

Landstinget Västernorrland

Granskning av ny organisation



Building a better
working world



Building a better
working world

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
1. Inledning	3
1.1. Bakgrund.....	3
1.2. Syfte och revisionsfrågor	3
1.3. Revisionskriterier.....	3
1.4. Ansvariga nämnder och avgränsning	4
1.5. Metod	4
2. Beslut på politisk nivå.....	4
2.1. Länskliniker är en del i en längre förändringsprocess	4
2.2. Motiv och avsedda resultat i styrdokument	5
2.3. Motivbilder bland de intervjuade cheferna	6
2.4. Utredningar och riskanalyser	7
2.5. Bedömning	8
3. Länsklinikernas nuvarande funktion	9
3.1. Organisation och ansvarsfördelning	9
3.2. Uppnådda effekter.....	10
3.3. Identifierade nackdelar med länsklinikerna	12
3.4. Länsövergripande produktions- och kapacitetsutveckling	13
4. Förändringsprocessen.....	14
4.1. Uppföljning	15
4.1. Bedömning	15
5. Svar på revisionsfrågor	16
5.1. Sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte	19
Bilaga 1: Intervjuförteckning	21

Sammanfattning

EY har på revisorernas uppdrag granskat genomförandet av ny organisation i form av länsövergripande verksamhetsområden med start 1 september 2015.

Den övergripande bedömningen är att beslutsprocessen som lett fram till att införa länsövergripande verksamhetsområden har varit tydlig. Dokumenterat politiskt beslut har tagits om att ge landstingsdirektören uppdraget att införa länskliniker. Indelning och tid för införandet har beslutats på tjänstemannanivå och lösningen med länsövergripande kliniker var väntad av de flesta vi intervjuat. Argument för och förväntade effekter har beskrivits i samband med införandet men dessa förväntade effekter formulerades i övergripande och svåråtgärdade termer och har inte varit kända av de chefer som tillsatts i den nya organisationen.

Trots att organisationsformen länslinik varit relativt tydlig och förväntad sedan 2013 var organisationen inte förberedd när starten skedde den 1 september 2015. Det har därför tagit tid att etablera ekonomi- och HR-system under 2016 parallellt med stor politisk osäkerhet kring vilka strukturförändringar som skulle komma att påverka organisationen.

En ytterligare slutsats är att den fortsatta förändringsprocessen under 2016 varit ostyrd både på politisk och tjänstemannanivå. Det har inte funnits några stödresurser för förändringsarbetet utan respektive verksamhetsområde har via cheferna format innehållet i förändringen. Vi bedömer inte det öppna uppdraget i sig som olämpligt, däremot är vår bedömning att det hade behövts, och behövs, förändringsstöd för respektive klinik, gemensamma principer och erfarenhetsutbyte. Så som förändringen genomförts kommer det att vara svårt att mäta effekterna men inte desto mindre viktigt att så sker. Vi bedömer det slutligen som viktigt att den politiska styrningen av hälso- och sjukvårdsnämnden tar sitt verkställande ansvar och skapar stabila och långsiktiga villkor för de chefer som åtagit sig uppdraget att forma den nya organisationen. Dessa chefers villkor har hittills i för hög grad präglats av osäkerhet kring eventuellt kommande politiska beslut och denna osäkerhet försämrar deras möjligheter att skapa tillitsfulla relationer med medarbetare.

Utifrån granskningens resultat ger vi följande rekommendationer till hälso- och sjukvårdsnämnden.

