheten sett till antalet årsarbetare (325 årsarbetare), följd av Akutmottagning ambulans (286 årsarbetare) och Rehab/geriatrik/stroke/neurologi (285 årsarbetare). Antal årsarbetare har fördelats på Sundsvall/Härnösand, Örnsköldsvik respektive Sollefteå/Kramfors. Det kan konstateras att Sundsvall har flest årsarbetare inom de

flesta länsverksamheter och drygt 60 procent av de totala antalet årsarbetare inom specialistvården. Se fotnot för definition av årsarbetare. Notera att hyrpersonal inte ingår i denna statistik.

Figur 4. Uppskattat genomsnittligt antal årsarbetare på specialistvårdens respektive länsverksamhet, fördelat på ort, 2017



* Definition av årsarbetare: arbetad tid aktuell månad dividerat med 165 timmar gånger 12, dvs. 1980.

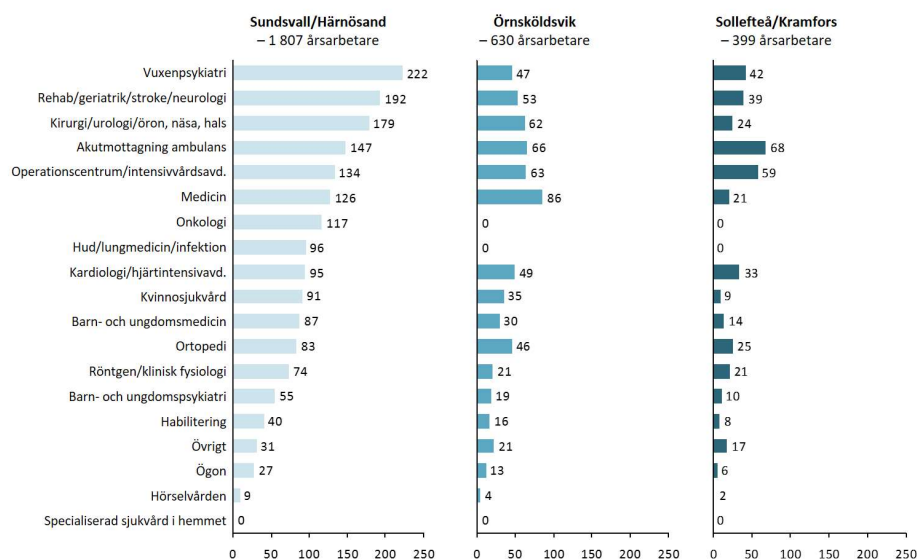
Not: Övrigt = verksamhet som inte kan tillskrivas en enskild länsverksamhet. Gemensamt = årsanställda som inte kan tillskrivas en enskild ort. Laboratoriemedicin undantaget.

Källa: Intern statistik, Region Västernorrland.

Till segmentet "gemensamt" har årsarbetare kategoriserats vars verksamhet inte direkt kan hänföras till en specifik ort. Verksamhet som inte kan tillskrivas en specifik länsverksamhet har samlats i gruppen "Övrigt". Siffrorna är framtagna av regionens ekonomiavdelning men skall ses som en uppskattning, då ekonomisystemet egentligen inte tillåter en uppdelning av personalen per ort. Figuren som beskriver antal årsarbetare per ort ska därför tolkas med stor försiktighet. Till detta ska läggas att länsverksamheten laboriemedicin i den ekonomiska uppföljningen är separerat från specialistvården. Laboriemedicin ingår inte i hälso- och sjukvårdsnämnden, och har därför inte följt med i redovisningen för antal årsarbetare och senare den ekonomiska redovisningen. Det bör vidare nämnas att vissa läkare tillhör specifika "läkarenheter" som organisatoriskt tillhör en annan länsverksamhet än den de själva verket är yrkesverksamma inom. Hjärtläkare är exempelvis inte anställda inom kardiologin, utan tillhör en egen enhet för läkare, som organisatoriskt tillhör länsverksamhet Medicin.

I Figur 5 visas fördelningen av årsarbetare per sjukhus av de i Sundsvall/Härnösand, Örnsköldsvik och Sollefteå/Kramfors verksamma årsarbetarna (2 836 stycken). Drygt 61 procent av dessa var verksamma i Sundsvall/Härnösand, drygt 21 procent i Örnsköldsvik och drygt 13 procent i Sollefteå/Kramfors. Resterande är kategoriserade under ”gemensamt”, och har exkluderats från figuren.

Figur 5. Uppskattat genomsnittligt antal årsarbetare på specialistvårdens respektive orter, per länsverksamhet 2017



* Definition av årsarbetare: arbetad tid aktuell månad dividerat med 165 timmar gånger 12, dvs. 1980.

Not: 104 årsarbetare som kategoriserats under ”gemensamt” ort har exkluderats från figuren. Laboratoriemedicin ej medräknat.

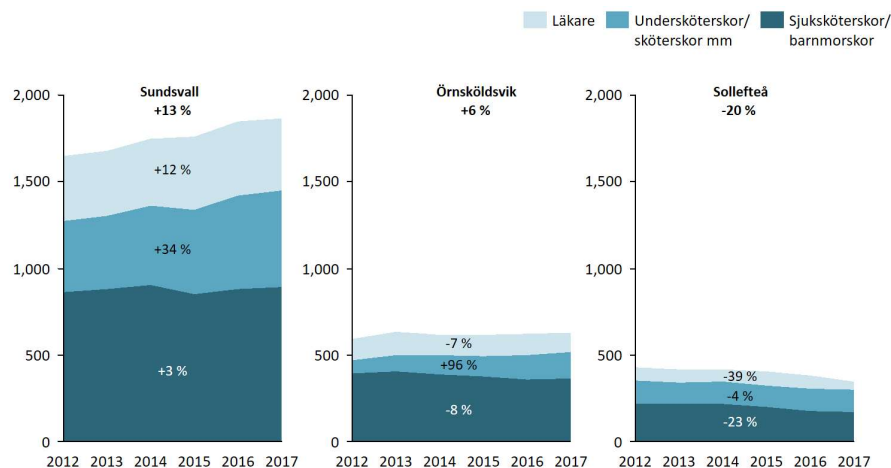
Källa: Intern statistik, Region Västernorrland.

ANTAL LÄKARE OCH ÖVRIG HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL HAR ÖKAT MED 6 PROCENT FRÅN 2012 TILL 2017

I Figur 6 visas istället för årsarbetare antal anställda inom personalgrupperna läkare, undersköterskor/sköterskor och sjuksköterskor/barnmorskor, samt utvecklingen på de tre sjukhusorterna mellan 2012–2017. Totalt har bemanningen inom dessa yrkesgrupper ökat med ungefär 6 procent över denna period, från 2 671 till 2 837. Den totala utvecklingen i Sundsvall visar en ökning med 13 procent; från 1 647 till 1 863. I Örnsköldsvik ökade antalet anställningar med 6 procent; från 594 till 629. I Sollefteå minskade antalet anställningar med 20 procent, från 430 till 345. Dessa förändringar går hand i hand med den koncentrering av vården och de utbudsförändringar som skett de senaste åren i Västernorrland. Störst relativa minskning noteras för läkarna i Sollefteå, från 78 till 48, medan störst relativa ökning

noteras för undersköterskor/sköterskor i Örnsköldsvik, från 77 till 151. Notera att hyrpersonal inte ingår i denna statistik.

Figur 6. Antal anställda på sjukhusorterna per personalkategori, 2012-2017



* Förändring i procent angiven mellan 2012–2017.

Not: Exkluderande verksamheter är arbets- och miljömedicin 2012 och rekryteringscentrum/bemanningsenheten (nedlagda 2016 respektive 2017). Vidare ingår inte medarbetare anställda vid vårdhotellet vid länssjukhuset i Sundsvall samt ambulanssjukvården i länet. Antalet anställda är beräknade på oktober månad för tillsvidareanställda och visstidsanställda som har månadslön.

Källa: Intern statistik, Region Västernorrland.

BRED OCH ENGAGERAD DEBATT OM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I REGIONEN

Specialistvårdens omorganisering, utbudsförändringarna, de ekonomiska sparpaketen och den påverkan detta haft på länets invånare har varit föremål för en bred och engagerad debatt, som även fått betydande utrymme i nationella media. I centrum för debatten har ofta stängningen av förlossningskliniken i Sollefteå stått, vilket bland annat gett upphov till en ockupationsgrupp som ett drygt år efter stängningen fortfarande har fysisk närvaro på sjukhuset. Detta har uppmärksammats i flera stora nyhetsreportage, så sent som i januari 2018 då frågan gavs betydande utrymme i ett avsnitt i dokumentärserien ”Den svenska välfärden”. Kvällen innan hade Uppdrag granskning visat ett program om en hotbild mot landstingspolitiker till följd av nedläggningar i Sollefteå. Den mediala uppmärksamheten kring dessa frågor visar vidden av medborgarintresset för regionens skötsel av hälso- och sjukvården.

DENNA UTVÄRDERING HAR GJORTS PÅ UPPDRAG AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSNÄMNDEN

I en revisionsrapport publicerad i februari 2017 beskrivs att beslutsprocessen på politisk nivå för införandet av länsverksamhet var långdragen ”och förhållandevis otydlig.” Medan själva uppdraget i sig inte beskrivs som olämpligt, står i den slutliga bedömningen bland annat följande att läsa: ”Vi finner det anmärkningsvärt att starten i september 2015 inte var bättre förberedd än vad som var fallet. Det fanns ingen projektorganisation, infrastrukturen var inte förberedd och de tillsatta cheferna hade i sina uppdragsformuleringar inga specifika inslag som angav vad som förväntades i termer av uppnådda effekter av länsklinikerna.” (EY, 2017)

Otydligheten återkommer frekvent som en kritikpunkt från de som intervjuats under denna utvärdering. Otydligheten gäller främst specialistvårdens och länsverksamheternas mål, samt vilka uppgifter de respektive cheferna skulle ha. Otydligheten har varit som störst inledningsvis och på vissa håll har länsverksamhetscheferna lyckats definiera sina uppdrag. Kritiken kring hur organisationsförändringarna planerades och genomfördes återkommer dock eftersom det upplevs påverka verksamheten än idag. Hade förarbetet gjorts bättre genom tydligare planering, målsättning och bättre förankring i verksamheterna, upplever många intervjurespondenter att verksamheten hade kunnat undgå vissa problem.

Revisionsrapporten mynnade ut i fyra rekommendationer, varav en var att den nya organisationen skulle följas upp beträffande interna effekter och effekter för patienterna. Vidare rekommenderades att nackdelar med organisationen skulle identifieras och i förlängningen åtgärdas ”med kompletterande arrangemang”. Hälso- och sjukvårdsnämnden fattade därefter beslut om genomförandet av denna utvärdering.

2 Metod och genomförande

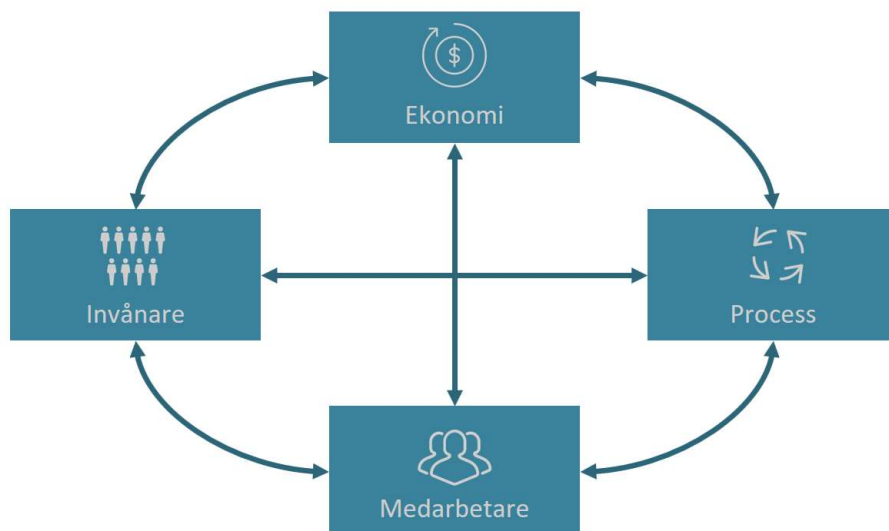
Denna utvärdering har utgått ifrån de fyra perspektiven i Region Västernorrlands styrkort: invånarperspektivet, medarbetarperspektivet, processperspektivet, och ekonomiperspektivet. Kvalitativa analyser genom intervjuer och dokumentinhämtning har kompletterats av kvantitativa analyser baserade på publika och regioninterna källor. Inom vissa av de kvantitativa analyserna jämförs Västernorrland med riksgenomsnittet samt ett snitt från liknande landsting. För jämförelser över tid används i den utsträckning det går tidsintervallet 2012–2017.

UTVÄRDERINGEN BELYSER DE FYRA PERSPEKTIV SOM INGÅR I REGIONENS BALANSERADE STYRKORT

Region Västernorrland planerar och följer upp sin verksamhet med hjälp av ett balanserat styrkort bestående av fyra perspektiv – invånarperspektivet, medarbetarperspektivet, processperspektivet och ekonomiperspektivet.

Ett balanserat styrkort är en metod för en balanserad styrning av en organisation eller ett företag, som med hjälp av måtetal kopplade till olika perspektiv ska kunna följa upp huruvida organisationens strategiska mål följs. Strategin förs på så sätt närmare medarbetarna och det vardagliga arbetet. Tanken med styrkortet är att de respektive perspektiven har ömsesidig påverkan på varandra, och att förbättringar inom ett perspektiv indirekt har stor potential att positivt påverka andra perspektiv. För en visualisering av de fyra perspektiven, se Figur 7.

Figur 7. Visualisering av Region Västernorrlands styrkort med fyra perspektiv



I denna utvärdering sorteras både våra insikter och rekommendationer utifrån styrkortets fyra perspektiv. Eftersom perspektiven av naturliga skäl har ett flertal överlapp har vi till rekommendationerna fogat en tabell med en uppskattning av i vilken mån rekommendationerna för respektive perspektiv påverkar de andra perspektiven.

INFORMATIONSHÄMTNING HAR I HUVUDSAK GJORTS GENOM DOKUMENTSTUDIER OCH INTERVJUER

Lumells uppdrag har i huvudsak varit att undersöka processperspektivet och medarbetarperspektivet. Region Västernorrland hade vid denna utvärderings början redan gjort en egen utvärdering av ekonomiperspektivet och invånarperspektivet. De kvalitativa och kvantitativa analyserna från vår sida har därför i huvudsak kretsat till de två förstnämnda perspektiven. En rad kompletterande analyser har i takt med arbetets gång dock gjorts till de övriga två perspektiven.

KVALITATIVA ANALYSER

Den största delen av informationshämtningen har skett genom semistrukturerade intervjuer. I Tabell 1 framgår organisationstillhörigheten hos de totalt 83 intervjuade. Urvalet av respondenter har gjorts för att fånga upp många olika perspektiv och därmed få en så representativ bild som möjligt. Intervjuer har därför hållits med

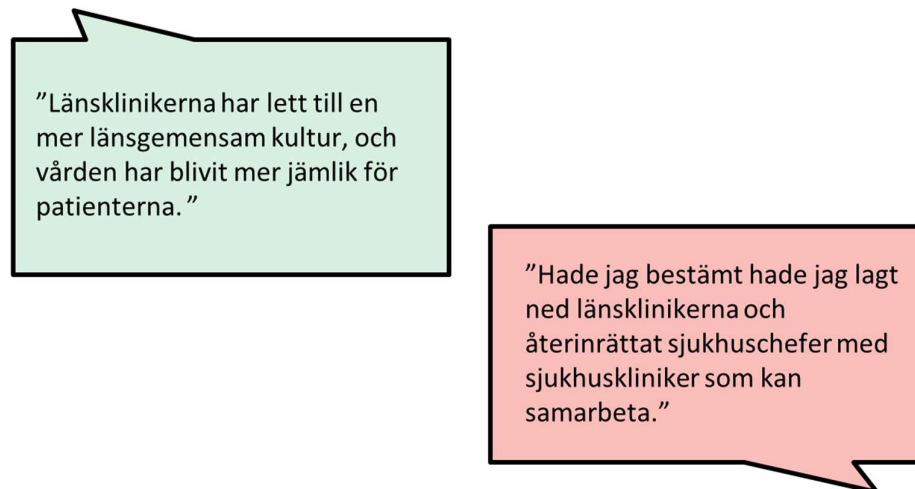
länsverksamhetschefer från verksamheter av varierande storlek, enhetschefer på varje sjukhusort, före detta länsverksamhetschefer, politiker, regionledning, stabspersoner, fackliga företrädare och representanter för flera av länets kommuner. Gruppintervjuer har hållits med enhetschefer i Sundsvall, Örnsköldsvik och Sollefteå, samt med fackliga representanter från förbund som representerar en rad olika personalgrupper. En workshop har även genomförts med stora ledningsgruppen för specialistvården, vilken består av samtliga länsverksamhetschefer och cheferna för ett antal regionala stödfunktioner. Uppdragets korta tidsram har dock begränsat antalet möjliga intervjuer och vi har varit tvungna att prioritera i urvalet av intervjuer. Av denna anledning har de flesta intervjuade varit chefer, medan vi inte kunnat genomföra mer omfattande medarbetarintervjustudier. Den fortsatta beredningen av utvärderingens rekommendationer bör därför inbegripa möjligheter för medarbetarna att lämna synpunkter och komma till tals.

Tabell 1. Antal intervjuade personer i utvärderingen per roll

Roll	Antal personer
Enhetschef	44
Länsverksamhetschef	11
Fackliga representanter	6
Kommunrepresentanter	6
Andra landstingspersoner	3
Chefläkare	2
Primärvård	1
Övriga	10

Som illustreras i Figur 8 har ibland motsatta åsikter framkommit i intervjuerna. Eftersom specialistvårdens verksamhetsområden skiljer sig åt till sin natur, är det förväntat att åsikterna kring organisationerna till viss del går isär. Olika länsverksamheter har också kommit olika långt i sin anpassning av den relativt nya organisationen, samtidigt som det förekommer generella geografiska skillnader i hur man upplever övergången till länsverksamheter.. Insikterna i denna utvärdering kan ses som en sammanvägning av de perspektiv vi har fått in. I den mån uppgifterna skilt sig åt mellan olika respondenter har vi sökt kompletterande information genom andra källor.

Figur 8. Citat från intervjustudien som illustrerar spannet av åsikter



En andra del av de kvalitativa analyserna har varit genomgång av publika dokument och av dokumentation tillhandahållen av regionen.

En tredje del av de kvalitativa analyserna har varit en utblick för att dra lärdomar av tre andra regioner som organiserat sin specialistvård i länsverksamheter under en längre tid; Region Norrbotten, Västerbottens läns landsting och Region Östergötland.

KVANTITATIVA ANALYSER

De kvantitativa analyserna har utöver statistik från regionen hämtats från följande källor:

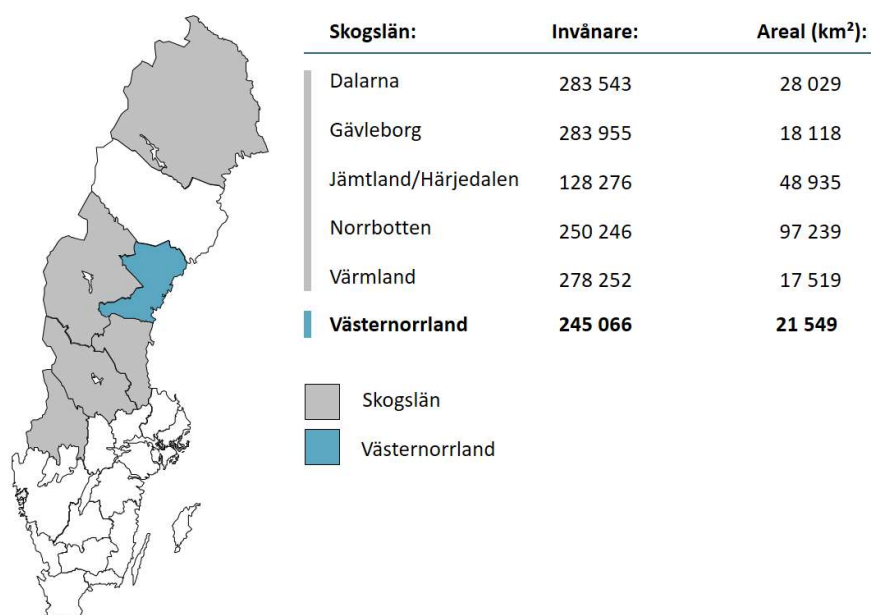
- Socialstyrelsen
- Statistiska Centralbyrån
- Sveriges Kommuner och Landsting/Vården i siffror
- Väntetider
- Inspektionen för vård och omsorg

För jämförbarhet har, i våra kvantitativa analyser där det varit relevant och där inte annat anges, data för Västernorrland jämförts med data från följande geografiska områden:

- Riket
- Skogslän

För "riket" anges det genomsnittliga nationella värdet. Begreppet "skogslän" definierar vi som de län som vi bedömer som mest relevanta när det gäller jämförelser av Västernorrlands hälso- och sjukvårdsutfall. Här används ibland ett viktat mått till de respektive skogslänens befolkning, och ibland ett oviktat genomsnitt. Detta anges i diagrammens fotnoter. Som jämförbara landsting har vi definierat övriga norrlandsting förutom Västerbotten, samt Värmland och Dalarna. Anledningen till detta urval är att dessa län har liknande demografiska och geografiska förutsättningar, samt att de inte har ett universitetssjukhus, vilket är anledningen till att Västerbotten plockats bort. Jämförelsegruppen "skogslän" omfattar drygt 1,2 miljoner invånare och sammanfattas i Figur 9.

Figur 9. Definition av jämförelsegruppen "skogslän" i denna utvärdering



För jämförelser över tid har vi valt att i längsta möjliga utsträckning utgå ifrån åren 2012–2017, vilket omfattar de omorganiseringar som gjorts i regionen. Ibland finns data för dessa specifika år inte tillgängliga eller är inte applicerbara och då används närmast möjliga tidsintervall.

BEGRÄNSADE MÖJLIGHETER ATT FASTSTÄLLA ORSAKSSAMBAND MELLAN UTMANINGAR OCH ORGANISATIONSFORMEN

Utifrån att det inte funnits definierade tydliga mål eller variabler med utgångsvärden att följa före införandet och det omöjliga i att rensa för effekterna från andra förändringar och omvärldsfaktorer är det mycket svårt att påvisa orsakssamband mellan omorganiseringen och insikter som framkommit under utvärderingen. En del av de påverkande faktorerna, såsom demografiska förändringar och brist på kompetens, är trender som påverkar en majoritet av hälso- och sjukvården i Sverige medan andra är lokala, såsom specifika utbudsförändringar, andra organisationsförändringar och det politiska läget. Samtliga analyser i denna utvärdering, såväl kvalitativa som kvantitativa, bör därför tolkas inte enbart med organisationsförändringarna i åtanke, utan även de utomstående faktorer som kan ha påverkat organisationen.

De insikter som framkommit under utvärderingen ger däremot en god grund för att konkretisera rekommendationer för att förbättra organiseringen av specialistvården.

Ansatsen för denna utvärdering har varit att under en kort och intensiv insats genomföra en bred utvärdering genom vilken flera teman för insatser och konkreta rekommendationer för förbättring kunnat tas fram. För de flesta bör en kompletterande analys ingå som en del i det kommande arbetet.

Rekommendationerna spänner från övergripande insatser till avgränsade detaljerade processändringar. De senare kan te sig mindre viktiga i jämförelse men ofta är de enkla att lösa och genom att åtgärda dem frigörs tid och onödig frustration inom organisationen kan undvikas.

3 Insikter från utvärderingen

Insikterna är kategoriserade utifrån de fyra perspektiven i Region Västernorrlands styrkort: invånarperspektivet, medarbetarperspektivet, processperspektivet och ekonomiperspektivet. Flera av insikterna påverkar av naturliga skäl de övriga perspektiven, som i många bemärkelser är sammanflätade.

Insikterna inom varje perspektiv har kunnat grupperas i tydliga teman. Utifrån utvärderingens inriktning är det naturligt nog flest teman inom Processperspektivet.

Varje perspektiv i Region Västernorrlands balanserade styrkort har delats upp i ett antal huvudteman. Se Figur 10 för huvudtema per styrkortsperspektiv. Varje huvudtema har i sin tur olika underrubriker.

Figur 10. Huvudteman per styrkortsperspektiv

 Invånare	 Medarbetare	 Process	 Ekonomi
Medicinsk kvalitet	Kompetensförsörjning	Ledning, styrning och uppföljning	Måluppfyllelse
Patientsäkerhet	Arbetsmiljö	Patientflöden	Produktions- och kapacitetsutnyttjande
Invånar- och patientupplevelse	Kultur	Stödfunktioner	Personalkostnader
Tillgänglighet	Kommunikation mellan medarbetare		

3.1 Invånarperspektivet

Den samlade bilden är att det finns mycket som genomförs väl men också utvecklingsbehov inom samtliga teman utifrån placeringen jämfört med andra landsting och utveckling över tid.

Insikterna i detta kapitel är grupperade under följande huvudrubriker:

- *Medicinsk kvalitet*
- *Patientsäkerhet*
- *Invånar- och patientupplevelse*
- *Tillgänglighet*

Utöver ovanstående fyra huvudteman hade vi önskat belysa jämlikhet för varje område, men med de data som funnits tillgängliga under arbetet med denna utvärdering har vi enbart kunnat belysa begränsade aspekter av jämlikhet ur ett geografiskt perspektiv. Övriga relevanta aspekter är jämlikhet med avseende på kön och olika befolknings- och patientgrupper där särskilt utsatta grupper såsom personer med psykisk- och somatisk (kroppslig) samsjuklighet, funktionsnedsatta, missbrukare, placerade barn, nyanlända, resurssvaga med avseende på utbildning, ekonomi eller socialt kapital alla är intressanta.

Statistik som belyser flera delar av invånarperspektivet visar att Västernorrland i flera fall försämrat sina resultat, både i absoluta tal och i jämförelse med andra landsting mellan 2012 och 2017. Att analysera de bakomliggande orsakerna till detta kräver dock betydligt mer tid och resurser än vad som funnits tillgängligt för denna utvärdering.

Det är inte otänkbart att den stora omorganisering som specialistvården i Västernorrland genomgått under senare år påverkat dessa resultat i negativ riktning; större omorganiseringar innebär alltid en risk för att den dagliga verksamheten börjar hacka, och vid illa förberedda och slarvigt genomförda omorganiseringar ökar denna risk. En annan möjlig förklaring är att de kompetensförsörjningsproblem som Västernorrland brottats med under flera år slagit igenom i ökade patientsäkerhetsrisker och undvikbara vårdskador. Vår bedömning utifrån den översiktliga analys som gjorts inom ramen för denna utvärdering är att det troligtvis inte är införandet av länsverksamheter i sig som drivit på den negativa utvecklingen

av inom dessa områden i Västernorrland, medan däremot det bristfälliga sätt som förberedelser och införande av den nya organisationen skedde på mycket väl kan ha inverkat negativt på dessa nyckeltal.

MEDICINSK KVALITET

De insikter som vuxit fram under utvärderingen beskrivs nedan under följande rubriker:

- Möjlighet att vidareutveckla den länsgemensamma uppföljningen av den medicinska kvaliteten
- Den medicinska kvaliteten har inom vissa områden förbättrats och inom andra försämrats utan att tydligt orsakssamband med omorganiseringen kunnat fastställas

MÖJLIGHET ATT VIDAREUTVECKLA DEN LÄNSGEMENSAMMA UPPFÖLJNINGEN AV DEN MEDICINSKA KVALITETEN

Medicinsk kvalitet är ett mycket vitt begrepp och för många diagnoser och behandlingar saknas allmänt vedertagna mål för vilka resultat som utgör god medicinsk kvalitet och ofta också möjligheter för kontinuerlig uppföljning över tid. Ofta är ett första steg att se utvecklingen av sina egna resultat i jämförelse med andra. Utifrån bland annat arbetet med kvalitetsregister och olika initiativ där nationella aktörer och landsting samarbetar börjar det gradvis växa fram definitioner av mål inom olika områden och relevant data som möjliggör jämförelser. En nyckelkälla till information är i dagsläget vardenisiffror.se.

Det pågår ett aktivt arbete att utifrån regionens balanserade styrkort utveckla målen för specialistvården. Utifrån vad som framkommit kring detta arbete under utvärderingen finns en möjlighet till vidareutveckling för området medicinsk kvalitet.

DEN MEDICINSKA KVALITETEN HAR INOM VISSA OMRÅDEN FÖRBÄTTRATS OCH INOM ANDRA FÖRSÄMRATS UTAN ATT TYDLIGT ORSAKSSAMBAND MED OMORGANISERINGEN KUNNAT FASTSTÄLLAS

De intervjuer som genomförts och de underlag som presenterats av regionen ger bilden av att utvecklingen av den medicinska kvaliteten varierat, med förbättring inom vissa områden och försämring inom andra, utan att tydliga orsakssamband med införandet av länsverksamheter kunnat fastställas. För att, om än i ytterst begränsad omfattning, komplettera denna bild genomförde vi en kvantitativ analys av ett antal av de variabler som Socialstyrelsen valt att inkludera i sin rapport Öppna

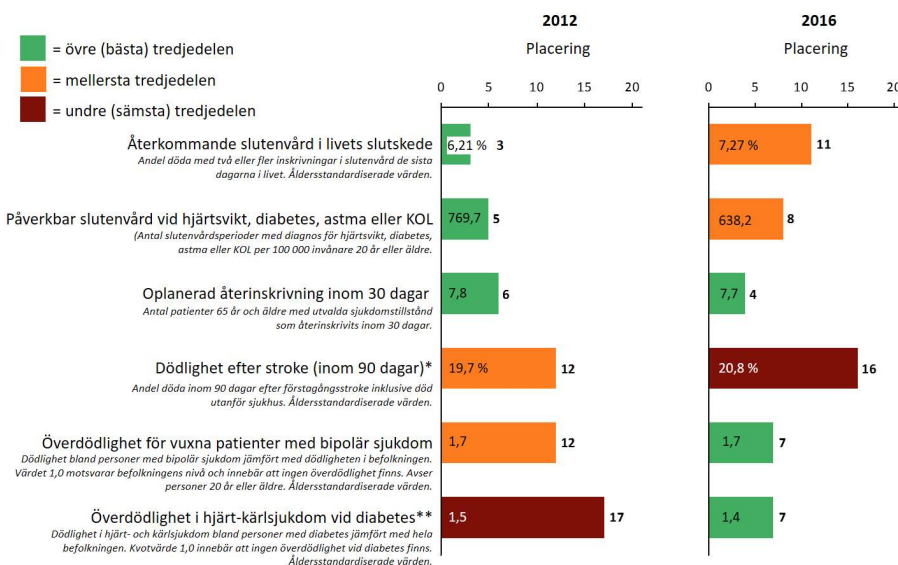
Jämförelser från år 2017 (Socialstyrelsen, 2017). Inom Socialstyrelsens urval fanns sex variabler tillgängliga dels för perioden 2012–2016, dels för samtliga landsting, se Figur 11. Dessa sex variabler ger inte en representativ bild av den medicinska kvaliteten inom regionen, men presentationen illustrerar en metodik. Dessutom kan man se att den medicinska kvaliteten inom vissa områden förbättrats och inom andra försämrats.

Figur 11 visar genom staplarna Västernorrlands relativa resultat jämfört med andra landsting, medan de absoluta resultaten anges inuti staplarna. För alla indikatorer är ett lågt värde önskvärt. Notera att ett område kan förändras i en riktning i absolut bemärkelse, men förändras i en annan riktning i relativ bemärkelse. Vid genomgång ses att den medicinska kvaliteten i relativ bemärkelse:

- Förbättrats uttalat inom två områden: överdödlighet i hjärtsjukdom vid diabetes, och överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom.
- Förbättrats något inom ett område: oplanerad återinskrivning inom 30 dagar.
- Försämrats inom tre områden: dödlighet efter stroke (inom 90 dagar), påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL och återkommande slutenvård i livets slutskede.

Dessa exempel syftar just till att utgöra exempel och det finns inga anspråk på att detta skulle ge en heltäckande bild av utvecklingen av den medicinska kvaliteten inom specialistvården.

Figur 11. Västernorrlands placering relativt andra landsting i olika medicinska utfallsmått, 2012 respektive 2016 (långt värde önskvärt)



** Placering 2012 respektive 2016 är i själva verket snittet mellan 2011–2013 respektive 2014–2016.
** Placering 2012 respektive 2016 är i själva verket snittet mellan 2013–2014 respektive 2015–2016.
Not: För oplanerad återinskrivning inom 30 dagar finns inga redovisade siffror från Jämtland/Härjedalen.
Källa: Socialstyrelsen (2017), Öppna jämförelser 2016. En god vård?*

PATIENTSÄKERHET

Patientsäkerhet är ett vitt begrepp som normalt sett är relevant att följa upp med avseende på hur arbetet med riskminimering för vårdskador och vårdskador fungerar, samt utfall för riskfaktorer och resultat. Som kommer att framgå nedan har det skett vissa förändringar över tid men det går inte att säkerställa orsakssamband med omorganiseringen till länsverksamheter.

