

Rapport – organisatoriska alternativ för specialistvård och nära vård

*Leveransobjekt inom projektplanen för
utveckling av specialistvårdens organisation
och regionledningsförvaltningens
verksamhetsstöd
(God vård med rätt stöd 2020)*

Innehåll

Innehåll.....	2
1. Inledning.....	3
1.1 Bakgrund.....	3
1.2 Arbetsätt	3
1.3 Styrande för val av alternativ	4
1.4 Styrande vid bedömning av alternativ	6
1.5 Fakta om nuvarande organisation	8
1.6 Avgränsningar	11
2. Alternativ A – konsekvent länsorganisation.....	12
2.1 Centrala inspel från underlag	12
2.2 Arbetsgruppens konkretisering – förändring av länsverksamheter (A1)	13
2.3 Arbetsgruppens konkretisering – oförändrade länsverksamheter kompletterad med divisioner (A2).....	16
3. Alternativ B – somatisk lokal närsjukvårds- och länsverksamhetsorganisation	20
3.1 Centrala inspel från underlag	20
3.2 Arbetsgruppens konkretisering av alternativ B.....	22
4. Alternativ C – somatisk närsjukvårds- och länsverksamhetsorganisation.....	26
4.1 Centrala inspel från underlag	26
4.2 Arbetsgruppens konkretisering av alternativ C.....	27
5. Alternativ D – samlad närsjukvårds- och länsverksamhetsorganisation	32
5.1 Centrala inspel från underlag	32
5.2 Arbetsgruppens konkretisering av alternativ D	33
6. Alternativ E – Begränsad somatisk närsjukvårds- och länsverksamhetsorganisation	38
6.1 Centrala inspel från underlag	38
6.2 Arbetsgruppens konkretisering av alternativ E	38
7. Bedömning av alternativen mot specialistvårdens målbild	42
8. Införande av en förändrad organisation	44

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Hösten 2017 beslutade Hälso- och sjukvårdsnämnden att utvärdera specialistvårdens organisation. Uppdraget att genomföra utvärderingen gick till företaget Lumell Associates, en extern konsult. Utvärderingen inklusive rekommendationer presenterades våren 2018 och har därefter beretts inom Region Västernorrland, för att därefter hanteras inom ramen för en politiskt beslutad handlingsplan och projektet ”God vård med rätt stöd 2020” som startades i oktober 2018. Ett av handlingsplanens syften är att utifrån patienternas vårdbehov etablera tydligare mål och ledningsstruktur för specialistvården i en sammanhållen vårdkedja. Vidare är en viktig utgångspunkt att särskilt beakta efterfrågan av starkare lokalt ledarskap och den nationella inriktningen att utveckla nära vård.

2018 års utvärdering anlade ett mycket brett perspektiv på specialistvårdens organisation; allt från verksamhetsstöd, riktlinjer, mål, ledning och resultat granskades och blev föremål för 23 rekommendationer som nu hanteras inom den ovan nämnda handlingsplanen och projektet.

I projektet ”God vård med rätt stöd” har bland annat ingått att till mars 2019 ta fram ett antal underlag som bedöms vara relevanta vid överväganden om specialistvårdens framtida organisation. Vidare har projektet i uppdrag att mellan mars-april 2019 beskriva och analysera ett antal lösningsalternativ för specialistvårdens framtida organisation som ledningen kan ta ställning till i juni 2019 med stöd av inhämtade synpunkter från medarbetare och fackliga företrädare.

1.2 Arbetsätt

Uppdraget att beskriva och analysera ett antal lösningsalternativ för specialistvårdens framtida organisation har genomförts av en arbetsgrupp bestående av följande personer: Lena Karlsson (förvaltningschef), Christine Bylander (förvaltningschef), Anders Lundin (verksamhetschef), Johan Nilsson (verksamhetschef), Anders Setterqvist (verksamhetschef), Petra Lindstedt (verksamhetschef), Kristina Mårtensson (verksamhetschef), Fredrik Andersson (chefsläkare), Henrik Kjellberg (utredare), Bo-Göran Danielsson (planeringschef), Therese Drewsen (HR), Helene Bylund (verksamhetschef/områdeschef PV) och Henrik Hammarström (projektledare).

Arbetsgruppen har träffats vid ett antal tillfällen där kompletterande analys av specialistvårdens nuvarande organisation samt analys av möjliga lösningsalternativ för den framtida organisation genomförts. Inför mötestillfällen har förberedelser bestått av inläsning av diverse underlag.

Utfallet från arbetsgruppens arbete har sammanfattats i dokumentet PM – Bakgrund och analys av specialistvårdens nuvarande organisation samt denna rapport. Medarbetare och fackliga företrädare kommer att ges möjlighet att lämna synpunkter på lösningsalternativen i denna rapport inför ledningens ställningstagande om önskvärd framtida organisation.

Ett huvudsyfte med denna rapport är att beskriva ett antal lösningsalternativ för specialistvårdens framtida organisation. Men för att kunna beakta den nationella inriktningen att utveckla nära vård har det även varit nödvändigt att beskriva hur primärvården kan inkluderas i lösningsalternativ där specialistvårdens länsverksamheter kombineras med en närsjukvårdsorganisation som innefattar både specialistvård och primärvård.

Deltagarna i arbetsgruppen har haft möjlighet att delta i diskussioner kring innehållet i denna rapport. Ett deltagande innebär dock inte per definition att varje enskild person står bakom allt som uttrycks i rapporten. Ambitionen med föreliggande rapport är i första hand att komplettera och konkretisera framtagna lösningsalternativ med för- och nackdelar och övriga fakta som kan utgöra underlag för ett kommande beslut om specialistvårdens organisation och ett nära vård-koncept.

1.3 Styrande för val av alternativ

Vid bedömning av vilka organisatoriska lösningsalternativ som kan vara relevanta att beskriva närmare i denna rapport har innehåll och slutsatser i bland annat följande underlag påverkat:

- Utvärdering av specialistvårdens organisation i region Västernorrland (framtagen av Lumell Associates AB)
 - o Innefattar bl.a. förslaget att behålla specialistvårdens länsverksamhetsorganisation, men med vissa eventuella anpassningar.
- Rapport – Kartläggning av patientflöden (framtagen av projektet God vård med rätt stöd)
 - o Innefattar bl.a. förslag till organisatoriska förändringar för att ge bättre stöd till några viktiga patientflöden.
- Rapport – Nära vård (framtagen av projektet God vård med rätt stöd)

- Innefattar bl.a. fyra alternativa organisationsförslag för att anpassa organisationen till nära vård (baserat på ambitionsnivå för utveckling av nära vård) samt en omvärldsspaning av närvårdsorganisationer i tre andra regioner.
- PM - Bakgrund och analys av specialistvårdens nuvarande organisation (framtaget av projektet God vård med rätt stöd)
 - Innefattar bl.a. en kompletterande analys av nuvarande organisation och förslag i tidigare genomförd utvärdering (Lummel Associates).
- Målbild specialistvården
 - Innefattar en sammanfattning av specialistvårdens målbild utifrån beskrivningar i gällande styrdokument. Det finns även en motsvarande målbild för primärvården som i allt väsentligt hänger ihop med specialistvårdens målbild.

Vissa delar av innehållet i dessa underlag återges i denna rapport, men för att tillfullo förstå innehållet i rapporten är det nödvändigt att ta del av de bakomliggande underlagen, som tidigare har tagits fram. Underlagen finns tillgängliga på intranätet under "God vård med rätt stöd 2020". Då många organisatoriska förslag som tas upp i underlagen är på en övergripande nivå finns ett behov av att öka konkretiseringsgraden i denna rapport för att underlätta fortsatt dialog och ställningstagande om inriktning för den framtida organisationen.

Baserat på innehåll och slutsatser i underlagen har följande fem organisatoriska alternativ identifierats som relevanta att beskriva närmare:

- A, Konsekvent länsverksamhetsorganisation (som idag, med vissa anpassningar). Alternativ tar sin främsta utgångspunkt i förslag som berörs i utvärdering av specialistvårdens organisation, kartläggning av patientflöden samt bakgrund och analys av specialistvårdens organisation.
- B, Somatisk lokal närsjukvårdsorganisation och länsverksamhetsorganisation Alternativ tar sin utgångspunkt i förslag i utredning om nära vård.
- C, Somatisk närsjukvårdsorganisation och länsverksamhetsorganisation Alternativ tar sin utgångspunkt i förslag som berörs i utredning om nära vård.
- D, Samlad närsjukvårdsorganisation och länsverksamhetsorganisation Alternativ tar sin utgångspunkt i förslag som berörs i utredning om nära vård.

- E, Begränsad somatisk närsjukvårdsorganisation och länsverksamhetsorganisation
Alternativ är en hybrid av olika delar i övriga alternativ och har tagits fram av
arbetsgruppen för att exemplifiera hur ett stegvis införande av nära vård kan
genomföras. Alternativ E ska dock ses som ett exempel och inte tolkas som ett
rekommenderat förslag.

1.4 Styrande vid bedömning av alternativ

Vid analys av olika lösningsalternativ har en utgångspunkt varit att värdera
lösningsalternativen efter hur väl de svarar upp mot specialistvårdens målbild (som i
stort täcker syfte och utgångspunkter i politisk handlingsplan som beskrivs i
bakgrundsavsnitt). Det vill säga: pröva hur väl lösningsalternativen stödjer målbilden
och vad som därvidlag skiljer mellan olika alternativ.

I bilden nedan sammanfattas innehållet i specialistvårdens målbild:

Specialistvårdens målbild

Specialistvården ger en god, säker, jämlik och tillgänglig hälso- och sjukvård till invånarna. Verksamhetens organisation är tydlig för medarbetarna och invånarna samt långsiktigt hållbar. Dagens krav och framtidens förväntningar på hälso- och sjukvården möts med utveckling, effektivare arbetssätt och samverkan.



INVÅNARPERSPEKTIVET
Inriktningsmålet är en jämlik fördelning av resurser utifrån behov.

Personcentrerad och sammanhållen vård
Patienterna ges förutsättningar att delta aktivt i sin vård. Samarbete inom och mellan verksamheter sker med utgångspunkt i patienternas behov. Övergångar till andra vårdgivare som primärvård och kommun präglas av en god samverkan.



MEDARBETARPERSPEKTIVET
Inriktningsmålet är att medarbetarna är delaktiga och har en bra arbetsmiljö.

Arbetsmiljö
En god bemanning och attraktiva arbetsvillkor prioriteras vid planering av verksamhet. Ledning och styrning upplevs som tydlig och tillgänglig. Medarbetarnas engagemang och kompetens tas tillvara.

Kunskapsstyrning
Organisationen utvecklar och bibehåller en sammanhållen kunskapsstyrning som bidrar till en likvärdig vård med kvalitet. Bästa möjliga kunskap finns tillgänglig och används i varje patientmöte. Specialistvården upprätthåller en hög nivå när det gäller följsamhet till nationella, sjukvårdsregionala och lokala riktlinjer.



PROCESSPERSPEKTIVET
Inriktningsmålet är effektiva och framgångsrika verksamheter.

Nära vård och specialisering
Verksamhet som behövs vara nära invånare utvecklar arbetssätt som bygger på decentralisering och lokal närvaro (*nära vård*). Specialistvården använder samtidigt regionens tre sjukhus och de gemensamma resurserna på ett effektivt sätt. Vårdens kvalitet kan utvecklas genom specialisering och koncentration av verksamheter och uppgifter.

Teknik och digitalisering
Patientkontakter och behandlingsmetoder utvecklas genom ny teknik, IT-stöd och digitalisering.

Förbättring och uppföljning av vårdens resultat
Vid förbättring och uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat och processer är samlingsbegreppet *God vård* vägledande. Det innebär att värden ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik, jämställd och tillgänglig.