- Tillse att den nya organisationen följs upp vad beträffar interna effekter och effekter för patienterna. Vi vill betona att denna uppföljning bör vara processuell och lärande och inte dömande. Det är centralt att förändringsprocessen ges tid att skapa resultat och att förbättringsmöjligheter identifieras fortlöpande med en god kunskapsspridning mellan verksamhetsområdena.
- Tillse att åtgärder vidtas för att säkerställa att enhetschefer får goda förutsättningar att klara rollen i den nya strukturen. Bland annat bör HR-stödet analyseras för att matcha den nya organisationens behov.
- Tillse att en handlingsplan upprättas för implementering av produktions- och kapacitetsplanering med hjälp av verktyget VERA. Det är av flera skäl lämpligt att göra det i samband med att länsklinikerna formas.
- Säkerställ att uppkomna nackdelar med organisationen identifieras och att dessa nackdelar åtgärdas med kompletterande arrangemang. Exempelvis finns det flera samordningsfrågor inom respektive sjukhus som behöver sådana stödjande strukturer.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Landstinget har sedan flera år tillbaka arbetat med specialistvårdens organisation, bland annat genom införandet av länsverksamhetsområden (länskliniker). En bärande tanke med den nya sjukhusorganisationen är att en samordnad verksamhet ger ett bättre resursutnyttjande. Översynen av specialistvården är sedan våren 2015 en viktig del av fullmäktiges insatsplan (Uppdrag 3– handlingsplaner för samordning och ny arbetsdelning inom specialistvården). Denna översyn förväntas leda till bland annat bättre förutsättningar för styrning/ledning, en bättre kostnadskontroll och ökad samordning som gynnar patienterna.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om det pågående förändringsarbetet bedrivs på ett ändamålsenligt sätt. I granskningen ingår även att klargöra om det finns en tydlig styrning/ledning för översynen och genomförandet av förändringarna.

I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- „ Är ansvarsfördelningen (politisk nivå, tjänstemannanivå) för genomförandet av den nya sjukhusorganisationen tydlig?
- „ Har avsedda resultat, ifråga om utvecklad samordning och arbetsfördelning inom länet, uppnåtts?
- „ Finns tillräckliga organisatoriska och administrativa förutsättningar för en samordnad produktions- och kapacitetsplanering?
- „ Är länsklinikchefernas uppdrag samt ansvar och befogenheter tydliga?
- „ I vilken mån har lärdomar från andra landstingsliknande organisationsförändringar legat till grund för implementeringen?
- „ Vilka nackdelar med den valda organisationen har identifierats och vilka arrangemang har skapats för att kompensera de nackdelarna?
- „ Hur har den förväntade nyttan av förändringen beskrivits under processens gång?
- „ På vilket sätt har delaktighetsaspekterna hanterats under förändringsprocessen?
- „ Hur transparent har förändringsprocessen varit avseende vem som fattat beslut och när beslut har fattats?

1.3. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna kan hämtas ifrån lagar och förarbeten eller interna regelverk, policyer och fullmäktigebeslut. Kriterier kan också ha sin grund i jämförbar praxis eller erkänd teoribildning.

- ▶ Beslutshandlingar från landstingsfullmäktige
- ▶ Kommunallagen 1991:900

- ▶ Hälsö- och sjukvårdslagen 1982:763

1.4. Ansvariga nämnder och avgränsning

Granskningen avser Hälsö- och sjukvårdsnämnden och avgränsas till specialistsjukvården.

1.5. Metod

Granskningen bygger på intervjuer och dokumentstudier. Se bilagda för förteckning över intervjupersoner och källor. Rapporten är sakgranskad av intervjuade, vilket innebär att de fakta som rapporten hänvisar till är kvalitetssäkrade av de som granskats. Slutsatserna och revisionsbedömningarna ansvarar EY för.

2. Beslut på politisk nivå

2.1. Länskliniker är en del i en längre förändringsprocess

Införandet av länskliniker är en del i en längre förändringsprocess inom landstingets specialistvård. Nedan beskrivs de centrala politiska besluten i processen.

I mars 2011 konstaterade landstingsstyrelsen att de senaste årens besparingsarbete inte varit tillräckligt och beslutade att ytterligare kostnadsreduceringar krävs. Besparingsarbetet ska kompletteras med intensifierade satsningar på ett kontinuerligt förbättrings- och utvecklingsarbete i första hand riktat mot sjukhus, primärvård och tandvård. Styrelsen konstaterade också att förändringen förutsätter att ledningen, styrningen och uppföljningen förbättras och utvecklas samt att ett fördjupat samarbete mellan de vårdgivande förvaltningarna kommer till stånd. Landstingsdirektören gavs i uppdrag att ta fram ett förslag till insats- och förbättringsprogram. I maj 2011 godkände styrelsen ett långsiktigt insatsprogram för hela landstinget, *Fempunktsprogrammet*. Programmet omfattade fem centrala förbättringsområden: ekonomi i balans, lednings och styrning, god vård, systematiskt förbättrings- och utvecklingsarbete och kommunikation.