De insikter som vuxit fram under utvärderingen beskrivs nedan under följande rubriker:

- Länsverksamheterna uttrycker ett behov av stärkt arbete med patientsäkerhet
- Patienterna har inkommit med fler anmälningar till patient-etiska nämnden men färre kritikbeslut från IVO
- Vården har registrerat färre avvikelser och oförändrad nivå av lex Maria-ärenden
- En ökning av vårdskador ses i Västernorrland jämfört med riket 2013–2016
- En intern utredning och tillsyn av IVO riktade under 2017 kritik på vissa områden

LÄNSVERKSAMHETERNA UTTRYCKER ETT BEHOV AV STÄRKT ARBETE MED PATIENTSÄKERHET

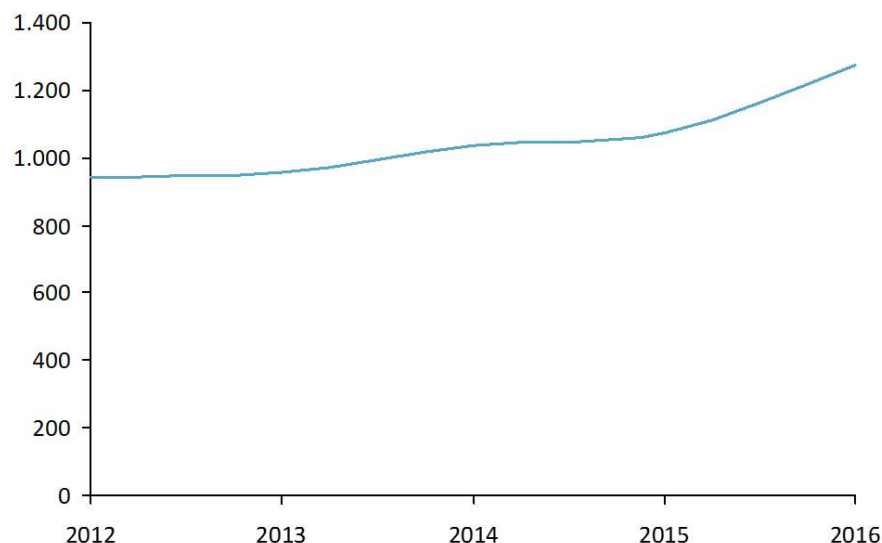
Utifrån patientsäkerhetsberättelsen 2016 framkommer att det bedrivs ett aktivt arbete inom fyra satsningsområden: patientsäkerhetskultur, undvikbara vårdskador, säkra övergångar och patient- och närståendemedverkan. Under berättelsens rubrik ”specialistvården” framhålls bland annat att man arbetat med att utveckla länsgemensamma styrdokument och rutiner, förbättrad och mer strukturerad avvikelshantering och flera samverkansprojekt. Trots allt detta arbete är patientsäkerhet ett av de områden som under utvärderingens intervjudel lyfts fram som ett område där det behövs fortsatt utveckling och förbättrat stöd. Här behöver en fördjupad analys göras, men exempel på teman som framkommit är stöd för strukturerade arbetssätt och säkerställande av kompetens i patientsäkerhetsfrågor.. Den nya klagomållagstiftningen som trädde i kraft i januari 2018 kommer dessutom att kräva nya arbetssätt inom länsverksamheterna.

PATIENTERNA HAR INKOMMIT MED FLER ANMÄLNINGAR TILL PATIENT-ETISKA NÄMNDEN MEN FÄRRE KRITIKBESLUT FRÅN IVO

Anmälningar till patient-etiska nämnden har ökat sedan 2012

Patient-etiska nämnden ska stödja och hjälpa patienter inom den hälso- och sjukvård samt den tandvård som enligt lag bedrivs av regionen eller enligt avtal med regionen. Nämnden bedriver etiska frågor och ett etiskt kunskapscentrum, och ska också bland annat informera den som klagar på vården om de möjligheter som finns att vända sig till tillsynsmyndigheter och prövningsinsatser. I Figur 12 visas antal klagomål direkt på verksamheten via patient-etiska nämnden (PEN) mellan 2012 och 2016. År 2012 låg antalet på 944, och under 2016 på 1 273, vilket motsvarar en ökning med en dryg tredjedel.

Figur 12. Antal klagomål till patient-etiska nämnden (PEN) i Region Västernorrland 2012-2016



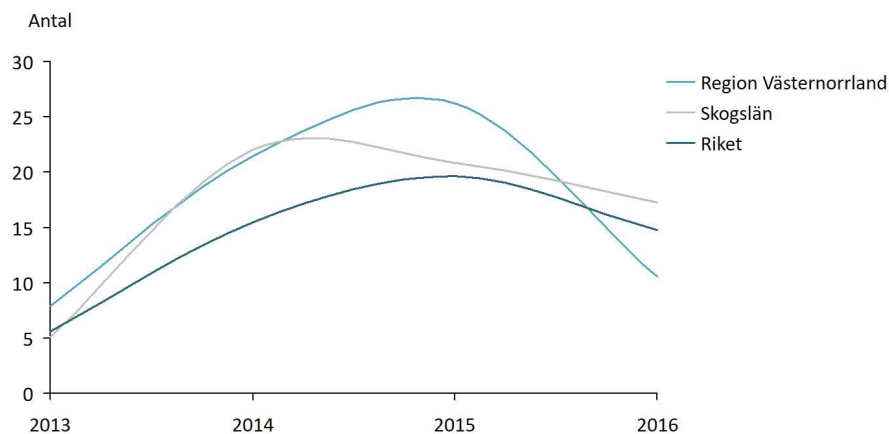
Källa: Region Västernorrlands patientsäkerhetsberättelse 2016.

Kritikbeslut från IVO utifrån patientklagomål har minskat 2012–2016

Antalet kritikbeslut som inspektionen för vård och omsorg (IVO) tog gällande Västernorrland minskade 2016 från föregående år. Figur 13 visar antal kritikbeslut inom hälso- och sjukvård som IVO tagit efter det att en anmälan gjorts. I diagrammet

har antalet kritikbeslut justerats för invånarantal för att möjliggöra en ungefärlig jämförelse med skogslänen och riket. Denna jämförelse ska betraktas med stor försiktighet, då antalet invånare är en mycket grov uppskattning av antalet patienter. Det är också värt att påminna om att måttet varierar kraftigt mellan åren i nästan alla landsting. Notera också att IVO bokför statistik från hela hälso- och sjukvården, inklusive primärvård och tandvård.

Figur 13. Antal kritikbeslut inom hälso- och sjukvård från IVO per 100 000 invånare, 2013-2016

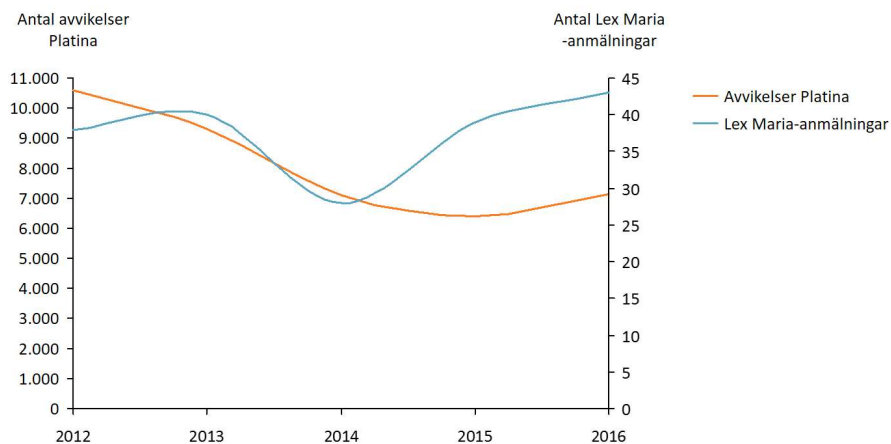


Källa: IVO, SCB, Lumell-analys.

VÅRDEN HAR REGISTRERAT FÄRRE AVVIKELSER OCH OFÖRÄNDRAD NIVÅ AV LEX MARIA-ÄRENDEN

Två viktiga delar i vårdens egen uppföljning av risker för vårdskador och vårdskador är rapporteringsskyldighet i avvikelshanteringssystemet Platina samt initiering av Lex Maria-ärenden till IVO utifrån händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada. Antalet inom båda har minskat 2012–2016. Så länge andra variabler går i motsatt riktning såsom utfallet av vissa risker för vårdskador, bör detta tolkas med försiktighet. Dessutom kan minskningen bero på minskad registrering snarare än minskad omfattning av risk för vårdskador/vårdskador. Se Figur 14 för antalet avvikelser och Lex Maria-anmälningar.

Figur 14. Antal avvikelser i Platina respektive antal Lex Maria-anmälningar i Region Västernorrland, 2012-2016



Källa: Region Västernorrlands kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2016.

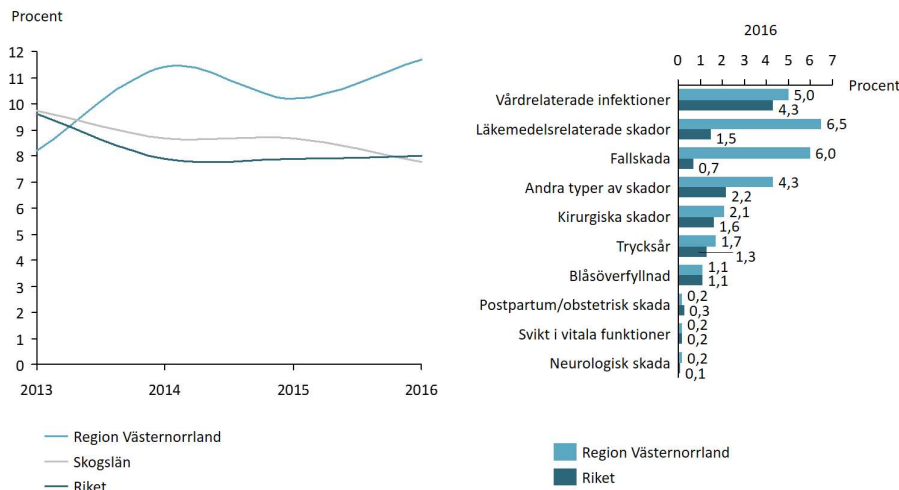
EN ÖKNING AV VÅRDSKADOR SES I VÄSTERNORRLAND JÄMFÖRT MED RIKET 2013–2016

Statistik över patientsäkerhetsrisker och vårdskador visar att Västernorrland generellt försämrat sina resultat, både i absoluta tal och i jämförelse med andra landsting mellan 2013 och 2016. I linje med vad som beskrivs i inledningen av detta kapitel skulle dock en analys av de bakomliggande orsakerna till detta kräva betydligt mer tid och resurser än vad som funnits tillgängligt för denna utvärdering.

Ökning av andel vårdtillfällen med undvikbara vårdskador jämfört med skogslän och riket 2013–2016

Totalt sett ökade andelen vårdtillfällen med undvikbara vårdskador i Västernorrland från 8,2 till 11,7 procent mellan 2013 och 2016, se Figur 15. Både i riket och i skogslänen sjönk under samma tidsperiod denna andel något. Under 2013 hade Västernorrland bättre resultat än rikssnittet och snittet i skogslänen, men sedan 2014 har regionen noterat sämre resultat än dessa jämförelsegrupper. Inom respektive typ av vårdskador låg Västernorrland under 2016 flera gånger över riksgenomsnittet för ett flertal typer av skador. Den vanligaste typen av vårdskada var läkemedelsrelaterade skador, följt av fallskador och vårdrelaterade infektioner. En markörbaserad journalgranskning genomförd av regionen under 2016 påvisar liknande resultat.

Figur 15. Andel vårdtillfällen med undvikbara skador (vårdskador) 2013-2016, och fördelning på typ av vårdskador 2016



Källa: För riket är statistiken omräknad till nationell nivå. För skogslän har genomsnittet viktats.

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (2017), Skador i vården, 2013–2016.

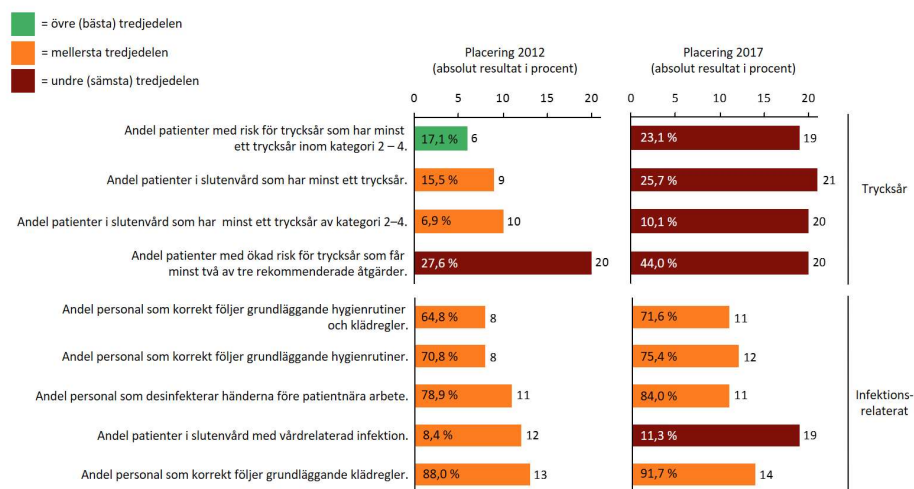
Ökning av trycksår och vårdrelaterade infektioner 2012–2017

I Figur 16 visas Västernorrlands resultat från 2012 respektive 2017 för indikatorer från SKL:s Patientsäkerhetsregister. Notera att staplarna inte representerar Västernorrlands absoluta resultat för respektive indikator, utan dess relativa placering bland landets 21 landsting. En låg placering betyder därför att man ligger bra till jämfört med andra landsting, medan färgerna representerar i vilken tredjedel regionen har placerat sig bland landstingen. En förändring i placering över tid säger dock inte per automatik någonting om förändringen i det absoluta resultatet; det absoluta resultatet står angivet som text inne i staplarna. Ofta samverkar dock de båda måtten, vilket kan illustreras exempelvis av att *andelen patienter med risk för trycksår som har minst ett trycksår inom kategori 2–4* har ökat, och i samband med det har Västernorrland också gått från placering 6 till placering 19 - en klar försämring. Det är dock också möjligt att Västernorrland förbättrar sig men ändå förlorar placeringar och då finns troligen möjligheter att lära av andra. Detta illustreras av måttet *andel personal som korrekt följer grundläggande hygienrutiner och klädregler*, där man förbättrade sig något men ändå förlorade tre platser, vilket beror på att man inte förbättrat sig lika mycket som andra landsting.

Överlag kan konstateras att Västernorrland inte förbättrat sin position inom något av de studerade områdena när åren 2012 och 2017 jämförs. Västernorrlands absoluta

resultat inom fem av områdena har visserligen förbättrats, samtliga relaterade till personalens rutiner för hygien och klädsel. Inom samtliga fyra kategorier inom trycksår, och en inom vårdrelaterade infektioner låg Västernorrland 2017 i den nedersta tredjedelen år 2017.

Figur 16. Västernorrlands placering relativt andra landsting i olika patientsäkerhetsmått, samt absolut utfall, 2012 respektive 2017



Källa: Vården i siffror, Lumell-analys.

Vid genomgång av patientsäkerhetsrisker inkluderas ofta också omfattningen av överbeläggningar och utlokaliseringar inom slutenvården. Sammanfattningsvis kan sägas att inom utlokaliseringar ligger Västernorrland lägre än riket och antalet per 100 disponibla vårdplatser sjönk 2015–2017 medan de ökade i skogslänen och riket. Detta kan troligen till viss del hänga samman med att Västernorrland för överbeläggningar ligger över riket som helhet drivet av situationen på Sundsvalls sjukhus. För diagram, se Figur 30 och i resonemanget anslutning till i under patientflöden på sidan 58.

EN INTERN UTREDNING OCH TILLSYN AV IVO RIKTADE UNDER 2017 KRITIK PÅ VISSA OMRÅDEN

I samband med utbudsförändringarna på Sollefteå sjukhus har Region Västernorrland genomfört en så kallad ”sexveckorsutvärdering”, där data samlades in från perioden maj till oktober 2017. Utvärderingen landade i kritik på tre nivåer avseende implementering och uppföljning av utbudsförändringen.

Under 2017 utförde också IVO en tillsyn av läkarkompetensen på regionens akutmottagningar och undersökte också patientsäkerheten för patienter som fortsatt vårdas på akutmottagningen i väntan på vårdplats i slutenvård. IVO:s beslut rörande läkarkompetens formulerades i december 2017 som följer:

- ”IVO kritiserar Landstinget Västernorrland för att läkare med vikariatsförordnande arbetar självständigt inom psykiatrisk vård vid akutmottagning, utan att legitimerad läkare finns på plats och ansvarar för patientens vård och behandling.”
- ”Landstinget Västernorrland har säkerställt att läkare med vikariatsförordnande inte arbetar självständigt inom somatisk vård vid akutmottagning.”

IVO avslutade beslutet med att fastställa att man förväntar sig åtgärder för det förstnämnda, och att uppföljning under 2018 kommer att ske.

Gällande patientsäkerheten för de patienter som vårdas på akutmottagningen i väntan på en plats i slutenvård gavs för de tre sjukhusen i oktober 2017 av IVO identiska beslut, som följer:

- ”Patienter vårdas sällan kvar någon längre tid på akutmottagningen i väntan på en vårdplats, och personalen har möjlighet att ta hand om patienterna på ett sätt som gör att risken för vårdskador minimeras.
- Vårdgivaren bedriver ett patientsäkerhetsarbete för att förebygga vårdskador för patienter som vistas på akutmottagningen.”

INVÅNAR- OCH PATIENTUPPLEVELSE

Patientupplevelse är ett viktigt mått som en uppföljning av hur invånare, närstående och patienter upplever den hälso- och sjukvård som erbjuds. Det är viktigt för att uppmärksamma faktorer som är avgörande för trygghet och för patientdelaktighet. Patientdelaktighet är dels viktigt för patientens upplevelse, men har också visat sig kunna bidra till minskat vårdbehov och bättre behandlingsresultat. Som för alla data är det viktigt med en kritisk analys av resultaten. För patientupplevda mått finns ofta en högre grad av subjektivitet och självselektion för deltagande än för många medicinska utfallsmått.

I Sverige koordineras nationellt återkommande insamling av data från invånare i vårdbarometern och från patienter i nationella patientenkäten, som båda erbjuder jämförelse med andra landsting över tid.

De insikter som vuxit fram under utvärderingen beskrivs nedan under följande rubriker:

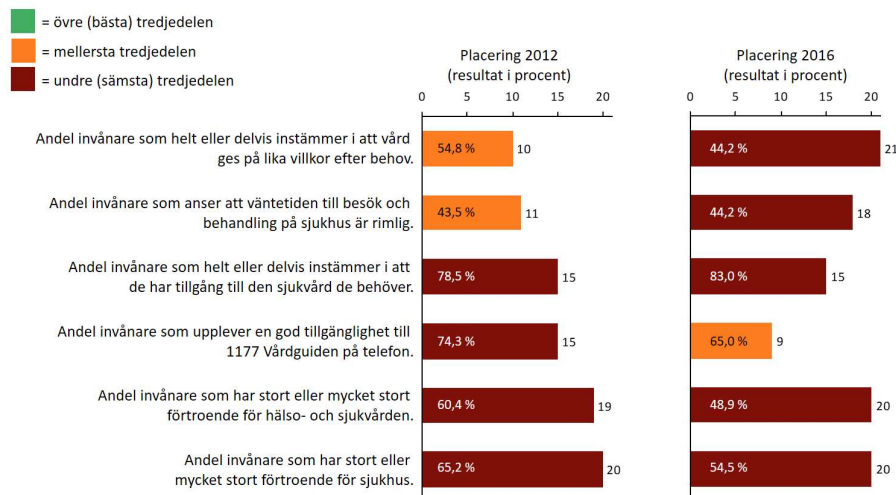
- Enligt Vårdbarometern har invånarnas förtroende för hälso- och sjukvården minskat 2012–2016
- 2016 års nationella patientenkät visade på bättre resultat inom akutmottagningen än inom den specialiserade slutenvården

ENLIGT VÅRDBAROMETERN HAR INVÅNARNAS FÖRTROENDE FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN MINSKAT 2012–2016

Enligt Vårdbarometern 2012–2016 för Västernorrland har invånarnas förtroende minskat för hälso- och sjukvården samt för sjukhusen, upplevelsen av vård på lika villkor har försämrats och övriga variabler ligger väsentligen oförändrade. För samtliga utom den upplevda tillgängligheten till 1177 ligger Västernorrland i den nedre tredjedelen i jämförelse med andra landsting. Resultaten redovisas i Figur 17. Notera att staplarna inte indikerar det absoluta resultatet för respektive fråga, utan regionens relativa placering bland landets 21 landsting. De absoluta resultaten anges som text inuti staplarna. En förbättring i resultat kan därför gå åt ena hållet medan den relativa placeringen går åt andra hållet. Mellan 2012 och 2016 nådde Region Västernorrland bättre resultat i andel invånare som anser att väntetiden till besök och behandling på sjukhus är rimlig, men placeringen relativt andra landsting försämrades. Samtidigt hade andelen invånare som upplever en god tillgänglighet till 1177 Vårdguiden via telefon försämrats, medan den relativa positionen förbättrades. Sådana resultat kan bero på att andra landsting också förändras, samt att personer förändrar sina krav och förväntningar över tid.

Vid genomgång av siffrorna är det viktigt att ha i minnet att en del av de som svarar på enkäten inte nödvändigtvis har varit i kontakt med hälso- och sjukvården under det senaste året och därmed helt eller delvis kan basera sin uppfattning av hälso- och sjukvården på information från andra, exempelvis den bild som återges i media.

Figur 17. Region Västernorrlands placering i Vårdbarometern relativt andra landsting, 2012 och 2016



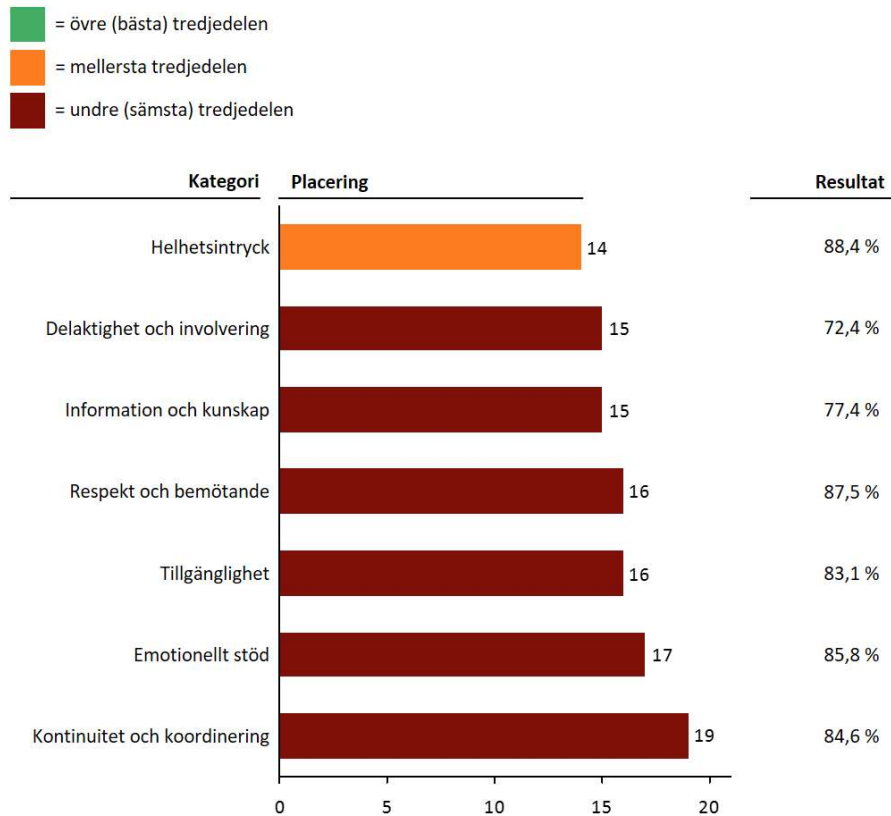
Not: Formuleringarna på frågorna ändrades till 2016, men betydelsen är samma.

Källa: Vårdbarometern, hälso- och sjukvårdsbarometern, Lumell-analys.

2016 ÅRS NATIONELLA PATIENTENKÄT VISADE PÅ BÄTTRE RESULTAT INOM AKUTMOTTAGNINGEN ÄN INOM DEN SPECIALISERADE SLUTEN- OCH ÖPPENVÅRDEN

Nationella patientenkäten gör varje år en sammanställning av sina frågor i sju kategorier: helhetsintryck, emotionellt stöd, delaktighet och involvering, respekt och bemötande, kontinuitet och koordinering, information och kunskap samt tillgänglighet. För dessa kategorier har enkätsvaren sammanfogats för att bilda ett genomsnittligt positivt svar. Ett hundra procentigt svar innebär att alla besvarande patienter hade ett positivt intryck av det frågan gällde. Vid en jämförelse med andra landsting av 2016 års patientenkät avseende specialiserad sjukhusvård, slutenvård, kan konstateras att Västernorrland hamnade bland den sämsta tredjedelen av alla landsting inom sex av de sju områdena, se Figur 18. Inom kategorin "helhetsintryck" hamnade Västernorrland på plats 14, då 88 procent av de svarande hade ett positivt helhetsintryck av den specialiserade sjukhusvården i slutenvård.

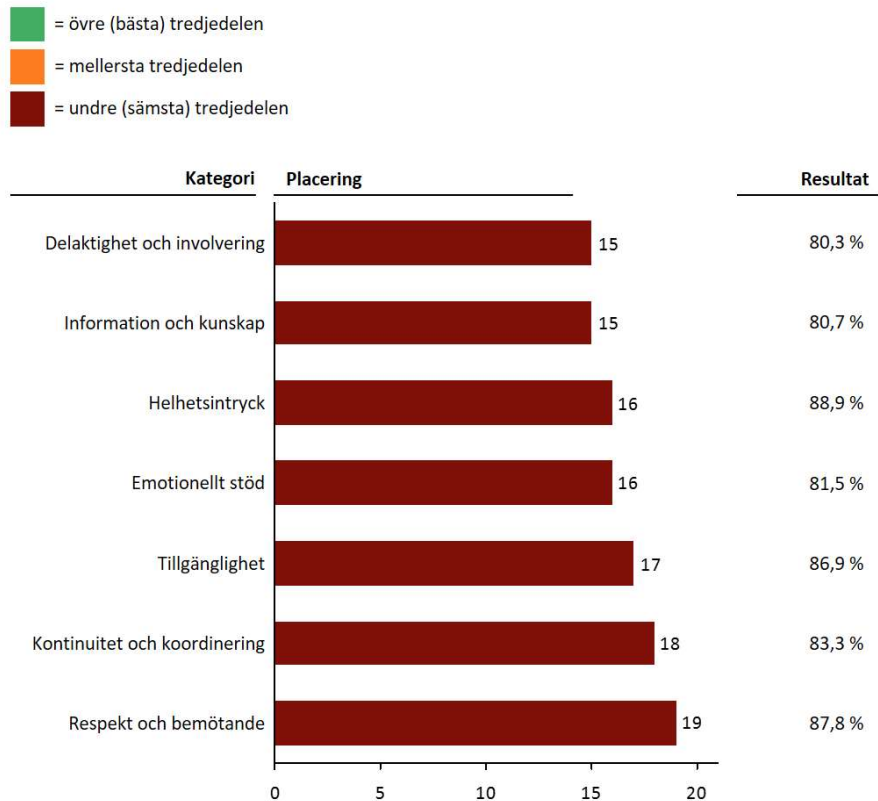
Figur 18. Region Västernorrlands placering inom specialiserad sjukhusvård slutenvård i relation till andra landsting, Nationell Patientenkät 2016



*Not: Gotland deltog inte. Korrigerad svarsfrekvens var 52,1 procent.
 Källa: Nationell Patientenkät 2016.*

Inom sjukhusvårdens öppenvård var Västernorrland bland den undre tredjedelen inom samtliga sju områden enligt nationella patientenkäten 2016, se Figur 19.

Figur 19. Region Västernorrlands placering inom specialiserad sjukhusvård öppenvård i relation till andra landsting, Nationell Patientenkät 2016

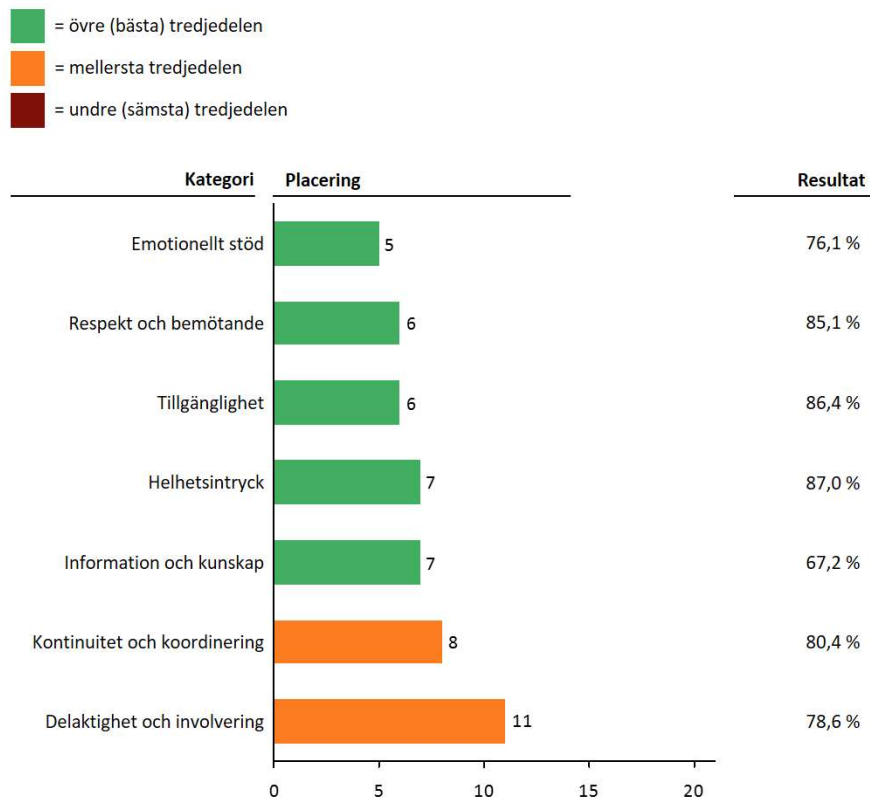


Not: Gotland deltog inte. Korrigerad svarsfrekvens var 47,5 procent.

Källa: Nationell Patientenkät 2016.

Motsvarande undersökning för akutmottagningen visade att Region Västernorrland hamnade bland den bästa tredjedelen inom sex av sju områden, se Figur 20.

Figur 20. Region Västernorrlands placering inom akutmottagningar i relation till andra landsting, Nationell Patientenkät 2016



Not: Korrigerad svarsfrekvens var 38,8 procent.
 Källa: Nationell Patientenkät 2016

TILLGÄNGLIGHET

Vårdens tillgänglighet kan betraktas ur flera olika perspektiv. Tillgänglighet kan dels definieras av den geografiska spridningen av olika vårdutbud, som synliggjorts i översigtskartan i Figur 1 på sidan 4. I Region Västernorrland har på senare år genomförts ett begränsat antal utbudsförändringar som har påverkat patienternas tillgänglighet till vård genom att det geografiska avståndet till sjukhus som erbjuder viss vård har ökat för en del av länets invånare. Tillgänglighet behöver dock inte vara av rent geografisk natur. En annan tillgänglighetsfaktor kan istället vara i vilken mån man når vården på telefon eller får annan typ av rådgivning och information. Tillgänglighet kan också uttryckas i tid genom väntetider. Det kan exempelvis vara så att fler patienter får ett längre geografiskt avstånd till närmaste utbudspunkt, men

att väntetiderna kortas. Det finns inget självklart mått på sammantagen tillgänglighet som väger dessa olika faktorer mot varandra.

Det är också värt att skilja på å ena sidan upplevd tillgänglighet, dvs. den tillgänglighet som patienterna eller befolkningen rapporterar sig uppleva, och å andra sidan den faktiska tillgängligheten i den mån den går att mäta.

Statistik över väntetider inom specialistvården visar att Västernorrland generellt försämrat sina resultat, både i absoluta tal och i jämförelse med andra landsting mellan 2012 och 2017. I linje med vad som beskrivs i inledningen av detta kapitel skulle dock en analys av de bakomliggande orsakerna till detta kräva betydligt mer tid och resurser än vad som funnits tillgängligt för denna utvärdering.

De insikter som vuxit fram under utvärderingen beskrivs nedan under följande rubriker:

- Upplevd tillgänglighet var högre enligt patientenkäterna än enligt befolkningsenkäten
- Faktisk tillgänglighet god för sjuktransporter men väntetiderna är längre än i riket

UPPLEVD TILLGÄNGLIGHET VAR HÖGRE ENLIGT PATIENTENKÄTERNA ÄN ENLIGT BEFOLKNINGSENKÄTEN

Som framgår av Figur 17 på sidan 30 upplevde 65 procent av enkätdeltagarna i Vårdbarometern att det var en god tillgänglighet till 1177 Vårdguiden på telefon. Detta är en försämring med drygt 9 procentenheter jämfört med 2012. Detta kan eventuellt förklaras med att invånarnas förväntningar och krav blivit högre. Regionens placering har trots sin absoluta försämring förbättrats i relation till andra landsting.

Utfallet i patientenkäterna var betydligt bättre än Vårdbarometerns befolkningsenkät. Inom nationell patientenkäts kategori tillgänglighet hamnade Region Västernorrland inom specialiserad sjukhusvård slutenvård på sextonde plats av landstingen med en positiv svarskvot på 83 procent. För regionens akutmottagningar var samma siffra 86 procent vilket betydde en sjätteplats bland landstingen. Se Figur 18 respektive Figur 20 för grafisk visualisering. Frågorna i kategorin tillgänglighet är för slutenvården en sammanställning av två frågor:

- ”Fick du möjlighet att ställa de frågor du önskade?”
- ”Om din familj/närstående ville prata med någon i vårdpersonalen, hade de då möjligheten att göra det?”

Resultatet för slutenvården 2016 var på dessa frågor 87,5 procent respektive 86,2 procent.

Frågorna i kategorin tillgänglighet är för akutmottagningarna en sammanställning av tre frågor:

- Bedömde vårdpersonalen ditt hälsotillstånd när du kom till akutmottagningen?
- Om din familj/närstående ville prata med en läkare, hade de då möjlighet att göra det?
- Fick du möjlighet att ställa de frågor du önskade?

Resultatet för slutenvården 2016 var på dessa frågor 90 procent, 78 procent respektive 85 procent. Med andra ord tycks det största förbättringsområdet röra huruvida familj/närstående upplevde att de hade möjlighet att prata med en läkare.

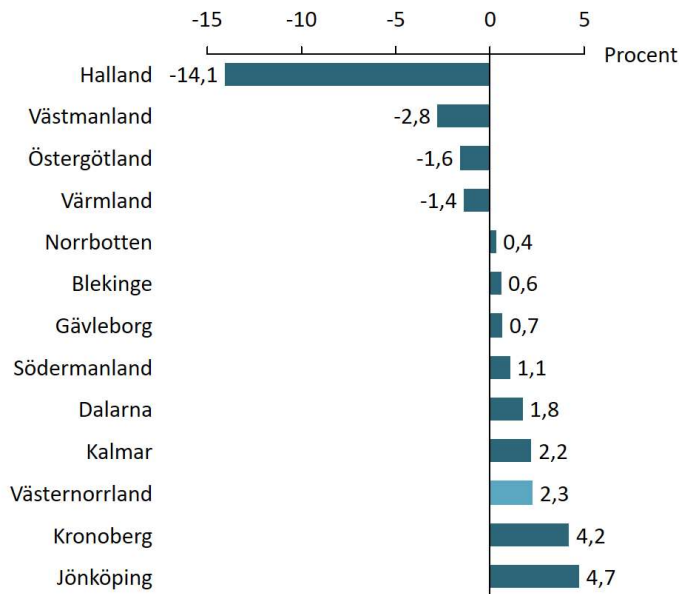
FAKTISK TILLGÄNGLIGHET GOD FÖR AMBULANSTRANSPORTER MEN VÄNTETIDERNÄR ÄR LÄNGRE ÄN I RIKET

När det gäller faktisk tillgänglighet kan konstateras att ambulanstransporternas aktivitet har ökat, men att regionens mål om att 95 procent av alla ambulanstransporter når patienten inom 30 minuter inte uppfylldes 2016. Det kan också konstateras att det sedan 2012 funnits en negativ nationell trend gällande uppfyllelse av vårdgarantin, men att trenden varit än mer betonad i Västernorrland än i riket och andra skogslän.