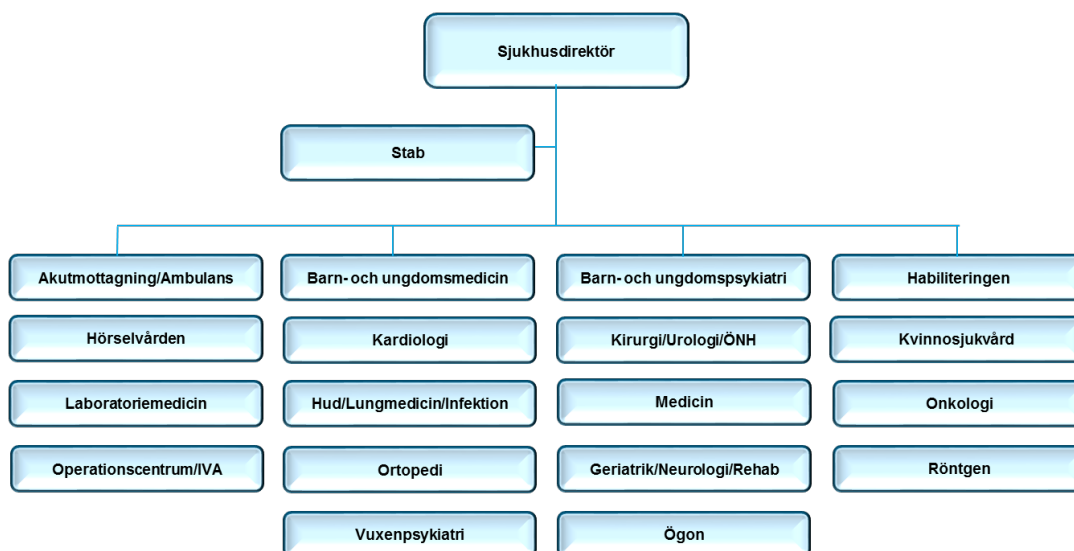
EKONOMIPERSPEKTIVET
Inriktningsmålet är en ekonomi i balans över tid.

Ekonomi
Varje verksamhet arbetar aktivt med följsamhet till budgetramar och anpassning av kostnader samt tar tillvara möjligheter att effektivisera verksamheter.

1.5 Fakta om nuvarande organisation

I nedanstående bilder och tabeller beskrivs organisationsschema samt anställda, enhetschefer och verksamhetschefer i specialistvårdens länsverksamhetsorganisation och den regiondrivna primärvården. Uppgifter är relevanta för att kunna ställa lösningsalternativ i denna rapport i relation till nuläget. I beskrivning av lösningsalternativ framgår hur dessa fakta påverkas. Det bör observeras att uppgifter om antal anställda speglar antalet personer och inte tjänstgöringsgrad. I realiteten finns exempelvis enhetschefer som utför sitt chefsuppdrag på deltid.

Specialistvårdens organisation



Organisationskissen illustrerar specialistvårdens nuvarande länsverksamhetsorganisation med 18 länsverksamheter. Det kan vara värt att notera att länsverksamheterna i sin tur består av flera olika enheter med varierande inriktning. Dessa enheter beskrivs inte närmare inom ramen för denna rapport (i något enstaka fall redovisas enstaka enheter, men då i samband med förslag för ändrad organisation).

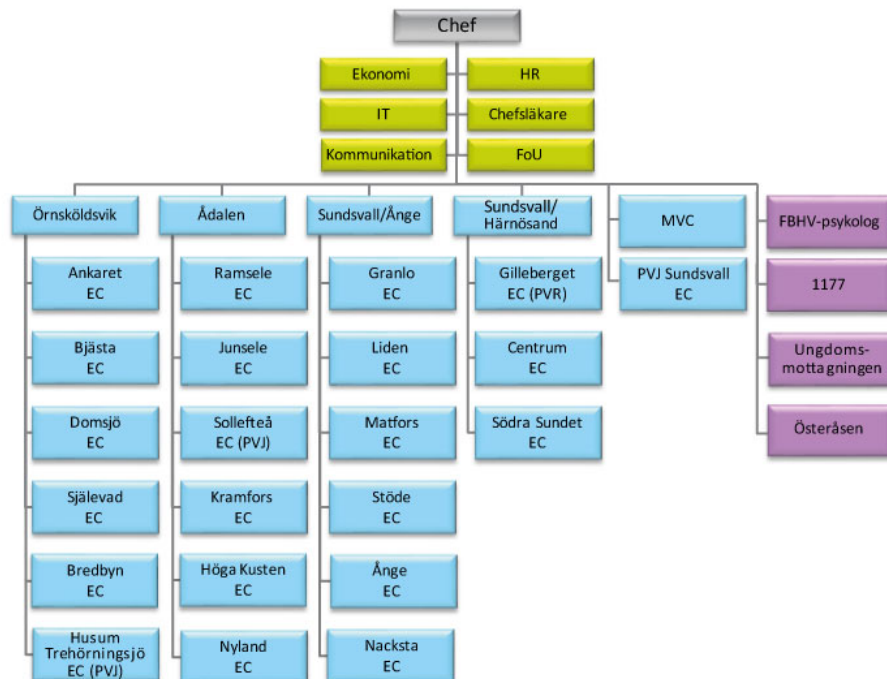
Grundtanken med länsverksamhetsorganisationen är att den ska bidra till en jämlik vård för invånarna och att specialistvården får en ekonomi i balans genom att de samlade resurserna används på ett effektivt sätt.

Tabell 1: Anställda medarbetare inom specialistvården¹

<i>Länsverksamhet</i>	<i>Antal anställda</i>	<i>Varav enhetschefer</i>	<i>Varav verksamhetschefer</i>
Röntgen	145	4	1
Kvinnosjukvård	217	6	1
Ortopedi	246	7	1
Operation/intensivvård	395	11	1
Kirurgi	347	10	1
Onkologi	205	6	1
Ögonsjukvård	94	5	1
Hörselvård	56	3	1
Medicin	355	10	1
Hud/lungmedicin/infektion	139	4	1
Geriatrisk/neurologi/rehab	413	12	1
Kardiologi	274	7	1
Barn- och ungdomsmedicin	211	5	1
Akut/ambulans	391	10	1
Habilitering	109	4	1
BUP	143	5	1
Psykiatri	456	17	1
Laboratoriemedicin	158	4	1
SPV gemensamt	125		
Totalt	4479	130	18

¹ All personalstatistik är inhämtad 190215

Primärvårdens organisation



Tabell 2: Anställda medarbetare inom primärvården²

<i>Verksamhet</i>	<i>Antal anställda</i>	<i>Varav enhetschefer</i>	<i>Varav verksamhetschefer</i>
VO Övik	190	6	1
VO Ådalen	102	5	1
VO Sundsvall/Härnösand	114	4	1
VO Sundsvall/Ånge	130	6	1
MVC-UM	44	1	1
FBHV-psykiologer	13		1
1177 Vårdguiden /PVJ	47	2	1
Österåsen	35	1	1
PV gemensamt	7		
Totalt	682	25	8

² All personalstatistik är inhämtad från januari 2019

1.6 Avgränsningar

I denna rapport beskrivs alternativ till organisationsförändringar. Varje sådant alternativ konkretiseras vad gäller vissa detaljer och för- och nackdelar. Beskrivningarna ska dock inte uppfattas som uttömmande redogörelser för alla typer av frågeställningar som uppkommer vid ett eventuellt genomförande. Detaljfrågor behöver i stor utsträckning hanteras i nästa steg (vid ett genomförande av något av alternativen).

Tydliggörande, och mer detaljerade beskrivningar, av de olika chefsnivåernas mandat, ansvar och roll samt det lokala ledarskapet beskrivs ej i denna rapport då dessa delar berörs i andra aktiviteter inom projektet ”God vård med rätt stöd 2020”.

Nära vård som koncept är en central del av de bedömningar och förslag som presenteras här. Föreliggande rapport lutar sig i allt väsentligt mot rapporten ”Nära vård” där organisation, beskrivningar och förväntade resultat finns redovisat.

Centralt är att nära vård handlar om att vårdbehov som är:

- vanligt förekommande i befolkningen
- ofta återkommande hos individen
- och som är kvalitetsmässigt och ekonomiskt rimligt att bedrivas lokalt

ska ges så nära befolkningen som möjligt. Beroende på vilket behov det gäller kan ”nära” vara hemma hos patienten, på hälsocentralen eller på det lokala sjukhuset.

2. Alternativ A – konsekvent länsorganisation

Detta alternativ (A) innebär en relativt sett mindre ingripande justering av specialistvårdens organisation, både när det gäller inslagen av ett nära vård-koncept och i övrigt när det gäller förändringar av befintlig organisation. De förändringar som föreslås innebär begränsade sammanslagningar av verksamheter. Inriktningen är att tillskapa en effektivare länsverksamhetsorganisation inom nuvarande organisatoriska ramar.

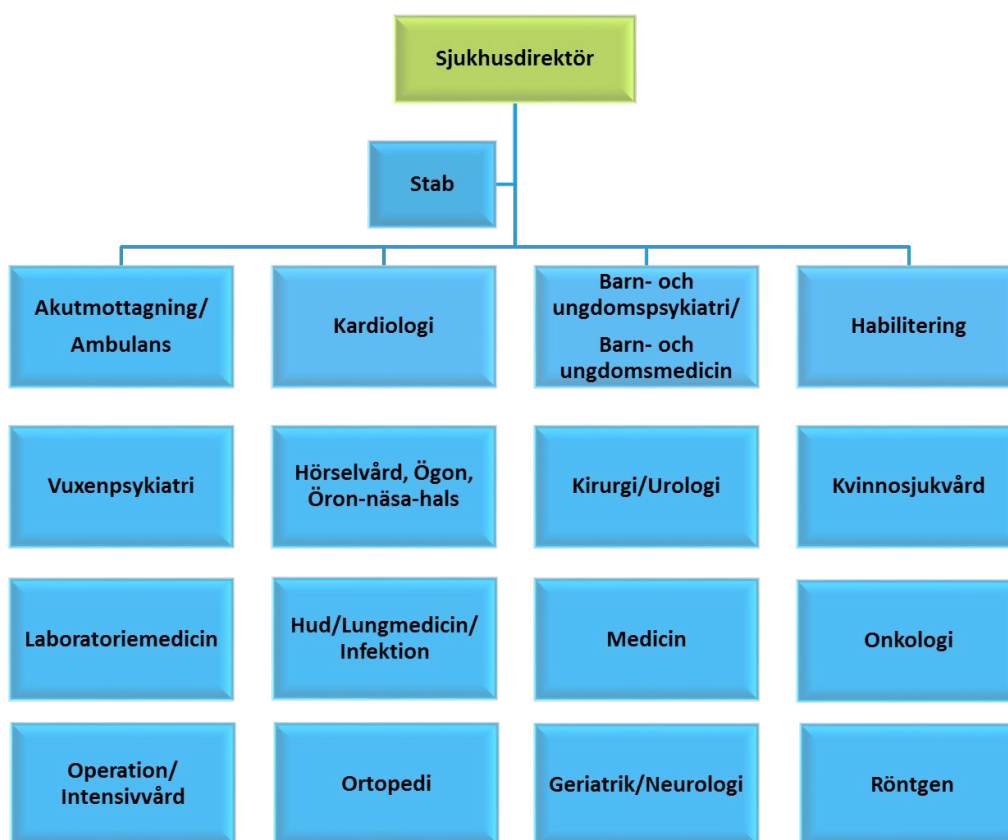
2.1 Centrala inspel från underlag

Lumells utvärdering pekade på behovet av en mer strategiskt inriktad och beslutsför ledningsgrupp som en viktig målsättning. En reduktion av antalet länsverksamheter framhölls som en tänkbar åtgärd. Utvärderingen var samtidigt tydlig med att en fortsatt organisering i länsverksamheter var att föredra framför en återgång till mer självstyrande sjukhus. Det vill säga bedömningen var att länsverksamheter framöver kommer att vara det mest ändamålsenliga sättet att organisera en majoritet av specialistvården. Däremot uttrycks även att det på sikt kan vara relevant att organisera delar av specialistvården lokalt, och kanske i än närmare samarbete med nuvarande primärvård stärka den nära vården, men detta behöver i så fall analyseras vidare

Den tidigare genomförda patientflödesanalysen ”Kartläggning av patientflöden” gav inga tydliga svar på hur specialistvårdsorganisationen ska organiseras. Nuvarande länsverksamheter bedömdes dock stödja många patientflöden. Ytterligare fördjupande analyser kommer genomföras i nästa steg (som berör vårdprocesser). Rapporten ”Nära vård” föreslår ett sammanhållet rehab-centrum som avser att bryta ut rehabiliterande personalkategorier ur länsverksamhet GNR och att dessa bildar en egen verksamhet.