Under samma period pågick inom hälso- och sjukvårdsnämnden en diskussion om god vård. Ambitionen var att uppnå en vård som är evidensbaserad och jämlik, patientfokuserad och med hög patientsäkerhet och som samtidigt lever upp till vårdgaranti och till fullmäktiges ekonomiska ramar. I april 2011 beslutade nämnden om en åtgärdsplan, *Handlingsplan för god vård*. I planen ingick en översyn av specialistvården med målet att införa länsövergripande enhetlighet inom diagnostik och behandling, länsövergripande samordning av verksamheten inom varje specialitet, återupptagande av det systematiska förbättringsarbetet och satsning på ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Av fullmäktiges landstingsplan för 2013-2015, antagen i februari 2012, framgår att de tre sjukhusen från och med 1 januari 2013 sammanförs i en gemensam förvaltning, verksamheterna samordnas, enhetlighet i indikationer och metoder för diagnostik och behandling införs och sjukhusvården styrs genom uppdragsstyrning. I juni 2012 beslutade landstingsstyrelsen att den nya samlade sjukhusförvaltningen ska bestå av tre vårdområden: opererande, medicin och psykiatri & habilitering.

I november 2012 gav fullmäktige HSN i uppdrag att återkomma med en plan med åtgärder för verksamhetens långsiktiga anpassning till de ekonomiska ramarna. I mars 2013

beslutade HSN om *Hälso- och sjukvårdsnämndens handlingsplan för ekonomi i balans 2013-2015*. I planen är produktivetsförbättringar genom samordning en av flera övergripande strategier. Inom denna strategi bedömer nämnden att införande av kliniksamordning, länsgemensamma verksamhetsområden samt länsgemensamma köer och bedömningskriterier är en förutsättning. En specifik åtgärd är *nivåstrukturering* och tillskapandet av länsgemensamma organisationer. Sju namngivna kliniker får i uppdrag att under 2013 inleda eller fullgöra arbetet med att införa länsgemensamma organisationer.

I oktober 2013 beslutade HSN, i samband med beslut om budget för 2014, att uppdra till landstingsdirektören att påskynda omställningsarbetet, med särskilt fokus på införandet av länsövergripande verksamhetsområden.

I december 2014 tar HSN emot en lägesrapport kring bildandet av länskliniker. Rapporten består av *Strategi för hållbar utveckling*. Nämnden beslutar att lägga informationen till handlingarna. Arbetet bekräftas av fullmäktige som i landstingsplan 2015-2017 (avsnitt 8.4) skriver följande angående resursramar för hälso- och sjukvårdsnämnden:

”En god vård med korta köer, hög patientsäkerhet utan vårdskador, effektiva processer med maximalt värde för patienten, en attraktiv arbetsmiljö med goda rekryteringsförutsättningar och en kostnadseffektiv samordning av sjukhusens verksamheter utgör tillsammans förutsättningarna för att klara en ekonomi i balans inom den specialiserade vården. Arbetet med införande av länskliniker inom de tre länsövergripande vårdområdena har påbörjats och utgör ett viktigt steg för att effektivisera processerna inom den specialiserade vården.”

I april 2015 tar landstingsfullmäktige emot en redogörelse för det ekonomiska läget och beslutar att godkänna ett förslag till åtgärder för ekonomi i balans under planperioden 2016-2018. I insatsplanen beskrivs bildandet av länskliniker, som ska skapa förutsättningar för att ledningen och styrningen av specialistvården utvecklas och förbättras och att betydande samordningsvinster kan tillvaratas. Av insatsplanen framgår också att förbättrad samordning och ökat samarbete mellan länsklinikerna innebär fortlöpande verksamhetsförändringar och utbudsförändringar för respektive arbetsställe. Resurser, kompetens och patientflöden ska fördelas utifrån ett läns- och patientperspektiv.