Ambulanstransporternas tillgänglighet mötte inte det uppsatta målet 2016

I takt med att utbudsförändringar inom regionens specialistvård har koncentrerat vården inom vissa specialiteter till färre orter, ställs nya krav på ambulansvården för att tillgängligheten till patienterna ska upprätthållas. Den totala körsträckan ökade mellan 2011 och 2016 från knappt 1,8 miljoner kilometer till drygt 2,1 miljoner kilometer, en ökning på nästan 20 procent. Antalet ambulansuppdrag i regionen har också ökat de senaste åren, från 33 135 år 2014 till 33 881 år 2016, en ökning på 2,3 procent. Regionens totala befolkning ökade under samma tidsperiod med ungefär en procent. Se Figur 21 för utvecklingen i några andra landsting. Notera att statistiken inte är korrigerad för befolkningsutveckling.

Figur 21. Procentuell förändring av antal ambulansuppdrag per landsting mellan 2014 och 2016

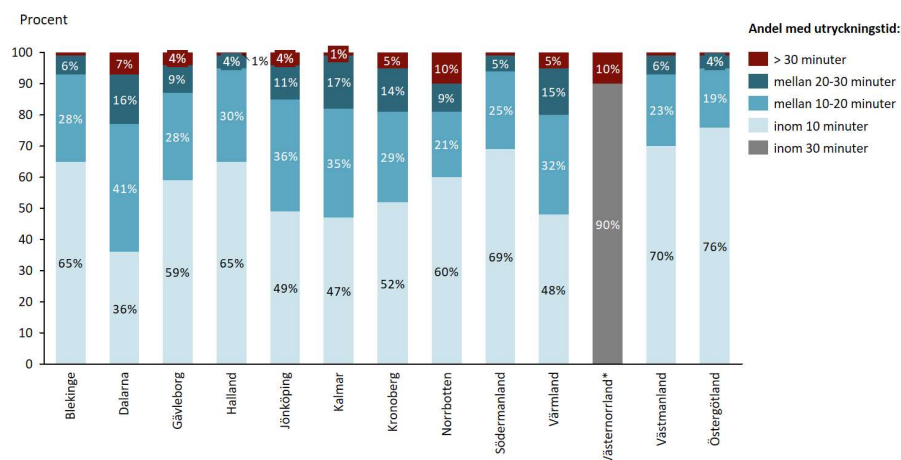


Not: Alla landsting ingår inte i statistiken.

Källa: Nysam 2016 och statistik från Region Västernorrland.

Enligt den utredning som regionen lät göra om patienttransporter i regionens regi 2017, finns ett mål om att 95 procent av alla uttryckningar ska ske inom 30 minuter, dvs. att ambulansen ska vara hos patienten inom denna tid. Detta klarades inte 2016, då siffran låg på 90 procent. Utryckningstiden skiljer sig åt mellan landstingen, som framgår av Figur 22, och diagrammet bör läsas med vetskapen att de olika landstingens geografiska och demografiska förutsättningar skiljer sig väsentligt. Den tillgängliga statistiken har inte tillåtit en uppdelning med tiominutersintervall för just Västernorrlands utryckningstid. Huruvida man närmat sig måluppfyllelsen under de senaste åren finns det inga data som belägger.

Figur 22. Landstingens utryckningstid fördelat på tidsintervall, 2016



Not: Statistik för Västernorrland finns bara för andel inom 30 minuter, inte inom 10 respektive 20 minuter. Alla landsting ingår inte i statistiken.

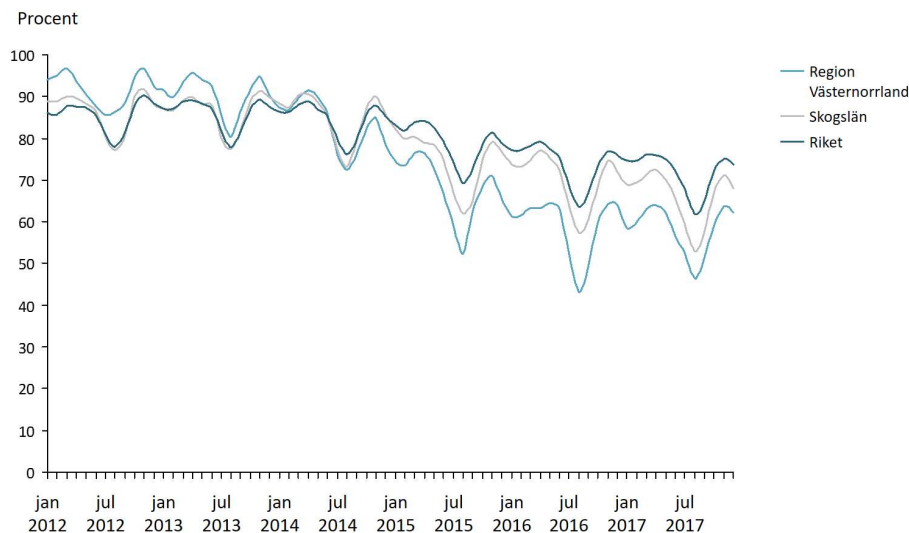
Källa: Nysam 2016 och statistik från Region Västernorrland.

I intervjustudien framkommer att det finns anställda som tycker att resurssättningen för ambulans inte har hängt med hälso- och sjukvårdens centrering; det faktum att antalet ambulansuppdrag ökat något samtidigt som körsträckorna blivit betydligt längre menar man inte har kompensrats genom motsvarande ökning i antal fordon och personal. I glest befolkade områden blir det särskilt viktigt med en välfungerande sjuktransport. Läs mer om hur Region Norrbotten arbetat med sjuktransporter i utblicken på sidan 90.

Väntetider – möter inte målen för vårdgarantin, längst väntetider i Sundsvall

Vid en betraktelse av utvecklingen av vårdens uppfyllelse av vårdgarantin, dvs. att vård ges inom 90 dagar, kan konstateras att en nationell försämring har skett sedan 2012, se Figur 23. Detta gäller såväl för första besöket inom specialiserad vård som väntetiderna för operation/insats i specialiserad vård, se Figur 25. Av diagrammen kan emellertid också utläsas att den negativa trenden är särskilt betonad i Västernorrland, också i jämförelse med andra skogslän. Den negativa avvikelser för Västernorrland från den nationella trenden och från skogslänen inleddes under 2014, dessförinnan låg regionen något bättre till.

Figur 23. Andel som väntat 90 dagar eller kortare på första besök inom specialiserad vård, 2012-2017

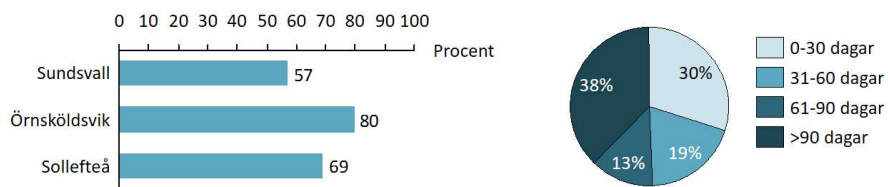


Not: För skogslänen har oviktat genomsnitt använts.

Källa: Väntetider i vården, Lumell-analys.

Nedbrutet på de tre sjukhusorterna och på hur länge patienterna har väntat, kan konstateras att Örnsköldsvik var bäst på att uppfylla vårdgarantin för första besöket i specialistvård i december 2017, samt att ungefär hälften av de som får vård inom vårdgarantin får vård inom en månad, se Figur 24.

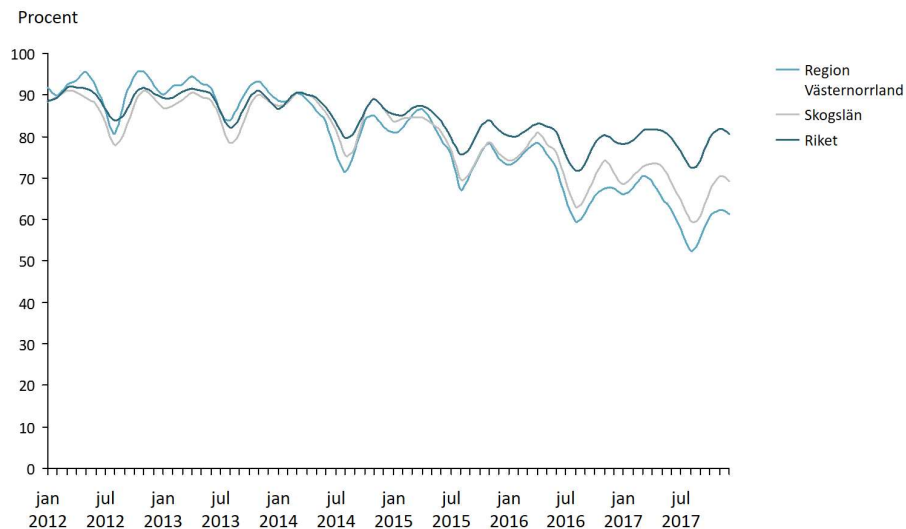
Figur 24. Vårdgarantins måluppfyllelse i procent samt väntetid i dagar för första besöket i specialistvård, december 2017



Källa: Väntetider i vården, Lumell-analys.

Som beskrivits ovan ser trenden snarlik ut vad gäller operation/åtgärd inom specialiserad vård, men här är Västernorrlands avvikelse från trenden för riket och skogslänen inte lika stor, se Figur 25.

Figur 25. Andel som väntat 90 dagar eller kortare på operation/åtgärd inom specialiserad vård, 2012-2017

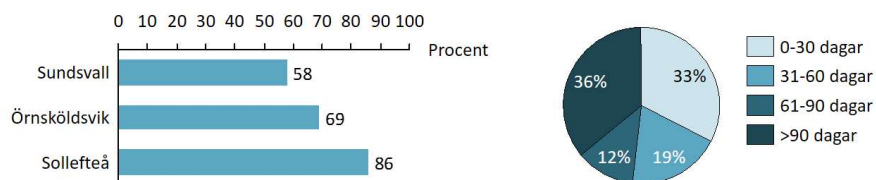


Not: För skogsläsen har oviktat genomsnitt använts.

Källa: Väntetider i vården, Lumell-analys.

Fördelningen av vårdgarantins måluppfyllelse i december 2017 på de tre sjukhusorterna visar att Sollefteå hade kortast väntetider och Sundsvall längst väntetider, se Figur 26. Fördelningen på hur länge patienterna får vänta ser snarlik ut för patienter som väntar på sitt första besök.

Figur 26. Vårdgarantins måluppfyllelse i procent samt väntetid i dagar för operation/åtgärd i specialistvård, december 2017



Källa: Väntetider i vården, Lumell-analys.

3.2 Medarbetarperspektivet

Den samlade bilden av medarbetarperspektivet är att Västernorrland i högsta grad är drabbat av den nationella trenden med kompetensförsörjningsproblem inom hälso- och sjukvården. Dessa problem gör det än viktigare att maximalt utnyttja förutsättningarna för en fungerande rekrytering och bemanning. Det finns också ett antal andra områden med förbättringspotential, bland annat när det gäller förutsättningarna för enhetscheferna att utföra sina uppdrag och inom arbetet med en länsgemensam kultur. Vad gäller en länsövergripande kommunikation har den många gånger kommit långt inom länsverksamheterna, även om det finns svårigheter på grund av de geografiska avstånden.

Insikterna i detta kapitel är grupperade under följande huvudrubriker:

- *Kompetensförsörjning*
- *Arbetsmiljö*
- *Kultur*
- *Kommunikation mellan medarbetare*

Medarbetarperspektivet beskriver till stor del den aktuella situationen inom kompetensförsörjningen, men också den arbetsmiljö, kultur och kommunikation som präglar medarbetarnas tillvaro i specialistvården. Liksom de andra perspektiven är medarbetarperspektivet tätt sammanvävt med de andra perspektiven.

KOMPETENSFÖRSÖRJNING

Att få till en välfungerande kompetensförsörjning har under utvärderingsarbetet upprepade gånger beskrivits som en förutsättning för att få till välfungerande länsverksamheter. De utmaningar som beskrivs kan i vissa fall kopplas till organisationen med länsverksamheter, men många gånger är det oklart om det finns något samband. Gällande kompetensförsörjning gäller det också att ha i åtanke att det är en av de stora, aktuella utmaningarna för hela hälso- och sjukvården och särskilt för mindre orter och glest befolkade delar av landet. Faktum är att flera regioner och landsting som infört länsverksamheter gjort detta bland annat för att komma tillrätta med just utmaningar kring kompetensförsörjning på mindre orter.

Nedan sorteras de olika insikter som framkommit under arbetet under denna rubrik:

- Svårare att attrahera nya medarbetare när den offentliga bilden av hälso- och sjukvården i regionen genomsyras av negativitet
- Brist på en regiongemensam, långsiktig rekryteringsstrategi - utdragna processer försvårar rekryteringsarbetet
- Avsaknad av strategisk utformning och enhetlig tillämpning av anställningsförmåner inom länsverksamheterna
- Länsverksamheterna har ännu inte medfört förbättrad bemanning utifrån ökad samordning
- Många ser möjligheter med kompetensväxling men osäkerhet råder kring vad som behöver göras och hur

En annan viktig del i arbetet med att förbättra kompetensförsörjningen är utformningen av HR-stödet. Mer om detta återfinns under beskrivningen av de olika stödfunktionerna inom ramen för processperspektivet, se sidan 62.

SVÅRARE ATT ATTRAHERA NYA MEDARBETARE NÄR DEN OFFENTLIGA BILDEN AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I REGIONEN GENOMSYRAS AV NEGATIVITET

Att attrahera nya medarbetare till hälso- och sjukvården är en utmaning i många regioner och landsting. Inom vissa yrkeskategorier råder det brist på utbildade personer, medan utbildade personer i andra kategorier söker sig utanför hälso- och sjukvården. Överlag råder hård konkurrens om utbildad vårdpersonal och i en ekonomiskt pressad situation för huvudmännen är det viktigt att konkurrera med annat än enbart ekonomisk kompensation. Många av de chefer vi talat med inom ramen för utvärderingen upplever att det under de senaste åren blivit än svårare att attrahera nya medarbetare på grund av omfattande negativ publicitet kring hälso- och sjukvården i Västernorrland. En del av kritiken är saklig men ofta sker vinklingar, uppförstoringar eller missförstånd. I den allmänna debatten är det vanligt att omständigheter och utmaningar hävdas bero på organisationen med länsverksamheter trots att det inte går att objektivet påvisa ett samband. Anställande chefer beskriver att de ofta behöver lägga kraft på att ”sälja in” regionen till potentiella nya medarbetare.

Det saknas ett konkret kommunikationspaket som enkelt beskriver vad regionen erbjuder som arbetsgivare och varför det är positivt att arbeta och bo i Västernorrland. Det är också många som upplever att det saknas en övergripande kommunikationsstrategi inklusive hur man kan bemöta de felaktigheter som sprids kring hälso- och sjukvården i Västernorrland. Det är exempelvis möjligt att avsaknaden av en sådan strategi givit utrymme för den delvis snedvridna debatt som beskrivs ovan.

BRIST PÅ EN REGIONGEMENSAM, LÅNGSIKTIG REKRYTERINGSSTRATEGI - UTDRAGNA PROCESSER FÖRSVÅRAR REKRYTERINGSARBETET

Inom arbetet med rekrytering är vår bild att det finns brister på flera nivåer. Det saknas en långsiktig strategisk rekryteringsstrategi som proaktivt arbetar med en kombination av kort-, medel- och långsiktiga åtgärder som kan ge de enskilda verksamheterna draghjälp i rekryteringsarbetet. Många anställande chefer upplever att de saknar kompetens och relevant stöd för att få till snabba rekryteringsprocesser. De delar av rekryteringsprocessen som involverar andra än den anställande chefen beskrivs som rigida, långsamma och utan tillräckligt utrymme för situationsanpassning. Inom hälso- och sjukvården finns en lång tradition av informella förfrågningar vid intresse för en anställning, vilket inte går att dra nytta av om man har alltför utdragna och icke-flexibla processer. Som exempel nämns att man vid personlig kännedom av en intresserad arbetssökande inte direkt kan anställa denne, som istället måste göra en formell ansökan via internet, där annonsen många gånger är så pass illa positionerad att den inte går att hitta. Processen efter att ansökningen har kommit in beskrivs också som tidskrävande.

AVSAKNAD AV STRATEGISK UTFORMNING OCH ENHETLIG TILLÄMPNING AV ANSTÄLLNINGSFÖRMÅNER INOM LÄNSVERKSAMHETERNA

Två olika aspekter framhålls som belyser bristen på ett strategiskt utformat och enhetligt tillämpat regelverk som är så pass enhetligt att det inte uppstår osund intern personalkonkurrens men samtidigt möjliggör rekrytering på positioner där utbudet av sökande är mycket begränsat. Å ena sidan beskrivs hur vissa länsverksamheter får en rekryteringsfördel genom att de får erbjuda förmåner som andra inte får erbjuda. Å andra sidan uttrycks behov av möjligheter att anpassa förmånerna för att få till anställningar. Ett exempel kan vara att man i Örnsköldsvik anser sig behöva ge speciella förmåner för att kunna attrahera specialister som bor i Umeå och som annars väljer att arbeta där, men att de inte får detta eftersom förmånerna ska vara likadana som i Sundsvall. Ett annat exempel kan vara att det krävs högre lön för att locka läkare till Sollefteå än till Örnsköldsvik. Utöver att det alltså finns olika perspektiv framkommer också att de riktlinjer som finns återkommande inte efterlevs.

LÄNSVERKSAMHETERNA HAR ÄNNU INTE MEDFÖRT FÖRBÄTTRAD BEMANNING UTIFRÅN ÖKAD SAMORDNING

Införandet av länsverksamheter borde ge förbättrade förutsättningar för bemanning av vårdplatser, genom möjligheter att dela personal mellan olika verksamheter och genom att andra typer av samarbeten ökar. Här beskriver dock flera respondenter hur detta inte tillämpas systematiskt inom eller mellan länsverksamheterna. Samarbetet inom länsklinikerna är inte tillräckligt utvecklat och förhållandet mellan olika

länsverksamheter beskrivs i dessa frågor som ”stuprör” med fokus på att lösa de egna behoven.

MÅNGA SER MÖJLIGHETER MED KOMPETENSVÄXLING MEN OSÄKERHET RÅDER KRING VAD SOM BEHÖVER GÖRAS OCH HUR

Flera respondenter beskriver intresse för att dra nytta av kompetensväxling som ett sätt att möta kompetensförsörjningsbehovet framåt men en osäkerhet kring vad och hur detta skulle innebära och få systematiska exempel som kan spridas. Också detta liknar situationen i stora delar av den svenska hälso- och sjukvården. Trots möjligheter utifrån lagstiftning och ofta omskrivna ambitioner att arbeta enligt *Bästa Effektiva Omhändertagandenivå* (BEON) eller *Lägsta Effektiva Omhändertagandenivå* (LEON) finns det idag få systematiska exempel i riket (se (2016:2, SOU, 2016).

ARBETSMILJÖ

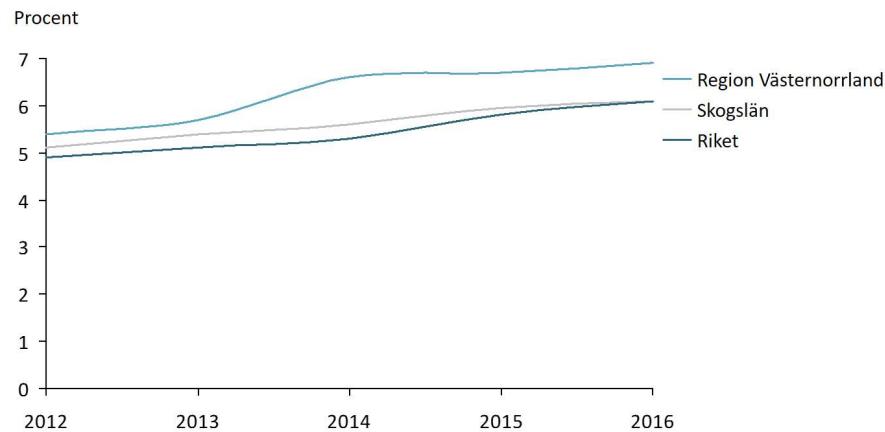
Nedan sorteras de olika insikter som framkommit under arbetet under denna rubrik:

- Sjukfrånvaron har stigit i regionen och varierar betydligt mellan specialistvårdens länsverksamheter och mellan sjukhusen
- Förutsättningarna för enhetschefsuppdragen upplevs för en del försvåras av omfattningen och avgränsningen

SJUKFRÅNVARON HAR STIGIT I REGIONEN OCH VARIERAR BETYDLIGT MELLAN SPECIALISTVÅRDENS LÄNSVERKSAMHETER OCH MELLAN SJUKHUSEN

Sett till total sjukfrånvaro av alla landstingsanställda, ökade Region Västernorrlands sjukfrånvarograd från 5,4 procent till 6,9 procent mellan 2012 och 2016. Frånvaronivån nationellt ökade under samma tidsperiod från 4,9 procent till 6,1 procent och konvergerade mot det ovägda genomsnittet av skogslänen, se Figur 27. Notera att siffrorna i diagrammet gäller samtliga landstingsanställda, och inte bara specialistvården, eftersom statistik om respektive landstings specialistvård är mer svåråtkomlig. Det kan med andra ord konstateras att sjukfrånvaron inom landstingssektorn ökade i hela landet 2012–2016, men trenden var något mer negativ i Västernorrland.

Figur 27. Sjukfrånvaro landstingsanställda totalt 2012-2016

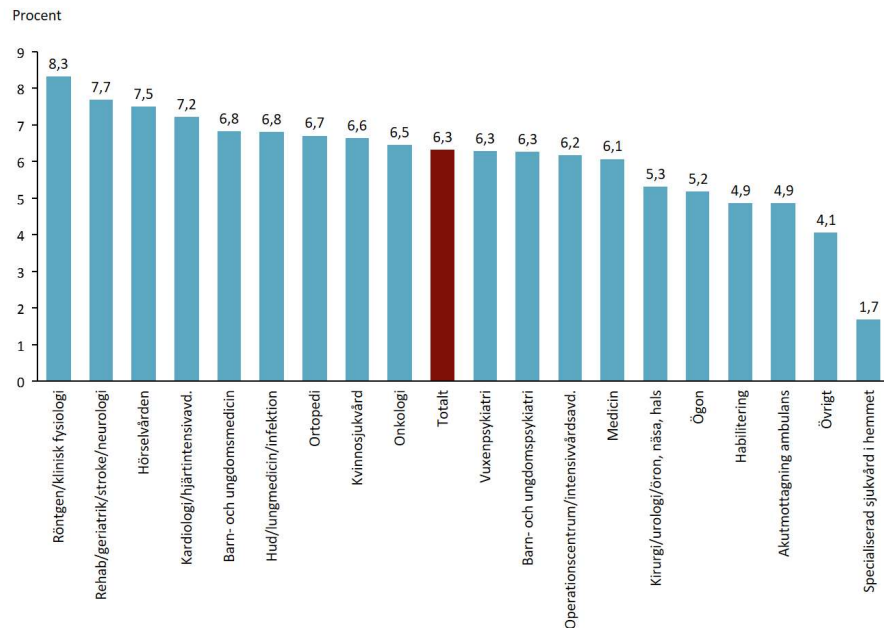


Not: Den totala sjukfrånvarotiden, ackumulerad under året, som andel (i procent) av den tillgängliga ordinarie arbetstiden. Avser samlig landstingsanställd personal. Avser den obligatoriska sjukfrånvaroredovisningen. För riket och skogslänen är landstingens statistik oviktad.

Källa: Kommun- och landstingsdatabasen Kolada.

Sjukfrånvarograden inom specialistvården låg 2017 något under Region Västernorrlands totala sjukfrånvarograd 2016, nämligen på 6,3 procent. Se Figur 28 för denna statistik, och för fördelning av sjukfrånvaro på respektive länsverksamhet. Det kan konstateras att sjukfrånvaron varierar betydligt mellan länsverksamheterna. Inom röntgen/kirurgi/fysiologi låg den på 8,3 procent, medan den inom specialiserad sjukvård i hemmet låg på 1,7 procent. Motsvarande statistik från andra landstings specialistvård har inte funnits tillgängliga i denna utvärdering.

Figur 28. Sjukfrånvaro per länsverksamhet i Region Västernorrland, 2017

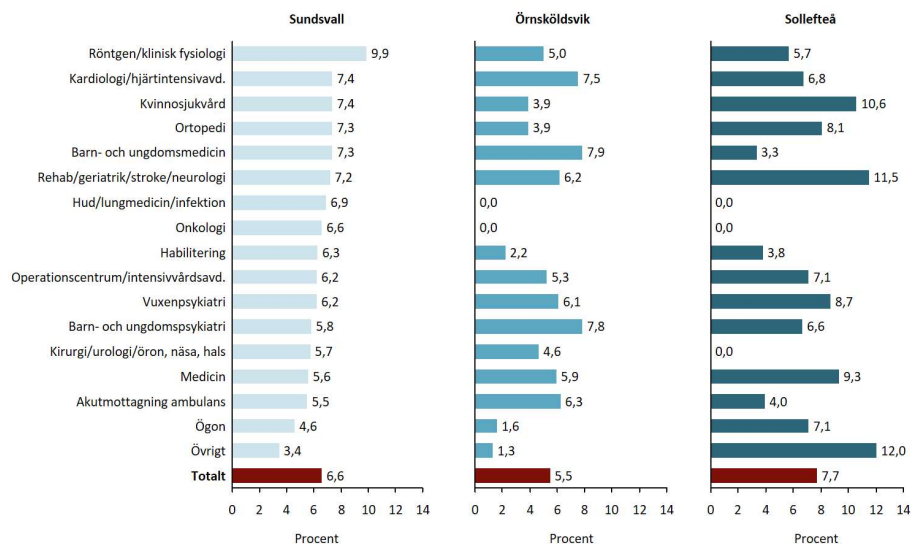


Källa: Intern statistik, Region Västernorrland.

I Figur 29 kan vidare konstateras att sjukfrånvaron skiljer sig något mellan sjukhusorterna. På totalen var frånvaron högst i Sollefteå med 7,7 procent och lägst i Örnsköldsvik på 5,5 procent. I Sundsvall låg sjukfrånvaron på 6,6 procent. Enligt uppgifter från Region Västernorrland har sjukfrånvarostatistiken för regionen som helhet förbättrats något mellan 2016 och 2017.

I diagrammet kan vidare konstateras att fördelningsmönstret på de olika länsverksamheterna skiljer sig mellan de tre orterna. I Sundsvall hade röntgen/klinisk fysiologi högst sjukfrånvaro, medan barn- och ungdomsmedicin respektive rehab/geriatrik/stroke/neurologi var den länsverksamhet med enskilt högst sjukfrånvaro i Örnsköldsvik respektive Sollefteå.

Figur 29. Sjukfrånvaro per länsverksamhet fördelat på sjukhusorterna i Region Västernorrland, 2017



Not: På grund av svårigheter att klassificera länsverksamhet på sjukhusort är SSIH och hörselvård inte medräknade. Ambulansverksamhet och verksamhetsledning är inte heller medräknade.

Källa: Intern statistik, Region Västernorrland.

Det faktum att företagshälsovården knappt omnämnts under utvärderingen indikerar en möjlighet att stärka dess roll som en partner i arbetet med att minska behovet av sjukskrivningar.

FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR ENHETSCHEFSUPPDRAGEN UPPLEVS FÖR EN DEL FÖRSVÅRAS AV OMFATTNINGEN OCH AVGRÄNSNINGEN

Enhetschefsuppdragen upplevs ofta som för stora

En utmaning ur chefsperspektiv i hälso- och sjukvården som lyfts upp i Vårdanalys rapport (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017) är att personalgrupper många gånger är för stora, vilket förhindrar cheferna från att vara närvarande eller arbeta med strategiska frågor. Detta är något som de flesta intervjuade enhetschefer är överens om. De lyfter fram att det finns en rekommendation inom regionen om att chefen ska ha högst 35 direktrapporterande medarbetare under sig, vilket av många beskrivs som ett för stort antal. Många enhetschefer har dessutom ännu fler; ett flertal enhetschefer har 40–50 direktrapporterande medarbetare och i något fall till och med ännu fler. Tillsammans med den dagliga verksamheten och medarbetarsamtal, lönefrågor och rekrytering finns det sammanlagt ingen tid över för exempelvis

verksamhetsutveckling. Enhetschefernas roll har förändrats avsevärt sedan införandet av länsverksamheter, och många menar att det är införandet av länsverksamheter som har förorsakat detta stora uppdrag. Samtidigt finns det ingenting i länsverksamhetsorganisationen i sig som innebär en önskan om stora enhetschefsuppdrag i allmänhet. Det är också intressant att notera att övriga regioner och landsting med länsverksamheter som vi intervjuat samband med utvärderingen inte verkar ha problem med stora chefsuppdrag i samma omfattning som Västernorrland.

Länsverksamhetschefer är inte alltid ansvariga för all personal inom länsverksamheten

Ett annat problem som återkommer i intervjustudien är att länsverksamhetscheferna inte alltid har ansvar för alla personalgrupper som är verksamma inom sin länsverksamhet. Vissa länsverksamheters läkare står nämligen organisatoriskt utanför den länsverksamhet de arbetar inom. Vilken organisatorisk tillhörighet läkarna har varierar från ort till ort. Detta gjordes delvis för att inte splittra välfungerande läkargrupper på de respektive orterna, men har samtidigt lett till att ansvaret och mandatet för länsverksamhetschefen har blivit otydligt i det avseende att man har personal på sin länsverksamhet som man inte kan fatta beslut över eller ta ansvar för, samtidigt som man är ansvarig för verksamheten.

KULTUR

GAMLA MOTSÄTTNINGAR MELLAN LANDSKAPEN BIDRAR TILL ATT FÖRSVÅRA DEN PÅGÅENDE UTVECKLINGEN MOT EN LÄNSGEMENSAM KULTUR

En konstruktiv kultur är en förutsättning för varje fungerande verksamhet, och kan ta sig uttryck på olika sätt. Kulturen måste möjliggöra samarbete, för vilken kommunikation, ömsesidig förståelse och utrymme för kritik är förutsättningar. En etablerad ”vi-känsla” kan vara hjälpsam. I den nya länsverksamheten finns möjligheten att genom ett mer länsövergripande arbete utöka det länsgemensamma samarbetet genom mer frekvent kommunikation och ökad kontakt.

När länsverksamheter infördes fanns sedan länge kulturella skillnader mellan olika geografiska platser i Västernorrland. Även om detta i viss utsträckning finns kvar upplever många att en länsgemensam kultur över tid har börjat utvecklas inom specialistvården i regionen.

Många beskriver emellertid att regionen än idag präglas av ett utpräglat ”revirtänk”, där skiljelinjen många gånger går mellan landskapen Ångermanland och Medelpad.

På vissa håll har man inte lyckats etablera ett länsgemensamt ”vi-tänk”. Svårigheterna med att skapa en länsgemensam kultur hör troligtvis ihop med den allmänna utvecklingen av hälso- och sjukvårdens centralisering och de svårigheter som drabbat främst Sollefteå. Västernorrland är heller inte ensam om det revirfenomen som kan uppstå när befolkningen från flera mindre orter flyttar till en större ort.

Med detta sagt uppger många chefer att man ändå kommit långt med den länsgemensamma kulturen inom verksamheten, även om det på sina håll kan finnas kvar motsättningar mellan orterna, inom specialistvården liksom bland befolkningen i stort. Den allmänna bilden är att de olika orterna samarbetade i mycket liten utsträckning innan länsverksamheter infördes medan man, särskilt i de verksamheter som varit länsgemensamma längst, idag har ett väl utvecklat samarbete mellan orterna. Också flera av de som är mest skeptiska till en organisering i länsverksamheter ser ett värde i en större länsgemensamhet, som innebär större nätverk och gemensamma träffar där man kan lära av varandra och utbyta erfarenheter. Vissa av de fackliga företrädarna vi intervjuat menar dock att gemenskapen mellan medarbetarna inte finns på länsverksamhetsnivå utan på avdelningsnivå: ”känslan av länsgemensam samhörighet finns över huvud taget inte ute på golvet”. Det är i detta sammanhang värt att poängtera att denna typ av kulturförändring tar tid att få genomslag, vilket inte minst företrädare för de länsverksamheter som funnits längst vittnar om. Ett systematiskt arbete som involverar alla medarbetare kommer att krävas för att stärka den länsgemensamma tillhörigheten, och här har länsverksamheterna kommit olika långt. En länsverksamhet uppger i intervjustudien att ett omfattande värdegrundsarbete som involverat alla medarbetare har hjälpt till att etablera en mer länsgemensam kultur.

Den samlade bilden av verksamhetens kultur i övrigt är att det tycks vara relativt högt i tak, såtillvida att det finns utrymme att diskutera och kritisera verksamheten internt.

KOMMUNIKATION MELLAN MEDARBETARE

Huvudteman i detta avsnitt är följande:

- Den vertikala kommunikationen fungerar ofta väl med reflektioner framförallt kring länsverksamhetschefsnärvaro på olika orter
- Den horisontella kommunikationen är under utveckling med videomöten som en viktig del

DEN VERTIKALA KOMMUNIKATIONEN FUNGERAR OFTA VÄL, MEN MED REFLEKTIONER FRAMFÖRALLT KRING LÄNSVERKSAMHETSCHEFSNÄRVARO PÅ OLIKA ORTER

Den vertikala kommunikationen, dvs. kommunikation som följer organisationens hierarkiska struktur, fungerar olika väl på olika nivåer. Eftersom länsverksamhetscheferna och enhetscheferna ofta är upptagna finns det visserligen önskemål om att mer tid skulle kunna läggas på dialog och fysisk närvaro, men i mer kritiska fall upplever man att det alltid går att få tag på sin chef. Flera av de fackliga representanter vi talat med under intervjustudien menar dock att cheftillgängligheten har blivit sämre eftersom länsverksamhetschefen sällan är på plats och enhetscheferna tillbringar en stor del av sin tid i möten.