Arbetsgruppens egen sammanfattande bedömning återfinns i PM ”Bakgrund och analys av specialistvårdens organisation”. Där pekar arbetsgruppen bland annat på att utvärderingens slutsatser fortfarande står sig i flera viktiga avseenden. Det gäller inte minst behovet av en tydligare och mer effektiv styrning.

2.2 Arbetsgruppens konkretisering – förändring av länsverksamheter (A1)



Länsverksamhetsorganisationens struktur är på övergripande nivå densamma i detta alternativ, men enskilda verksamheter och enheter slås samman:

- Länsverksamheterna ögonsjukvård och hörselvård slås samman med verksamheten för öron-näsa-hals (som idag är organiserad inom länsverksamhet kirurgi).
- En sammanslagning föreslås också ske av länsverksamhet barn- och ungdomsmedicin med länsverksamhet barn- och ungdomspsykiatri (där barnperspektivet finns med som en gemensam nämnare).

Det finns en logik med dessa två alternativ, givet de enskilda verksamheternas inriktning, därtill finns exempel i andra regioner på en sådan indelning (gäller främst hörselvård, ögon, öron-näsa-hals).

Den så kallade rehabverksamheten, som idag finns inom länsverksamhet GNR, omorganiseras och fysioterapeuter och arbetsterapeuter fördelas på länsverksamheter med behov av sådan kompetens. Det bör noteras att denna lösning avviker från den som föreslogs i rapporten om nära vård. Genom denna lösning uppnås bland annat bättre förutsättningar för teamarbete runt patienterna. Frågan om rehabverksamhetens organisatoriska hemvist är omdiskuterad och det finns både för- och nackdelar med de alternativ till lösningar som har förts fram. Arbetsgruppen har övervägt en organisering i en egen separat rehabiliteringsverksamhet enligt det förslag som finns i nära vård-utredningen och i patientflödesanalysen. Men mot bakgrund av att en viktig ambition har varit att minska ner på antalet länsverksamheter, så har det alternativet avförts.

Slutligen tas sterilverksamheten, som idag finns inom regionledningsförvaltningen, in i länsverksamhet operation och intensivvård. Den organisatoriska hemvist som sterilverksamheten har idag – inom regionledningsförvaltningen – bedöms inte underlätta samverkan med de länsverksamheter som är i störst behov av verksamhetens tjänster. Någon bedömning av sterilverksamhetens perspektiv i denna fråga är ej genomförd.

Ur ett näravårdsperspektiv omorganiseras rehabverksamheten men i övrigt får nära vård utvecklas inom befintlig organisation. Den hierarkiska linjen bibehålls därmed och ser ut som följer:

- Förvaltningschef
- Länsverksamhetschef
- Enhetschef
- Medarbetare

Generella för- och nackdelar

En generell fördel med alternativ A1 är organisatorisk kontinuitet. Alla större omorganisationer sker till priset av omställning, förändrade rutiner och förberedelser. Det krävs med andra ord en startsträcka för att kunna utnyttja den fulla potentialen i en ny organisation. Alternativet erbjuder minimalt med den typen av kostnader.

Men denna fördel kan också betraktas som en nackdel, beroende på hur väl den nuvarande organisationen faktiskt förmår att leverera eftersträvaransvärda resultat. I fråga om alternativ A framstår möjligheten att utveckla ett framgångsrik nära vård-koncept som begränsat i jämförelse med lösningsalternativen B, C och D.

Tabell 3: Fördelning av antalet anställda medarbetare

Länsverksamhet	Antal anställda	Varav enhetschefer	Varav verksamhetschefer
Röntgen	145	4	1
Kvinnosjukvård	217	6	1
Ortopedi	246	7	1
Operation/intensivvård	421	12	1
Kirurgi	308	9	1
Onkologi	205	6	1
Ögonsjukvård, hörselvård, öron/näsa/hals	188	9	1
Medicin	355	10	1
Hud/lung/infektion	139	4	1
Geriatrik/neurologi	301	8	1
Kardiologi	274	7	1
Barn- och ungdoms- medicin / BUP	353	10	1
Akut/ambulans	391	10	1
Habilitering	109	4	1
Vuxenpsykiatri	456	17	1
Laboratoriemedicin	158	4	1
SPV gemensamt (ej länsverksamhet)	125		
Rehab-resurser (ej länsverksamhet)	112	4	
Totalt	4503	130	16

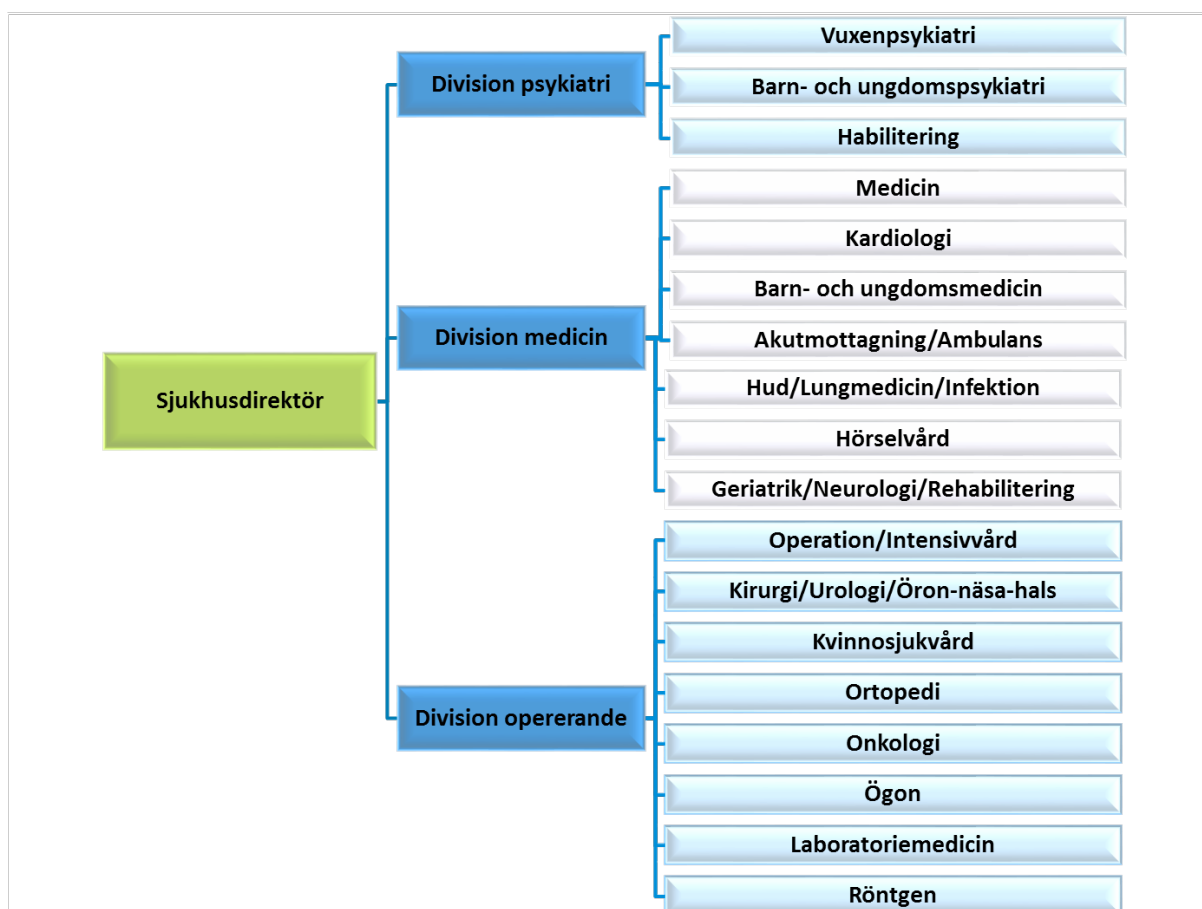
Ovanstående tabell visar antalet anställda och chefer inom respektive länsverksamhet utifrån förändringar i lösningsalternativ baserat på kostnadsställe för tjänster. Det innebär att:

- Rehabresurser tillhörande arbetsterapi och fysioterapimottagning i Sundsvall, allvård-arbetsterapi-dagrehab-sjukgymnastik-gemensamt i Sollefteå samt Medicin Sjukgymnastik och Medicin Arbetsterapi i Örnsköldsvik har lyfts ut ur tidigare GNR och redovisas som en egen rad och är ej fördelade mot länsverksamheter.

- Länsverksamheter BUP och BUM har slagits ihop till en gemensam länsverksamhet.
- Länsverksamheter hörselvård och ögonsjukvård har slagits ihop till en gemensam länsverksamhet dit även resurser inom öron/näsa/hals flyttats från kirurgi.

Konsekvenser på total numerär är att antalet verksamhetschefer blir två mindre jämfört med nuläget (exkl. verksamhetschef för Sterilen), samt totalt 24 fler medarbetare jämfört med nuläget p.g.a. tillkommande Sterilverksamhet.

2.3 Arbetsgruppens konkretisering – oförändrade länsverksamheter kompletterad med divisioner (A2)



Lösningalternativ A1 bygger på kontinuitet och fortsatt utveckling inom den organisation som infördes 2015. Utvärderingens slutsats var, som nämnts ovan, att en fortsatt länsverksamhetsorganisation var att föredra, men att ett nytt chefsled skulle införas för att specialistvårdens ledningsgrupp skulle ”få förutsättningar att skifta fokus från i huvudsak operativa frågor till prioriterade operativa frågor samt strategiska utvecklingsfrågor”

En lämplig storleksordning för ett effektivt ledningsgruppsarbete i denna typ av verksamhet angavs som till högst 8 – 10 personer som utgörs av länsverksamhetschefer och utvalda stödfunktioner såsom till exempel ekonomi och HR.

Lösningalternativ A2 inbegriper mot denna bakgrund en komplettering av nuvarande länsverksamhetsorganisation med ytterligare en chefsnivå i form av divisionschefer för att lösa ledningsgruppens storlek och underlätta det strategiska arbetet för specialistvården som helhet. För att tillgodose behovet av övergripande strategisk styrning tillskapas tre divisioner, indelat i medicin, opererande och psykiatri. Förvaltningschefen för den specialiserade vården kan därmed bilda en ledningsgrupp med tre divisionschefer och ett begränsat antal medarbetare från stabsfunktioner. Den gruppen blir då en naturlig samverkansgrupp mot kommunerna och primärvårdens ledningsgrupp, och kan regelbundet mötas för att diskutera samverkansfrågor.

Generella för- och nackdelar

Den tydliga fördelen är att ledningsgruppen kan formeras och bemannas av tre divisionschefer samt ett begränsat antal stabsresurser. Därmed upprättas den ledningsgrupp som fanns med som ett förslag i den bakomliggande utvärderingen, dvs. en numerärt sett begränsad ledningsgrupp som kan lämna de dagliga verksamhetsfrågorna till underlydande chefer för att därmed kunna lägga ett starkare fokus på strategiska utvecklingsfrågor och mer komplexa samverkansfrågor. Ytterligare en fördel kan vara att samordning och beslut om gemensamma resurser – inom divisionerna – kan underlättas.