I landstingsplan 2016-2018 omnämns länsklinikerna som ett konkret steg för att uppnå målet om ekonomi i balans över tid: *”För att uppnå målet om en ekonomi i balans över tid ska etablerandet av länskliniker fullfölja samordning och arbetsdelning mellan våra tre sjukhus.*

Intervjupersonerna beskriver att deras arbete de senaste åren har präglats av att landstinget provat flera olika organisationsformer som har införts och avskrivits innan de hunnit implementeras fullt ut. Det framkommer starka önskemål om att få arbetsro och möjlighet att hitta fungerande arbetsformer. Principen med länskliniker uppfattas av de flesta dock som en tämligen logisk följd av den förändringsprocess som pågått.

2.2. Motiv och avsedda resultat i styrdokument

Motiven för införande av länskliniker har varit flera. Av *Strategisk plan för hållbar utveckling* framgår tre huvudsakliga motiv:

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 landstinget 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."

Av *insatsplanen* framgår följande målsättningar:

1. Att genom en *utvecklad samordning och arbetsdelning* inom länet och mellan specialistvårdens tre arbetsställen uppnå en god hushållning av våra medarbetarresurser och optimal kompetensförsörjning.
2. Att genom produktions- och kapacitetsplanering och insatser som länsgemensamma köer skapa en *stabil fördelning av vård- och patientinsatser* mellan och inom våra tre arbetsställen.
3. Att genom nämnda insatserna a) och b) eftersträva en långsiktig hållbar utveckling av vart och ett av de tre arbetsställena.

I landstingets insatsplan sammanställs LVN:s ekonomiska läge i tabellform. Av resultatbudgettabellen framgår att den prognostiserade effektiviseringen/besparingen genom införandet av länskliniker är 20 miljoner kronor 2016 och 40 miljoner kronor vardera under 2017 och 2018.

I insatsplanen redogörs också för landstingets strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnader. Utfall för 2013 ur *öppna jämförelser* visar att vårdkostnaderna per invånare i länet ligger cirka 170 kr/invånare över kostnaderna för riket, vilket innebär totalt cirka 40 miljoner kronor högre kostnader för Västernorrland. Samma summa skiljer även Västernorrland från de övriga skogslänen. Det förekommer därtill skillnader inom länet där kostnaden per producerad DRG-poäng i den slutna specialistvården skiljer sig mellan sjukhusen. DRG-poäng är ett relativt mått på vård- och behandlingskostnaden för en genomsnittspatient i respektive diagnosrelaterad grupp. Variationerna såg under 2013 ut enligt följande:

· Sundsvall	41 390 kr
· Sollefteå	42 296 kr
· Örnsköldsvik	46 417 kr

En ambition med länsklinikerna är ett mer strukturerat resursutnyttjande som minskar skillnaderna och frigör resurser. I insatsplanen anges att 50 procent av skillnaden mellan högsta och lägsta DRG-kostnaden per poäng sammantaget motsvarar 40 miljoner kronor.

2.3. Motivbilder bland de intervjuade cheferna

Vi har i våra intervjuer ställt frågan om vilka motiv och argument för länsklinikernas bildande som de har vetskap om och som de kommunicerar till personalen. Sammantaget var svaren inte så tydliga och flera av de intervjuade fick tänka efter en stund innan de svarade. När de tog sig an jobbet som länsklinikkchef eller enhetschef i den nya organisationen var det inte

tydligt vilka förväntningar som fanns på länsklinikens effekter. De motiv som de intervjuade ger är (det mest frekventa först o.s.v.):

- „ Likvärdig vård i hela länet
- „ Samordning
- „ Ökad tillgänglighet
- „ Minska antalet chefer
- „ Slimma organisationen
- „ Koncentration av verksamheter
- „ Kostnadsreducering
- „ Samutnyttja kompetens
- „ En kö för patienterna

Uppfattningarna om länsklinikernas syfte är alltså ganska varierande och formulerade i allmänna ordalag. Ett ganska tydligt mönster i svaren är att de flesta angav kvalitetsorienterade och processorienterade motiv framför kostnadsreducering. Vetskapen om att kostnaderna behöver minska finns med i medvetandet ändå oberoende av organisationen men länsklinikerna har inte, utifrån intervjuerna, något specifikt sparbetning.