Eftersom länsverksamhetscheferna ansvarar för enheter som är utspridda på flera orter, kan de inte vara ständigt närvarande på varje ort. Direktkontakten mellan länsverksamhetscheferna och medarbetarna är därför mycket begränsad. Medarbetarna upplever ofta att länsverksamhetschefen är helt frånvarande, och det framförs att det är viktigt att åtminstone ibland få träffa personen. Medarbetarna förstår att länsverksamhetschefen har många andra åtaganden och att de i första hand ska vända sig till sin enhetschef, men tror att en viss grad av informell kontakt hade kunnat förbättra känslan av närvaro. Ett exempel på en sådan informell kontakt hade exempelvis kunnat vara ett kortare besök varje termin där länsverksamhetschefen presenterar sig och pratar med medarbetarna.

DEN HORISONTELLA KOMMUNIKATIONEN ÄR UNDER UTVECKLING MED VIDEOMÖTEN SOM EN VIKTIG DEL

Liksom den vertikala kommunikationen, fungerar den horisontella kommunikationen, dvs. kommunikationen mellan personal på samma nivåer i organisationen, olika bra. Den samlade bilden är att kontakten mellan orterna har ökat, men att det ofta är en utmaning för verksamheterna är att få till stånd en god dialog genom videomöten.

Ett område som ofta lyfts fram som positivt i intervjuerna är hur kontakten med de andra sjukhusorterna har ökat. Inom länsverksamheterna finns idag oftast kontinuerlig kontakt mellan sjukhusen. En geografiskt utspridd verksamhet betyder dock en inneboende svårighet att få till fysiska möten på regelbunden basis. Därför används videomöten i stor utsträckning. Hur pass väl detta upplevs fungera, skiljer sig åt. Videomöten kan inte ersätta fysiska möten, upplever flera; subtila signaler går förlorade genom att ersätta ett riktigt möte med en kamera. Särskilt när man inte känner varandra kan den kontakten försvåras. Videomöten kan också skapa en ojämn dynamik i de fall då ett flertal personer träffas fysiskt på en ort medan andra kopplar

upp sig ensamma via videolänk. Några länsverksamheter berättar dock att de arbetat aktivt och framgångsrikt för att få videomöten att fungera. Här nämns bland annat att inledande och regelbundna fysiska träffar är en grundförutsättning för att fortsatta kontakter via videomöten ska fungera effektivt. Man har också exempelvis arbetat med positioneringen av bildskärmen i mötesrum där flera personer deltar tillsammans.

Ett område där många upplever en försämring sedan införandet av länsverksamheter är kommunikationen mellan medarbetare inom *olika* länsverksamheter, lokalt och regionalt. Detta tar sig exempelvis uttryck i att lärandet mellan länsverksamheter framstår som mycket begränsat, vilket bland annat innebär att man sällan mellan verksamheterna diskuterar avvikelser som inträffat på varandras kliniker. De fackliga representanter som vi intervjuat menar att denna typ av lärande mellan de medicinska verksamheterna fanns före bildandet av länsverksamheter. Från fackligt håll efterlyste man i intervjuerna fler forum där chefer från olika länsverksamheter kan mötas för att diskutera lärdomar som är relevanta för fler än medarbetarna i den egna länsverksamheten.

3.3 Processperspektivet

Processperspektivet är det mest innehållsrika perspektivet i denna utvärdering, då många av de frågor som lyfts är kopplade till organisationens processer. Det är dock viktigt att komma ihåg att dessa frågor i mycket hög utsträckning påverkar övriga perspektiv.

Insikterna i detta kapitel är grupperade under följande huvudrubriker:

- *Ledning, styrning och uppföljning*
- *Patientflöden*
- *Stödfunktioner*

Till processperspektivet hör faktorer som rör organisationens processer, med andra ord de verktyg som står till organisationens förfogande för att bedriva en ändamålsenlig verksamhet bland annat genom sin ledning och styrning, sina stödfunktioner och kompetensförsörjningen.

Större organisationsförändringar, som omorganiseringen av en hel regions specialistvård, är generellt tidskrävande och ansträngande. Om detta vittnar erfarenheterna från andra landsting, men också erfarenheterna från de länsverksamheter som implementerades innan hela regionens omställning 2015. Det råder stor enighet i intervjustudien om att fler åtgärder skulle kunnat vidtas vid införandet av länsverksamheter för att minimera omställningstiden och de friktioner som uppstått. Flera av dessa togs upp i revisionsrapporten från 2017, som kritiserade regionen för att vara otydlig, oförankrad och oförberedd vid omorganiseringen. Den förändringsresa som regionen gjort försvåras av ett flertal externa faktorer; det är lätt att förknippa den miljö i vilken hälso- och sjukvården befinner sig i med just införandet av länsverksamheter. Bemanningsproblem, förändringen av stödfunktionerna och utbudsförändringarna i Sollefteå tillskrivs ofta omorganiseringen till länsverksamheter, även om de är separata skeenden.

LEDNING, STYRNING OCH UPPFÖLJNING

De insikter som vuxit fram under utvärderingen under ledning, styrning och uppföljning beskrivs nedan under följande rubriker:

- Otydlighet inom flera delar av arbetet med ledning och styrning
- Beslutsvägarna uppfattas till viss del komplicerade och/eller utdragna
- Arbetet med gemensamma rutiner, riktlinjer och arbetssätt har kommit olika långt och den övergripande processen upplevs kunna förenklas
- I nuläget finns begränsade möjligheter till regiongemensam uppföljning utifrån länsverksamheterna

OTYDLIGHET INOM FLERA DELAR AV ARBETET MED LEDNING OCH STYRNING

Generell upplevelse av otydlighet kring beslut

Otydligheten vad gäller beslutsfattande är ett genomgående tema i intervjuerna och beskrivs finnas på alla nivåer, från politiken ända ut till verksamheterna och gäller alla steg i beslutsprocessen: vid beslutsfattande, vad som beslutas, hur besluten kommuniceras, etc.

Behovet av en stark ledning betonas också upprepade gånger i intervjuerna. Många otydligheter förklaras med att ledningen har varit för svag i sina beslut, och att det på olika nivåer saknas tydliga besked uppifrån. Beslut som väl tas, beskrivs ofta vara så pass otydliga att de är öppna för tolkning. Detta leder till att medarbetare på vissa håll inte känner sig omfattade av besluten, och att de därför inte följs.

Otydlighet kring målen med införandet av länsverksamheter

Otydlighet och bristande förberedelser vid införandet av länsverksamheter har skapat oro både inom och utanför organisationen. Denna oro verkar i viss mån leva kvar och färga synen på länsverksamheter.

En kritikpunkt i revisionsrapporten från 2017 var att målsättningen för länsverksamheterna inte var tydligt definierad och uppföljbar. Målen som sattes vid införandet beskrivs i långtgående utsträckning inte finnas med som motiv bland de chefer revisorerna intervjuade.

Flera personer som intervjuats i denna utvärdering har återkommit till denna otydlighet. Medan länsverksamhetschefer och i viss mån enhetschefer i hög utsträckning ser införandet av länsverksamheter som ett beslut värt att hålla fast vid,

finns det fortfarande enhetschefer som uttrycker att de aldrig tydligt informerats om fördelarna med länsverksamheter som koncept. Om chefskåren inte är fullt ut införstådda med omorganiseringens mål blir det svårt för dem att få organisationen att dra åt samma håll.

Otydlighet kring målen för vad länsverksamhetscheferna ska uppnå

Länsverksamhetschefen har ett samlat lednings- och resultatansvar för verksamheten vad gäller personal, ekonomi, patientsäkerhet, medicinsk kvalitet, arbetsmiljö, verksamhetsutveckling och uppföljning. Inom dessa ansvarsområden finns vissa mål som länsverksamhetschefen arbetar mot och som följs upp. Samtidigt finns en otydlighet kring målsättningen med länsverksamheterna inom centrala frågor som kunskapsstyrning, kapacitetsplanering och produktionsplanering. Inom dessa frågor finns därmed en stor frihet för länsverksamhetscheferna att prioritera bland och driva centrala frågor efter eget huvud, men utan ett tydligt centralt förankrat mål. Exempelvis är det till stor del upp till respektive länsverksamhetschef att besluta om i vilken utsträckning man vill arbeta med gemensamma riktlinjer eller länsgemensamma köer inom verksamheten. Detta har resulterat i en stor variation i hur långt de 19 länsverksamheterna kommit i arbetet med att erbjuda en geografiskt jämlik vård inom länet.

Upplevelse av otydlighet kring mandat

Hur tydligt chefsmandatet upplevs varierar, men ett flertal LVC och EC uppfattade sitt mandat som otydligt, särskilt vid införandet av länsverksamheter, men till viss del även idag. Vid införandet upplevde många att det inte fanns tydliga mål och beskrivningar vare sig för länsverksamhetscheferna eller enhetscheferna, vilket gjorde att mandatet för dessa roller också blev otydligt. Själva rollen beskrivs vid införandet ofta som ett "vitt papper". Därför har cheferna i viss utsträckning behövt skapa sin egen roll, och i många fall har man kommit till en punkt där man idag tycker sig ha ett tydligt mandat. I andra fall tycker man det är mindre tydligt, och vissa enhetschefer har uppgett att de inte har fått någon formell arbetsbeskrivning. En följd av otydligheten kring enhetschefernas mandat är att dessa ibland tror att de har mindre mandat än vad de i praktiken har. Detta leder till att beslut skickas uppåt i organisationen i onödan, vilket resulterar i fördröjt beslutsfattande och att länsverksamhetschefer och andra hanterar ärenden som de egentligen inte skulle behöva lägga tid på.

Ett konkret exempel på hur mandatets otydlighet kan yttra sig är att man har en uppfattning om att närmsta chefen ska sätta medarbetarnas löner, men att länsverksamhetschefen ändå kan ändra enhetschefens lönesättning, trots att det är

enhetschefen som är närmsta chef. Detta leder till att enhetscheferna känner att de inte har något faktiskt mandat. Denna otydlighet har lyfts fram av både enhetschefer och fackliga företrädare. Ett annat exempel är att trots att de olika länsverksamheterna i hög utsträckning är beroende av beslut som fattas i andra länsverksamheter, finns inte tydliga riktlinjer kring hur beslut som påverkar andra länsverksamheter får tas. Länsverksamhetscheferna är inte helt på det klara med vem som har ansvar över vad. Ytterligare ett exempel rör de länsverksamheter som har läkare vars anställning rent formellt inte ligger under verksamheten. Där känner länsverksamhetscheferna att de inte har tydligt mandat över alla anställda som i praktiken verkar vid deras kliniker. Ett sista exempel på när mandat upplevs som otillräckliga gäller rekrytering, där man till följd av den rådande bemanningsbristen skulle önska ha mer inflytande över anställningarna på enhetschefsnivå.

BESLUTSVÄGARNA UPPFATTAS TILL VISS DEL KOMPLICERADE OCH/ELLER UTDRAGNA

Ett återkommande tema vid intervjuer på samtliga chefsnivåer är att beslutsvägarna är för långa, och att specialistvårdens ledningsgrupp anses vara för stor för att tjäna sitt beslutsfattande syfte.

Beslutsprocessen beskrivs som ”tungrodd” och att beslut ofta hamnar i ”långbänk”. Det framstår som att onödigt många frågor går hela vägen via både enhetschef och länsverksamhetschef innan de ska beslutas i stora ledningsgruppen. Stora ledningsgruppen är med sina 19 länsverksamhetschefer och ytterligare chefer en trög plattform för beslut. Detta har man försökt lösa genom att i tillägg till stora ledningsgruppen inrätta en mindre ledningsgrupp bestående av ett mindre antal länsverksamhetschefer. Men också denna konstruktion kritiserar eftersom både lilla ledningsgruppens roll och urvalet av länskliniker som ska ingå inte klart motiverats och definierats. Från enhetschefernas sida har beslutsprocessen beskrivits som en ”återvändsgränd”, där förslag skickas iväg för att tas upp på länsverksamhetsnivå och eventuellt i ledningsgruppen för att sedan ofta komma tillbaka utan åtgärd.

Framtagandet av styrdokument kritiserar också för att vara onödigt tidskrävande. I detta sammanhang beskrivs dokumenthanteringssystemet Platina som tungrodd och långsamt.

ARBETET MED GEMENSAMMA RUTINER, RIKTLINJER OCH ARBETSSÄTT HAR KOMMIT OLIKA LÅNGT OCH DEN ÖVERGRIPANDE PROCESSEN UPPLEVS KUNNA FÖRENKLAS

En fördel med länsverksamheter som ofta lyfts fram är att denna typ av organisation erbjuder bättre förutsättningar för att etablera gemensamma rutiner och riktlinjer i hela länet. Den samlade bilden är att man på flera håll kommit långt i detta avseende,

men att fortsatt utvecklingsarbete krävs, särskilt vad gäller processer för lokala anpassningar.

Gemensamma rutiner och riktlinjer förhindrar att organisationens arbetssätt blir beroende av en enskild chef, men ökar också möjligheterna för olika orter i länet att använda sig av arbetsmetoder som visat sig framgångsrika. Många länsverksamheter har lyckats väl med att införa gemensamma rutiner, medan andra inte alls kommit lika långt. Många uttrycker att det har tagit lång tid att få rutinerna på plats, och att hur långt en verksamhet har kommit i sin implementering av gemensamma rutiner i viss utsträckning beror på länsverksamhetschefens prioriteringar, ledaregenskaper, med mera. Man upplever att bristen på tydliga riktlinjer för hur hela specialistvården ska arbeta med dessa frågor gör införandet av gemensamma rutiner och riktlinjer inom varje länsverksamhet alltför personberoende. Sammantaget har de flesta i intervjuerna uttryckt att det nu finns väletablerade länsgemensamma rutiner inom deras verksamhet, eller att länsverksamheternas organisation idag åtminstone ger bättre förutsättningar för detta än tidigare. Utvecklingen mot mer gemensamma riktlinjer och arbetssätt gäller dock framför allt *inom* de olika länsverksamheterna, medan man inte alls ser samma utveckling *mellan* länsverksamheterna på en lokal ort.

Eftersom länets orter skiljer sig åt sett till exempelvis patientmålgrupp, utrustning och bemanning, krävs en viss lokal anpassning av riktlinjer och rutiner för att de ska kunna följas överallt. Processerna för att göra lokalanpassningar upplevs ofta som omständliga och ineffektiva då även små förändringar kräver konsensus, vilket resulterar i att dokument skickas fram och tillbaka genom organisationen i en tidskrävande process. Vid skapandet av gemensamma rutiner upplever många också att man standardmässigt utgått från rutiner som finns i Sundsvall och som inte är möjliga att implementera på ett ändamålsenligt vis i Örnsköldsvik och Sollefteå. Vissa trycker därför på vikten av att grundläggande rutiner förankras och tas fram gemensamt. Problem kopplade till möjligheten att göra lokala anpassningar av rutiner upplevdes framför allt som ett problem inledningsvis, medan många menar att det har blivit bättre med tiden. Det finns också skillnader i hur länsverksamheterna upplever detta, då vissa verksamheter menar att det funnits betydande svängrum för lokal anpassning av rutiner.

I NULÄGET FINNS BEGRÄNSADE MÖJLIGHETER TILL REGIONGEMENSAM UPPFÖLJNING UTIFRÅN LÄNSVERKSAMHETERNA

Som beskrivits råder en viss otydlighet vad gäller den övergripande verksamheternas mål. Samma otydlighet framhålls gälla avseende de respektive länsverksamhetens mål. Här efterfrågas också tydligare uppföljningsmekanismer, så att de uppsatta målen kan följas upp och kontrolleras.

PATIENTFLÖDEN

De insikter som vuxit fram under utvärderingen beskrivs nedan under följande rubriker:

- Begränsat faktaunderlag kring patientflöden inom och mellan länsklinikerna samt till/från andra vårdnivåer
- Otydligheter i förstahandsansvar för alla patientgrupper samt avsaknad av tydlighet kring hur oenigheter löses
- Möjligheter till gemensam produktions- och kapacitetsplanering tas inte till vara fullt ut
- Förbättrat samarbete inom länsverksamheterna, men försämrat samarbete mellan länsverksamheterna, även inom enskilda sjukhus
- Brister i samordningen mellan primärvård och specialistvård
- Det finns brister i samverkan med kommunerna i regionen
- Onödigt kostsam vård köps av andra landsting, ofta utan egentligt behov utifrån egna kapaciteten

BEGRÄNSAT FAKTAUNDERLAG KRING PATIENTFLÖDEN INOM OCH MELLAN LÄNSVERKSAMHETERNA SAMT TILL/FRÅN ANDRA VÅRDNIVÅER

Någon omfattande analys av patientflödena genom kartläggning av vilka länsverksamheter som ofta berör olika typer av patienter samtidigt har inte gjorts, varken inom eller mellan länsverksamheter, ej heller inom eller mellan sjukhusen. En sådan analys hade kunnat beskriva i vilken utsträckning patienter med olika diagnoser och behov kommer i kontakt med olika länsverksamheter. Eftersom vården ska utgå ifrån patientens behov blir en sådan patientflödesanalys i slutändan en behovsanalys som indikerar vilka länsverksamheter som behöver samarbeta med varandra och på vilket sätt. Eftersom någon detaljerad sådan patientflödesanalys inte har gjorts, är det idag oklart exakt var i koordineringen det brister.

OTYDLIGHETER I FÖRSTAHANDSANSVAR FÖR ALLA PATIENTGRUPPER SAMT AVSAKNAD AV TYDLIGHET KRING HUR OENIGHETER LÖSES

Medan utvecklingen av länsgemensamma arbetssätt, rutiner och produktionsplanering i varierande utsträckning har ökat förutsättningarna för en mer geografiskt jämlik vård, beskrivs processen sakna ett perspektiv som betraktar hela vårdkedjan ur ett patientperspektiv. Det vill säga, de befintliga processerna tar ofta inte hänsyn till att många patienter rör sig mellan länsverksamheterna och att det ute

i verksamheten uppstår situationer där det krävs en koordinering av flera länsverksamheters aktiviteter.

För en patient som befinner sig helt innanför ramen av en enskild kliniks verksamhet är detta inte nödvändigtvis ett problem, men för de patientflöden som går på tvären genom två eller fler kliniker finns ibland ingen upparbetad koordinering. Detta får till följd att exempelvis multisjuka patienter, vilka står för en betydande andel av den vård som ges, ofta inte alltid får vård på ett ändamålsenligt sätt. Ett exempel på detta kan vara att patienten hamnar ”mellan stolarna” då ansvaret för patienten är otydligt definierat. Ett annat exempel är att patienten skrivs ut efter slutförd behandling inom ett specialistområde, bara för att via primärvården eller kommunen skrivas in igen på en annan klinik, med onödig väntan för patienten och ökade kostnader för vården som resultat.

En försvårande omständighet är att verksamheternas ansvar inte är tydligt definierade utifrån ett patientperspektiv eller ett ”patientflöde”. En länsverksamhets uppdrag genom måluppfyllelse avseende ekonomi och beläggning är inte nödvändigtvis i överensstämmelse med det bästa för patienten. Exempelvis kan en länsverksamhet för att uppnå sina verksamhetsmål om vårdplatser välja att inte låna ut vårdplatser till en annan verksamhet som för tillfället är i behov. Det är förståeligt att länsverksamhetschefer utifrån sin uppdragsbeskrivning gör allt för att uppnå givna mål, men det kan ifrågasättas huruvida en sådan prioritering gynnar patienten.

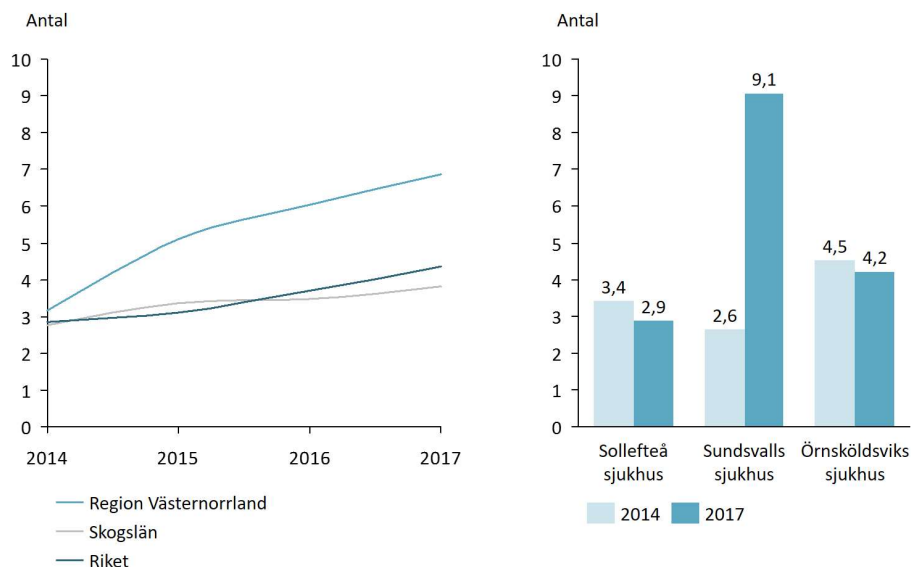
MÖJLIGHETER TILL GEMENSAM PRODUKTIONS- OCH KAPACITETSPLANERING TAS INTE TILL VARA FULLT UT

Ett skäl till införandet av länsverksamheter som lyftes fram före omorganiseringen var det länsgemensamma arbetssättet, genom exempelvis gemensam produktion och kapacitetsplanering. Vissa länsverksamhetschefer upplever också att länsverksamheterna har möjliggjort och underlättat detta, och därigenom förbättrat förutsättningarna för att åstadkomma en geografiskt mer jämlik hälso- och sjukvård. Flera länsverksamheter, exempelvis kardiologi, ortopedi och ögon, har infört länsgemensamma vårdköer och planerar verksamhetens produktion och kapacitet med hjälp av olika verktyg, med vilka man också lyckats jämma ut kötiderna mellan sjukhusen. En jämförelse av måluppfyllelse för vårdgarantin indikerar dock att det finns fortsatta möjligheter till ytterligare utjämning, även om all vård inte erbjuds vid alla sjukhus. Detta stämmer också överens med uppgifter från intervjuerna som beskriver möjligheter att bättre nyttja kapaciteten för operationer i Sollefteå och Örnsköldsvik. En utjämning av vårdköer stöter i vissa fall på kritik från de orter som får sina kötider förlängda som följd av en utjämning. I intervjuer beskrivs vidare att väntetiderna till viss del beror på att vissa patienter väljer att vänta framför att åka till ett annat sjukhus än sitt vanliga, men vilken omfattning detta rör sig om är oklart.

I december 2017 var vårdgarantins måloppfyllelse för operation/åtgärd i specialistvård 58 procent i Sundsvall, 69 procent i Örnsköldsvik och 86 procent i Sollefteå samt för väntetider för första besöket i specialistvård 57 procent i Sundsvall, 80 procent i Örnsköldsvik och 69 procent i Sollefteå. För graf och mer information, se kapitlet om tillgänglighet under invånarperspektivet på sidan 33.

Ett annat område med möjligheter till bättre produktions- och kapacitetsplanering är antalet vårdplatser, där överbeläggningarna i den somatiska slutenvården ökat i Sundsvall men minskat i Sollefteå och Örnsköldsvik, se Figur 30. Västernorrland har följt den ökade trenden i resten av landet, men under tidsperioden 2014–2017 legat över riket och de utvalda skogslänen.

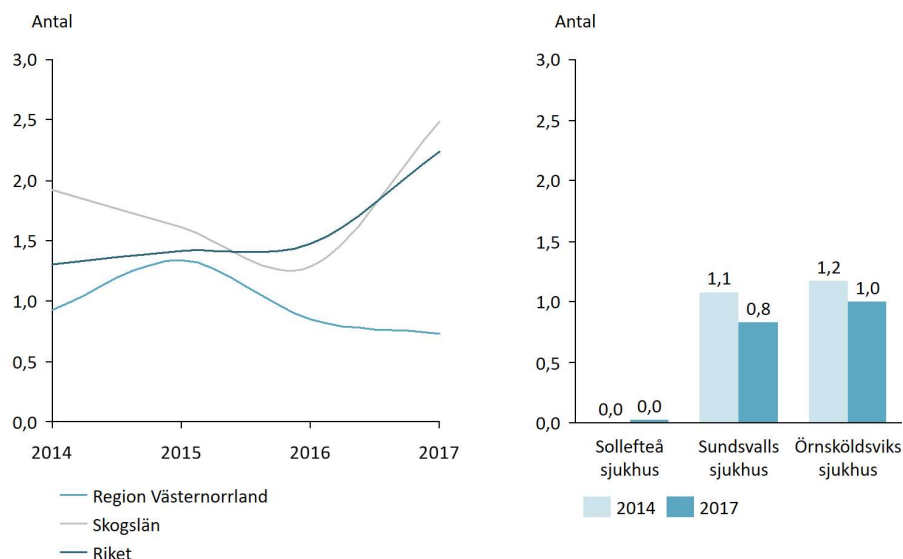
Figur 30. Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser i somatisk slutenvård



Källa: Vården i siffror, Lumell-analys.

Vad gäller utlokaliseringar kan genom Figur 31 konstateras att utlokaliseringarna stadigt legat under snittet för både riket och våra utvalda skogslän de senaste fyra åren, samt att de också sjunkit under tidsperioden. Utlokaliseringarna har sjunkit för både Sundsvalls och Örnsköldsviks sjukhus. För Sollefteå sjukhus har de under hela tidsperioden varit nära noll.

Figur 31. Antal utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser i somatisk slutenvård



Källa: Värden i siffror, Lumell-analys.

FÖRBÄTTRAT SAMARBETE INOM LÄNSVERKSAMHETERNA, MEN FÖRSÄMRAT SAMARBETE MELLAN LÄNSVERKSAMHETERNA, ÄVEN INOM ENSKILDA SJUKHUS

Ett av de områden där det råder störst samsyn bland de som intervjuats i utvärderingen gäller uppfattningen att samarbetet mellan länets orter har utvecklats avsevärt sedan länsverksamheterna infördes. Inom vissa verksamheter har det tidigare samarbetet mellan orterna beskrivits som ytterst knapphändigt, för att genom länsverksamheternas organisering idag blivit en naturlig del av arbetet. Detta samarbete gäller dock endast i begränsad omfattning *mellan* olika länsverksamheter. Samarbete och koordinering beskrivs i flera intervjuer som välfungerande enbart inom respektive länsverksamhet, medan det inom respektive sjukhus, mellan olika verksamheter, verkar ha försämrats. Denna försämring beskrivs framför allt på de mindre sjukhusen, som genom sin småskalighet tidigare kunnat fungera mer sammanhållet med en god översikt och ett tätt samarbete, både formellt och informellt. Flera intervjupersoner beskriver att samarbetet inom sjukhusen har blivit lidande av att man i den nya organisationen prioriterar sin länsverksamhets mål och resultat före samarbetet på respektive sjukhus. Eftersom länsverksamheterna skiljer sig åt både till sin verksamhet, hur länge de fungerat som länsverksamheter och hur ledarskapet ser ut, skiljer sig detta dock åt mellan verksamheterna.

BRISTER I SAMORDNINGEN MELLAN PRIMÄRVÅRD OCH SPECIALISTVÅRD

Samarbetet med aktörer utanför specialistvården, främst primärvård och kommuner, beskrivs delvis ha försämrats sedan länsverksamheternas införande, även om det inom vissa områden nu håller på att förbättras.

Den regionägda primärvården i Västernorrland är organiserad i en egen förvaltning, kallad Hälsocentralerna. Redan 2006 blev primärvården en länsverksamhet, men under 2016 bytte man organisation till en kombination av geografiska och länsgemensamma verksamhetsområden. Idag består primärvården av fyra verksamhetsområden för hälsocentralerna och fem verksamhetsområden för särskilda uppdrag (exempelvis mödravård och 1177 Vårdguiden). De fyra verksamhetsområden som länets 21 hälsocentraler tillhör utgör ca 80 procent av den totala primärvården i länet och har en geografisk indelning: Örnsköldsvik, Ådalen, Sundsvall/Härnösand och Sundsvall/Ånge. Varje verksamhetsområde leds av en verksamhetschef och varje vårdcentral av en enhetschef (den största hälsocentralen har två enhetschefer). De flesta av specialuppdragen har en länsövergripande organisation.

På ett regionalt plan upplever företrädare för såväl specialistvård som primärvård och kommuner att samarbetet mellan dessa verksamheter skulle kunna förbättras betydligt. De samverkansorgan som finns behandlar visserligen strategiska frågor, men då den privat drivna vården inte är representerad saknas en viktig aktör, och de personer som ingår i dessa samverkansgrupper saknar ofta beslutsmandat. Dessutom efterlyser många en bättre samverkan och förståelse mellan läkare inom primärvård och specialistvård för att säkerställa att man hela tiden arbetar för en sammanhållen vård för patienten. Det regionala samarbetet mellan primärvård, specialistvård och kommuner upplevs dock ha varit relativt dysfunktionellt redan innan införandet av länsverksamheter inom specialistvården och de vi intervjuat tror generellt inte att detta påverkats av omorganiseringen av specialistvården; de problem som fanns före omorganiseringen finns kvar idag.

Innan specialistvården omorganiserades i länsverksamheter fanns däremot en relativt välfungerande *lokal* kommunikation mellan hälsocentraler och specialistvård, med tydliga kontaktpunkter. Upplevelsen från primärvårdens sida är att det blivit svårare att förstå vem som representerar specialistvården i olika sammanhang och att man ännu inte hittat bra kommunikationsvägar mellan hälsocentraler och specialistvård. Man upplever dock att många otydligheter nu är på väg att lösas, till stor del tack vare lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som trädde i kraft den 1 januari 2018. Denna lag har drivit fram en struktur för samverkan mellan primärvård, specialistvård och kommuner där rollerna har förtydligats och kommunikationsvägar etablerats.

DET FINNS BRISTER I SAMVERKAN MED KOMMUNERNA I REGIONEN

Ett bättre samarbete mellan kommunerna och specialistvården lyfts i intervjuerna fram som eftersträvansvärt, både från kommunens sida och från specialistvården. Samarbetet beskrivs i intervjuerna ha försämrats efter införandet av länsverksamhet. Medan detta kan ses som en naturlig följd av att samtliga aktörer har fått fler kontakter att samarbeta med – kommunerna har fått 19 länsverksamheter och länsverksamheterna har fått sju kommuner – är det ett prioriterat område som man i rådande stund inte hittat en tillfredsställande lösning på. Kommunerna upplever fortfarande en otydlighet kring vem inom specialistvården som är ansvarig i olika situationer, exempelvis där patienterna är multisjuka och behöver vård av flera länsverksamheter. Det finns idag så kallade lokala samverkansgrupper vars syfte är att sy ihop kontakterna mellan specialistvården och kommunerna, men dels varierar deltagandegraden i dessa grupper, dels beskrivs grupperna sakna mandat för reella förändringar.

ONÖDIGT KOSTSAM VÅRD KÖPS AV ANDRA LANDSTING, OFTA UTAN EGENLIGT BEHOV UTIFRÅN EGNA KAPACITETEN

Under 2016 utgjorde utomlänsvård, dvs riksvård och vård köpt av andra landsting, 10,9 procent av alla vårdtillfällen inom slutenvården i Region Västernorrland. Detta är marginellt högre än övriga skogslän (10,5 procent). Drygt hälften (52,9 procent) av de utomlänsvårdade inom specialistvården i Västernorrland vårdades i Västerbotten (huvudsakligen Norrlands Universitetssjukhus i Umeå), medan Stockholm (19,2 procent) och Uppsala (8,7 procent) var andra större leverantörer av specialistvård till Västernorrland.

Medan en viss andel av vårdköp från andra landsting alltid är motiverat utifrån för att patienterna ska få rätt vård, menar vissa inom slutenvården i Västernorrland att det sker i onödigt hög utsträckning och utan en övergripande strategi. Där vård kan ges på ett fullvärdigt sätt inom regionen skall det också göras, eftersom det är betydligt dyrare att köpa vård från andra landsting än att producera den själv, se sidan 80 för vidare resonemang. Det är oklart i hur stor utsträckning nyttjandet av utomlänsvård drivs av att patienterna på eget initiativ söker vård i andra landsting, något som kan komma att öka utifrån den nya patientlagen.

I vilken utsträckning onödig remittering till andra landsting undviks beskrivs som i huvudsak beroende på hur starkt ledarskapet är i avseendet. Där cheferna är duktiga på att förklara varför vård i första hand ska ges inom regionen, har man bättre möjligheter att förbättra resursutnyttjandet. För patienter som bor i norra delarna av

länet är det exempelvis ofta närmare till Umeå i Västerbotten än till Sundsvall. En patient som föredrar att bli vårdad på Norrlands Universitetssjukhus i Umeå istället för på Sundsvalls sjukhus kan då få förklarat för sig att skattebetalarna i så fall betalar ett flera gånger högre pris.

Det är värt att betona att huruvida remittering till vård i andra landsting och regioner har påverkats av länsverksamheternas införande inte går att avgöra, men det kan konstateras att det finns utrymme för att stärka ledningens riktlinjer för vad som bör och inte bör remitteras.

Det råder idag en osäkerhet hur stor andel av vården inom andra landsting som initierats av patienterna själva.

STÖDFUNKTIONER

De insikter som vuxit fram under utvärderingen beskrivs nedan under följande rubriker:

- Kärnverksamheten upplever ett gap mellan behov och nuvarande utformning av stödfunktionerna
- HR-stödet – bristande kontinuitet och efterfrågan på handfast stöd
- IT-system och intranät upplevs tidskrävande och icke-användarvänliga
- Ekonomi – ofta välfungerade stöd, särskilt när det också finns en verksamhetsförståelse
- Verksamhetsutveckling – brister i förutsättningar för genomförande och spridande av idéer samt goda exempel
- Kommunikation – behov av sammanhållen och korrekt information externt, samt handfast stöd internt

KÄRNVERKSAMHETEN UPPLEVER ETT GAP MELLAN BEHOV OCH NUVARANDE UTFORMNING AV STÖDFUNKTIONERNA

Ett genomgående tema i intervjuerna är det faktum att stödfunktionernas roll har förändrats de senaste åren, vilket kortfattat beskrevs i bakgrundskapitlet. För många upplevs förändringarna ha inneburit en försämring, ofta av avsevärd betydelse, särskilt inom HR.

I detta sammanhang är det viktigt att betona att stödfunktioners roll inom organisationers ledning är en aktuell diskussion också på nationell nivå (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017), och att förflyttningen av administrativa arbetsuppgifter ut i verksamheterna är en bred samhällstrend.