Generellt kan införande av divisioner skapa mer tid för strategiska frågor på alla nivåer, på rätt nivå i rätt roll, exempelvis i frågor kring strategisk kompetensförsörjning. Vidare kan divisioner bidra till att frigöra tid för verksamhetschefer att tillämpa ett mer ”nära” ledarskap. Kopplat till nära vård kan det övervägas att ge divisionschefer ett uttalat utvecklingsansvar för nära vård på respektive sjukhusort som kan bidra till en utveckling upp mot målbilden.

En framgångsfaktor för detta alternativ är att divisionscheferna får ett tydligt utformat uppdrag och mandat. Det finns även många erfarenheter att dra lärdom av från tidigare närliggande organisation med vårdområden och vårdområdesdirektörer. Exempelvis att

divisionsindelning behöver kopplas ihop med budget. Huruvida det är lämpligt att hålla fast vid gällande beslut att psykiatrin ska inneha en egen budgetram behöver därför klargöras.

Ett extra chefsled innebär dock, allt annat lika, en extra kostnad för specialistvården – och det måste också påpekas att organisationens funktionssätt inte uteslutande står och faller med en effektiv ledningsgrupp. Minst lika viktigt är ett decentraliserat ledarskap på alla nivåer som präglas av tydligt utpekade ansvarsgränser och en fungerande linjeorganisation. En divisionslösning som inbegriper ett kompletterande chefsled kan möjligen leda till en mer otydlig organisation i dessa avseenden. Ytterligare en nackdel är sannolikt att en divisionslösning innebär att nuvarande organisation behöver lägga mer tid på omställning och anpassning (än vid alternativ A1).

Alternativet A2 innebär en oförändrad organisation beträffande antalet länsverksamheter. En förändring som dock kan vara relevant att överväga i detta alternativ är att även inkludera rättspsykiatriska kliniken i division psykiatri då dess verksamheter är likartade.

Tabell 4: Fördelning av antalet anställda medarbetare

Division – Medicin

Länsverksamhet	Antal anställda	Varav enhetschefer	Varav verksamhetschefer
Hörselvård	56	3	1
Medicin	355	10	1
Hud/lung/infektion	139	4	1
Geriatrik/neurologi/rehab	413	12	1
Kardiologi	274	7	1
Barn- och ungdomsmedicin	211	5	1
Akut/ambulans	391	10	1
Totalt	1839	51	7

Division – Opererande

Länsverksamhet	Antal anställda	Varav enhetschefer	Varav verksamhetschefer
Kvinnosjukvård	217	6	1
Ortopedi	246	7	1
Operation/intensivvård	395	11	1
Kirurgi	347	10	1
Onkologi	205	6	1

Ögonsjukvård	94	5	1
Röntgen	145	4	1
Laboratoriemedicin	158	4	1
Totalt	1807	53	8

Division - Psykiatri

Länsverksamhet	Antal anställda	Varav enhetschefer	Varav verksamhetschefer
Habilitering	109	4	1
BUP	143	5	1
Vuxenpsykiatri	456	17	1
Totalt	708	26	3

Ovanstående tabeller visar antalet anställda och chefer inom respektive division/område med tillhörande länsverksamheter utifrån förändringar i lösningsalternativ baserat på kostnadsställe för tjänster.

Konsekvenser på total numerär är att det tillkommer tre divisionschefer jämfört med nuläget.

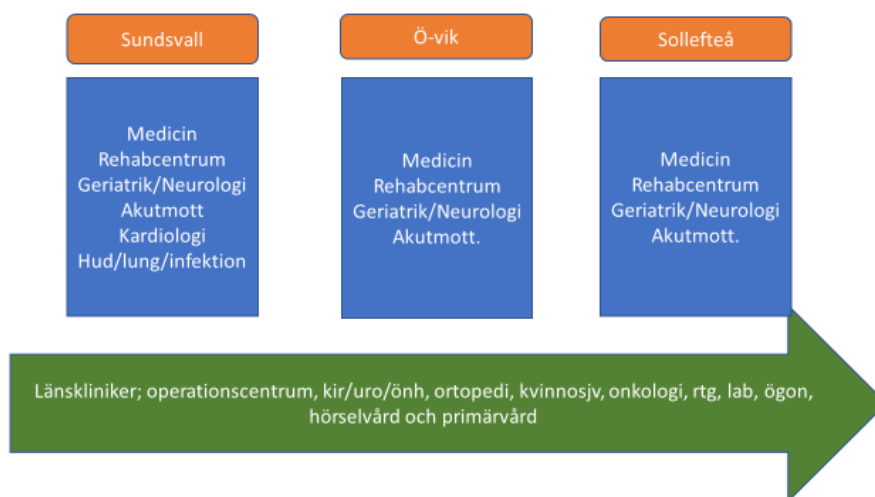
3. Alternativ B – somatisk lokal närsjukvårds- och länsverksamhetsorganisation

3.1 Centrala inspel från underlag

Nära vård-utredningen anför som ett viktigt skäl till att organisera sig för en Nära vård är att verksamheten ges en samlad lokal ledning, en ”närvårdschef” som har möjlighet att göra gemensamma lokala prioriteringar för en önskvärd utveckling. Den principiella lösning som region Norrbotten, Västerbotten och Östergötland valt är att organisera nivån under närvårdschefen som formella kliniker med en verksamhetschef.

Utredningen menar dock att hur klinikerna ska se ut behöver sannolikt se olika ut på respektive ort i Region Västernorrland. Hänsyn måste bland annat tas till storleken på verksamheterna. I Sundsvall så verkar den nuvarande kliniskindelningen i huvudsak relevant medan det i Örnsköldsvik och Sollefteå med fördel kan ses över. På mindre orter kan exempelvis närvårdens somatiska verksamheter organiseras som medicinkliniker som innehåller hela den ”internmedicinska familjen” inklusive geriatrik.

”Somatiskt” lokalt förslag



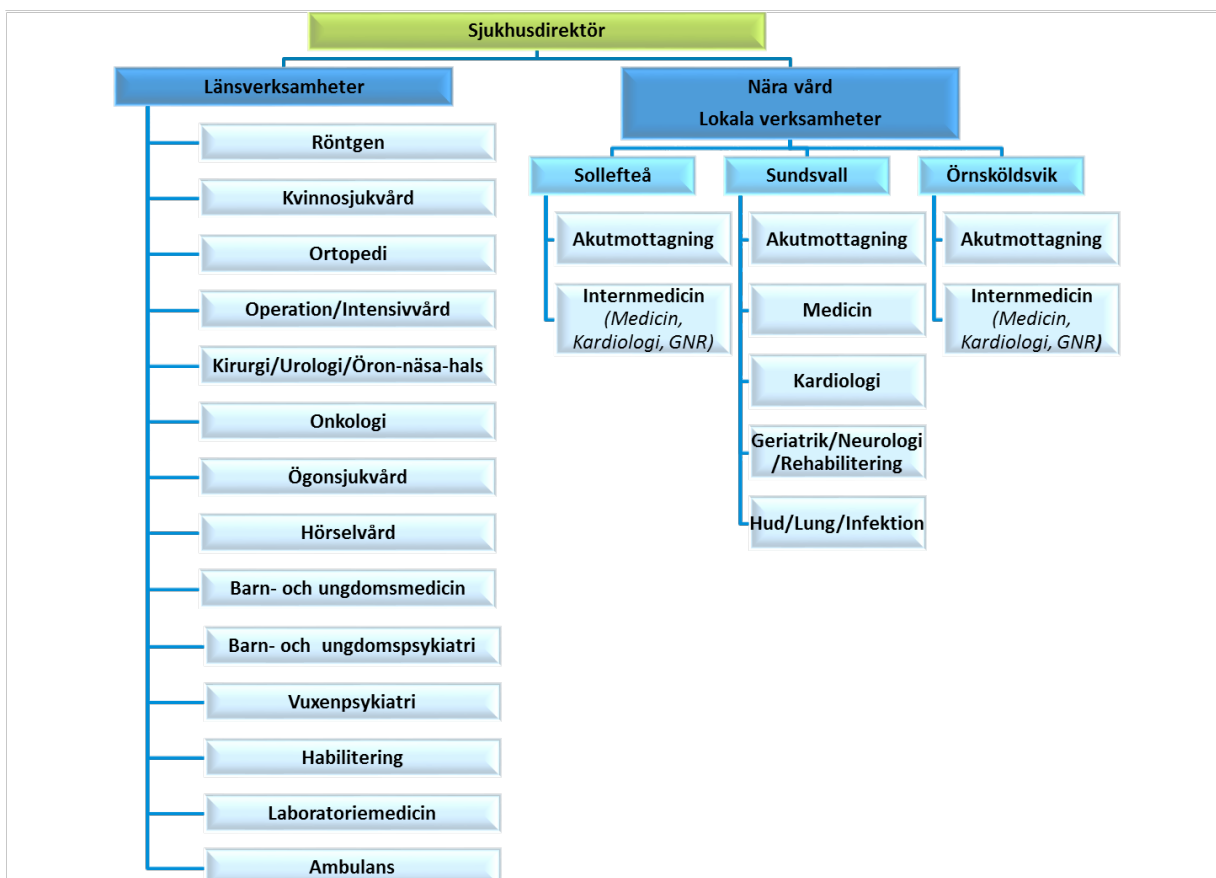
Nära vård-utredningen tar inom ramen för detta alternativ sikte på att samordna de somatiska vårdplatserna inom den ”medicinska familjen” inom respektive sjukhus. Nära förknippat med hur vårdplatserna används är naturligtvis akutmottagningarna som också finns med i detta förslag.

I detta förslag ingår såväl kardiologi som hud/lung/infektion i Sundsvall. Dessa kliniker har också tydligt tudelade uppdrag med såväl länsansvar som lokalt ansvar. Framför allt är det vårdplatserna som delas med det lokala sammanhanget. Kardiologi är ett omfattande område men subspecialiseringen av vårdplatser är nog i första hand motiverad i Sundsvall inte på de övriga sjukhusen

I detta förslag finns inte primärvården och psykiatrin med i samma organisation. Det betyder att fokus på utvecklingen kommer att ligga på just somatik och slutenvård. Ett viktigt skäl som anförs är att det finns ett missnöje med att vårdplatserna blivit ”upphackade” mellan olika länskliniker. Möjligheterna att samordna och utveckla användandet av de flesta somatiska vårdplatser på respektive sjukhus ökar under en lokal ledning. Kommunikationen med kommunerna och primärvården underlättas också åtminstone avseende patienter från den somatiska slutenvården. Men den samlade utvecklingen av nära vård kommer att stöttas i begränsad utsträckning, jämfört med de mer omfattande alternativen C och D.

Ambulansen är sedan länge en länsverksamhet och anger själva det som en förutsättning för att kunna lösa uppgiften. Det är också en vanlig lösning i andra regioner. Det finns också goda skäl att behålla ambulansen som en naturlig del i akutsjukvården. Inget hindrar då att en av de tre närsjukvårdsområdena dessutom har länsuppdraget för ambulansen som ansvarsområde.

3.2 Arbetsgruppens konkretisering av alternativ B



Den kombinerade somatiska lokala närsjukvårdsorganisationen och länsverksamhetsorganisationen bygger på den indelning som finns i rapporten om nära vård. Det innebär därmed att länsverksamheter inom specialistvården utgörs av operation/intensivvård, kirurgi, ortopedi, kvinnosjukvård, onkologi, röntgen, laboratoriemedicin, ögonsjukvård, psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, barn- och ungdomsmedicin, habilitering, hörselvård.

Följande länsverksamheter överförs till en lokal närsjukvårdsorganisation (med lokala kliniker enligt organisationskissen) som håller ihop lokal samordning och lokala prioriteringar på respektive sjukhusort:

- Sundsvall: Medicin, Geriatrik/Neurologi/Rehab, Akutmottagning, Kardiologi och Hud/Lung/Infektion.
- Sollefteå: Medicin, Geriatrik/Neurologi/Rehab och Akutmottagning
- Örnsköldsvik: Medicin, Geriatrik/Neurologi/Rehab och Akutmottagning

Rehabverksamheten kan organiseras som inom alternativet A1 (se ovan), vilket är arbetsgruppen förslag vid en förändring av organisation. Men för att underlätta jämförelsen med de bakomliggande alternativen i rapporten om nära vård, så har inte rehabverksamheten lyfts ut på enskilda länsverksamheter utan ligger kvar som GNR.