De chefsuppdrag som de nya cheferna fick var ett standarduppdrag som inte specifikt beskrev vad som förväntas av den nya organisationen eller den nya chefsbefattningen. Med andra ord har dessa chefer fått ett ganska öppet uppdrag att fylla med innehåll själva vilket vissa har gillat mer än andra. Alla kliniker har valt att inrikta arbetet mot att likrikta arbetssätt och kultur mellan de olika arbetsställena vilket vi beskriver senare i rapporten. I flera fall har det utvecklats tämligen skilda arbetssätt och organisationskulturer vid de olika arbetsställena.

Vår tolkning är att de flesta sett denna förändring som ganska självklar eller förväntad och därmed inte som någon större överraskning. Några menar att det formella beslutet kom några år för sent och att länsklinikerna borde sätts flera år tidigare.

2.4. Utredningar och riskanalyser

Länsklinikernas införande har inte föregåtts av några systematiska studier eller analyser av liknande förändringsprocesser i andra landsting. Däremot har ett flertal chefer gjort besök i Landstinget Gävleborg för att dra lärdomar av den förändring som ägt rum där. Det har i granskningen inte framkommit att de granskade länsklinikerna gjort studiebesök i andra landsting för att dra lärdomar från liknande förändringsprocesser.

Under hösten 2014 genomförde de dåvarande vårdområdena arbetsmiljöanalyser för att se hur förändringarna i ledningsstrukturen kan påverka arbetsmiljön. I arbetsmiljöanalyserna deltog vårdområdesdirektör, verksamhetschefer och fackliga representanter. Inom vårdområde operation identifierades till exempel följande risker:

- Uppdraget länsverksamhetschef riskerar att innebära en omöjlig arbetsbörda genom stort geografiskt område, stort personalansvar, många interna och externa kontakter och stor ledningsgrupp – både egen och inom förvaltningen. Uppdraget måste formuleras, tydliggöras och preciseras samt implementeras i verksamheten.

- Uppdraget enhetschef riskerar att innebära större ansvar och mindre stöd i det dagliga arbetet när verksamhetschef är på avstånd och delas av fler enhetschefer. Riskerar att vara mindre tillgänglig för egna medarbetare i och med utvidgat uppdrag.
- Beslutsprocessen och mandatet riskerar att bli otydliga, förlängda beslutsvägar genom lång väg mellan olika chefsnivåer och långt mellan möten samt minskad tillgänglighet för läns gemensam verksamhetschef. Med förändrade chefsuppdrag krävs nya ansvarsområden och delegationer som måste gå hand i hand.
- Kompetensrelaterade risker i att läns gemensam verksamhetschef och enhetschef kan behöva en egen stab av stödfunktioner (HR, ekonomi, etc.).
- Längre avstånd och fler möten på distans kräver modern teknik, risk att informationskanaler och informationsflöden blir otydliga, tydlig kommunikationsplan krävs – inte minst under förändringsprocessen för att skapa tydlighet för alla medarbetare vad som kommer hända.
- Risk att mindre enheter i kliniken inte är lika delaktiga, att det blir långt avstånd till närmaste chef för alla som har läns gemensam verksamhetschef som närmaste, att facklig samverkan försämras med ett läns perspektiv och stort geografiskt område för skyddsombuden.
- Risk att arbetsledning och daglig ledning och styrning påverkas negativt av utvidgade chefsansvar och att läns gemensam verksamhetschef inte är placerad på alla orter.
- Risk att etablerade samverkansformer inom sjukhusen riskerar att gå förlorade med en ny ledningsorganisation.

Handlingsplanerna omfattade planerade åtgärder inom respektive riskområde.