Chefsrollen har i allmänhet blivit mer administrativt tung, dvs. att fler administrativa uppgifter lagts på chefers uppdrag utan att mer tid och resurser följt med. Kliniskt verksam hälso- och sjukvårdspersonal upplever också att deras arbete idag i större utsträckning präglas av administrativt arbete. I takt med en ökande brist på vårdpersonal har denna administrativa förflyttning på senare år börjat skifta tillbaka. Detta är också ett exempel på en nationell trend som kan utvecklas i olika riktningar under olika tidsperioder, och är inte ett problem som är specifikt för Region Västernorrlands specialistvård. Det är även värt att betona att det har skett en omorganisering av stödfunktionerna parallellt med införandet av länsverksamheter, som också beskrevs i bakgrundskapitlet. Upplevda problem med stödfunktioner behöver därför inte bero på införandet av länsverksamheter och det är fullt tänkbart att ha stödfunktioner som fungerar eller är organiserade på andra sätt, inom ramen för länsverksamhetsorganisationen.

I intervjuerna beskrivs upprepade gånger att förväntningarna på stödfunktionerna inte stämmer överens med vad man upplever sig få ut av dem. Som ett resultat av de beskrivna övergripande trenderna kring stödfunktioner och omorganiseringen av stödfunktionerna inom regionen har tydligheten kring stödfunktionernas egentliga roll delvis gått förlorad, vilket leder till att många inom specialistvården upplever att man inte får den hjälp man behöver. Flera länsverksamhets- och enhetschefer ställer sig frågan vad stödfunktionerna finns till för, om inte för att stötta dem i att göra verksamheten bättre för patienten. Med andra ord finns det ett gap mellan vad kärnverksamheter upplever sig ha behov av å ena sidan, och den hjälp stödfunktionerna erbjuder å andra sidan.

Att stödfunktionernas fysiska tillgänglighet har blivit mindre genom stödfunktionernas organisering upplevs av de flesta inte som ett avgörande problem. Även om geografisk närhet alltid är att föredra, är det den hjälp som ges som i slutändan är det viktigaste. I vissa fall, framförallt avseende verksamhetsutveckling, har länsverksamheterna anställt egen personal som stödfunktioner. Inom ramen för denna utvärdering har det inte gått att få fram en analys kring utvecklingen av kostnader för stödfunktionerna nu jämfört med före omorganisationen.

HR-STÖDET – BRISTANDE KONTINUITET OCH EFTERFRÅGAN PÅ HANDFAST STÖD

HR är den stödfunktion som oftast tas upp i intervjuerna som ett område som behöver förbättras avseende det stöd cheferna får. Ett bristande HR-stöd leder till att enhets- och länsverksamhetscheferna upplever att rekryteringen blir lidande, vilket är allvarligt då det är en kritisk process för verksamheten.

Hög omsättning på HR-konsulter under senare år

Ett problem som upprepar lyfts upp är den höga personalomsättning som rått inom HR-avdelningen under de senaste åren. För att kunna ge ett bra stöd inom specialistvården krävs ofta att HR-konsulterna har förståelse för verksamheten, vilket försvåras av att personal ofta byts ut. HR-konsulterna har också många gånger ansvar för ett flertal länsverksamheter, vilket försvårar deras möjligheter att sätta sig in i de respektive verksamheterna. Denna bristande kontinuitet upplevs av många vara ett problem. Ett annat problem som lyfts upp är att stödet i hög grad blir personberoende på grund av den beskrivna otydligheten med stödfunktionernas roll. Flera intervjuade chefer beskriver att man kan få ett utmärkt stöd av vissa konsulter, medan andra konsulter inte ser det som sitt uppdrag att utföra samma uppgifter. Här skiljer sig antagligen de riktlinjer konsulterna får av HR-organisationen från de krav och förväntningar som ställs från länsverksamheterna. Avsaknaden av tydliga riktlinjer kring vilket HR-stöd man som chef kan förvänta sig upplevs från chefshåll vara ett betydande problem.

HR:s agenda beskrivs som fränkopplad verksamheternas mål

Ett annat problem som beskrivs återkommande är en upplevelse av att HR skulle ha en egen agenda fränkopplad från verksamhetens mål; länsverksamhets- och enhetscheferna i verksamheten upplever att HR inte längre bistår med hjälp som är avgörande för att verksamheten ska fungera väl. HR har gått från att vara ett verksamhetsnära stöd, till att ha en mer rådgivande funktion. Ett exempel på problem som lyfts upp är att chefer ofta får sköta rent praktiska delar av rekryteringsprocessen själva, som att ta fram annonser. En allmän uppfattning är också att rekryteringsprocesserna har blivit långsammare, då de ska följa en länsenhetlig process, som är långsammare. Som exempel nämns att det inte längre går att anställa någon via personliga nätverk utan att en formell ansökan ska skickas in via regionens rekryteringsplattform. I intervjuerna har exempel givits där en chef har haft kontakt med personer som vill börja arbeta för regionen, men där rekryteringsprocessen drar ut på tiden så att andra arbetsgivare, till exempel andra landsting, hinner före. Anledningen till detta anses dels vara att rekryteringsprocessen genom sina formaliteter är för långsam, dels att rekryteringen numer till stora delar hanteras av chefer som inte är utbildade för detta. Denna bild bygger dock i huvudsak på kommentarer från verksamhetens chefer och behöver kompletteras med en mer omfattande genomgång av HR och en systematisk genomgång av behov och resurser samt hur de kan nyttjas på bästa sätt. Det kan ju exempelvis vara så att en del uppgifter, såsom utformning av annonser, enkelt skulle kunna skötas av respektive verksamhet om det fanns rätt mallar och stöd.

IT-SYSTEM OCH INTRANÄT UPPLEVS TIDSKRÄVANDE OCH ICKE-ANVÄNDARVÄNLIGA

Något som upprepar lyfts upp i intervjustudien är att geografisk närhet till stödfunktionerna visserligen är bekvämt och underlättar, men inte i sig är avgörande för ett välfungerande stöd. En förutsättning för att stödfunktionerna ska kunna erbjudas på distans, med ett större inslag av egen administration av chefer och andra medarbetare är att det finns ett fullgott IT-stöd, så att medarbetarna i högsta möjliga utsträckning själva kan utföra sitt administrativa arbete problemfritt. Vad gäller de mjukvarusystem som regionen tillhandahåller lyfts dock en rad problem fram.

Det IT-system som kritiseras mest i intervjuerna är regionens personaladministrativa system Heroma. Medarbetarnas tidsrapportering måste där godkännas och i exakthet stämma överens med andra uppgifter; vid avvikelse uppstår ”röda bollar” som måste korrigeras manuellt. Denna process beskrivs vara mycket tidskrävande och onödigt byråkratisk och det finns en bred uppfattning i de olika länsverksamheterna om att enhetscheferna tvingas lägga betydande tid på att hantera denna typ av ärenden i Heroma. Tidskrävande administration, som dessutom upplevs som överflödigt, tar inte bara tid i anspråk som cheferna annars kunnat använda för att utveckla verksamheten, den utgör även en grogrund för allmänt missnöje och kan därmed indirekt påverka verksamhetens kompetensförsörjning negativt.

Det har också framkommit synpunkter på att fakturerings- och inköpssystemet Proceedo uppvisar brister, exempelvis kring juridiska detaljer som gör systemet svårhanterligt.

Intranätet Chefskanalen kritiserar också brett för att inte fungera så som det ska, exempelvis fungerar inte sökfunktionen optimalt. Rutinerna för vilken information som ska laddas upp är inte heller tillräckligt väl utarbetade. Istället sprids information genom e-mail även till personer som inte berörs av innehållet, vilket skapar irritation och leder till onödigt arbete.

Platina är IT-systemet för hantering av styrdokument. Också detta kritiserar upprepade gånger i intervjuerna för att vara för långsamt och svårhanterligt.

EKONOMI – OFTA VÄLFUNGERADE STÖD, SÄRSKILT NÄR DET OCKSÅ FINNS EN VERKSAMHETSFÖRSTÅELSE

Ekonomistödet lyfts generellt upp som relativt välfungerande, men i hög utsträckning bundet till vilken person cheferna har hjälp av. För vissa verksamheter fungerar ekonomistödet bra, medan andra är mindre nöjda. Ett problem som lyfts upp flertalet gånger är att graden av förståelse för själva verksamheten varierar hos

ekonomerna. Vid bristande verksamhetsförståelse blir det svårare för ekonomerna att bidra med relevant stöd vid exempelvis uppföljningsanalyser av relevanta variabler, t.ex. produktionskapacitet eller kostnadsuppskattningar för relevanta utvecklingsinitiativ.

VERKSAMHETSUTVECKLING – BRISTER I FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR GENOMFÖRANDE OCH SPRIDANDE AV IDEER SAMT GODA EXEMPEL

Genomgående framkommer ett stort behov av och önskan om att utveckla hälso- och sjukvården. Med den nuvarande utformningen av stödfunktionen för verksamhetsutveckling upplever länsverksamheterna emellertid ofta att de inte får det stöd de behöver för att klara att gå från identifierat behov eller projektidé till genomförande och förbättring av vården. Flera länsverksamheter beskriver hur de initialt utlovats resurser för att anställa egna verksamhetsutvecklare vilket sedan inte realiserats. En del länsverksamheter har ändå valt att anställa egna verksamhetsutvecklare. Det tycks inte finnas någon analys av resurser och kostnader för stödfunktionen verksamhetsutvecklare nu jämfört med före omorganiseringen.

Verksamheterna beskriver idag ett behov av konkret stöd, såsom projektledning och kompetens inom förändringsarbetet. De modeller och strukturer som för närvarande erbjuds från centralt håll upplevs ofta som otillräckliga. Tid för verksamhetsutveckling får ofta stå tillbaka för behov som är mer direkt kopplade till den dagliga operativa driften, såsom administration, personalfrågor och kommunikation. Det finns också en osäkerhet kring vad den centrala verksamhetsutvecklingsfunktionen arbetar med och vad som genomförs inom ramen för arbetet med forskning, utbildning och innovation. Det beskrivs att utvecklingen av långsiktiga samarbeten försvårats på grund av en upplevt hög personalomsättning på verksamhetsutvecklarsidan.

Utöver genomförandet av konkreta initiativ har det också framkommit en avsaknad av strukturer och processer för hur idéer och goda exempel kan spridas. Det finns en efterfrågan att i större utsträckning kunna lära av varandra för att inte ”uppfinna hjulet” på nytt i varje del av verksamheten.

I nuläget beskrivs arbetet med verksamhetsutveckling inom de olika länsverksamheterna och deras enheter vara alltför beroende av de enskilda chefernas förutsättningar, förändringskompetens och engagemang.

Ovanstående bild har vuxit fram utifrån verksamheternas perspektiv med involvering av enstaka verksamhetsutvecklare. Inför eventuella åtgärder framåt behöver denna bild kompletteras med en helhetsanalys inklusive perspektiv från bland annat verksamhetsutvecklarfunktionen och regionledningen.

KOMMUNIKATION – BEHOV AV SAMMANHÅLLEN OCH KORREKT INFORMATION EXTERNT, SAMT HANDFAST STÖD INTERNT

När det gäller stöd från stödfunktionen kommunikation uttrycks i huvudsak två behov. Det ena gäller extern kommunikation, där det framkommer en avsaknad av en sammanhållen kommunikationsstrategi som på ett systematiskt sätt förmedlar korrekt information om hälso- och sjukvården, samt bemöter negativ och felaktig information. Det beskrivs till exempel hur invånare i länet tror att Sollefteå sjukhus är nedlagt eller inte erbjuder vård som man i själva verket tillhandahåller, bland annat utifrån felaktig information på 1177 Vårdguiden. Det andra behovet gäller stöd internt för att skapa förutsättningar för effektiv informationsspridning. Här framkommer möjligheter att utveckla och sprida metodstöd och en öppenhet för att anpassa formen av stöd utifrån verksamhetens behov.

3.4 Ekonomiperspektivet

Liksom resten av landet, brottas Region Västernorrland med utmanade förutsättningar för att bedriva en kostnadseffektiv vård, där den demografiska utvecklingen, ökande förväntningar från invånarna och nya medicinska innovationer är exempel på faktorer som driver på kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården. Olika kostnadsuppskattningar indikerar att hälso- och sjukvårdskostnaderna i Sverige ökar, och att ökningen i Västernorrland är högre än i riket som helhet. De senaste fem åren har också specialistvården i Västernorrland haft ett ekonomiskt underskott varje år. Ett betydande problem är att kostnaderna för hyrpersonal fördubblats under denna tidsperiod, och Västernorrland är den region i landet som spenderar störst andel av sina totala personalkostnader på hyrpersonal.

Ekonomiperspektivets huvudteman är som följer:

- *Måluppfyllelse*
- *Produktions- och kapacitetsutnyttjande*
- *Personalkostnader*

Ett av målen med införandet av länsverksamhet i Region Västernorrland var bättre resursutnyttjande genom en mer kostnadseffektiv hälso- och sjukvård. I regionens egen utvärdering av ekonomiperspektivet fastställs följande: ”att genomförandet av en omorganisation tar tid och att det är allt för tidigt att kunna dra några slutsatser om vilka effekter förändringarna bidragit till. Att det genomfördes två omfattande organisationsförändringar inom fyra år har bidragit till att det är svårt att utvärdera vad som påverkat respektive del i riktning d.v.s. produktivitetsförbättringar och en ekonomi i balans.” Detta är i linje med vad som framkommit i denna utvärdering. Det har inte heller under utvärderingen gått att påvisa orsakssamband mellan den ekonomiska utvecklingen och införandet av länsverksamheter. Detta betyder inte att utvecklingen inom olika ekonomiska frågor inte kan eller bör redovisas. En

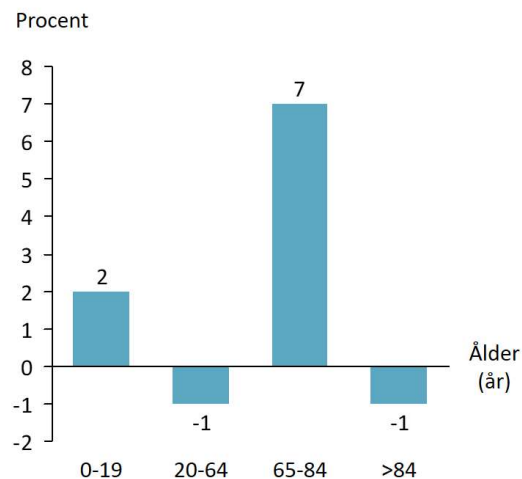
bakgrund och kontext till dagens situation samt identifieringen av eventuella utmaningar underlättar ett målinriktat förbättringsarbete.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I REGION VÄSTERNORRLAND STÅR I LIKHET MED ÖVRIGA LANDET INFÖR BETYDANDE UTMANINGAR

Västernorrland har i likhet med andra landsting en åldrande befolkning, ökande förväntningar från invånarna och medicinska innovationer som ställer högre resurskrav på hälso- och sjukvården. Flera andra landsting har i likhet med Västernorrland haft ekonomiska underskott de senaste åren.

Region Västernorrland har de senaste tio åren dragits med ekonomiska underskott som föranlett faser av betydande besparingar, som av naturliga skäl påverkat verksamheterna på olika sätt. Kontexten för hälso- och sjukvården i Västernorrland går hand i hand med en trend som kan ses i hela västvärlden. Figur 32 redovisar Västernorrlands befolkningsförändring i fyra åldersgrupper mellan 2011–2016. Den åldersgrupp som har ökat mest är åldersgruppen 65–84 år.

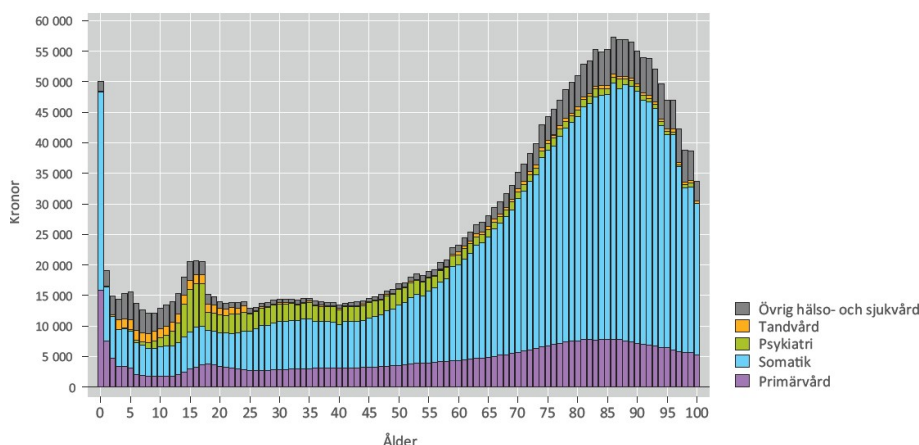
Figur 32. Befolkningsförändring i Västernorrland 2011-2016



Källa: Region Västernorrland.

Som framgår av Figur 33 innebär en äldre befolkning generellt högre kostnader för hälso- och sjukvård, där exempelvis kostnaderna per person är betydligt högre i gruppen 65-84 år än i gruppen 20-64 år. Den åldrande befolkningen i Västernorrland innebär därmed ett ökat kostnadstryck på hälso- och sjukvården.

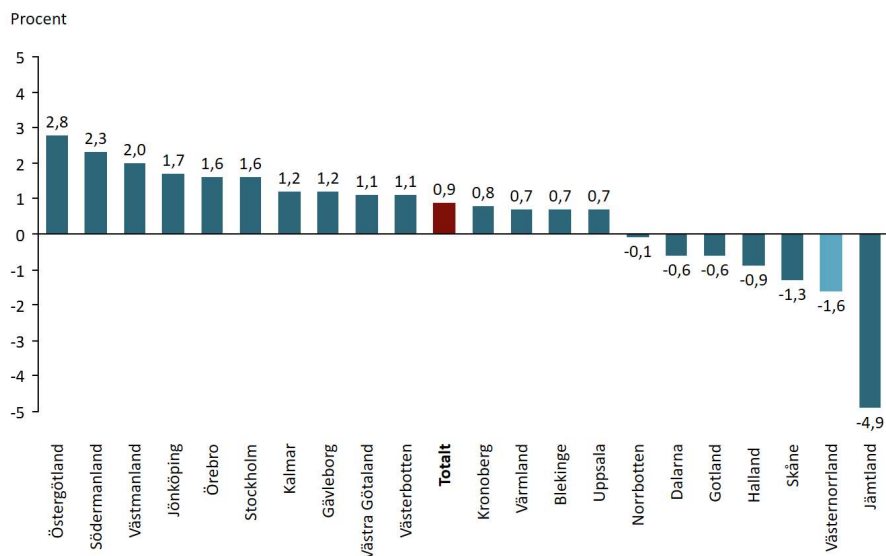
Figur 33. Hälso- och sjukvårdskostnader per invånare fördelat på ålder



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting och Västra Götalandsregionen.

Andelen av Sveriges BNP som går till hälso- och sjukvård har ökat och enligt SCB låg denna andel på drygt 11 procent 2015 (Statistiska Centralbyrån, 2017). Majoriteten av dessa kostnader finansieras av landstingen, som i vissa fall har svårt att öka skatteuttaget i motsvarande takt, bland annat på grund av den demografiska utvecklingen som beskrivits ovan. Ytterligare en faktor som försvårar de ekonomiska förutsättningarna för de flesta landsting är generella svårigheter med kompetensförsörjning och rekrytering inom hälso- och sjukvården. Dessa generella trender har bidragit till att flera landsting, bland annat Västernorrland, brottas med underskott i ekonomin. Figur 34 visar det genomsnittliga ekonomiska resultatet som andel av skatter och bidrag mellan 2012 och 2016 för respektive landsting. Flera landsting har ett genomsnittligt underskott, även om det totala genomsnittet är positivt. Västernorrland har under den tidsperioden i genomsnitt haft det näst största ekonomiska underskottet av alla landsting.

Figur 34. Genomsnittligt resultat 2012-2016 i procent av skatter och bidrag



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

MÅLUPPFYLLELSE

De insikter som vuxit fram under utvärderingen beskrivs nedan under följande rubriker:

- Specialistvården i Västernorrland har haft ett ekonomiskt underskott varje år de senaste fem åren
- Resekostnaderna har stigit i lägre omfattning än beräknat sedan införandet av länsverksamheter

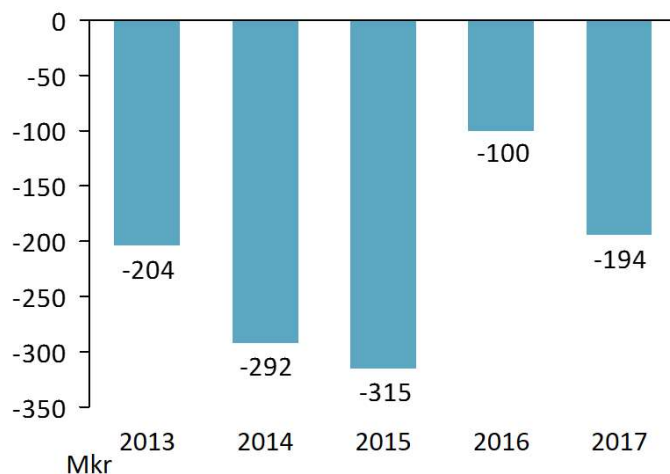
SPECIALISTVÅRDEN I VÄSTERNORRLAND HAR HAFT ETT EKONOMISKT UNDERSKOTT VARJE ÅR DE SENASTE FEM ÅREN

De senaste fem åren har Region Västernorrland haft ett ekonomiskt underskott, som totalt överstiger en miljard kronor. Bara tre länsverksamheter kunde 2017 visa upp ett överskott. En länsverksamhet hade ett underskott på nästan 14 procent av de budgeterade intäkterna.

Figur 35 visar de ekonomiska avvikelserna för specialistvården i Region Västernorrland mellan 2013 och 2017, dvs. budgeterade kostnader minus

kostnadsutfall. För varje enskilt år under denna tidsperiod har specialistvården haft ett ekonomiskt underskott. Särskilt stort var underskottet 2015 då det låg på 315 miljoner kronor. Under 2017 uppgick underskottet till 194 miljoner kronor. Summeras underskottet under dessa fem år, överstiger det en miljard kronor.

Figur 35. Ekonomisk avvikelse för specialistvården i Region Västernorrland 2013-2017

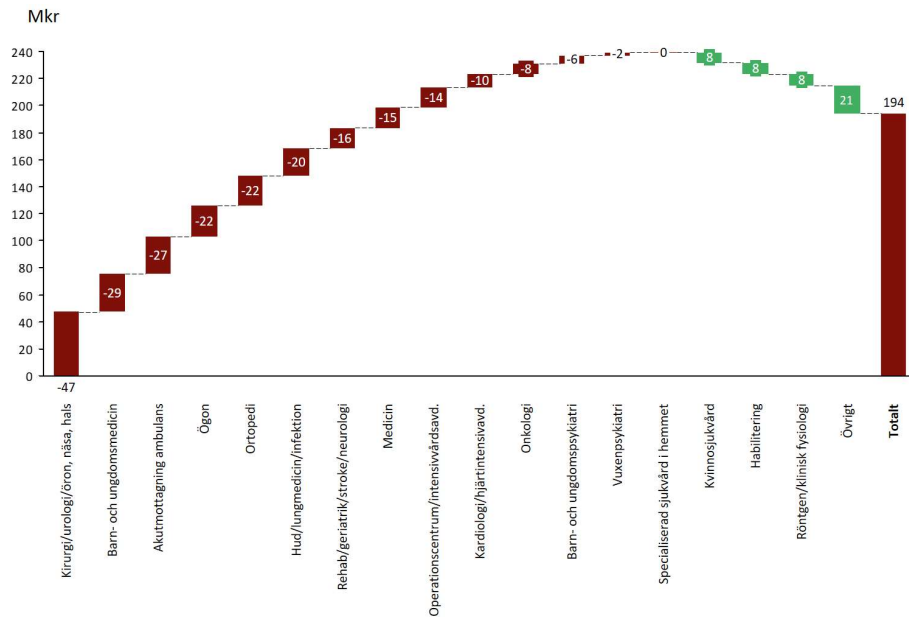


Källa: Intern ekonomistatistik, Region Västernorrland, Lumell-analys.

Not: Hörselvården inkluderades i specialistvården under 2017. För att möjliggöra jämförelser över tid har kliniken därför rensats bort ur samtliga ekonomiska analyser. Labmedicin är heller inte en del av specialistvården i det ekonomiska systemet, varför kliniken inte är medräknad.

Av underskottet på 194 miljoner kronor kan en fördelning på länsverksamheterna göras. Denna uträkning försvåras dock av att det ekonomiska systemet inte har följt med den omorganisering som genomfördes. Jämförelser över tid försvåras också av att hörselvården inkluderades i specialistvården under 2017, vilket inte var fallet under tidigare år. Hörselvården är därför exkluderad från den ekonomiska statistiken över specialistvården i denna utvärdering. Slutligen används benämningen "övrigt" som en restpost för ekonomiska data som inte går att inordna under någon specifik länsverksamhet. Figur 36 visar de ekonomiska avvikelserna gentemot budget för länsverksamheterna under 2017. Notera att dessa siffror inte är justerade för länsverksamheternas storlek. Det går att konstatera att endast fyra länsverksamheter hade positivt resultat, varav en av dem är "övrigt"-posten. Kirurgi/urologi/öron, näsa, hals hade 2017 det enskilt största underskottet som uppgick till 47 miljoner kronor, eller en knapp fjärdedel av hela specialistvårdens underskott.

Figur 36. Ekonomisk avvikelse för länsverksamheterna inom specialistvården i Region Västernorrland, 2017

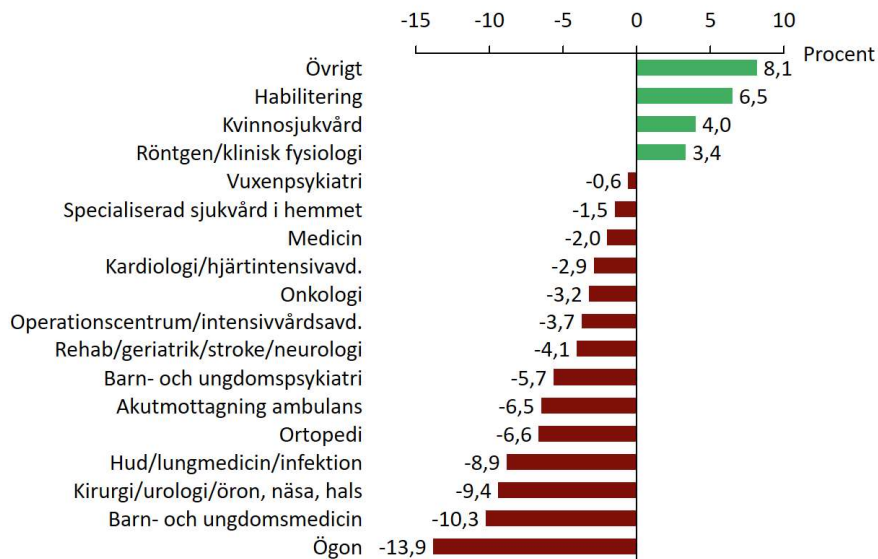


Källa: Intern ekonomistatistik, Region Västernorrland, Lumell-analys.

Not: Hörselvården inkluderades i specialistvården under 2017. För att möjliggöra jämförelser över tid har kliniken därför rensats bort ur samtliga ekonomiska analyser. Labmedicin är heller inte en del av specialistvården i det ekonomiska systemet, varför kliniken inte är medräknad.

Om avvikelserna istället räknas som andel av budgeterade intäkter blir bilden en annan, vilket framgår av Figur 37. Relativt sett hade ögon det största underskottet under 2017, följt av barn- och ungdomsmedicin och kirurgi/urologi/öron, näsa hals..

Figur 37. Ekonomisk avvikelse som andel av budgeterade intäkter för länsverksamheterna i specialistvården i Västernorrland 2017



Källa: Intern ekonomistatistik, Region Västernorrland, Lumell-analys.

Not: Hörselvården inkluderades i specialistvården under 2017. För att möjliggöra jämförelser över tid har kliniken därför rensats bort ur samtliga ekonomiska analyser. Labmedicin är heller inte en del av specialistvården i det ekonomiska systemet, varför kliniken inte är medräknad.

RESEKOSTNADERNA HAR STIGIT I LÄGRE OMFATTNING ÄN BERÄKNAT SEDAN INFÖRANDET AV LÄNSVERKSAMHETER

En farhåga vid införandet av länsverksamhet var att transportkostnaderna skulle öka. Resekostnaderna för leasingbil och resor med buss och företagskort har sammantaget ökat 11 procent sedan 2013, men med hänsyn taget till prisuppräknings ligger ökningen endast på runt 2–3 procent.

Kostnader för sjukresor har ökat stadigt under tidsperioden 2011–2016, men under regionens utvärdering av ekonomiperspektivet kunde inte något samband kopplat till länsorganisationen hittas. Kostnaderna för patienttransporter har däremot ökat kraftigt under den utvärderade perioden, från 19,7 miljoner kronor 2012 till 29,4 miljoner 2016, en ökning med 49 procent. Den större delen av denna ökning inträffade under 2016, då kostnaderna ökade från 24,0 miljoner till 29,4 miljoner, en ökning med 22,5 procent. Det är rimligt att anta att en del av denna ökning beror på stängningen av delar av akutvården i Sollefteå. Kostnaderna för övriga transporter och frakter har ökat med 5 procent. Kostnaderna för hyra och leasing av

transportmedel ligger idag på 4 miljoner kronor, och kostnad för buss och tåg med företagskort på 1,2 miljon kronor.

PRODUKTIONS- OCH KAPACITETSUTNYTTJANDE

De insikter som vuxit fram under utvärderingen beskrivs nedan under följande rubriker:

- Uppskattningar indikerar att den producerade mängden vård de senaste åren varit relativt konstant medan kostnaderna ökat
- Resurseffektiviteten är komplicerad att mäta

UPPSKATTNINGAR INDIKERAR ATT DEN PRODUCERADE MÄNGDEN VÅRD DE SENASTE ÅREN VARIT RELATIVT KONSTANT MEDAN KOSTNADERNA ÖKAT

Att mäta ett landstings hälso- och sjukvårdsproduktion och kostnader och att sedan jämföra dem med andra landsting är en komplicerad uppgift. Eftersom patientunderlagen kan skilja sig åt är det inte säkert att det är kostnaderna för den faktiskt erbjudna vården som ges, snarare än skillnaderna i patientunderlag. Det finns olika metoder att försöka göra statistiken mer jämförbar. Nedan tas två sådana metoder upp: DRG-poäng och strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnader. Först redovisas DRG och produktionen av DRG-poäng, sedan kostnaden per DRG-poäng och slutligen de strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnaderna. Gemensamt för de två kostnadsmåten är att de indikerar att kostnaderna i Västernorrland stigit mer än rikssnittet. Men även dessa uppskattningar bör ses i ljuset av den osäkerhet som varje mått för med sig.

Produktionen av DRG-poäng har varit relativt konstant

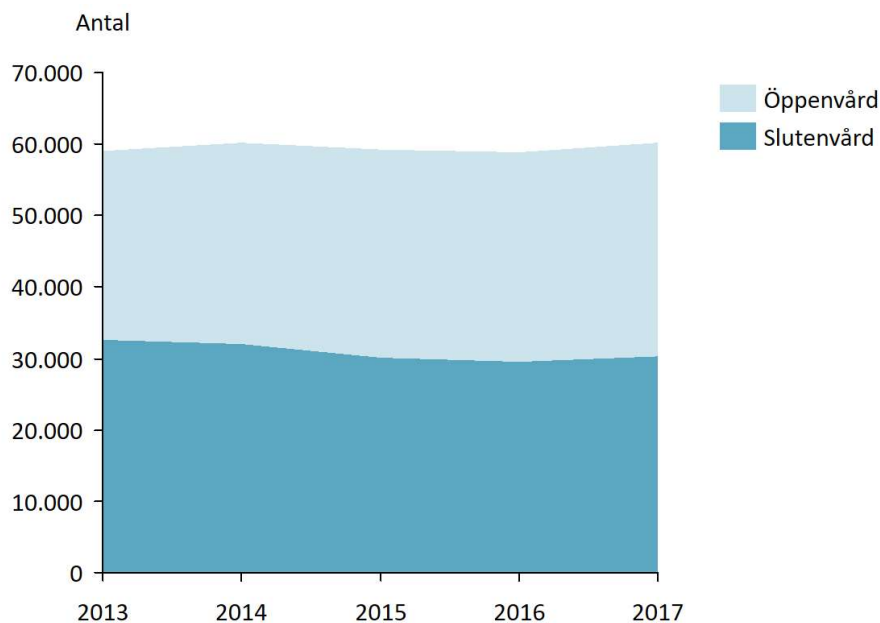
Ett sätt att mäta produktion av vård är att mäta DRG-poäng. Enligt denna mätning har produktionen av vård varit relativt konstant i Västernorrland sedan 2013.

Olika vårdtillfällen är kräver olika mängd resurser. DRG står för ”Diagnosis Related Groups” och är ett system för sekundär patientklassificering. Vårdtillfällen delas in i ett begränsat antal grupper av diagnoser som dels är medicinskt likartade, dels kräver jämbördig resursnivå. Genom DRG kan exempelvis ett sjukhus eller ett landstings patientsammansättning beskrivas. En DRG-poäng (eller DRG-vikt) är en definition på hur resurskrävande ett vårdtillfälle är relativt medelkostnaden för alla vårdtillfällen. En DRG-poäng beskriver med andra ord hur mycket vård som har producerats. Kostnad per DRG-poäng beskriver hur dyr vården är, och kan anges för exempelvis ett sjukhus, landsting eller land. DRG-poäng möjliggör en mer rättvis

jämförelse mellan produktion och resursåtgång för hälso- och sjukvård mellan vårdgivare vars patientsammansättning skiljer sig åt, eftersom jämförelsen inte görs per invånare eller per patient, utan tar hänsyn till att patientgrupperna skiljer sig åt. Resultatet är då medelkostnaden för alla vårdtillfällen för hela gruppen som är föremål för inbördes jämförelse. Tanken är också att en strukturjustering genom exempelvis ålder inte behöver göras, eftersom det är just den producerade vården som beräknas.

I Figur 38 framgår att produktionen av DRG-poäng i Västernorrland legat relativt konstant mellan 2013 och 2017. Öppenvårdens produktion har ökat något medan slutenvårdens produktion har minskat något. Sammantaget har dessa mindre förändringar mer eller mindre tagit ut varandra.

Figur 38. DRG-produktion för specialistvården i Västernorrland 2013-2017



Källa: Intern statistik, Region Västernorrland.