Inom alternativ B föreslog utredaren att ambulansverksamheten ska tillhöra närvårdsorganisationen. Här har arbetsgruppen en annan uppfattning, vilket framgår av organisationsbilden. Anledningen är att ambulansverksamheten präglas av tydliga krav på länssamordning av gemensamma resurser – det är mot den bakgrunden naturligt att verksamheten får kvarstå som länsverksamhet.

Arbetsgruppen bedömer att det är komplicerat att utforma en rak hierarkisk linje inom ramen för detta alternativ. Anledning är att närvårdscheferna på de tre sjukhusen kommer att ansvara för helt olika verksamheter när det gäller omfattning och uppdrag. Det är rimligt att närvårdscheferna i Sollefteå och Örnsköldsvik är verksamhetschefer. En sådan lösning kan dock inte vara aktuell i Sundsvall eftersom de lokala verksamheterna där kommer vara avsevärt mycket mer omfattande.

Det innebär att i Örnsköldsvik och Sollefteå finns en närvårdschef på vardera ort. I Sundsvall tillsätts däremot ingen närvårdschef. Lokala klinikchefer i Sundsvall ingår i ledningsgruppen tillsammans med länsverksamhetschefer och närvårdschefer (verksamhetschefer) i Sollefteå och Örnsköldsvik

Sammantaget innebär ovanstående att den hierarkiska linjen utformas enligt följande:

- Förvaltningschef
- Närvårdschef/verksamhetschef, länsverksamhetschef och lokal klinikchef
- Enhetschef

Generella fördelar och nackdelar

Lösningalternativet ger en möjlighet att organisera om specialistmottagningen vid sjukhuset i Sollefteå, så att ingående mottagningar fördelas på berörda länsverksamheter (där de hör hemma). På så sätt återgår verksamheten till en organisering som innebär att medarbetaransvaret kopplas till verksamhetsansvaret³.

Arbetsgruppen ser, som nämnts ovan, att det kan vara komplicerat att kombinera länsverksamheter och närsjukvårdschefer på samma nivå i en linjeorganisation (det

³ Organisering av specialistmottagningen har fått till följd att ansvaret för vårdavdelningar och vårdplatser samt tillhörande läkarresurser är inte fördelat på en och samma länsverksamhet. Dvs. länsverksamheterna får inom ramen för en denna organisation problem att kontrollera och styra sin produktion på ett effektivt sätt.

handlar om delvis olika uppdrag, med delvis olika mandat). Lösningalternativet har en inneboende nackdel eftersom det inte är möjligt att utveckla en rak hierarkisk linje. Det innebär i sin tur svårighet att formera en begränsad ledningsgrupp, där deltagare befinner sig på samma linjenivå. Arbetsgruppen har försökt lösa denna problematik genom att inte tillsätta en närvårdschef vid sjukhuset i Sundsvall, men det är inte en optimal lösning.

Detta alternativ medför en ökning av antalet chefer (vilket i sin tur får ekonomiska konsekvenser). Detta måste anses som en nackdel som endast kan uppvägas av att den nära vården når bättre resultat än den nuvarande organisationen gör.

En fördel kan vara att en sådan organisatorisk lösning möter upp ett behov av ett lokalt ledarskap. Men det kräver i sin tur ett mycket tydligt formulerat chefsansvar för närvårdsbetinget.

Ur ett internt samordningsperspektiv uppstår en nackdel när exempelvis akut kirurgi och akut ortopedi (och andra verksamheter som tar ett ansvar för akuta vårdinsatser) måste samordna sig med tre istället för en akutmottagningsverksamhet. Ytterligare en nackdel är att en enhetlig kunskapsstyrning försvåras, framförallt till mindre verksamheter som organiseras utanför länsjukhuset. Den nackdelen måste på något sätt uppvägas och motverkas av ett system för kunskapsstyrning över verksamhetsgränserna.

Tabell 5: Fördelning av antalet anställda medarbetare

Länsverksamhet /Närsjukvård	Antal anställda	Varav enhetschefer	Varav verksamhetschefer
Röntgen	145	4	1
Kvinnosjukvård	217	6	1
Ortopedi	246	7	1
Operation/intensivvård	395	11	1
Kirurgi	347	10	1
Onkologi	205	6	1
Ögonsjukvård	94	5	1
Hörselvård	56	3	1
Barn- och ungdomsmedicin	211	5	1
Habilitering	109	4	1
BUP	143	5	1
Vuxenpsykiatri	456	17	1
Laboratoriemedicin	158	4	1
Ambulans	179	5	1

Närsjukvård – Sundsvall, varav	877	23	
- Medicin	186	5	1
- GNR	275	8	1
- Kardiologi	160	3	1
- Hud/lung/Infektion	139	4	1
- Akutmott.	117	3	1
Närsjukvård – Sollefteå, varav	157	5	1 (VC=NVC)
- Internmedicin	125	4	
<i>(Medicin,</i>	37	1	
<i>GNR</i>	51	2	
<i>Kardiologi)</i>	37	1	
- Akutmottagning	32	1	
Närsjukvård – Örnsköldsvik, varav	359	10	1 (VC=NVC)
- Internmedicin	296	9	
<i>(Medicin</i>	132	4	
<i>GNR</i>	87	2	
<i>Kardiologi)</i>	77	3	
- Akutmottagning	63	1	

Ovanstående tabell visar hur lösningsalternativ påverkar numerär i respektive länsverksamhet och lokala verksamheter/kliniker inom närsjukvårdsorganisation. Detta givet att enhetschefer och anställda i nuvarande organisation följer med i anpassning av vissa länsverksamheter till en lokal somatisk närsjukvårdsorganisation. Uppdelning mellan orter baseras på uppgifter i personalsystem där dock vissa övergripande tjänster är placerad mot en ort. Sammantaget berörs följande förändringar jämfört med nuläge:

- I Sundsvall innefattar närvårdsorganisation verksamheterna Medicin, Geriatrik/Neurologi/Rehab, Kardiologi, Hud/lung/Infektion och Akutmottagning som alla har en lokal verksamhetschef.
- I Sollefteå och Örnsköldsvik innefattar närvårdsorganisation internmedicin och akutmottagning. På respektive ort finns en person som är verksamhetschef/närvårdschef.
- Ambulans utgör en egen länsverksamhet.

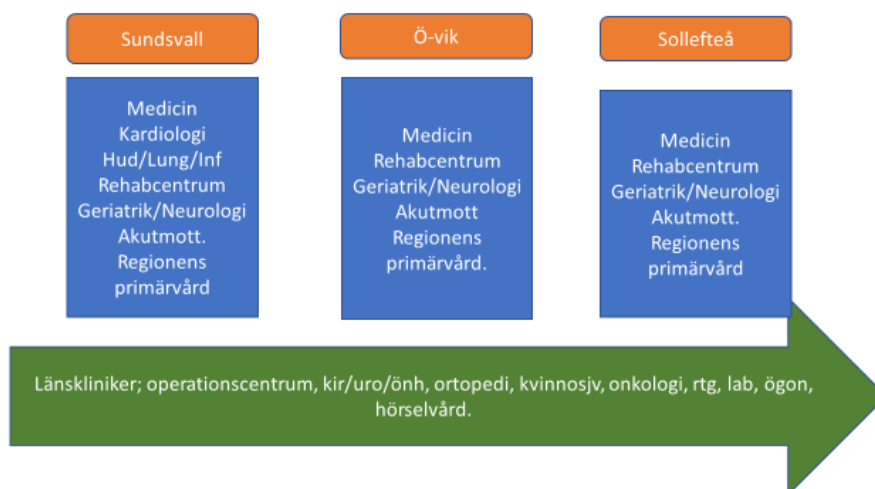
Konsekvenser för total numerär av medarbetare är att det tillkommer tre verksamhetschefer (närvårdschefer/verksamhetschefer i Sollefteå och Örnsköldsvik och länsverksamhetschef Ambulans) jämfört med nuläget.

4. Alternativ C – somatisk närsjukvårds- och länsverksamhetsorganisation

4.1 Centrala inspel från underlag

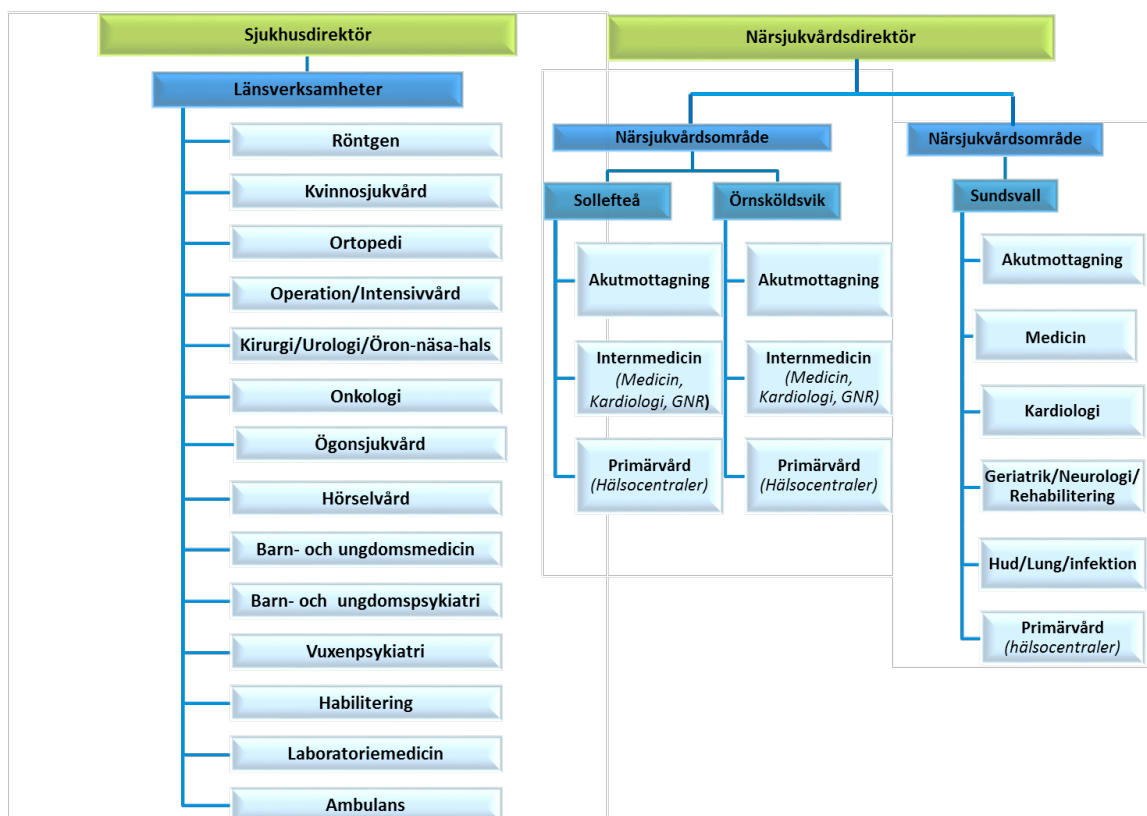
Jämfört med alternativ B tillför nära vårdutredningen här primärvården som ett centralt och kompletterande inslag i den nära vårdens organisation. Utredaren understryker att den finns en fördel med att samla större delen av den somatiska vårdkedjan under samma lokala ledning. Det ger ”förutsättningar att gemensamt prioritera utveckling mellan vårdnivåerna”. Kommunerna får också ytterligare tillgång till sina lokala samverkanspartners.

”Somatiskt” Närsjukvårdsförslag



Vad gäller nackdelar pekar utredaren på att primärvården är en ”bräcklig del av organisationen”. Det finns en viss risk att primärvården tappar sin identitet i en större organisation. Men det finns samtidigt blandande erfarenheter från de regioner som inkorporerat primärvården i den nära vården.

4.2 Arbetsgruppens konkretisering av alternativ C



Alternativ C skiljer från alternativ B genom tillförandet av primärvården (hälsocentralerna). I övrigt är beskrivningarna av alternativ A1 och B giltiga även här (exempelvis för rehabverksamheten).

Tillförseln av primärvården måste enligt arbetsgruppens bedömning få konsekvenser för själva lednings- och förvaltningsorganisationen. När hälsocentralerna ingår i närsjukvårdsorganisationen upphör dagens primärvårdsförvaltning i sin nuvarande form, och övergår till närsjukvården. Närsjukvården tillförs därmed en verksamhet med ett helt centralt uppdrag inom den nära vården. Arbetsgruppens bedömning är mot denna bakgrund att närsjukvården som helhet måste utgöra en egen förvaltning. Andra alternativ erbjuder ingen fullgod lösning på problemet med att uppnå en rak hierarkisk organisation.

Ett annat skäl till att alternativ C har konkretiserats i form av två förvaltningar är att närsjukvårdsorganisationen övertar minst 80 procent av uppdraget från en annan förvaltning (regiondriven primärvård). Organisatorisk hemvist för primärvårdsförvaltningens övriga verksamheter (utöver hälsocentralerna) behöver

utredas vidare (t.ex. Österåsen). Ett samlat ansvar för både närsjukvård och specialistvård bedöms som en orimligt stor uppgift för specialistvårdens förvaltningschef.

Följden är sammanfattningsvis att regionen får en närsjukvårdsdirektör som ansvarar för närsjukvården. Under denna funktion lyder två närsjukvårdschefer (en som ansvarar för närsjukvården i Sollefteå och Örnsköldsvik och en som ansvarar för närsjukvården i Sundsvall). Chefsfördelningen ligger inte helt i linje med nära-vårdsutredningens förslag (som innehöll tre närsjukvårdschefer, en per sjukhus). Arbetsgruppen bedömer dock att volym och omfattning på chefsuppgiften för Sollefteå och Örnsköldsvik kan skötas av en närsjukvårdschef.

Den hierarkiska linjen för specialistvården förändras inte. För närsjukvårdsförvaltningen ser linjen ut som följer:

- Närsjukvårdsdirektör
- Närsjukvårdschef
- Verksamhetschef
- Enhetschef

Kopplat till detta alternativ behöver det sedan klargöras närmare hur Vårdvalet och dess regelhandbok påverkas. Det kan inte uteslutas att en satsning på nära vård inom Regionen, med en tillhörande närvårdsorganisation som innefattar primärvård, leder till nya arbetssätt som behöver tillämpas av alla utförare inom Vårdvalet.

Generella fördelar och nackdelar

Arbetsgruppen delar nära vårdsutredningens bedömning att alternativ C innebär fördelar när den större delen av den somatiska vårdkedjan finns under samma lokala ledning. När verksamhetscheferna ingår i samma ledningsgrupp underlättas samarbete och samverkan. Vidare får enhetscheferna på respektive sjukhusort få en geografisk närhet till sin närmaste chef om man ingår i samma närsjukvårdsorganisation.

Alternativet ger bättre förutsättningar att gemensamt prioritera utveckling mellan vårdnivåerna. Den lokala samverkan med kommunerna ges bättre förutsättningar.

Det ska dock samtidigt noteras att privata utförare inom primärvården komplicerar bilden, det är inte alldeles enkelt att inkludera offentliga hälsocentraler och exkludera privata vårdcentraler i närsjukvårdsorganisationen. Detta får betraktas som en nackdel.

Till fördelarna hör att specialistvården får en mer hanterlig verksamhet och mer begränsad ledningsgrupp. Till tänkbara nackdelar hör att det uppstår nya gränssnitt mellan dagens länsverksamheter, något som dock förmodligen uppvägs av att det finns tydligt utpekade närsjukvårdschefer som kan samordna och koordinera gemensamma frågor och behov.

I nära vårdsutredningen pekar utredaren på nackdelen att primärvården är en ”bräcklig del av organisationen”, och att det finns en viss risk att primärvården tappar sin identitet i en större organisation. Arbetsgruppen ser en sådan risk men det kan också vara så att en närsjukvårdsorganisation på sikt erbjuder mindre bräckliga förutsättningar. Om den nackdel som tas upp i nära vårdsutredningen blir en realitet kan det bli en konkurrensnackdel för regiondriven primärvård.

Precis som för alternativ B, ger även alternativ C en möjlighet att organisera om specialistmottagningen vid sjukhuset i Sollefteå, så att ingående mottagningar fördelas på berörda länsverksamheter (där de hör hemma).

Tabell 6: Fördelning av antalet anställda medarbetare

Länsverksamhet Specialistvård	Antal anställda	Varav enhetschefer	Varav verksamhetschefer
Röntgen	145	4	1
Kvinnosjukvård	217	6	1
Ortopedi	246	7	1
Operation/intensivvård	395	11	1
Kirurgi	347	10	1
Onkologi	205	6	1
Ögonsjukvård	94	5	1
Hörselvård	56	3	1
Barn- och ungdomsmedicin	211	5	1
Habilitering	109	4	1
BUP	143	5	1
Vuxenpsykiatri	456	17	1
Laboratoriemedicin	158	4	1
Ambulans	179	5	1
Total	2961	92	14
Närsjukvård Specialistvård & Primärvård	Antal anställda	Varav enhetschefer	Varav verksamhetschefer
Närsjukvård – Sundsvall, varav	1121	33	
- Medicin	186	5	1

- GNR	275	8	1
- Kardiologi	160	3	1
- Hud/lung/Infektion	139	4	1
- Akutmottagning	117	3	1
- Primärvårdsområde Sundsvall/Ånge	130	6	1
- Primärvårdsområde Sundsvall/Härnösand	114	4	1
Närsjukvård – Sollefteå, varav	259	10	
- Internmedicin (<i>Medicin, GNR Kardiologi</i>)	125 37 51 37	4 1 2 1	1 (inkl akutmott.)
- Akutmottagning	32	1	
- Primärvårdsområde Ådalen	102	5	1
Närsjukvård – Örnsköldsvik, varav	549	16	
- Internmedicin (<i>Medicin GNR Kardiologi</i>)	296 132 87 77	9 4 2 3	1 (inkl. akutmott.)
- Akutmottagning	63	1	
- Primärvårdsområde Örnsköldsvik	190	6	1
Total	1929	59	11

Ovanstående tabell visar hur lösningsalternativ påverkar numerär i respektive länsverksamhet och lokala verksamheter/kliniker inom närsjukvårdsorganisation. Detta givet att enhetschefer och anställda i nuvarande organisation följer med i anpassning av vissa länsverksamheter till en somatisk närsjukvårdsorganisation. Uppdelning mellan orter baseras på uppgifter i personalsystem där vissa övergripande tjänster är placerad mot en ort. Utöver förändringar som redan finns upptagna i alternativ B har alternativ C kompletterats med primärvårdsområden i respektive närsjukvårdsorganisation.

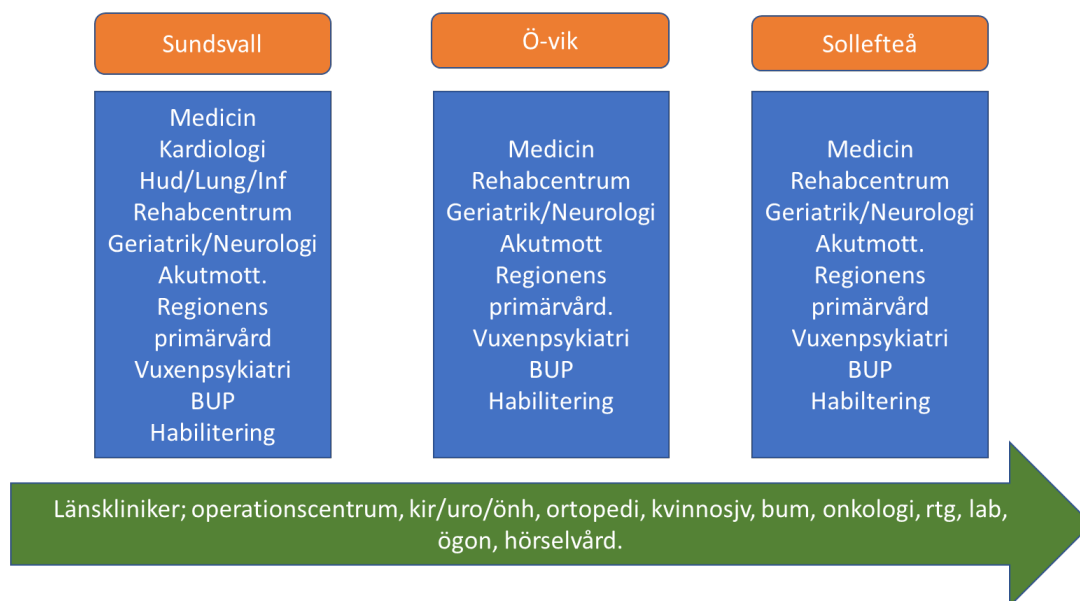
Utöver det som beskrivs i tabell tillkommer även en närsjukvårdsdirektör som övertar övergripande ansvar från primärvårdsdirektör för de delar av nuvarande primärvård som

flyttas till närsjukvårdsorganisation. Vidare tillkommer två närvårdschefer, en för närsjukvårdsområde Sundsvall och en för närsjukvårdsområde Örnsköldsvik/Sollefteå. Konsekvenser på total numerär är att alternativt ger ett tillskott på tre verksamhetschefer (verksamhetschefer i Sollefteå och Örnsköldsvik samt länsverksamhetschef Ambulans) och två närsjukvårdschefer och en närsjukvårdsdirektör, jämfört med nuläget. Någon värdering av kvarvarande verksamheter i nuvarande primärvårdsorganisation och rollen som primärvårdsdirektör berörs inte av arbetsgruppen i denna rapport.

5. Alternativ D – samlad närsjukvårds- och länsverksamhetsorganisation

5.1 Centrala inspel från underlag

Alternativ D är nära vårdutredningens mest omfattande förslag. Till organisationen för den nära vården tillförs de delar som handlar om psykiatri och delvis närliggande områden; vuxenpsykiatri, BUP och habilitering. Utredaren menar att erfarenheterna från de studerade landstingen/regionerna som har en organisation för nära vård av denna omfattning får sägas ”vara goda”. I samtliga fall har organisationen fungerat under relativt lång tid och förutom vissa justeringar har grundstrukturen i huvudsak behållits.