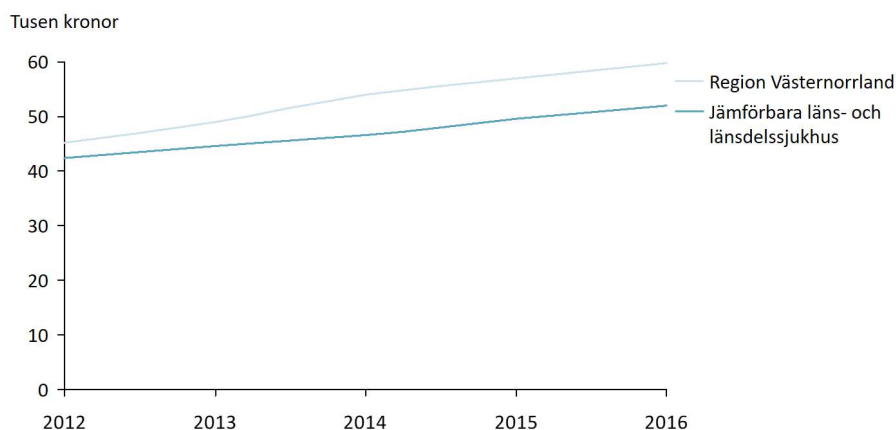
Kostnaden per DRG-poäng har ökat något mer i Västernorrland än på jämförbara sjukhus

Kostnaden per DRG-poäng har stigit i hela landet de senaste åren, men kostnadsökningen har varit större i Västernorrland än i övriga riket, både vad gäller öppenvård och slutenvård.

Region Västernorrlands interna KPP-avdelning tar regelbundet fram statistik över kostnadsutveckling per DRG-poäng. Syftet med statistiken är att jämföra kostnadsutvecklingen för hälso- och sjukvården över tid och med andra vårdgivare i landet. Regionen har valt att jämföra med sjukhus i andra landsting som anses vara ”jämförbara” i den bemärkelsen att de inte är universitetssjukhus och inte har en specifik specialitet. Anledningen är att sådan vård många gånger är dyrare än den vård som ges på övriga sjukhus. För en komplett lista på vilka sjukhus som ingår i jämförelsegruppen, se Appendix. Notera att denna jämförelsegrupp skiljer sig åt från den jämförelsegrupp som annars används i denna utvärdering och som vi refererar till som ”skogslän”.

Som framgår av Figur 39 har kostnaderna per DRG-poäng i öppenvård stigit kontinuerligt mellan 2012 och 2016, vid Västernorrlands sjukhus såväl som vid jämförelsegruppens sjukhus. Kostnaden har däremot ökat mer i Västernorrland, vilket ledde till kostnadsskillnaden per DRG-poäng mellan Västernorrland och jämförbara sjukhus ökade från 6,9 procent 2012 till 15,1 procent 2016. Statistiken omfattar både inner- och ytterfall, dvs. alla patienter, inklusive de mer resurskrävande patienterna som i vissa statistikredovisningar undantas eftersom ett fåtal patienter kan ge ett större utslag på helheten.

Figur 39. Kostnad/DRG-poäng i öppenvård, inklusive inner- och ytterfall, 2012-2016



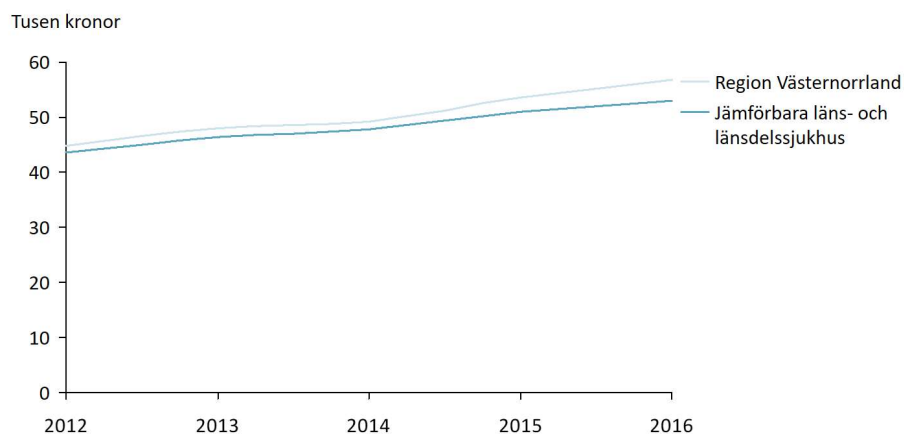
Not: Från "jämförbara läns- och länsdelssjukhus" har universitetssjukhusen rensats bort, och även tio andra sjukhus. Se appendix för exakt lista på vilka sjukhus som ingår.

Källa: Intern statistik, Region Västernorrland.

En liknande utveckling kan ses för kostnad per DRG-poäng i slutenvården, se Figur 40. Även här ligger Region Västernorrlands kostnader över kostnaderna för

jämförelsegruppen, och även här ökade gapet mellan 2012 och 2016 (från 2,5 procent till 7,3 procent), men skillnaden mellan sjukhusen i Västernorrland och jämförbara sjukhus är alltså mindre än för öppenvården.

Figur 40. Kostnad/DRG-poäng i slutenvård, inner- och ytterfall, 2012-2016

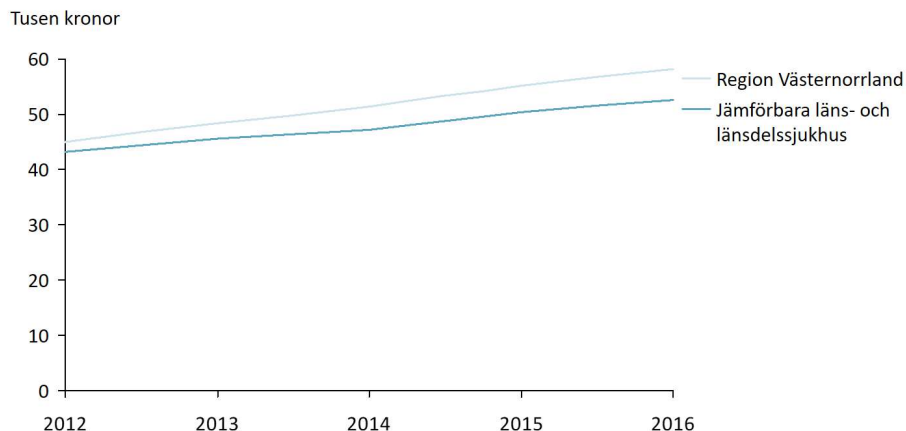


Not: Från "jämförbara läns- och länsdelssjukhus" har universitetssjukhusen rensats bort, och även tio andra sjukhus. Se appendix för exakt lista på vilka sjukhus som ingår.

Källa: Intern statistik, Region Västernorrland.

Figur 41 visar den sammantagna kostnadsutvecklingen per DRG-poäng för öppen- och slutenvård tillsammans.

Figur 41. Kostnad/DRG-poäng i öppen- och slutenvård, inner- och ytterfall, 2012-2016



Not: Från "jämförbara läns- och länsdelssjukhus" har universitetssjukhusen rensats bort, och även tio andra sjukhus. Se appendix för exakt lista på vilka sjukhus som ingår.

Källa: Intern statistik, Region Västernorrland.

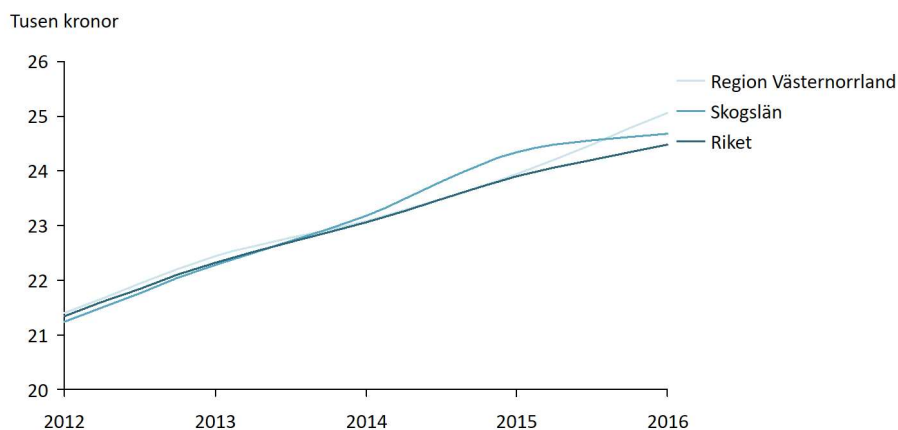
Strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnader indikerar att kostnaderna ökar mer i Västernorrland än i övriga riket

Också en mätning av totala hälso- och sjukvårdskostnader, som justerats för att göra jämförelser mer rättvisa, antyder att Västernorrlands hälso- och sjukvårdskostnader stigit mer än i övriga riket under senare år. Här har dock denna skillnad uppstått först efter 2015.

Ett alternativ till att mäta hälso- och sjukvårdskostnader genom DRG-poäng är att dividera de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna med antalet invånare och sedan justera siffrorna för ålder, sjukdomsbenägenhet och andra för hälso- och sjukvårdskostnader relevanta mått. Detta är ett mått som bland annat används av Socialstyrelsen. Nackdelen med denna metod är att den inte mäter kostnaderna per patient, dvs. personer som faktiskt utnyttjat vården, utan använder en justeringsmekanism som är tänkt att uppskatta vem som är patient. Förändringar i befolkningsunderlag påverkar också denna mätning, eftersom den görs per invånare, vilket innebär att även om kostnaderna per patient inte förändras kan en befolkningsförändring ge utslag i beräkningarna. I Figur 42 kan utvecklingen mellan 2012 och 2016 av strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnader ses. Jämförelsen görs nu återigen med hela riket och de i denna utvärdering använda gruppen skogslän. Här kan observeras att Region Västernorrlands kostnader legat i paritet

med rikssnittet och något under skogslänens fram till 2015. Under 2016 var kostnaderna däremot högre än i både skogslänen och riket.

Figur 42. Strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnader per invånare, 2012-2016



Not: För skogslänen används ett oviktat genomsnitt.

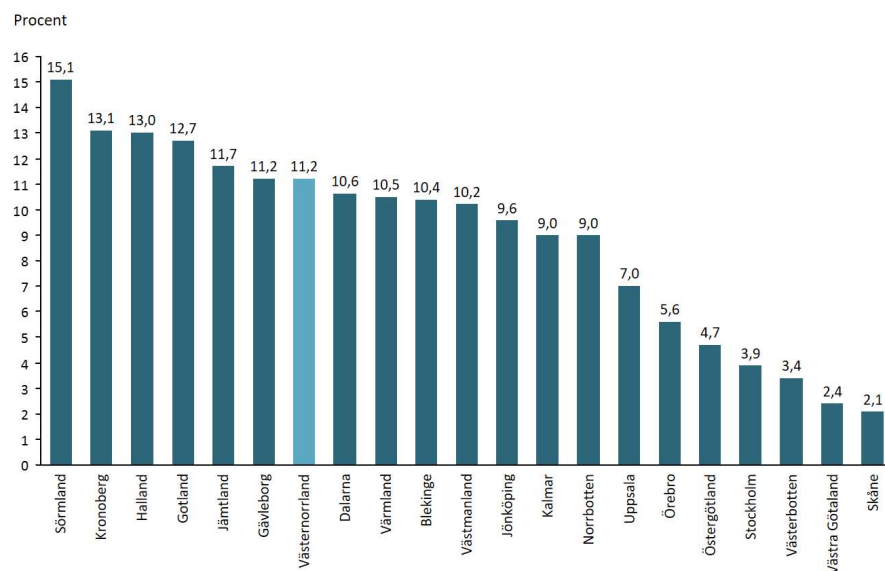
Källa: Statistiska Centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting.

Köp av vård från andra landsting

Västernorrland tillhör den tredjedel av regioner/landsting som köper mest somatisk slutenvård av andra regioner/landsting, men om regioner/landsting med universitetssjukhus rensas bort, ligger man precis ovanför mitten. I jämförelse med övriga skogslän köpte Västernorrland en något större andel av sin slutenvård från andra landsting (10,9 procent jämfört med 10,5 procent).

Alla regioner/landsting köper vård av andra. Om ett landstings patienter befinner sig i ett annat landsting när de behöver ha vård, debiteras hemlandstinget för denna vård. Viss vård finns inte heller tillgänglig i alla landsting, varför en viss del av köp från andra landsting är motiverad och nödvändig, och helt i linje med den nivåstrukturering av vården som sker nationellt. Figur 43 visar att Västernorrland 2016 hamnade på sjunde plats sett till hur stor andel av den egna produktionen av somatisk slutenvård som köptes av andra landsting. Notera att många olika faktorer påverkar i vilken utsträckning det är rimligt för ett landsting att köpa vård av andra landsting. Notera också att samtliga sju landsting som köpte minst vård har ett universitetssjukhus och därmed naturligt har ett lägre behov av att köpa vård av andra.

Figur 43. Andel köpt somatisk slutenvård av andra landsting/riksvård, som procent av egenproducerad vård, 2016



Källa: Intern ekonomistatistik, Region Västernorrland.

Vad gäller somatisk öppenvård hamnar Västernorrland på femte plats när det gäller regioner som köper mest utomlänsvård som andel av samtliga vårdtillfällen. För psykiatrisk slutenvård respektive öppenvård hamnar Västernorrland på sjuttonde respektive nionde plats. Endast 6,5 procent av den psykiatriska slutenvårdens produktion utgjordes av köp från andra landsting. Samtliga siffror avser 2016.

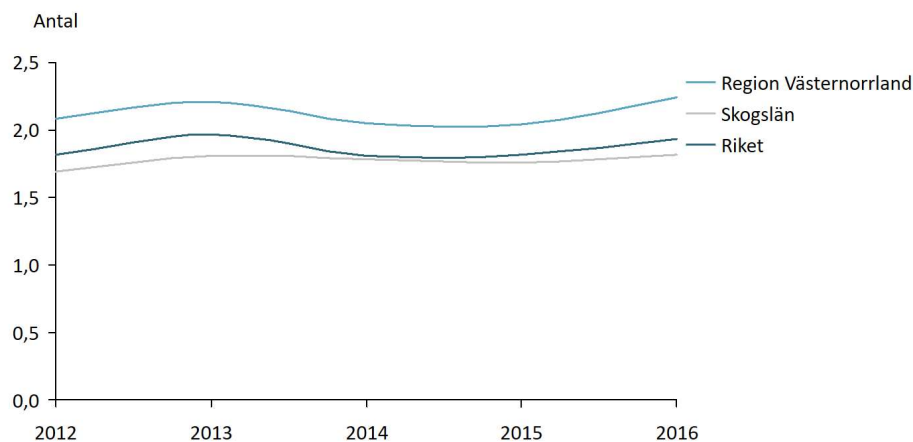
RESURSEFFektivITETEN ÄR KOMPLICERAD ATT MÄTA

Som beskrivits ovan är mätning av hälso- och sjukvårdens resursåtgång en komplicerad uppgift. Än mer komplicerad är mätningen av resurseffektivitet. Här måste de förbrukade resurserna ställas mot olika utfallsmått, för att se om de har genererat en bättre vård, dvs. om de har använts effektivt. Något lämpligt och heltäckande mått på sådan resurseffektivitet har inte använts inom ramen för denna.

Ett mått som däremot användes i regionens utvärdering var ett mått på poliklinisering, dvs när man ändrar arbetssätt så att behandling som tidigare givits inom slutenvården överförs till öppenvård eller dagvård. Detta mått används löpande av Socialstyrelsen. För detta används antalet dagkirurgiska vårdkontakter per kirurgiskt vårdtillfälle i slutenvård. År 2016 hade Västernorrland en kvot på 2,24,

vilket var tredje högst i landet och vilket indikerar att regionen kommit långt i sitt polikliniseringsarbete. Det är också en förbättring sedan 2012 då kvoten för Västernorrland var 2,09. Som framgår av Figur 44 har regionen sedan 2012 varje år legat över både det nationella snittet och snittet för skogslänen.

Figur 44. Poliklinisering som mått på antal dagkirurgiska vårdkontakter per kirurgiskt vårdtillfälle i slutenvård, 2012-2016



Not: För skogslänen används här ett viktat genomsnitt.

Källa: Datauttag från Region Västernorrland, via Socialstyrelsen.

PERSONALKOSTNADER

Som tidigare beskrivits i denna utvärdering, påverkas hälso- och sjukvården i Region Västernorrland av ett flertal nationella och internationella trender. En sådan trend inom hälso- och sjukvården är problem kopplat till rekrytering och kompetensförsörjning. Av flera olika anledningar råder idag på många håll en utbredd bemanningsbrist inom hälso- och sjukvården och mycket tyder på att de nationella problemen med kompetensförsörjning har försvårats på senare år. För ett relativt glesbefolkat norrlandsting som Västernorrland är förutsättningarna för bemanning extra svåra. Detta har bland annat lett till att lönesättningen måste anpassas till det låga utbudet av arbetskraft, och i förlängningen till höga kostnader för hyrpersonal. Då den nationella utvecklingen av kompetensförsörjningsproblematiken inom hälso- och sjukvården till stor del sammanfaller med etableringen av länsverksamheter inom specialistvården i Västernorrland är det vanskligt att dra slutsatser om omorganiseringens påverkan och den statistik som presenteras här måste därför tolkas med stor försiktighet.

De insikter som vuxit fram under utvärderingen beskrivs nedan under följande rubriker:

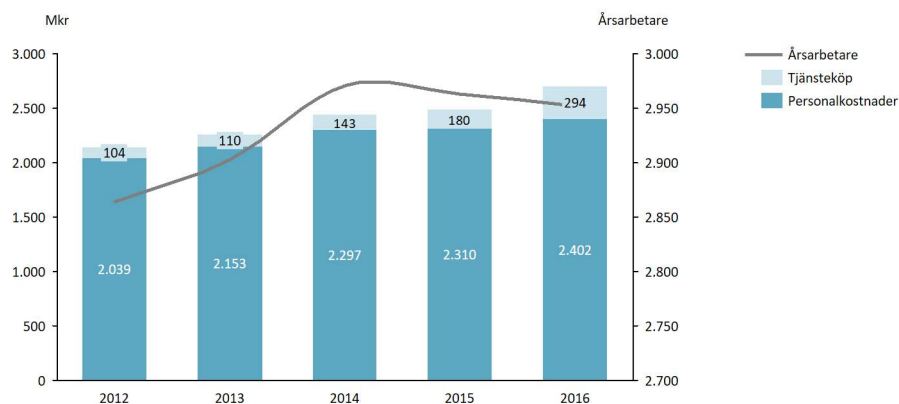
- De totala personalkostnaderna har ökat mer än antalet årsarbetare de senaste åren
- Kostnaderna för hyrpersonal har fördubblats sedan 2012
- Kostnaderna för sjukfrånvaro skiljer sig åt mellan länsverksamheterna

DE TOTALA PERSONALKOSTNADERNA HAR ÖKAT MER ÄN ANTALET ÅRSARBETARE DE SENASTE ÅREN

Personalkostnaderna i Västernorrland har ökat mer än antalet årsarbetare sedan 2012. Särskilt mycket har kostnaderna för tjänsteköp ökat.

Som framgår av Figur 45 ökade antalet årsarbetare inom specialistvården mellan 2012 och 2016, även om antalet har minskat sedan 2014. Samtidigt har de totala personalkostnaderna och tjänsteköpen ökat för varje år. Personalkostnaderna och tjänsteköpen har stigit oproportionerligt mycket i jämförelse med antalet årsarbetare. Antalet årsarbetare låg 2016 på knappt 3 000, och hade ökat med drygt 3 procent från 2012, medan personalkostnaderna under samma tidsperiod ökade med 17 procent och tjänsteköpskostnaderna nästan tredubblades. En trolig förklaring tillav denna utveckling är att kostnaderna för tjänsteköp och personal ökat som ett resultat av regionens kompetensförsörjningsproblematik; i takt med att det blir svårare att rekrytera och behålla personal tvingas man till kostsamma lösningar i form av till exempel hyrpersonal och köp av tjänster.

Figur 45. Totala personalkostnader, tjänsteköp och antal årsarbetare i Västernorrlands specialistvård 2012-2016



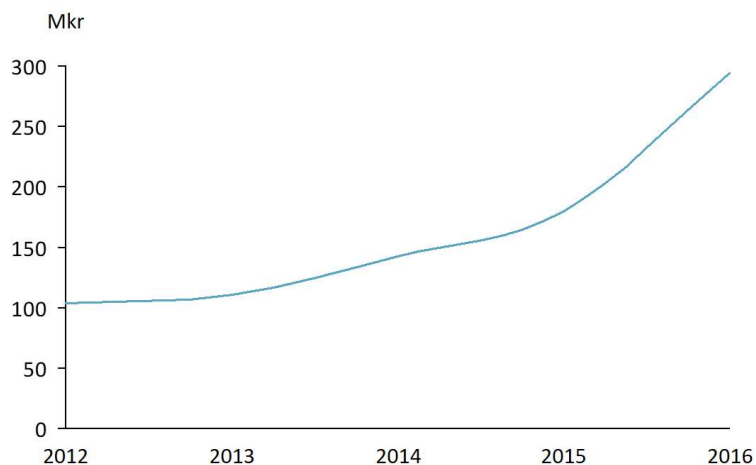
Källa: Intern statistik, Region Västernorrland.

KOSTNADERNA FÖR HYRPERSONAL HAR FÖRDUBBLATS SEDAN 2012

Specialistvårdens kostnader för hyrpersonal har som beskrivits ovan tredubblats sedan 2012. Västernorrland var 2016 den region i Sverige som spenderade störst andel av sina totala personalkostnader på hyrpersonal. Nästan två tredjedelar av dessa hyrkostnader spenderas på läkare, och en dryg tredjedel på sjuksköterskor.

Problem med skenande kostnader för hyrpersonal är välkänt både inom regionen och nationellt. Figur 46 visar att kostnaderna har tredubblats från 2012 till 2016.

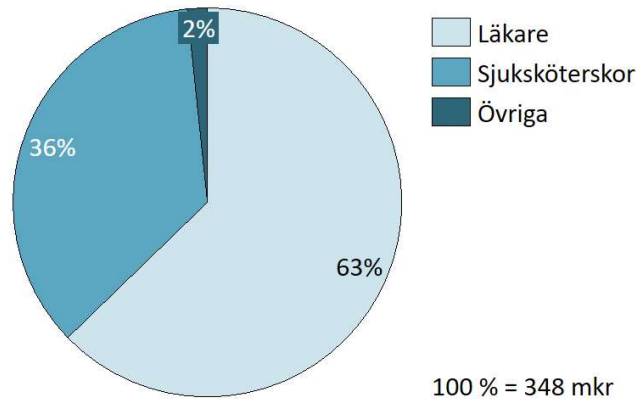
Figur 46. Kostnader för hyrpersonal, specialistvården i Region Västernorrland 2012-2016



Källa: Intern statistik, Region Västernorrland.

Fördelningen av hyrkostnaderna på personalgrupperna 2017 framgår av Figur 47. Nästan två tredjedelar av kostnaderna spenderades på läkare, och resterande del nästan uteslutande på sjuksköterskor.

Figur 47. Fördelning av hyrkostnader i Västernorrlands specialistvård, 2017

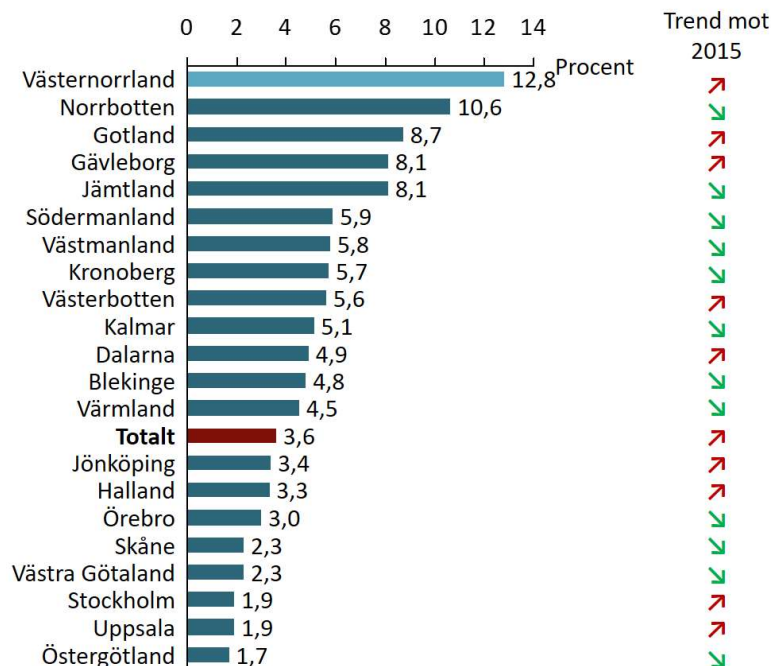


Not: Kostnaderna gäller för somatisk och psykiatrisk vård totalt.

Källa: Intern statistik, Region Västernorrland.

Problemet med hyrpersonal är som sagt nationellt, men vid en jämförelse med andra landsting tycks problemen vara särskilt svåra i Västernorrland. Västernorrland hade under 2016 de högsta kostnaderna för hyrpersonal som andel av de totala personalkostnaderna av alla landsting., se Figur 48. I figuren framgår också att knappt hälften av landstingen lyckades minska andelen hyrpersonalkostnader från föregående år, dock inte Västernorrland.

Figur 48. Kostnader för hyrpersonal som andel av totala personalkostnader, alla landsting 2016



Not: Röd pil indikerar en höjning av personalkostnadernas andel, dvs. en negativ förändring.

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

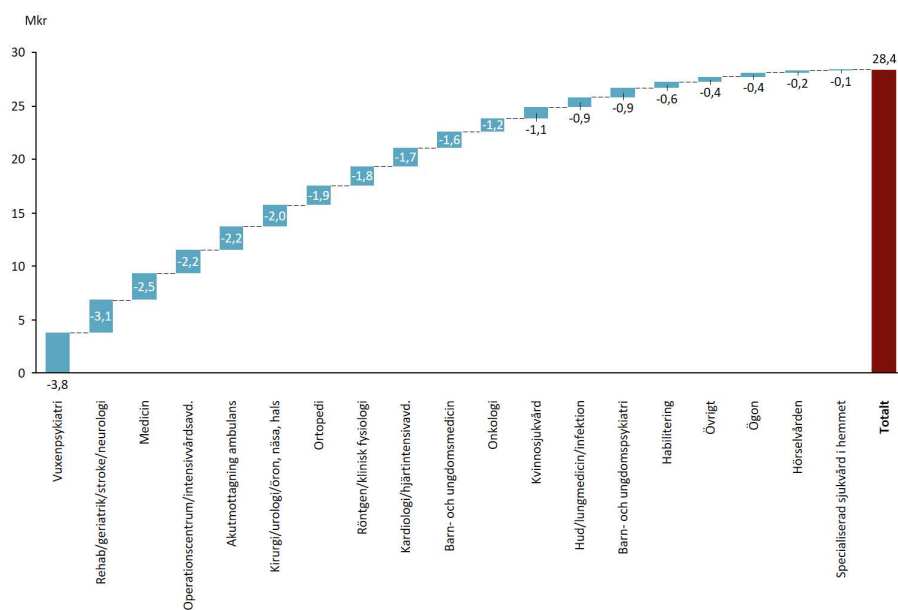
Vid en analys av kostnaderna för hyrpersonal på länsverksamhetsnivå kan konstateras att några länsverksamheter lyckats sänka kostnaderna mellan 2016 och 2017. Kardiologin sänkte sina kostnader från 27 miljoner kronor 2016 till 16,8 miljoner kronor 2017, röntgen/klinisk fysiologi från 44,4 miljoner kronor till 41,4 miljoner kronor och vuxenpsykiatri från 29,2 miljoner kronor till 25,9 miljoner kronor. Också kvinnosjukvården sänkte kostnaderna något.

I Region Västernorrlands utvärdering av ekonomiperspektivet beskrivs att ”2 av 5” är en satsning som innebär färre helgtjänstgöringar för personalen, och att satsningen ökade behovet av personal motsvarande 62 miljoner kronor, men att antalet årsarbetare inte har ökade så att schemaförändringen istället för en besparing innebar ett utökat behov av hyrpersonal.

KOSTNADERNA FÖR SJUKFRÅNVARO SKILJER SIG ÅT MELLAN LÄNSVERKSAMHETERNA

Som beskrevs i kapitlet om sjukfrånvaro på sidan 43 har den totala sjukfrånvaron i Region Västernorrland legat på en högre nivå än i riket och skogslänen, och det finns betydande variationer i sjukfrånvaron mellan specialistvårdens länsverksamheter. Vid en sjukskrivning ska arbetsgivaren stå för sjuklönen de första 14 dagarna (förutom första dagen som är karenisdag), därefter betalar Försäkringskassan sjukpenning. Av Figur 49 framgår att det totala utbetalade beloppet för sjuklön (exklusive sociala avgifter) i specialistvården i Västernorrland uppgick till 28,4 miljoner kronor, samt att beloppen skiljer sig åt mellan länsverksamheterna. Störst absoluta belopp hade vuxenpsykiatrien.

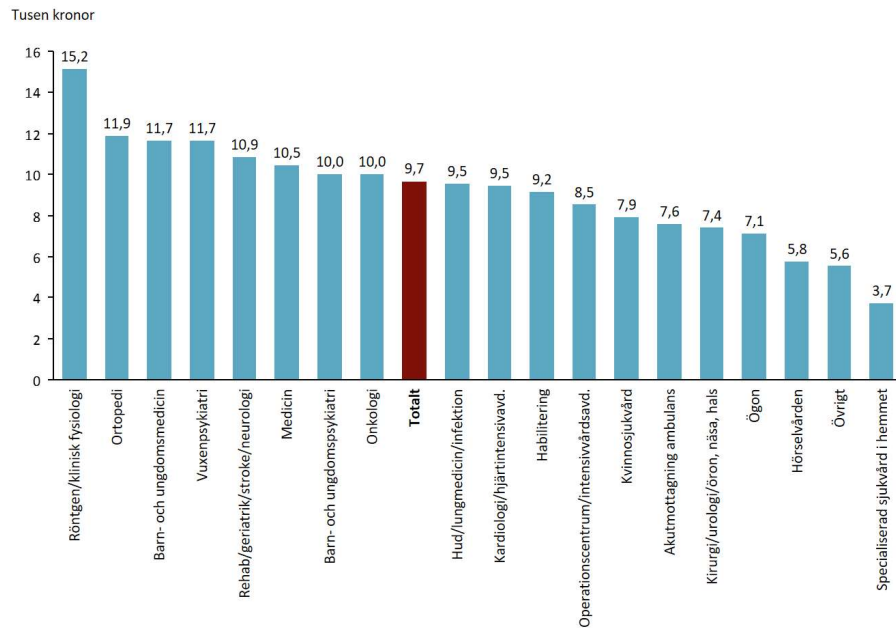
Figur 49. Utbetalad sjuklön, exklusive sociala avgifter, i specialistvården i Region Västernorrland 2017, per länsverksamhet och totalt



Källa: Intern statistik, Region Västernorrland.

För att få en bild som tar höjd för de respektive länsverksamheternas storlek har i Figur 50 de absoluta kostnaderna dividerats med 2017 års genomsnittliga antal årsarbetare som också redovisades i bakgrundskapitlet och Figur 5 på sidan 9. Notera att indelningen av årsarbetare är vanskelig och kräver manuell handpåläggning. Kostnaden per årsarbetare bör därför tolkas med försiktighet. Totalt kan dock konstateras att det 2017 betalades ut 9 700 kronor i sjuklön för varje årsarbetare i specialistvården.

Figur 50. Kostnad per årsarbetare för utbetald sjuklön exklusive sociala avgifter i specialistvården i Region Västernorrland 2017, per länsverksamhet och totalt



Källa: Intern statistik, Region Västernorrland.

4 Utblick andra landsting

Eftersom flera andra landsting också har organiserat sin hälso- och sjukvård i länsverksamheter, och i flera fall organiserat specialistvården enligt denna modell betydligt längre än i Västernorrland, är det möjligt att dra lärdomar av dem. I detta kapitel presenteras kortfattat bakgrunden, nuvarande organisationen och möjliga lärdomar från Västerbotten, Norrbotten och Östergötland. Insikterna baseras på dokumentstudier och intervjuer med dessa landsting.

I Figur 51 presenteras de landsting som vi under denna utvärdering varit i kontakt med för att ta del av möjliga lärdomar för Västernorrland. Det framkommer för övrigt i intervjustudien inom specialistvården i Region Västernorrland att regionen, innan länsverksamheterna i praktiken infördes, själva undersökte hur andra landsting hade gjort, men att de lärdomar som drogs inte fullt ut användes för att anpassa omorganiseringen.

Figur 51. Landsting som undersökts inom ramen för denna utvärderings utblick



För varje landsting presenteras här basfakta, en kort bakgrund, nuvarande organisation och möjliga lärdomar för Region Västernorrland.

REGION NORRBOTTEN

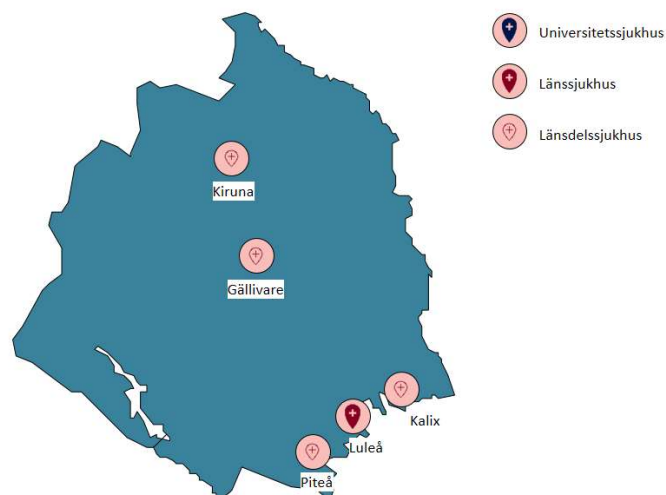
BASFAKTA

Norrbotten utgör ungefär en fjärdedel av Sveriges yta, men har endast 2,5 procent av landets befolkning. Detta innebär speciella utmaningar, som kräver en efter omständigheterna anpassad hälso- och sjukvård. För att åstadkomma detta har hälso- och sjukvården i Norrbotten omorganiserats i etapper under 2000-talet.