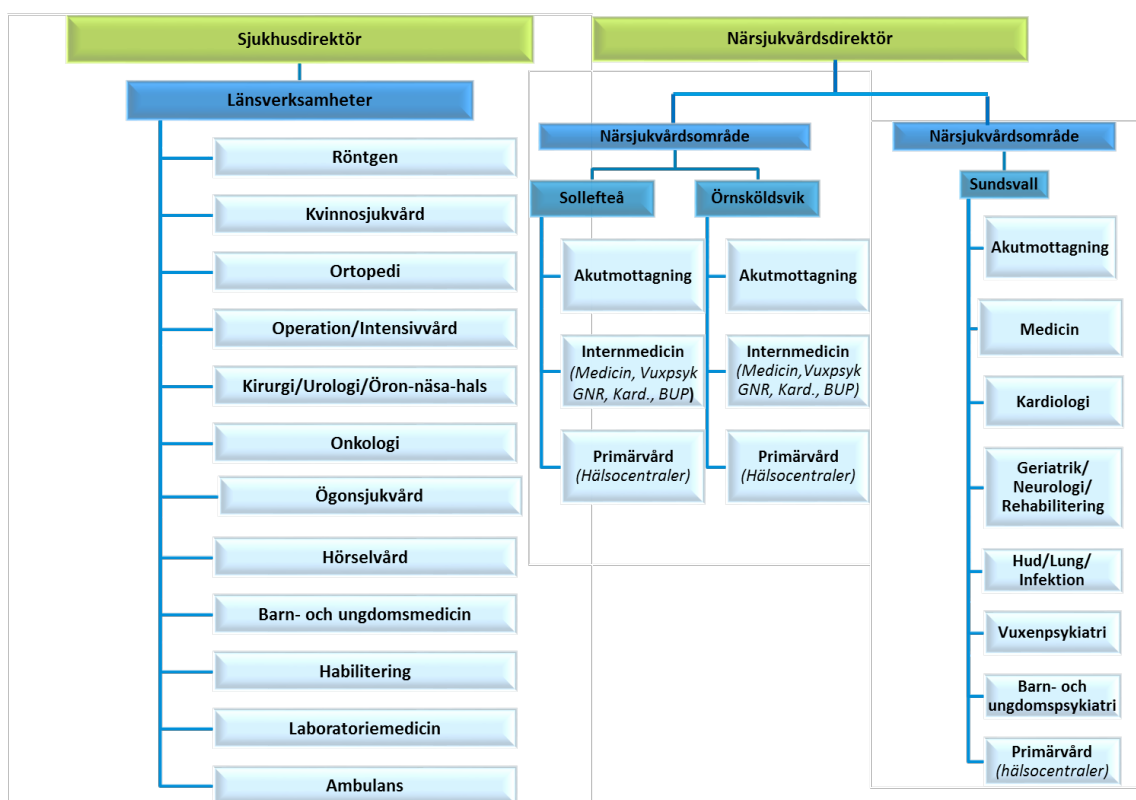


Utredningen framhåller att med en lokal ledning med detta ansvarsområde, så finns det organisatoriska förutsättningar för att utveckla samverkan inom huvuddelen av de områden som anses som de stora utmaningarna för hälso- och sjukvården för framtiden. Samtidigt påpekas att erfarenheterna från andra regioner är att nära vård är lättare att utveckla ju mindre systemet/sammanhanget är. Den största utmaningen ligger dock i att få den nära vården att fungera i det stora sammanhanget med stort sjukhus, stor kommun och många hälso-/vårdcentraler.

Nära vårdutredningen tar upp det faktum att psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri och habilitering är verksamheter med få medarbetare på de mindre orterna. Frågan ställs om

dessa verksamheter ska behållas som separata kliniker eller läggas samman till större gemensamma kliniker. I detta sammanhang säger utredningen att det sannolikt måste göras avvägningar mellan lokala behov och erfarenheter.

5.2 Arbetsgruppens konkretisering av alternativ D



Alternativ D skiljer från alternativ C genom tillförandet av psykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Arbetsgruppen anser att alternativ D definitivt är mest ändamålsenligt ur ett patientperspektiv, precis som nära vårds-utredningen anger. Men fördelarna bygger på att potentialen kan realiseras fullt i ut. I realiteten uppvägs eventuellt fördelarna av en ökande komplexitet i den styrning som krävs för att uppnå en fullgod samverkan kring patienten, som nära vård-koncepten ställer i utsikt. Även problematiken kring kunskapsstyrning tilltar i takt med att fler och fler verksamheter tillförs nära vård-organisationen.

En fråga som diskuterats angående psykiatrin är om öppenvårdsmottagningarna (men inte slutenvården) kan ingå i alternativ D. Arbetsgruppens konkretisering följer nära

vårdsutrednings förslag, dvs. all psykiatri fördelas på närsjukvårdsorganisation. Det är dock en tänkbar uppdelning som kan övervägas inför ett slutgiltigt beslut om innehållet i en närsjukvårdsorganisation.

Vidare innebär konkretiseringen att psykiatri i Sundsvall blir en egen klinik inom närsjukvården, medan psykiatri i Sollefteå och Örnsköldsvik ingår i större gemensamma kliniker.

Arbetsgruppen har till skillnad från nära vårdutredningen valt att bibehålla habiliteringen som en länsverksamhet i sin konkretisering av alternativ. Habiliteringen är till sin natur en specialiserad verksamhet – patienterna har mer att vinna på en fungerande länsamordning inom habiliteringsverksamheten.

Den hierarkiska linjen för specialistvården förändras inte. För närsjukvårdsförvaltningen ser linjen ut som följer:

- Närsjukvårdsdirektör
- Närsjukvårdschef
- Verksamhetschef
- Enhetschef

Precis som för alternativ C, behöver det även klargöras närmare för alternativ D hur Vårdvalet och dess regelhandbok påverkas.

Generella fördelar och nackdelar

Alternativ D innebär ett antal tydliga fördelar: ur ett patientperspektiv samlar närsjukvårdsorganisationen ett större antal verksamheter som har en koppling till nära vård. Särskilt viktigt i detta sammanhang är att psykiatri får en organisatorisk närhet till primärvården. När verksamhetscheferna ingår i samma ledningsgrupp underlättas samarbete och samverkan. Även enhetscheferna på respektive sjukhusort får en geografisk närhet till sin närmaste chef om man ingår i samma närsjukvårdsorganisation.

Precis som för alternativ B och C, ger även alternativ D en möjlighet att organisera om specialistmottagningen vid sjukhuset i Sollefteå, så att ingående mottagningar fördelas på berörda länsverksamheter (där de hör hemma).

Jämte fördelarna finns också några risker (nackdelar): Psykiatri riskerar att försvinna i en organisation där man ska "samsas" med somatik och primärvårdsfrågor. Det gäller att bevaka så att psykiatriska patientgrupper och frågeställningar ges ett lika stort utrymme som andra verksamheter får.

I Sollefteå och Örnsköldsvik riskerar läkare och enhetschefer inom psykiatrin att tappa kontakt med kollegor som arbetar inom samma specialitet. Det kan också bli svårare att bemanna och rekrytera personal med rätt kompetens till enheterna på mindre orter i länet. Detta gäller visserligen redan idag. Men med lokala verksamheter blir det möjligen något svårare att lösa gemensamma problem med bemanning och kompetensutveckling.

Till nackdelarna hör också risken att samarbetet mellan vissa psykiatriska enheter inom regionen försämras. Här blir det viktigt att upprätthålla ett bra samarbete mellan öppenvården och slutenvården. Detta gäller även för annan länsövergripande verksamhet (exempelvis LARO och ECT-behandling). I viss utsträckning finns också risken när det gäller regiongemensam kompetens (handledare, verksamhetsutvecklare, läkare) som inte kommer att kunna nyttjas på samma villkor inom hela regionen.

Generellt ställer införande av en närvårdsorganisation stora krav på ett robust och fungerande system kunskapsstyrning för att skapa en jämlik vård. I regioner som har inkluderat psykiatri i sin närvårdsorganisation finns dock erfarenheter av att det upplevs vara svårt att tillsätta en organisation för kunskapsstyrning inom det psykiatriska området.

Att inkludera psykiatri i en närvårdsorganisation är inte heller helt förenligt med nuvarande beslut att psykiatrin ska inneha en egen budgetram. Hur man ska förhålla sig till detta beslut, och dess lämplighet, behöver därför klargöras.

Tabell 7: Fördelning av antalet anställda medarbetare

Länsverksamhet Specialistvård	Antal anställda	Varav enhetschefer	Varav verksamhetschefer
Röntgen	145	4	1
Kvinnosjukvård	217	6	1
Ortopedi	246	7	1
Operation/intensivvård	395	11	1
Kirurgi	347	10	1
Onkologi	205	6	1
Ögonsjukvård	94	5	1
Hörselvård	56	3	1
Barn- och ungdomsmedicin	211	5	1
Habilitering	109	4	1
Laboratoriemedicin	158	4	1
Ambulans	179	5	1
Total	2362	70	12

Närsjukvård Specialistvård & Primärvård	Antal anställda	Varav enhetschefer	Varav verksamhetschefer
Närsjukvård – Sundsvall, varav	1529	48	
- Medicin	186	5	1
- GNR	275	8	1
- Kardiologi	160	3	1
- Hud/lung/Infektion	139	4	1
- Akutmottagning	117	3	1
- Vuxenpsykiatri	323	12	1
- BUP	85	3	1
- Primärvårdsområde Sundsvall/Ånge	130	6	1
- Primärvårdsområde Sundsvall/Härnösand	114	4	1
Närsjukvård – Sollefteå, varav	342	14	
- Internmedicin	208	8	1 (inkl. akutmott.)
<i>(Medicin,</i>	37	1	
<i>GNR</i>	51	2	
<i>Kardiologi</i>	37	1	
<i>Vuxenpsykiatri</i>	60	3	
<i>BUP inkl. Hsand)</i>	23	1	
- Akutmottagning	32	1	
- Primärvårdsområde Ådalen	102	5	1
Närsjukvård – Örnsköldsvik, varav	657	19	
- Internmedicin	404	12	1 (inkl. akutmott.)
<i>(Medicin</i>	132	4	
<i>GNR</i>	87	2	
<i>Kardiologi</i>	77	3	
<i>Vuxenpsykiatri</i>	73	2	
<i>BUP)</i>	35	1	
- Akutmottagning	63	1	
- Primärvårdsområde Örnsköldsvik	190	6	1
Total	2528	81	13

Ovanstående tabell visar hur lösningsalternativ påverkar numerär i respektive länsverksamhet och lokala verksamheter/kliniker inom närsjukvårdsorganisation. Detta givet att enhetschefer och anställda i nuvarande organisation följer med i anpassning av vissa länsverksamheter till en somatisk närsjukvårdsorganisation. Uppdelning mellan orter baseras på uppgifter i personalsystem där dock vissa övergripande tjänster är placerad mot en ort. Utöver förändringar som redan finns upptagna i alternativ C har alternativ D kompletterats med följande förändringar jämfört med nuläge:

- Vuxenpsykiatri och BUP har lagts till i respektive närsjukvårdsorganisation. I Sundsvall som egna verksamheter/kliniker och i Sollefteå/Örnsköldsvik som ingående delar i verksamhet/klinik internmedicin.

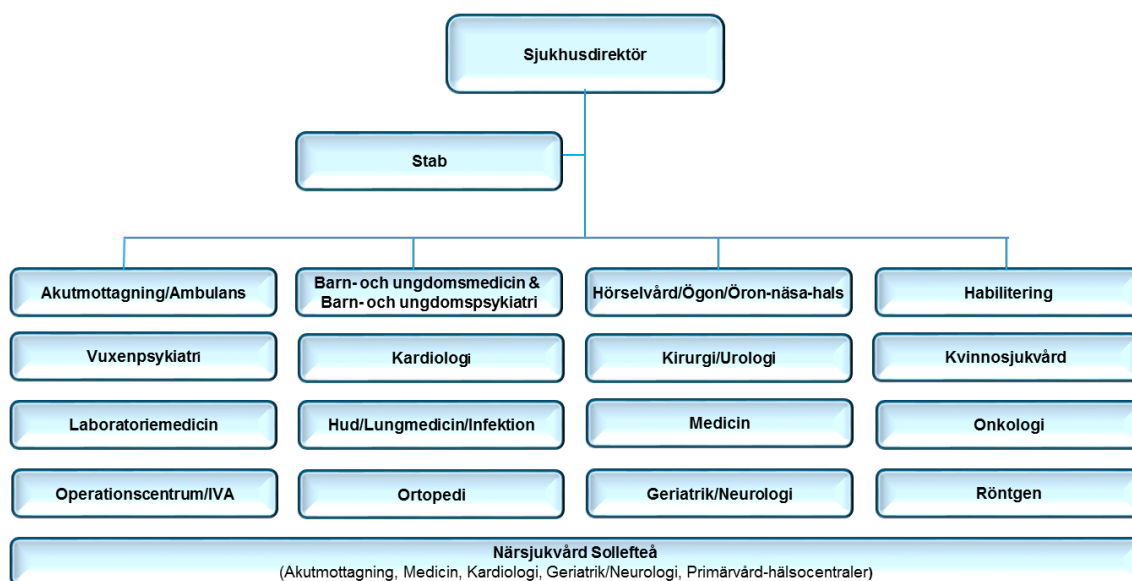
Utöver det som beskrivs i tabell tillkommer även en närsjukvårdsdirektör som övertar övergripande ansvar från primärvårdsdirektör för de delar av nuvarande primärvård som flyttas till närsjukvårdsorganisation. Vidare tillkommer två närvårdschefer, en för närsjukvårdsområde Sundsvall och en för närsjukvårdsområde Örnsköldsvik/Sollefteå. Konsekvenser på total numerär är att alternativ ger ett tillskott på tre verksamhetschefer (internmedicin i Sollefteå och Örnsköldsvik och länsverksamhet Ambulans) och två närsjukvårdschefer samt en närsjukvårdsdirektör. Någon värdering av kvarvarande verksamheter i nuvarande primärvårdsorganisation och rollen som primärvårdsdirektör berörs inte i denna rapport.