Tabell 2. Bakgrundsinformation Region Norrbotten

	Invånar- antal	Landareal (km ²)	Antal kommuner
Region Norrbotten	251 000	97 000	14
Region Västernorrland	246 000	22 000	7

Figur 52. Karta över sjukhus i Region Norrbotten



Tabell 3. Översikt över sjukhus i Region Norrbotten

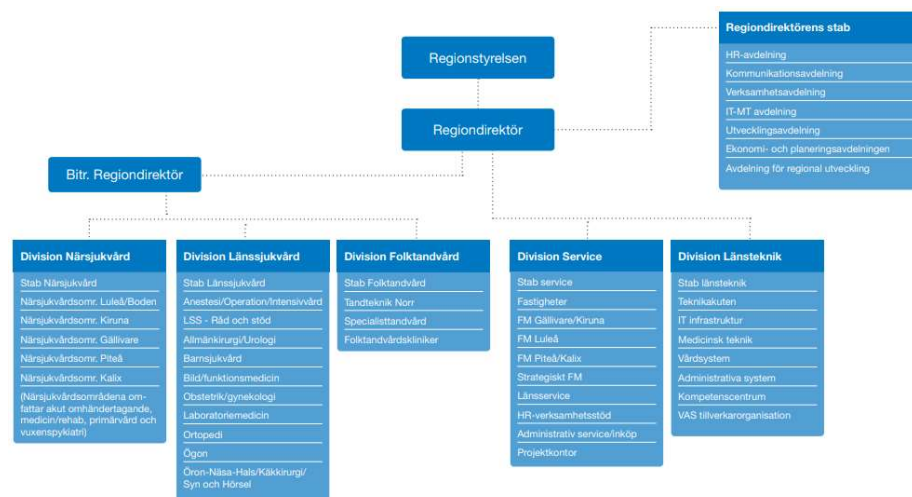
Sjukhus	Antal vårdplatser	Antal anställda
Sunderby sjukhus (Luleå/Boden)	380	2 500
Piteå sjukhus	118	900

Gällivare sjukhus	100	700
Kiruna sjukhus	45	500
Kalix sjukhus	60	400

BAKGRUND

Norrbottnen hade fem självständiga sjukhus med egen förvaltning fram till 2001. Bekymmersam befolkningsutveckling, ekonomiska underskott och svårigheter att rekrytera personal till de mindre sjukhusen drev fram en omorganisering till länsövergripande specialistvårdsdivisioner. I och med omorganiseringen började man arbeta strategiskt med nivåstrukturering så att viss specialiserad vård samlades på vissa sjukhus. Under ett antal år laborerades med antalet divisioner, för att under 2012–2013 besluta om en större omorganisering av hela hälso- och sjukvården i länet med huvudsakligt syfte att införa närsjukvård.

Figur 53. Driftsorganisation Region Norrbotten



NUVARANDE ORGANISATION

Sedan 2014 är hälso- och sjukvården indelad i tre divisioner (närsjukvård, länssjukvård och folktandvård), som alla rapporterar till den biträdande regiondirektören. Närsjukvårdsdivisionen fokuserar på den vård som är ”vanligt förekommande i befolkningen och ofta återkommande för individen”. Chefen för närsjukvårdsdivisionen har ett länsövergripande ansvar som omfattar fem geografiska närsjukvårdsområden, som i sin tur leds av varsin närsjukvårdschef (förutom Gällivare och Kiruna, som har gemensam chef). Varje närsjukvårdsområde består av fyra verksamhetsområden: primärvård, akut omhändertagande,

vuxenpsykiatri och internmedicin/rehabilitering/geriatrik. Cheferna för dessa verksamhetsområden rapporterar följaktligen till respektive närsjukvårdschef, medan divisionschefen för närsjukvård ansvarar för att hålla ihop dessa verksamhetsområden på regional nivå.

Division länssjukvård fokuserar på den vård som ges mer sällan och som med fördel kan centraliseras för att skapa tillräckliga volymer per utbudsställe. Divisionen omfattar tio verksamhetsområden, som leds av varsin länschef. Vissa av verksamheterna är centraliserade till ett eller två sjukhus, medan andra finns på samtliga orter.

Divisionscheferna inom de tre sjukvårdsdivisionerna ansvarar för varsin stab, typiskt bestående av HR, ekonomi/planering och verksamhetsutveckling. I tillägg till detta divisionsspecifika stöd finns länsgemensamma stödfunktioner samlade i en service-division, samt i regiondirektörens stab. Dessa centrala stödfunktioner erbjuder både enklare stöd och mer specialiserat stöd (t.ex. genom ett call-center som erbjuder både enklare och specialiserat HR-stöd).

MÖJLIGA LÄRDOMAR

För att kunna erbjuda en resurseffektiv och god vård till samtliga invånare i detta stora och glesbefolkade län arbetar Norrbotten strategiskt med nivåstrukturering. I första linjen innefattar detta bland annat ett system av relativt välutrustade hälsocentraler med hög tillgänglighet. Detta innebär i praktiken att det finns minst en hälsocentral i varje kommun, som exempelvis klarar av ett akutmottagande och som ofta är öppen dygnet runt. Vidare har man en väl utvecklad ambulansverksamhet med 23 dygnsambulanser, sex dagambulanser, ambulanshelikopter och ambulansflyg. I en region av Norrbottens geografiska karaktär och med en stor andel interhospitala transporter blir resurssättningen för sjuktransporter högt prioriterade.

Hälso- och sjukvårdsorganisationen har under lång tid bedrivit ett dedikerat länsgemensamt strategi- och värdegrundsarbete som resulterat i en gemensam ”verksamhetsmodell”, som numer är väl förankrad i hela organisationen. Inom ramen för detta arbete har man även enats om ett antal resultatmått baserat på det balanserade styrkort som man använder sig av. Detta arbete har bland annat resulterat i att man ute i verksamheten reflekterar över sina resultat och bedriver ett ständigt förbättringsarbete.

Region Norrbotten arbetar kontinuerligt med att analysera patientflöden och anpassa verksamheten efter nya insikter eller förändrade flöden. Verksamheten är exempelvis indelad i ett hundratal vårdprocesser, samtliga med en medicinskt förankrad processledare som bland annat tar till sig de senaste medicinska insikterna

och bestämmer hur det ska gå till när man remitterar patienter vidare (på vilka grunder, etc.).

VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING

I likhet med Norrbotten, är Västerbotten ett till ytan stort län men med en befolkningensmängd jämförbar med Västernorrland. Västerbotten har under de senaste åren stegvis omorganiserat specialistvården i länsverksamheter.

BASFAKTA

Tabell 4. Bakgrundsinformation Västerbottens läns landsting

	Invånar- antal	Landareal (km ²)	Antal kommuner
Västerbottens läns landsting	266 000	55 000	15
Region Västernorrland	246 000	22 000	7

Figur 54. Karta över sjukhus i Västerbottens läns landsting



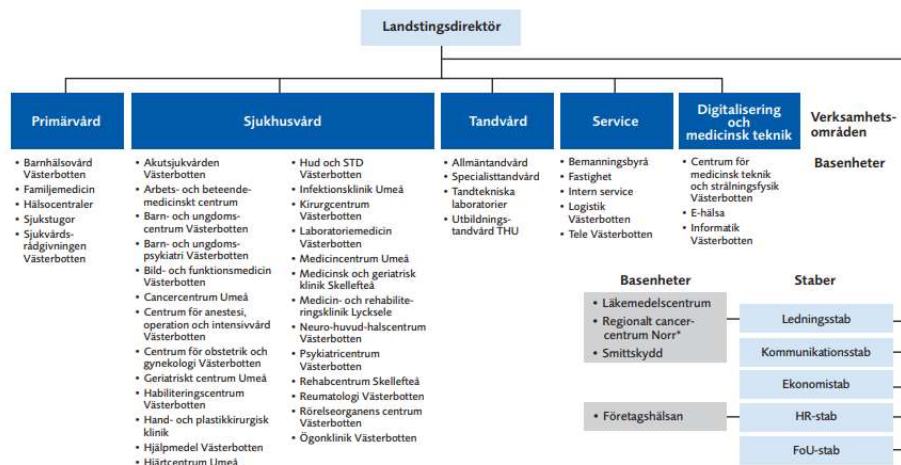
Tabell 5. Översikt över sjukhus i Västerbottens läns landsting

Sjukhus	Antal vårdplatser	Antal anställda
Norrlands Universitetssjukhus (Umeå)	600	5 600
Skellefteå lasarett	200	1 200
Lycksele lasarett	80	600

BAKGRUND

I början av 2000-talet upplevde landstingsledningen i Västerbotten att man hade relativt väl fungerande lokala sjukvårdsorganisationer i länet, men menade samtidigt att de inte var rustade för framtidens vård och de demografiska förändringar som syntes i länet. Första steget mot länsverksamheter togs 2004 när tre förvaltningar blev en, samtidigt som man skapade de första länsverksamheterna inom sjukhusvården. Därefter omvandlade man stegvis flera medicinska områden till länsverksamheter under 2009 och 2012. De verksamheter som fortfarande inte var organiserade i länsverksamheter efter dessa omorganiseringar (medicin, geriatrik, psykiatri, kirurgi, ortopedi, kvinnosjukvård, anestesi/operation/intensivvård och ögon) fick under 2015 i uppdrag att etablera långtgående länsövergripande samordning av sina verksamheter. I maj 2016 redovisade respektive område status och erfarenheter av detta mer integrerade arbetssätt för sjukhusvårdens ledargrupp. Efter att ha konstaterat att verksamheterna verkligen börjat arbeta mer länsövergripande, men utan att ännu uppnå uppsatta mål inom tillgänglighet, vårdpraxis och ekonomi, föreslog hälso- och sjukvårdsnämnden i september 2016 att dessa verksamheter permanent skulle omorganiseras till länsverksamheter för att ”säkra utförandet av VO-Sjukhusvårds uppdrag med nuvarande och framtidens utmaningar.” Man ansåg samtidigt att det var för tidigt att genomföra ytterligare omorganiseringar i riktning mot mer tematiskt inriktad vård (vilket tidigare diskuterats), då man ville avvakta den nationella primärvårdsutredningen och de regionbildningar som utreddes då.

Figur 55. Driftsorganisation Västerbottens läns landsting



NUVARANDE ORGANISATION

Landstingets organisation består av en förvaltning med fem verksamhetsområden, varav sjukhusvård är ett. Verksamhetsområde sjukhusvård leds av hälso- och sjukvårdsdirektören och består idag av 19 länsverksamheter och tre länsgemensamma centrum (cancer-, hjärt- och neurocentrum). Cheferna för dessa verksamheter ingår i sjukhusvårdens ledningsgrupp tillsammans med hälso- och sjukvårdsdirektören samt två av stödfunktionerna (ekonomi och HR). För att effektivisera beslutsfattandet i ledningsgruppen bildades nyligen ett arbetsutskott med uppgift att bereda frågor åt ledningsgruppen. Detta utskott består av sju av cheferna i ledningsgruppen, vilka framför allt valdes ut på basis av geografisk tillhörighet, kön, mm i syfte att få en balanserad representation.

Verksamhetscheferna som leder de 19 länsklinikerna har i sin tur hjälp av avdelningschefer, som ansvarar för den dagliga driften av respektive avdelning, samt medicinska chefer, som leder läkarna på de avdelningar som har minst fem läkare anställda (detta förekommer framför allt i Umeå, men även i vissa fall i Skellefteå). Avdelningscheferna ska ha maximalt 35 direktrapporterande, vilket man i huvudsak uppfyller. På de avdelningar där det finns fler än 35 medarbetare som skulle rapportera till avdelningschefen tillsätter man en biträdande avdelningschef, för att avlasta avdelningschefen.

Stödfunktioner som HR, ekonomi och viss verksamhetsutveckling tillhör organisatoriskt stabsfunktionen, vilket innebär att cheferna för dessa funktioner rapporterar direkt till landstingsdirektören. Men exempelvis HR-stöd är generellt utlokaliserat till länsklinikerna så att viss HR-personal kontinuerligt stöder samma

länsklinik över tid och ofta är geografiskt placerade på samma plats som den chef som man stöder. När det gäller verksamhetsutveckling så har man ofta verksamhetsutvecklare anställda inom de olika länsklinikerna. I tillägg finns även en centralt placerad FoU-avdelning, som klinikerna kan avropa hjälp från.

På varje ort finns även sjukhussamordnare, som ansvarar för övergripande lokala frågor och samordningsfrågor med kommunerna. I vissa fall är de även involverade i övergripande lokala patientflöden. Man har även lokala "husmöten" på de tre orterna en gång i månaden, där verksamhetschefer och biträdande verksamhetschefer löser lokala frågor. För att undvika lokalt revirtänkande har man dock gjort ett aktivt val att inte ha sjukhuschefer, vilket man upplevde var en negativ konsekvens av den organisation som fanns före 2004.

MÖJLIGA LÄRDOMAR

Västerbotten har länge bedrivit ett systematiskt arbete kring nivåstrukturering, där varje sjukhus ges en tydlig roll. Detta arbete har troligtvis förenklats av den naturliga uppdelning som uppstått till följd av att ett av sjukhusen är ett universitetssjukhus, men man har också arbetat strategiskt med en specialisering utöver de områden som täcks av en "traditionell" nivåstrukturering. Detta har gjort att länsdelssjukhusen i Skellefteå och Lycksele byggt upp ny kompetens inom områden som de inte skulle kunnat bygga upp enbart genom sina naturliga upptagningsområden. Även om det i vissa fall fortfarande råder delade meningar om exakt vilken vård som ska bedrivas på vilket sjukhus så tycks denna nivåstruktureringsstrategi ha bidragit med tydlighet kring roller för de olika sjukhusen och verksamheterna.

Sjukhusvården i Västerbotten tycks ha hittat ett relativt bra samarbete med kommuner och primärvård. I kommunikationen med kommunerna har de lokala sjukhussamordnarna en viktig roll, då de gör att kommunerna alltid kan hitta en väg in i sjukhusvården. När det gäller samarbetet med primärvården har man bland annat haft ett antal ledningsmöten och har veckovisa möten mellan hälso- och sjukvårdsdirektör och primärvårdsdirektör.

Med ett stort antal länsverksamheter följer en stor ledningsgrupp inom sjukhusvården, vilket upplevdes medföra en ineffektiv beslutsprocess. Precis som i Västernorrland har man därför skapat en mindre grupp inom ledningsgruppen. Men i Västerbotten har denna grupp tydligt fått rollen av ett utskott som bereder frågor åt ledningsgruppen. Man hade också en tydlig idé om att detta utskott skulle representera olika dimensioner i organisationen och förankrade urvalet av medlemmar i utskottet.

REGION ÖSTERGÖTLAND

BASFAKTA

Östergötland har genomgått liknande sparkrav som Västernorrland under 2000-talet, och inledde sitt arbete med att inrätta länsverksamheter 2003. Regionens hälso- och sjukvård präglas av att länet är mindre till ytan och mer befolkningstät än Västernorrland, samt att den har ett tätt samarbete med intilliggande landsting.

Tabell 6. Bakgrundsinformation Region Östergötland

	Invånarantal	Landareal (km ²)	Antal kommuner
Region Östergötland	454 000	11 000	13
Region Västernorrland	246 000	22 000	7

Figur 56. Karta över sjukhus i Region Östergötland



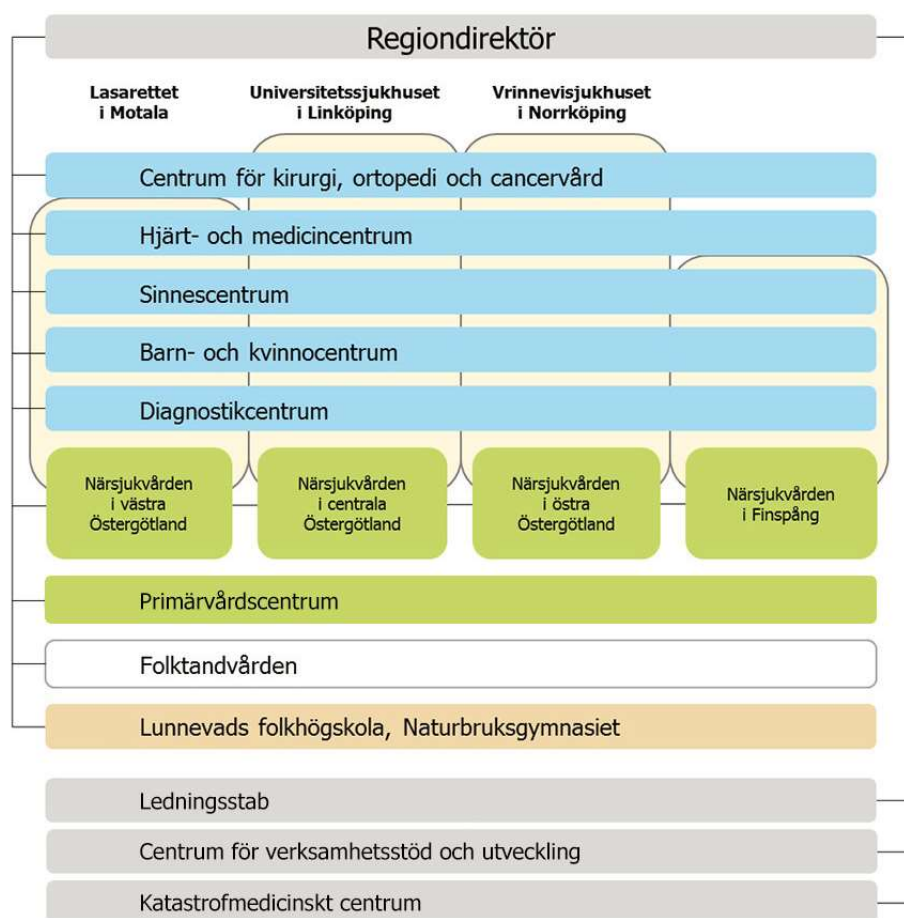
Tabell 7. Översikt över sjukhus i Region Östergötland

Sjukhus	Antal vårdplatser	Antal anställda
Universitetssjukhuset i Linköping	600	5 000
Vrinnevisjukhuset i Norrköping	310	2 200
Lasarettet i Motala	100	1 100

BAKGRUND

I treårsbudgeten för åren 2004–2006 ingick ett stort sparbeting för hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Östergötland (då Landstinget i Östergötland). För att uppnå ekonomisk balans under perioden fick nämnden i uppdrag att genomföra en översyn av möjligheterna till en ökad samverkan inom länssjukvården. Utgångspunkten var att ”undvika generella kostnadsbesparingar genom en ökad samordning och koncentration av länssjukvården och genom en breddning av den nära sjukvården” (Landstinget i Östergötland, 2003). Nämnden föreslog såväl rationaliseringar, som koncentration av verksamheten och utbudsförändringar. På ett övergripande plan sågs profilering av länets tre sjukhus som en strategisk framtidsfråga, där varje sjukhus på ett länsövergripande plan profilerades mot ett specifikt vårdområde, men utöver det även erbjöd annan vård. Vidare skapades en ny organisation kring ”den nära hälso- och sjukvården” för att tillgodose behoven hos ”patientgrupper som antingen har behov av en god tillgänglighet eller av geografisk närhet till vård”. Närsjukvården identifierades som en verksamhet som med fördel styrdes lokalt, dvs med en produktionsenhet i var och en av de tre länsdelarna. Samtidigt infördes åtta länsövergripande produktionsenheter/centrum inom specialistvården.

Figur 57. Driftsorganisation Region Östergötland



NUVARANDE ORGANISATION

Den nuvarande organiseringen av sjukvården i Region Östergötland påminner i stora drag om den organisation som introducerades under 2003–2005. Närsjukvården drivs fortfarande genom lokalt styrda verksamhetsområden och innehåller öppen vård med mottagningar och specialistvård samt viss sjukhusvård och akut vård. Däremot bröts primärvården nyligen ut från närsjukvården och är numer organiserad som en länsverksamhet. De länsövergripande enheterna har konsoliderats till fem centrum som fortsatt erbjuder specialistvård tvärs hela länet. En av anledningarna till att man konsoliderade länsverksamheterna var att man ville ha verksamheter av ungefär samma storlek. Dessa länsverksamheter erbjuder ofta, men inte alltid, vård vid samtliga tre sjukhus, men genomgående med någon grad av specialisering mellan sjukhusen.

I den beställar-/utförarorganisation som regionen använder sig av är Hälso- och sjukvårdsdirektören ansvarig beställare av all hälso- och sjukvård i regionen, dvs primärvård, närsjukvård och specialistvård. Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp består av regiondirektören, hälso- och sjukvårdsdirektören, centrumcheferna och stabscheferna – runt 15 personer totalt. Ledningsgruppen träffas varannan vecka och fokuserar uteslutande på strategiska frågor; operativa frågor avhandlas i andra forum.

För att lösa lokala vårdrelaterade frågor, tex koordinering av vårdplatser, har man ett system med sjukhusansvariga chefer som har mandat att fatta lokala beslut. Denna roll roterar mellan produktionslinjecheferna (inklusive närsjukvården) i perioder om ett par dagar.

Stödfunktioner är organiserade kombinerad lokal-central modell. Produktionscheferna har egna staber, där de viktigaste stödfunktionerna ingår; de har alltså sina egna ekonomichefer, HR-chefer och verksamhetsutvecklare. Sedan finns även en central organisation, centrum för verksamhetsstöd och utveckling, som innehåller alla stödfunktioner.

MÖJLIGA LÄRDOMAR

De större omorganiseringar som gjordes av hälso- och sjukvården i Region Östergötland föregicks av noggranna kartläggningar. Innan man skapade närsjukvården och de länsövergripande centrumenheterna frågade man sig vad som är "nära vård" och vad det innebär, liksom vilka verksamheter som har en länsövergripande logik. Drygt 10 år efter att man introducerade denna verksamhetsmodell har man fortfarande en fungerande modell som man endast gjort mindre korrigeringar av och som hittills levererat goda ekonomiska och medicinska resultat. Mycket talar för att de analyser man tidigt gjorde av vårdmönster, patientflöden, mm gjorde det lättare att hitta rätt med den nya verksamhetsmodellen.

I tillägg till en noga utarbetad verksamhetsmodell av hälso- och sjukvården inom länet, har Region Östergötland ett väl utvecklat samarbete med övriga regioner inom sin sjukvårdsregion, tex när det gäller nivåstrukturering och kapacitetsplanering. Inom sydöstra sjukvårdsregionen arbetar man tvärs länen inom 21 olika vårdområden. Inom varje område jämför man exempelvis resultat mellan länen och ser hur man kan arbetsfördela på ett bra sätt. Inom region Östergötland tror man att detta nära samarbete hjälpt till att förbättra resultaten i alla tre länen.

Region Östergötland upplever sin modell för stödfunktioner som mycket väl fungerande. Det faktum att produktionscheferna har egna stödfunktionsstaber för det vardagliga stödet, men också har tillgång till centralt placerat stöd för en rad andra situationer upplevs som mycket positivt.

5 Slutsatser och rekommendationer

Komplexa strukturer gör att det är svårt att visa på orsakssamband i utvärderingen, men utifrån insikterna från utredningen görs bedömningen att länsverksamheter är den mest ändamålsenliga organisationen framåt. Det finns dock ett flertal förbättringsmöjligheter som behöver genomföras.

En genomgång av insikterna från utvärderingen i enlighet med de mål som sattes av politiken före omorganiseringen visar på skillnader mellan olika länsverksamheter och möjligheter till ett mer systematiskt genomförande. De förbättringsmöjligheter som identifierats under utredningen indikerar goda möjligheter att nå längre inom samtliga målområden.

Utvärderingen har mynnat ut i ett flertal rekommendationer, varav vissa bedöms vara särskilt viktiga. Rekommendationerna följer det balanserade styrkortets indelning i fyra huvudperspektiv, men det ligger i sakens natur att varje rekommendation i någon grad påverkar ett eller flera andra perspektiv. I detta kapitel presenteras samtliga rekommendationer, vilken uppskattad effekt de får på de olika perspektiven, vilken effekt de totalt uppskattas få samt hur komplex rekommendationen uppskattas vara att genomföra.

KOMPLEXA STRUKTURER GÖR ATT DET ÄR SVÅRT ATT VISA PÅ ORSAKSSAMBAND I UTVÄRDERINGEN

Syftet med denna utvärdering har dels varit att skapa ökad förståelse för hur införandet av länsverksamheter påverkat specialistvården i Västernorrland, dels att öka förståelsen för hur ledning och styrning inom specialistvården kan förbättras med förhoppningen om en positiv påverkan på hela organisationen.

Utifrån att det föra införandet av länsverksamheter inte funnits tydligt definierade mål eller variabler med utgångsvärden att följa, samt det omöjliga i att rensa för effekterna från andra förändringar och omvärldsfaktorer, har det varit mycket svårt att påvisa orsakssamband mellan omorganiseringen och många av de insikter som framkommit under utvärderingen. Däremot ger insikterna en förståelse som ger en god grund för att konkretisera rekommendationer för att förbättra organiseringen av specialistvården vilka beskrivs per perspektiv i det balanserade styrkortet nedan. Insikterna ger också underlag för att konkretisera ett flertal möjligheter till förbättring.

Införandet och mottagandet av den nya organisationen har påverkats negativt av genomförandeprocessen och denna har fått skulden för många utmaningar och problem utan direkt koppling till den organisatoriska modellen.

LÄNSVERKSAMHETERNA BEDÖMS VARA DET MEST ÄNDAMÅLSENLIGA SÄTTET ATT ORGANISERA STORA DELAR AV SPECIALISTVÅRDEN, MEN FÖRBÄTTRINGAR BEHÖVER GENOMFÖRAS.

Utifrån utvärderingen är bedömningen att länsverksamheter framöver kommer att vara det mest ändamålsenliga sättet att organisera en majoritet av specialistvården efter. Med de bristfälliga förutsättningarna, den korta tid som funnits för implementering och de tydliga förbättringsmöjligheter som identifierats under utvärderingen är det för tidigt att dra någon annan slutsats. Det kan vara så att det på sikt till exempel vore relevant att organisera delar av specialistvården lokalt och kanske i än närmare samarbete med nuvarande primärvård för att stärka den nära vården, men detta behöver i så fall analyseras vidare.

Det krävs dock att de förbättringsmöjligheter gällande organiseringen av specialistsjukvården som konkretiserats utifrån utvärderingsarbetet inte bara läggs åt sidan utan konkretiseras i en åtgärdsplan som beslutas, förbereds och genomförs.

RESONEMANG UTIFRÅN DE MÅL SOM DEFINIERADES AV POLITIKEN INFÖR OMORGANISERINGEN

För att ändå försöka att ge en indikation på hur införandet av länsverksamheter utvecklats har vi nedan sammanfattat de huvudsakliga insikterna från utvärderingen i ljuset av de tre huvudsakliga motiv för bildandet av länsverksamheter, som hälso- och sjukvårdsnämnden framförde före omorganiseringen:

- 1) **Motiv:** "Skapa optimala förutsättningar för en tydligare ledning, styrning och uppföljning samtidigt som ansvar och befogenheter för såväl verksamhet som personal och ekonomi förs närmare medarbetarna."
Resonemang utifrån utvärderingen: Det samlade intrycket från

utvärderingen är att ledning, styrning och uppföljning blivit tydligare såtillvida att man tagit steg mot mer enhetliga beslutsprocesser inom regionens specialistvård. Inom vissa länsverksamheter har man dragit nytta av den länsövergripande organisationen och skapat en tydlighet i styrningen av verksamheten, samt exempelvis länsgemensamma rutiner för uppföljning av medicinska resultat. Samtidigt har man inte på övergripande nivå inom specialistvården lyckats skapa en tydlighet kring ledning och styrning som fungerar som vägledning för hela organisationen. Vår uppfattning är att den valda organiseringen i 19 länsverksamheter inte fullt ut skapade de förutsättningar för en ”tydligare ledning, styrning och uppföljning” som avsågs. Därför kvarstår just dessa frågor som några av de viktigaste för ledningen att lösa och vår slutsats är att även om detta till viss del kan falla på plats med tiden, är det inte troligt att det fullt ut kan uppnås inom nuvarande organisation. Vidare har i viss mån ansvar och befogenheter förts närmare medarbetarna, men åsikterna om detta går vitt isär och skiljer sig både mellan de olika länsverksamheterna och mellan individer inom organisationen. Första linjens chefer, dvs. enhetscheferna, har på pappret mandat att fatta beslut som möjliggör ett ledarskap nära medarbetarna, men i praktiken gör en avsaknad av effektiva kommunikationskanaler, bristande ledningsstöd och en stor administrativ börda att beslut ofta skickas uppåt i beslutshierarkin.

- 2) **Motiv:** Utveckla mer effektiva processer som förenar maximalt värde för patienterna med en attraktiv arbetsmiljö som i sin tur ger trygghet i anställningarna och medför goda rekryteringsmöjligheter.”
Resonemang utifrån utvärderingen: Vissa länsverksamheter har lyckats skapa effektiva processer, där exempelvis länsgemensamma riktlinjer och arbetssätt, samt länsgemensamma köer lett till förbättrade medicinska resultat och en geografiskt mer jämlik vård. Detta hade varit betydligt svårare att genomföra utan införandet av länsverksamheter. Samtidigt finns det länsverksamheter som inte kan visa på denna typ av utveckling och många vittnar om att processerna inom framför allt de mindre sjukhusen blivit mindre flexibla och kanske också mindre effektiva då man inte hittat ett välfungerande sätt att koordinera verksamheten tvärs länsverksamheterna. Att koordineringen av vården *inom* respektive länsverksamhet verkar ha förbättrats medan mycket talar för att den försämrats *mellan* länsverksamheterna, är naturligtvis kopplat till införandet av just länsverksamheter. Däremot är det inget i den nuvarande organisationsstrukturen som förutsätter att det fortsättningsvis är på det sättet. Vi menar att det är av yttersta vikt att ledningen för specialistvården utvecklar processer som skapar förutsättningar för ett effektivt samarbete mellan länsverksamheterna. Huruvida förutsättningarna för en god

kompetensförsörjning överlag påverkats positivt eller negativt av omorganiseringen är mycket svårt att säga. Sjukvården i stora delar av landet upplever en mycket utmanande kompetensförsörjningssituation, och även om flera indikatorer pekar på att specialistvården i Västernorrland noterat en utveckling inom kompetensförsörjningen som är mer bekymmersam än i de flesta andra landsting, är det mycket svårt att säga om detta har en koppling till införandet av länsverksamheter. Säkerligen har dock den negativa publicitet som omgärdat specialistvården i Västernorrland under senare år haft en negativ inverkan på förmågan att attrahera ny personal.

- 3) **Motiv:** ”I en stegvis process, rimligen redan från hösten 2015, kunna förelägga landstingets förtroendevalda förslag på hur kostnadseffektiv och systematisk samordning av sjukhusens verksamheter kan utformas för att leva upp till kraven på en ekonomi i balans inom den specialiserade vården och därmed slå vakt om framtiden för länets tre sjukhus.”
- Resonemang utifrån utvärderingen:** Under senare år har ett antal beslut tagits för att skapa en mer kostnadseffektiv specialistvård. Dessa åtgärder, som bara delvis hänger ihop med införandet av länsverksamheter, har resulterat i kostnadsbesparingar. Där samordningen mellan sjukhusen ökat har man också sett positiva ekonomiska effekter, men denna samordning har hittills inte skett på det systematiska sätt som förordas i handlingsplanen. Samtidigt har kostnader ökat på andra håll i organisationen, framför allt till följd av ökade personalkostnader utifrån andra organisatoriska beslut och kostnader för bemanningsföretag. Vår bedömning är att kompetensförsörjningsfrågan kommer att vara helt central för att långsiktigt kunna uppnå en ekonomi i balans.

SLUTSATSER	OCH	REKOMMENDATIONER	GÄLLANDE
FÖRBÄTTRINGSMÖJLIGHETER			

Våra rekommendationer är indelade i enlighet med styrkortets fyra perspektiv: invånarperspektivet, medarbetarperspektivet, processperspektivet och ekonomiperspektivet. De rekommendationer som ingår i respektive perspektiv är därför i första hand tänkta att utföras inom denna kontext. Dock påverkar nästan samtliga rekommendationer alla andra perspektiv i någon mån. En verksamhet vars målsättning i slutändan går ut på att ge vård till invånarna, kan av naturliga skäl inte helt fränkopplas invånarperspektivet, även i exempelvis specifikt ekonomiska frågor. Tabellen på nästföljande sidor har därför tagits fram som en översikt av samtliga rekommendationer, som följer den ordning de är listade i detta kapitel. Ett tillägget har gjorts med en uppskattning av vilken påverkan respektive rekommendation har på samtliga perspektiv är inkluderad. Rekommendationerna spänner från övergripande insatser till avgränsade detaljerade processändringar. De

senare kan te sig mindre viktiga i jämförelse, men ofta är de enkla att lösa och genom att åtgärda dem frigörs tid och onödig frustration inom organisationen kan undvikas.

För varje rekommendation har uppskattad effekt och uppskattad komplexitet för genomförandet angivits. Som uppskattad effekt menas här den sammanvägda och totala effekten av alla perspektiv rekommendationen påverkar. Den uppskattade effekten anges vara antingen *begränsad*, *medel* eller *stor*. Med uppskattad komplexitet för genomförande menas hur stora personella resurser som behöver involveras, vilken grad av förankring som krävs, vilken grad av omorganisering som krävs, osv. Här anges antingen *låg*, *medel* eller *hög*.

De rekommendationer som anses vara mest prioriterade följer nedan och de som har bedömts vara mest centrala har också markerats med en stjärna i texten nedan. Dessa är följande:

- För att skapa goda förutsättningar för det kommande förändringsarbetet bör den första åtgärden vara att ta fram och kommunicera en konkret plan för genomförandet.
- Ytterligare en förutsättning för framgång är att säkerställa kompetensförsörjningen. Detta är ju en stor övergripande fråga som inte analyserats i grunden inom ramen för denna utvärdering, men det har framkommit ett antal förslag som inkluderats.
- Utvalda rekommendationer kring utveckling av organisationen
 - Anpassa organisationsstrukturen för att ge förutsättningar för en kombination av strategiskt utvecklingsarbete och god operativ ledning
 - Utveckla ledningsförelägganden och processer för enklare och snabbare beslut med tydligare delegation
 - Förstärk det lokala ledarskapet genom att skapa bättre förutsättningar för första linjens chefer
 - Skapa länsövergripande processer och strukturer för enkel och effektiv samverkan inom och mellan länsverksamheter kring operationella frågor
 - Analysera behovet av stödfunktioner och anpassa deras organisationstillhörighet, struktur och rollbeskrivning
- Utvalda rekommendationer kring etablering av förutsättningar
 - Etablera tydliga strukturer och processer för samverkan med hela primärvården, den kommunala omsorgen och den specialiserade vården i andra landsting
 - Genomför en kartläggning av patientflöden, för att säkerställa den förståelse som krävs för det fortsatta utvecklingsarbetet

- Förstärk det påbörjade arbetet med att skapa en läns gemensam kultur och vi-känsla
- Säkerställ långsiktighet i den fortsatta utvecklingen av de regiongemensamma målen gällande både utformning och koppling till den dagliga verksamheten

Se Figur 58 och Figur 59 för en fullständig lista av rekommendationerna, och därefter en närmare beskrivning av dem.

Figur 58. Översikt av utvärderingens rekommendationer (1/2)

Rekommendation	Uppskattad relevans för respektive perspektiv			
	 Process	 Medarbetare	 Invånare	 Ekonomi
Patientsäkerhet				
Genomför en genomlysning av strukturen för det övergripande arbetet med patientsäkerhet				
Patientupplevelse och tillgänglighet				
Säkerställ strategisk kommunikation som motverkar spridande av felaktig information kring vården i regionen				
Skapa underlag för invånare och patienter att göra faktabaserade val				
Kompetensförsörjning				
Arbeta systematiskt för att attrahera personal inom specialistvården				
Vidta samlade åtgärder för att stärka rekryteringsprocessen inom specialistvården				
Arbeta långsiktigt för att behålla personal inom specialistvården				
Vidta samlade åtgärder för ökad kompetensväxling				
Kultur				
Förstärk det påbörjade arbetet med att skapa en länsgemensam kultur och vilkänsla				
Kommunikation mellan medarbetare				
Inled målinriktat arbete som främjar delning av kunskap och erfarenheter				
Ledning, styrning och uppföljning				
Ta fram och kommunicera en konkret plan för de genomförandet av förbättringsarbetet				
Anpassa organisationsstrukturen för att ge förutsättningar för en kombination av strategiskt utvecklingsarbete och god operativ ledning				
Utred om och hur det skulle kunna vara relevant att komplettera länsverksamhetsorganisationen med en struktur/process för att utveckla den nära vården				
Utveckla nuvarande ledningsfora och -processer för enklare och snabbare beslut med tydligare delegation				
Utveckla och förtydliga interna processer och riktlinjer för ökad samsyn kring mandat, uppdrag och beslutsvägar per nivå				
Förstärk det lokala ledarskapet genom att skapa bättre förutsättningar för första linjens chefer				
Säkerställ långsiktighet i den fortsatta utvecklingen av de regiongemensamma målen gällande både utformning och koppling till den dagliga verksamheten				

 Mycket viktig åtgärd

 Mycket stor påverkan

 Ingen påverkan

★ Mycket viktig åtgärd ● Mycket stor påverkan ○ Ingen påverkan

Figur 59. Översikt av utvärderingens rekommendationer (2/2)

Rekommendation	Uppskattad relevans för respektive perspektiv				
	 Process	 Medarbetare	 Invånare	 Ekonomi	
Patientflöden					
Genomför en kartläggning av patientflöden, för att säkerställa den förståelse som krävs för det fortsatta utvecklingsarbetet					
Etablera tydliga strukturer och processer för samverkan med hela primärvården, den kommunala omsorgen och den specialiserade vården i andra landsting					
Skapa länsövergripande processer och strukturer för enkel och effektiv samverkan inom och mellan länsverksamheter kring operationella frågor					
Kartlägg vilken vård som köps från andra landsting och arbeta mer strategiskt med interregionala samarbeten					
Stödfunktioner					
Analysera behovet av stödfunktioner och anpassa deras organisationstillhörighet, struktur och rollbeskrivning					
Se över funktionalitet och användningsrutiner för centrala IT-system					
Måluppfyllelse - ekonomi och produktion					
Uppdatera ekonomisystemet för korrekt uppföljning av verksamheternas indelning i länskliniker					

 Mycket viktig åtgärd

 Mycket stor påverkan

 Ingen påverkan

★ Mycket viktig åtgärd ● Mycket stor påverkan ○ Ingen påverkan

INVÅNARPERSPEKTIVET

PATIENTSÄKERHET

Rekommendation 1: Genomför en genomlysning av strukturen för det övergripande arbetet med patientsäkerhet

Denna rekommendation syftar exempelvis på organisation och övergripande stöd för identifiering, åtgärder och uppföljning av vårdskador och risker för vårdskador. Detta framstår som ett område med utvecklingsmöjligheter, bland annat mot bakgrund av statistik inom området.

- *Uppskattad effekt: Medel*
- *Uppskattad grad av komplexitet: Medel*

PATIENTUPPLEVELSE OCH TILLGÄNGLIGHET

Rekommendation 1: Säkerställ strategisk kommunikation som motverkar spridande av felaktig information kring vården i regionen

Med en välfungerande strategisk kommunikation utåt kan oro hos invånare och patienter i regionen begränsas. Regionen behöver exempelvis vara tydlig med vilket vårdutbud som finns på respektive ort, samt att det finns välgrundade motiveringar till att ha en organisation byggd på länsverksamheter. Säkerställ att kommunikationsfunktionen är informerad om de strategiska beslut som tas inom specialistvården och att dessa ligger till grund för de budskap som kommuniceras. Utveckla strategier för att balansera den ibland felaktiga information som sprids i offentligheten så att invånare, patienter och blivande medarbetare får en korrekt bild av situationen inom specialistvården.

- *Uppskattad effekt: Medel*
- *Uppskattad grad av komplexitet: Medel*

Rekommendation 2: Skapa underlag för invånare och patienter att göra faktabaserade val

Regionen behöver vara tydlig med att det finns välfungerande vård på samtliga regionens sjukhus, men att viss vård på goda grunder har centraliserats för att säkerställa en långsiktigt hållbar vård av hög kvalitet. Det ingår i regionens roll som huvudman för hälso- och sjukvården att skapa trygghet hos invånare och patienter kring den vård som erbjuds, även om det exempelvis kan innebära en resa till ett annat landskap. Ett första steg skulle kunna vara att skapa ett faktabaserat och tydligt underlag som på ett transparent sätt beskriver vårdsituationen i länet.

- *Uppskattad effekt: Medel*
- *Uppskattad grad av komplexitet: Låg*

MEDARBETARPERSPEKTIVET

KOMPETENSFÖRSÖRJNING

Rekommendation 1: Arbeta systematiskt för att attrahera personal inom specialistvården

För att maximera möjligheterna till framgångsrik rekrytering på en hårt konkurrensutsatt arbetsmarknad föreslås regionen vidta åtgärder för att attrahera personal, till exempel genom att:

- Skapa en översikt över aktuella rekryteringsbehov och en långsiktig rullande prognos för beskrivning av behov framåt vilket möjliggör strategiska rekryteringsinsatser
- Centralt definiera och kommunicera ett positivt budskap kring Region Västernorrland som arbetsgivare
- Arbeta långsiktigt för att komplettera sjuksköterskeutbildningen i Sundsvall med utbildning på flera orter inom regionen.

- *Uppskattad effekt: Medel*
- *Uppskattad grad av komplexitet: Medel*

Rekommendation 2: Vidta samlade åtgärder för att stärka rekryteringsprocessen inom specialistvården

För att förbättra förutsättningarna att framgångsrikt rekrytera personal till specialistvården föreslås till exempel följande åtgärder:

- Utveckla verktyg och anpassa stöd och föreskrifter som skapar förutsättningar för snabba rekryteringsprocesser där kandidater inte tappas bort under processen. Exempelvis bör möjligheterna att driva rekryteringsprocesser lokalt undersökas, där det lokala HR-stödet kring rekryteringsprocessen eventuellt behöver stärkas.
- Gör en systematisk genomgång av befintliga förmåner och anpassa inom befintliga resurser utformningen på det sätt som bäst möter behoven – är tex ingångslöner eller löneutveckling mest relevant?

- *Uppskattad effekt: Stor*
- *Uppskattad grad av komplexitet: Medel*

Rekommendation 3: Arbeta långsiktigt för att behålla personal inom specialistvården

Den personal som redan finns i specialistvården måste värnas för att upprätthålla kompetensförsörjningen. Här krävs ett brett och långsiktigt arbete som involverar många delar i organisationen. I första hand föreslås följande åtgärder:

- Definiera enhetliga ramar för löner och andra förmåner så att man erbjuder en relevant flexibilitet, men utan att skapa konkurrens mellan de olika länsklinikerna och sjukhusen
- Förstärk arbetet för att minska behovet av sjukskrivningar bland regionens egna anställda. Detta bör ta sin grund i en kartläggning av sjukskrivningarna bland regionens anställda och följas upp med en handlingsplan för att minska sjukskrivningarna som kompletterar det redan pågående arbetet.

- *Uppskattad effekt: Stor*
- *Uppskattad grad av komplexitet: Hög*

Rekommendation 4: Vidta samlade åtgärder för ökad kompetensväxling

För att fylla delar av kompetensförsörjningsgapet krävs ett systematiskt arbete med kompetensväxling innehållande bland annat en motivering till varför man behöver arbeta med detta, ett väldefinierat begrepp av vad som menas med kompetensväxling

och en plan för hur olika länsverksamheter och enheter ska arbeta för att säkerställa att man på bästa möjliga sätt utnyttjar de anställdas kompetens.

- *Uppskattad effekt: Medel*
- *Uppskattad grad av komplexitet: Medel/Hög*

KULTUR

Rekommendation 1: Förstärk det påbörjade arbetet med att skapa en länsgemensam kultur och vi-känsla

En positiv och konstruktiv kultur som främjar ett gemensamt arbete framåt behöver inkludera en vi-känsla hos medarbetarna, från ledningen hela vägen ut i verksamheten. Ett systematiskt arbete bör drivas i syfte att alla ska se sig som en del av en helhet och för att säkerställa att länsverksamhetscheferna även identifierar sig som en del i förvaltningsledningen med ansvar för helheten. För detta syfte rekommenderas följande åtgärder mot medarbetarna:

- Undersök möjligheterna till länsverksamhetspecifika värdegrundsinitiativ. Skapa förutsättningar för ökad kunskapsöverföring och dra lärdomar från de länsverksamheter som arbetat strukturerat med sådana initiativ, exempelvis länsverksamhet ortopedi.
- Arbeta strategiskt och strukturerat för att bygga länsgemensamma gemenskaper och överbrygga geografiska avstånd mellan chefer/medarbetare på olika orter. Öka kunskapsspridningen mellan länsverksamheterna när det gäller goda exempel på hur man exempelvis arbetar med tekniska hjälpmedel för att överbrygga geografiska avstånd.
- Utöka möjligheterna till rotationsprogram bland medarbetarna. Ett första steg skulle kunna vara att lära av de länsverksamheter som laborerat med sådana program och ta fram en generisk modell för hur detta med fördel kan genomföras
- Genomför länsgemensamma utbildningsinsatser och utvecklingsinsatser inom och mellan länsverksamheterna
- Säkerställ att chefer på alla nivåer uppfyller ett minimikrav på personlig närvaro, så att medarbetarna inte känner sig främmande inför ledarskapet

- *Uppskattad effekt: Stor*
- *Uppskattad grad av komplexitet: Hög*



KOMMUNIKATION MELLAN MEDARBETARE

Rekommendation 1: Inled målinriktat arbete som främjar delning av kunskap och erfarenheter

För att åstadkomma en miljö där lärande och kunskapsdelning är centrala begrepp rekommenderas följande:

- Inför strukturer för att fånga upp idéer längst ut i verksamheterna genom exempelvis chattfunktioner och digitala anslagstavlor
- Skapa processer och strukturer för att dela kunskap mellan länsverksamheter, inklusive mötesföra, videomöten, skriftlig kommunikation etc.

- *Uppskattad effekt: Medel*
- *Uppskattad grad av komplexitet: Hög*

PROCESSPERSPEKTIVET

LEDNING, STYRNING OCH UPPFÖLJNING

Rekommendation 1: Ta fram och kommunicera en konkret plan för genomförandet av förändringsarbetet

Skapa förutsättningar för det fortsatta förändringsarbetet genom att ta fram en konkret plan med milstolpar för de förbättringar som krävs för att få till en välfungerande länsverksamhetsorganisation. Detta innebär exempelvis att välja ut vilka förbättringsområden som skall prioriteras och skapa arbetsströmmar kring dessa initiativ, dvs besluta om vem som är ansvarig för arbetsströmmen, ta fram en tidsplan, etc.

Kommunicera därefter planen med alla nivåer av organisationen, från politik till enskilda verksamheter.

- *Uppskattad effekt: Stor*
- *Uppskattad grad av komplexitet: Medel*



Rekommendation 2: Anpassa organisationsstrukturen för att ge förutsättningar för en kombination av strategiskt utvecklingsarbete och god operativ ledning

För att skapa förutsättningar för en kombination av strategiskt utvecklingsarbete och god operativ ledning behöver anpassningar ske av organisationsstrukturen.

En viktig del är att specialistvårdens ledningsgrupp behöver få förutsättningar att skifta fokus från i huvudsak operativa frågor till prioriterade operativa frågor samt strategiska utvecklingsfrågor och ledning av det omfattande förändringsarbete som behöver ske för att systematiskt implementera de förbättringsmöjligheter som ses inom specialistsjukvården. Dessa förutsättningar inkluderar bland annat utveckling av processer och kultur som berörs inom andra rekommendationer. Ytterligare förutsättningar är gruppens storlek och sammansättning. En lämplig storleksordning för ett effektivt ledningsgruppsarbete i denna typ av verksamhet är troligen som mest 8-10 personer som utgörs av länsverksamhetschefer och utvalda stödfunktioner såsom till exempel ekonomi och HR.

För att få till en organisation med färre företrädare från länsverksamheterna i högsta ledningsgruppen finns flera olika alternativ som i ett nästa steg behöver konkretiseras och utvärderas för att ge underlag för val av organisatorisk struktur.

En av flera möjliga modeller skulle kunna vara att gruppera länsverksamheterna i 5-7 grupperingar där verksamheterna har en naturlig koppling, och leds av en chef som ingår i sjukhusdirektörens ledningsgrupp. Denne chef svarar för strategiska frågor med koppling till de länsverksamheter som ingår i deras område och arbetar med synergier mellan och samordning av specialistvårdens verksamhet på högsta nivå. Denne chefen är också ytterst ansvarig för den operativa verksamheten inom sitt område, även om de dagliga operativa frågorna i huvudsak sköts av länsverksamhetscheferna och enhetscheferna. Denne chef leder en egen ledningsgrupp med länsverksamhetscheferna som gemensamt driver de strategiska och operativa arbetet inom grupperingen. Länsverksamheterna får i denna modell ett stöd i form av denne chef och kommer själva att i större utsträckning ha möjlighet att stötta sina enhetschefer och därmed stärka det lokala ledarskapet. En annan modell skulle kunna vara att konsolidera länsverksamheterna till 6-8 jämnstora länsverksamheter vars chefer ingår i sjukhusdirektörens ledningsgrupp. Utifrån var organisationen står idag är det dock tveksamt om genomförandet är realistiskt i närtid. Om detta skulle bli den föredragna modellen kanske värt att inleda processen genom att införa den först beskrivna modellen. Men som sagt det finns ett stort antal möjliga modeller och här krävs ett arbete där första steget är att definiera dem. En del i förberedelsearbetet borde vara att få fördjupade insikter utifrån andra regioner med länsverksamheter. Vid analys av de olika alternativen är kostnaden givetvis en viktig variabel.

Oavsett vilken modell som väljs är det relevant att en del av den är att se över sammansättningen av länsverksamheter för att minska komplexiteten, säkerställa stärkta förutsättningar för att skapa synergier mellan likartade verksamheter och mindre skillnader i storlek och ansvar. Detta skulle innebära att en del av dagens länsverksamheter integreras och att andra separeras. En preliminär analys ger att detta skulle innebära en minskning av det totala antalet länsverksamheter från dagens 19, men detta behöver analyseras vidare och bedömas i ljuset av vilken annan organisationsmodell som väljs.

- *Uppskattad effekt: Stor*
- *Uppskattad grad av komplexitet: Hög*



Rekommendation 3: Utred om och hur det skulle kunna vara relevant att komplettera länsverksamhetsorganisationen med en struktur/process för att utveckla den nära vården

En rad nationella initiativ och utveckling inom andra landsting/regioner indikerar ett växande intresse för och värde av en förstärkning av den nära vården med koppling till den framtida utvecklingen av primärvården. Förhoppningarna är bland annat att en sådan utveckling ska kunna minska glappet mellan primärvård och specialiserad öppenvård samt skapa bättre förutsättningar för en sammanhållen vård särskilt mellan slutenvård och öppenvård samt bidra till att minska behovet av slutenvård.

Bland nationella initiativ är ett av de mest avgörande den pågående utredningen ”Samordnad utveckling för god och nära vård” som leds av Anna Nergårdh och där delbetänkande 2 väntas i juni 2018 och slutbetänkandet i mars 2019. För tidigare delbetänkande, se (SOU 2017:53, 2017).

I till exempel Norrbotten och Östergötland har man redan organiserat delar av specialistvården enligt olika närsjukvårdskoncept (för beskrivning av detta, se kapitel 4). Denna typ av organisering har då utgått från en indelning i, å ena sidan verksamheter som med fördel organiseras lokalt, å andra sidan i verksamheter som har en länsövergripande logik.

I rekommendationen ingår en utredning av vilken nytta en stärkt närsjukvård skulle kunna ge samt vilken ledningsstruktur eller organisationsförändring som skulle skapa bäst förutsättningar. Även här kan nytta dras av andra landsting, exempelvis Norrbotten och Östergötland. Denna rekommendation inkluderar en översyn av sjuktransporterna. God och nära vård i en allt mer koncentrerad hälso- och sjukvård

ställer högre krav på sjuktransporterna. Även här finns lärdomar att dra från Norrbotten.

- *Uppskattad effekt: Stor*
- *Uppskattad grad av komplexitet: Hög*

Rekommendation 4: Utveckla ledningsfora- och processer för enklare och snabbare beslut med tydligare delegation.

För fungerande processer behöver ledningsstrukturen och dess beslut vara tydliga och bearbetas i rätt forum. Målsättningen är att fler beslut, inom givna ramar, fattas av de som i huvudsak berörs och färre beslut når sjukhusdirektören och högsta ledningsgruppen, som därigenom i större utsträckning kan prioritera strategiska frågor. I rekommendationen ingår även att utveckla möteskulturen med exempelvis rutiner kring beslutspunkter för alla ledningsgruppsmöten på länsverksamhetsnivå och enhetschefsnivå.

- *Uppskattad effekt: Stor*
- *Uppskattad grad av komplexitet: Medel/Hög*



Rekommendation 5: Utveckla och förtydliga interna processer och riktlinjer för ökad samsyn kring mandat, uppdrag och beslutsvägar per nivå

Samsyn kring mandat, uppdrag och beslutsvägar på olika nivåer är en förutsättning för välfungerande beslutsprocesser. En översikt av vilka personer som är ansvariga för vad och hur de kontaktas är också nödvändig. Rekommendationerna blir således:

- Utför genomgång av följande:
 - Centrala styrdokument; säkerställ innehållets tydlighet
 - Processer och riktlinjernas innebörd; säkerställ strukturerat framtagande med möjlighet för anpassning till lokala förutsättningar
 - Chefernas roll och mandat; säkerställ att samsyn råder mellan chefer av sin egen och andras roller och mandat.
 - Indelningen av vissa läkare i andra enheter än där de är kliniskt verksamma, vilket försvårar mandatet för länsverksamhetschefen
 - Kommunikation av ovanstående till verksamheterna så att beslutsvägarna blir tydliga för samtliga medarbetare

- Skapa och tillgängliggör översikt med namn och kontaktuppgifter till samtliga chefer och andra relevanta funktioner för okomplicerad kontakt tvärs hela specialistvården

- *Uppskattad effekt: Stor*
- *Uppskattad grad av komplexitet: Hög*

Rekommendation 6: Förstärk det lokala ledarskapet genom att skapa bättre förutsättningar för första linjens chefer

Förutsättningarna för första linjens chefer att bedriva ett gott lokalt ledarskap behöver förbättras. En sådan förbättring inkluderar exempelvis ett förtydligande av enhetschefernas mandat och förbättrade stödfunktioner, som diskuterats i andra rekommendationer. Det inkluderar också förbättrade förutsättningar utifrån den andra rekommendationen inom detta perspektiv; att ”Anpassa organisationsstrukturen för att ge förutsättningar för en kombination av strategiskt utvecklingsarbete och god operativ ledning”. Oavsett vilken modell som väljs inom ramen för denna rekommendation är en del att den behöver utformas så att länsverksamhetscheferna får bättre förutsättningar och ett tydligare uppdrag kring att stärka det lokala ledarskapet.

Rekommendationen inkluderar också andra typer av stöd till enhetscheferna, exempelvis formella och informella forum där de kan diskutera både generella och specifika ledarskapsfrågor med framför allt länsverksamhetschefer och andra enhetschefer regionalt och lokalt. Former som troligen utvecklas bäst i dialog med HR.

En ytterligare innebörd av rekommendationen är att varje enhetschef behöver tillräckligt med tid för handledning av enskilda medarbetare, vilket blir svårt med ett för stort antal direktrapporterande. En del i att stärka det lokala ledarskapet behöver alltså vara att kartlägga mängden direktrapporterande anställda per chef och säkerställ att detta är i linje med regionens riktlinjer. En genomlysning krävs för att säkerställa att regionens riktlinjer om högst 35 direktrapporterande medarbetare per chef inte överskrids. Tydliga processer behöver sättas upp för hur situationer ska hanteras där dessa riktlinjer överskrids.

Ett fokuserat arbete inriktat på första linjens chefer skulle skapa förutsättningar för ett förbättrat lokalt ledarskap, som är särskilt viktigt då länsverksamhetscheferna har begränsad möjlighet att vara på plats. Denna rekommendation syftar både till att få

till än bättre ledare och förbättrade lokala förutsättningar för att utöva ett gott ledarskap.

- *Uppskattad effekt: Medelstor*
- *Uppskattad grad av komplexitet: Medel*



Rekommendation 7: Säkerställ långsiktighet i den fortsatta utvecklingen av de regiongemensamma målen gällande både utformning och koppling till den dagliga verksamheten

Det är centralt att det pågående arbetet med att bryta ner förvaltningsledningens och sjukhusdirektörens balanserade styrkort i centrala uppföljningsvariabler blir långsiktigt. Det kommer att krävas ett uthålligt arbete för att kommunicera och förankra detta i hela organisationen.

Utfallet i det detaljerade styrkortet bör i första hand samlas i rapportformat för att kunna följa utvecklingen av specialistvården utifrån de övergripande målen och utvalda variabler per länsverksamhet. Ambitionen bör även vara att varje variabel kan brytas ned på olika enheter. En sådan sammanställning kan utöver rapportformat också sammanställas i en dynamisk databas där urval av önskade variabler, tidsintervall och enheter kan göras, som ett digitalt styrkort.

De variabler som tas fram behöver kommuniceras och förankras ute i enheterna, så att enhetschefer och andra medarbetare känner ett ansvar att arbeta mot de mål som tas fram och för att kontinuerligt förbättra verksamheten för att uppnå dessa mål.

Regionen planerar införandet av ett nytt vårdinformationssystem som kommer att implementeras inom några år och där ambitionen är att skapa helt nya möjligheter för uppföljning. Den nuvarande IT-strukturen möjliggör inte att enkelt ta fram rapporter per länsverksamhet men det skulle med stor sannolikhet gå att skapa en specifik rapport som relativt enkelt kan följas över tid.

I tillägg till de variabler som väljs ut för det detaljerade balanserade styrkortet bör regionen säkerställa att man följer vårdens utfall i olika dimensioner över tid och att man kan jämföra dessa med utfallen i andra landsting och med riket. För detta krävs att måtten är vedertagna för en beskrivning av god vård, att data finns tillgänglig för andra landsting över tid, samt att de är nedbrytbara. En bra utgångspunkt finns i den data som inrapporteras till vården i siffror. Ett konkret förslag är att undersöka om Vården i siffror kan bistå med en indelning av de i nuläget 517 medicinska indikatorerna i den tematiska indelningen av 19 områden. En möjlig redovisning för

Västernorrlands medicinska utfall hade i detta sammanhang kunnat vara hur man ligger till jämfört med andra landsting sett till ett sammanvägt snitt av de olika indikatorerna för respektive tema.

- *Uppskattad effekt: Stor*
- *Uppskattad grad av komplexitet: Hög*



PATIENTFLÖDEN

Rekommendation 1: Genomför en kartläggning av patientflöden, för att säkerställa den förståelse som krävs för det fortsatta utvecklingsarbetet

En detaljerad förståelse av patientflödena inom hälso- och sjukvården i Västernorrland möjliggör exempelvis identifiering av brister i koordineringen av vissa patientgrupper. Denna typ av kartläggning är exempelvis nödvändig inför en eventuell gruppering av länsverksamheterna, men den bör även ingå som underlag inför en utredning av flera andra av de föreslagna åtgärderna.

- *Uppskattad effekt: Stor*
- *Uppskattad grad av komplexitet: Hög*



Rekommendation 2: Etablera tydliga strukturer och processer för samverkan med hela primärvården, den kommunala omsorgen och den specialiserade vården i andra landsting

För att identifiera och skapa samsyn kring utvecklingsmöjligheter finns idag ett behov av att inleda med ovan nämnda analys av patientflöden. Därutöver rekommenderas följande åtgärder:

- Skapa tydliga kontaktytor inom specialistvården för primärvården (privat och offentlig) så att det inte råder oklarhet om vem kontaktytorna för olika nivåer och olika typer av ärenden
- Verka för tydlig samverkan mellan specialistvården och den *kommunala omsorgen*. För samverkan med kommuner och primärvård bör specialistvården dra nytta av de möjligheter för förändrat arbetssätt och rutiner som följer av den nödvändiga implementeringen av lagen om samverkan vid utskrivning.
- Verka för ökad samverkan mellan länsverksamheterna och *specialiserad vård inom andra landsting*. Möjligheten för mer systematiska samarbeten med

närliggande regioner, t.ex. genom Norrlandstingens regionförbund bör också undersökas.

- *Uppskattad effekt: Stor*
- *Uppskattad grad av komplexitet: Hög*



Rekommendation 3: Skapa länsövergripande processer och strukturer för enkel och effektiv samverkan inom och mellan länsverksamheter kring operationella frågor

Denna länsövergripande samverkan behöver omfatta ökad samverkan mellan länsverksamheterna inom och mellan sjukhusen för att optimera nyttjandet av tillgängliga resurser. Exempel på frågor är:

- Vem ska ta ansvaret för en viss patient som inte har en tydlig organisatorisk hemvist? För att förebygga otydlighet kring ansvaret för en patient eller patientgrupp behöver det finnas tydliga riktlinjer, inklusive hur situationen hanteras när oenighet kring tolkning eller om resursbrist inte möjliggör förstahandsalternativet för ansvarsfördelningen.
- Hur kan andra sjukhus/kliniker bidra med vårdplatser vid överbeläggningar eller personal vid bemanningskris?

För att få till ett effektivt nyttjande av vårdplatser inom och mellan länsverksamheter krävs troligen en starkt vårdplatskoordinerande funktion. Tre viktiga framgångsfaktorer är en kontinuerlig översikt över läget, ett tydligt mandat och tydliga kontaktvägar till varje sjukhus och länsverksamhet. För att gemensamt lösa bemanningsfrågor är en tänkbar möjlighet att utveckla modeller eller rutiner för hur enheter kan bistå varandra.

En del i arbetet kommer med stor sannolikhet vara att säkerställa relevanta informations- och kommunikationskanaler. För det som kräver IT-resurser bör klargöras vad som bör avvaktas med inför implementeringen av *Framtidens Vårdinformationsstöd* inom några år.

- *Uppskattad effekt: Stor*
- *Uppskattad grad av komplexitet: Hög*



Rekommendation 4: Kartlägg vilken vård som köps från andra landsting och arbeta mer strategiskt med interregionala samarbeten

Mot bakgrund av den statistik som finns att tillhandagå samt vad som yttras i intervjustudien avseende remittering av vård till andra landsting, bör en övergripande kartläggning göras av vilken vård som köps och vilket behov som finns av detta. Ett område som nämnts som förslag för analys är remittering av vård till Norrlands Universitetssjukhus.

På längre sikt föreslås kartläggningen ligga till grund för en strategi och tydliga riktlinjer kring interregional nivåstrukturering och möjligheter till ett mer strategiskt samarbete exempelvis med övriga län i den norra sjukvårdsregionen.

- *Uppskattad effekt: Medel*
- *Uppskattad grad av komplexitet: Medel*

STÖDFUNKTIONER

I stödfunktioner inkluderas här HR, kommunikation, verksamhetsutveckling (inklusive forskning, utveckling och innovation, ekonomi samt IT).

Rekommendation 1: Analysera behovet av stödfunktioner och anpassa deras organisationstillhörighet, struktur och rollbeskrivning

För att bättre möta länsverksamheternas behov krävs att tydlighet råder avseende stödfunktionernas organisationstillhörighet, struktur och rollbeskrivning. Här bör utgångspunkt tas i en kartläggning av nuvarande stöd och de gap som verksamheterna beskriver för att på bästa sätt nyttja de resurser som finns. Kartläggningen bör undersöka och förtydliga följande:

- *Organisationstillhörighet* – undersök om stödfunktionerna skulle kunna erbjuda ett mer ändamålsenligt stöd med en annan organisationstillhörighet. Här finns flera alternativa modeller, ett exempel från Östergötland är att stödfunktioner för den dagliga driften ligger inom specialistvårdens organisation, medan mer specialiserade kompetenser ligger centralt i regionen.
- *Rollbeskrivning* - kartlägg vilka arbetssätt som skulle kunna frigöra resurser, såsom standardmallar för rekryteringsannonser, samt vad som skulle kunna göras med hjälp av administrativt stöd utan specifik specialistkompetens såsom HR.

- *Staben och chefernas roll* - ta fram ett konkret förslag på relevant stöd och utformning med koppling till sjukhusdirektörens stab, länsverksamhetscheferna och enhetscheferna. Inkludera också analys av de totala resurserna för stödfunktioner - återkommande har det framhållits att det krävts lokala rekryteringar för att möta de gap som uppstått vid förändring av stödfunktionernas roller tex inom verksamhetsutveckling.

För mer välfungerande stödfunktioner finns förhoppningar om att också de i stödverksamheten verksamma medarbetarna väljer att stanna kvar längre så att personalomsättningen minskar.

- *Uppskattad effekt: Stor*
- *Uppskattad grad av komplexitet: Medel*



Rekommendation 2: Se över funktionalitet och användningsrutiner för centrala IT-system

Under intervjustudien har många medarbetare uttryckt frustration över funktionalitet och rutiner hos flera av de IT-system som har till uppgift till att låta framför allt chefer hantera enklare administration själva. Automatisering av enklare administration är en generell trend, som regionen bör bejaka, men det är av högsta vikt att dessa system är användarvänliga med tydliga rutiner som medarbetarna förstår. Andra system är viktiga för att underlätta kunskapsspridning inom regionen. Exempel på prioriterade åtgärder på systemsidan är att:

- Skapa ett välfungerande intranät
- Säkerställa ändamålsenlig användning av personalsystemet Heroma
- Hantera juridiska faktorer som driver tid vid användningen av inköpssystemet Proceedo, samt ett mer välfungerande intranät med en användarvänlig och funktionsduglig sökfunktion.

- *Uppskattad effekt: Medel*
- *Uppskattad grad av komplexitet: Hög*

EKONOMIPERSPEKTIVET

Rekommendationen under ekonomiperspektivet är uteslutande kopplad till frågor som specifikt rör hanteringen av ekonomiska frågor. Flera rekommendationer inom de andra perspektiven har emellertid indirekt påverkan på ekonomiskt utfall, vilket bland annat framgår av översikten av samtliga rekommendationer, se Figur 59.

MÅLUPPFYLLELSE – EKONOMI OCH PRODUKTION

Rekommendation 1: Uppdatera ekonomisystemet för korrekt uppföljning av verksamheternas indelning i länskliniker

Idag är det förknippat med svårigheter och tidskrävande manuellt arbete att exempelvis redovisa ekonomisk statistik för specialistvårdens samtliga länsverksamheter, samt att fördela statistiken på olika orter.

- ***Uppskattad effekt: Begränsad***
- ***Uppskattad grad av komplexitet: Medel***

6 Appendix

I DRG-analysen under ekonomiperspektivet används en jämförelsegrupp bestående av ”jämförbara” sjukhus. Universitetssjukhus och andra sjukhus med mer ingående specialisering har för jämförbarhetens skull rensats ut. Tabell 8 visar vilka sjukhus som ingår i jämförelsegruppen, Tabell 9 visar vilka sjukhus som har rensats bort.

Tabell 8. Sjukhus som ingår i DRG-analyserna

Länssjukhus
Blekinge
Dalarna
Danderyd
Gävle
Halland
Kalmar
Karlstad
KRYH
Mälar
NU-vården
Nyköping
Östersund
Ryhov
S:t Göran
Skaraborg
Södersjukhuset
Södra Älvsborg
SUND

Sunderbyn
Västmanland
Växjö
Vrinnevi
Länsdelssjukhus
Alingsås
Angered
Arvika
Enköping
Finspång
Gällivare
Hälso
Högländ
Hudiksvall
Kalix
Karlskoga
Kiruna
Kristinehamn
Kullbergska
Kungälv
Lindesberg
Ljungby
Lycksele
Motala
Norrtälje
Oskarshamn
Piteå Älvdal
Säffle
Skellefteå
Södertälje

Tabell 9. Sjukhus som rensats bort från DRG-statistiken

Universitetssjukhus
Akademiska
Karolinska
Linköping
Norrlands US
Örebro
Sahlgrenska
Skånes US
Övriga
BB Stockholm
Bromma Ger.
Dalen Ger.
Ersta
Frölunda
Handen Ger.
Nacka Ger.
Rygg Strängnäs
S:t Erik
Värml.

7 Litteraturlista

2016:2, SOU. 2016. *Effektiv vård - Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.* Stockholm : u.n., 2016.

EY. 2017. *Landstinget Västernorrland - Granskning av ny organisation. Revisionsrapport 2016.* 2017.

Landstinget i Östergötland. 2003. *Förändringar i utbud och struktur för hälso- och sjukvården 2004.* 2003.

Landstinget Västernorrland. 2015. *Liv, hälsa och hållbar utveckling - Landstingsplan 2016-2018.* 2015.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2017. *Visa vägen i vården - ledarskap för stärkt utvecklingskraft.* Stockholm : u.n., 2017.

Socialstyrelsen. 2017. *Öppna jämförelser 2017 - En god vård? .* 2017.

SOU 2017:53. 2017. *God och nära vård - En gemensam färdplan och målbild. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.* 2017.

Statistiska Centralbyrån. 2017. Hälsoräkenskaper 2015: Hälso- och sjukvårdens andel av BNP uppgick till 11 procent. *Statistiknyhet.* [Online] den 30 03 2017. <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/nationalrakenskaper/nationalrakenskaper/halsorakenskaper/pong/statistiknyhet/halsorakenskaper/>.