6. Alternativ E – Begränsad somatisk närsjukvårds- och länsverksamhetsorganisation

6.1 Centrala inspel från underlag

Arbetsgruppen har ovan värderat de lösningsalternativ som presenterats, samt justerat och vid behov kompletterat detaljförslagen. Samtliga alternativ har som förväntat både för- och nackdelar. I princip är det möjligt att välja bland de olika alternativen och gå vidare mot genomförande. I närsjukvårdsutredningen berörs även att ett tänkbart alternativ kan vara att genomföra eventuella organisatoriska förändringar stegvis. I synnerhet om tiden används för att klargöra förutsättningar eller skapa strategiska planer för relevanta områden. Något mer konkret förslag kopplat till ett stegvis införande beskrivs inte i utredningen varför arbetsgruppen har resonerat om vad det skulle kunna innebära i praktiken. I detta resonemang har sedan konstaterats att ett möjligt alternativ kan vara att införa en organisatorisk förändring i mindre skala på en begränsad del av organisationen. Arbetsgruppen har därför tagit fram ett förslag (alternativ E) som innefattar en sådan organisatorisk lösning. Någon detaljerad analys av alla praktiska konsekvenser som ett begränsat och stegvis införande föranleder har däremot inte genomförts. Däremot kan konstateras att det är komplext avseende stödsystemens förmåga att hantera parallella organisationer.

6.2 Arbetsgruppens konkretisering av alternativ E



Arbetsgruppens bedömning är att om ett avgränsat alternativ till närsjukvårdsorganisation ska prövas kan sjukhuset i Sollefteå vara mest lämplig. Den demografiska utvecklingen, problemen med nuvarande organisationslösning och svårigheterna att kompetensförsörja delar av verksamheten talar för en sådan lösning. En närsjukvård som inkluderar primärvård leder heller inte till gränsdragningsfrågor gentemot privat primärvård (eftersom någon sådan inte finns i Sollefteå-området).

Arbetsgruppen har därför prövat att ta fram en variant av alternativ C och beskriver i ovanstående bild en närsjukvårdsorganisation som kan införas vid sjukhuset i Sollefteå (i ett första steg). I sin enklast uttryckta form utgör verksamheten en basal internmedicinsk klinik som förenas med primärvård inom samma organisation. Förslaget innebär att vårdavdelningarna 16 och 17 samt all-mottagningen, dialysen och akutmottagningen inordnas i en närsjukvård, detta motsvarar i länsverksamhetstermer GN(R), kardiologi, medicin och akutmottagning/ambulans. Totalt omfattas cirka 150 medarbetare. Vidare innefattas sex hälsocentraler (Ramsele, Junsele, Sollefteå, Kramfors, Höga kusten och Nyland) och dess cirka 100 medarbetare.

I övrigt finns det ytterligare delar i alternativ A1 som kan kombineras med detta alternativ.

Generella fördelar och nackdelar

Fördelarna är, förutom de som angivits i nära vårdsutredningen, att en sådan avgränsad organisationslösning ger goda möjligheter att slå vakt om ett grundutbud av nära vård vid sjukhuset som behöver finnas, och som går att försvara resurs- och kompetensmässigt över tid. Om införandet leder till goda resultat kan sedan liknande organisationslösningar övervägas vid sjukhuset i Örnsköldsvik och därefter vid sjukhuset i Sundsvall.

Vidare bör det påpekas att erfarenheterna från de regioner som har valt att organisera sig inom ramen för en fullt utbyggd nära vård (inklusive psykiatri), uppvisar ett blandat resultat. Under åren med denna organisationstyp har flera omorganisationer genomförts – det har varit komplicerat att bibehålla en långsiktigt hållbar nära-vårdorganisation, som omfattar ett större antal verksamheter. Att införa en närsjukvårdsorganisation i mindre skala, som sedan kan utvecklas successivt utifrån dom egna erfarenheterna, kan därigenom bidra till att undvika större organisatoriska omtag. Å andra sidan finns många erfarenheter som visar på att det krävs förändringar och anpassningar över tid i alla organisationsformer.

Samtidigt finns många uppenbara nackdelar med en separat organisationsstruktur för delar av specialistvården och primärvården. Ledningsstrukturen blir otydlig med alla de följdverkningar som det medför samt att det blir en stor utmaning att anpassa it-

systemen till flera parallella organisationer (i den mån det är möjligt). Dessutom medför det att verksamheterna befinner sig i en omställning med omstruktureringar över lång tid med de negativa aspekter som det för med sig.

Tabell 8: Fördelning av antalet anställda medarbetare

<i>Länsverksamhet</i>	<i>Antal anställda</i>	<i>Varav enhetschefer</i>	<i>Varav verksamhetschefer</i>
Röntgen	145	4	1
Kvinnosjukvård	217	6	1
Ortopedi	246	7	1
Operation/intensivvård	395	11	1
Kirurgi	347	10	1
Onkologi	205	6	1
Ögonsjukvård	94	5	1
Hörselvård	56	3	1
Medicin	318	9	1
Hud/lungmedicin/infektion	139	4	1
Geriatrik/neurologi/rehab	362	10	1
Kardiologi	237	6	1
Barn- och ungdomsmedicin	211	5	1
Akut/ambulans	359	9	1
Habilitering	109	4	1
BUP	143	5	1
Psykiatri	456	17	1
Laboratoriemedicin	158	4	1
Närsjukvård – Sollefteå, varav	259	10	1 (inkl akutmott.)
- Internmedicin	125	4	
<i>(Medicin,</i>	37	1	
<i>GNR</i>	51	2	
<i>Kardiologi)</i>	37	1	
- Akutmottagning	32	1	
- Primärvårdsområde Ådalen	102	5	
SPV gemensamt	125		
Totalt	4581	130	19

Ovanstående tabell visar antalet anställda och chefer inom respektive länsverksamhet och närsjukvård Sollefteå utifrån förändringar i lösningsalternativ baserat på kostnadsställe för tjänster. Det vill säga:

- Närsjukvård – Sollefteå utgörs av verksamheter inom medicin, geriatrik/neurologi, kardiologi och akutmottagning samt primärvårdsområde Ådalen dit resurser flyttats från berörda verksamheter.

Att Primärvårdsområde Ådalen lyfts in i Närsjukvård Sollefteå får ingen konsekvens på totalt antal medarbetare inom specialistvård och primärvård om verksamhetschef för närvårdsorganisation tar bort behov av verksamhetschef för primärvårdsområde Ådalen (vilket illustreras i tabell ovan och är en modifiering jämfört med alternativ C och D där verksamhetschefer kvarstår för primärvårdsområden) samt att medarbetare flyttas mellan organisationer.

7. Bedömning av alternativen mot specialistvårdens målbild

En grundläggande fråga inför beslut om framtida organisation är hur väl alternativen svarar mot specialistvårdens målbild, där patientperspektivet är centralt (se avsnitt 1.5). Nedan följer en sådan samlad bedömning.

Personcentrerad och sammanhållen vård

Samtliga alternativ leder till en mer sammanhållen vård. Alternativ E är i detta avseende mindre ingripande än B, C och D. D-alternativet framstår som mest patientfokuserat. Personcentrering får sägas vara mer av utveckling av arbetssätt än organisation, och bedömningen är därför att utveckling av personcentrerad vård kan ske inom alla alternativ.

Nära vård och specialisering

Nära vårdsutredningens förslag – från A till D – innebär ökande grad av sammanhållen och nära vård. Föreliggande rapport har dock pekat på att med en ökande grad av nära vård följer en ökad komplexitet i ledning och styrning. En slutgiltig bedömning av vilket alternativ som är att föredra, måste grunda sig på huvudmannens ambitionsnivå beträffande nära vård.

Alternativ E leder till mer av nära vård vid sjukhuset i Sollefteå. Men det är viktigt att understryka att nära vård som koncept också måste vara en del i utvecklingen av vården vid sjukhusen i Sundsvall och Örnsköldsvik (i enlighet med de resonemang som återfinns i nära vårdsutredningen).

Teknik och digitalisering

Ny teknik och digital utveckling blir allt viktigare för vårdens resultat och resurseffektivitet. Ett flertal sådana utvecklingsinitiativ pågår för närvarande inom Region Västernorrland. Någon direkt koppling till specialistvårdens organisation eller de alternativ som presenterats ovan, finns inte. Däremot är det viktigt att specialistvården och den nära vården arbetar med att införa digitala lösningar i takt med att sådana tas fram.

Förbättring och uppföljning av vårdens resultat

Eventuellt införande av något av alternativen kommer att behöva utvärderas löpande och då särskilt mot huruvida organisationen leder till en vård som är mer kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik, jämställd och tillgänglig. De närmare förutsättningarna för en sådan utvärdering behöver utarbetas inom genomförandet (se mer under avsnitt 7).

Arbetsmiljö

Ambitionen är att alla närsjukvårdsalternativ kan leda till en bättre arbetsmiljö, i takt med samordningen av gemensamma resurser kan bli effektivare. Förhoppningen är att ett samlat ansvar för delar av verksamheten kan leda till ett större fokus och förmåga att utveckla arbetsmiljön och det lokala ledarskapet. Samtidigt är arbetsmiljöfrågorna inte uteslutande en fråga om organisering, i vissa avseenden är det viktigaste att rekrytera och behålla medarbetare, något som det arbetas med på flera fronter inom specialistvårdens organisation.

Kunskapsstyrning

Arbetsgruppen ser överlag vissa utmaningar med samtliga närsjukvårdsalternativ när det gäller kunskapsstyrning. Länsverksamhet kardiologi har exempelvis tveklöst ett vårdansvar som inbegriper nära vård (exempelvis vården av patienter med hjärtsvikt). Samtidigt är kardiologin en verksamhet som bedriver en mycket avancerad vård av svårt sjuka patienter, en vård som behöver vara centraliserad till länssjukhuset. Det behöver utvecklas en modell för att kunskapsstyrningen ska fungera från länsverksamhet till närsjukvårdsorganisation.

Ekonomi

De ekonomiska konsekvenserna av alternativen är i stora drag likvärdiga, eftersom en viktig utgångspunkt är att befintliga verksamheter övergår i en annan organisationsform. I några fall – exempelvis i alternativen C och D – ingår ett utökad antal chefer (förvaltningschef, närsjukvårdschef och verksamhetschef). Det har dock inte varit möjligt att precisera hur stora kostnader detta innebär i praktiken. Ett skäl är att det utökade antalet chefer på högre nivåer till viss del kan vägas upp av ett lägre antal enhetschefer. Det exakta utfallet får preciseras när fördjupning sker av ett alternativ.

8. Införande av en förändrad organisation

Ett fortsatt arbete med att införa en förändrad organisation kan innefatta följande delar:

1. Inhämta synpunkter på lösningsalternativ i denna rapport från medarbetare och fackliga företrädare
2. Genomföra ev. kompletterande arbete kopplat till inkomna synpunkter från medarbetare och fackliga företrädare
3. Ta ställning till ambitionsnivå avseende nära vård
4. Ta ställning till inriktning för framtida organisation
5. Genomföra arbetsmiljö- och patientsäkerhetsanalys
6. Vidareutveckla detaljer i valt lösningsalternativ