2.5. Bedömning

Bedömningen är att beslutsprocessen på politisk nivå varit långdragen och förhållandevis otydlig. Vi kan inte se att det fattats något formellt beslut om att införa länskliniker. Däremot finns länsklinikerna med som en av flera åtgärder för att nå en ekonomi i balans. Det har dessutom funnits en prognos för vilka ekonomiska effekter länsklinikernas införande skulle få under tre år. Intentionen från politisk nivå har också varit att förändringarna skulle genomföras utan att förändringar i utbudet av sjukvård skulle ändras eller dras ner. Så blev ändå fallet och beslutet att lägga ner förlossningen och akutortopedi i Sollefteå samt senare akutkirurgi har fattats parallellt med införandet av länsklinikerna vilket märkbart har påverkat förändringsprocessen och villkoren för de chefer som varit satta att genomföra förändringen.

Utan att ta ställning till om det varit lämpligt eller inte att genomföra dessa beslut samtidigt gör vi bedömningen att hälso- och sjukvårdsnämnden inte bidragit till att skapa stabila förutsättningar för en lyckad förändringsprocess.

Vi konstaterar också att den tydligt formulerade målsättningen som fanns i samband med införandet av länskliniker inte alls finns med som ett framträdande motiv bland de chefer vi intervjuat. Länsklinikerna har inte heller inte följts upp utifrån de målsättningarna. Istället har det varit kvalitetsorienterade och processorienterade målbilder som de nya linjecheferna arbetat efter i förändringsarbetet, något som i sig bör ses som en mer positiv och mer fruktbar målsättning för att driva förändringsarbete.

3. Länsklinikernas nuvarande funktion

3.1. Organisation och ansvarsfördelning

Länsklinikerna har varierande intern organisation och ansvarsfördelning. Inom vissa kliniker är länsklinikchefen chef för läkare och i vissa kliniker finns läkarenhetschefer. Kirurgkliniken är ett exempel på det föregående där klinikchefen är närmaste chef för samtliga 63 läkare. Parallellt finns det sektionsledare där andra läkare har en arbetsledande roll. Operation/IVA är ett exempel på det senare där det finns en enhetschef för läkare på respektive sjukhus enligt principen att alla medarbetare ska ha samma hierarkiska relation till verksamhetschefen oavsett yrkesgruppstillhörighet.

Enhetscheferna har olika stort ansvar för ekonomifrågor. Enheternas storlek varierar både sett till antal medarbetare och till verksamhetens omfattning och komplexitet. Enhetschefs-nivån kan antingen innebära ett chefskap för länsklinikens läkarbemanning eller en mer traditionell chefsfunktion för vårdavdelningar eller mottagningar vid respektive arbetsställe/sjukhus. I vissa avseenden är gränsen mellan de olika klinikerna mer flytande på de mindre sjukhusen. Läkargrupperna kan inte delas upp i för små enheter och bemanning och jourlinjer hanteras i vissa fall över klinikgränserna.

Länsklinikerna har bildat ledningsgrupper och även de varierar i storlek. Oftast ingår samtliga enhetschefer i ledningsgruppen tillsammans med verksamhetsutvecklare och ibland HR-konsult och/eller controller. Ett vanligt mönster är att ledningsgrupperna sammanträder två gånger i månaden, en gång via videolänk och en gång fysiskt.

Mellan klinikerna finns olika former av samverkansorgan efter behov. En operationsstyrelse bestående av länsverksamhetschefer för operation, ortoped, kirurg, kvinnosjukvård, ögon, kardiologi samordnar till exempel övergripande frågor inom operationsområdet. Under sig har operationsstyrelsen bildat ett operationsråd på varje sjukhus som hanterar lokala frågor och rutiner. Men det har uppstått nya samverkansbehov i samband med klinikbildningen vilket beskrivs i avsnitt 3.3.

3.1.1. Stödfunktioner

Parallellt med införandet av länskliniker gjordes en översyn av den administrativa strukturen, det vill säga hur stödfunktionerna för den nya länsorganisationen ska utformas. Under 2013 genomfördes förändringar av HR-organisationen utifrån den dåvarande vårdområdesorganisationen. Några av de intervjuade enhetscheferna uppger att HR-stödet inte är anpassat fullt ut till den nya organisationen med länskliniker.

Ekonomidirektören beskriver att det före förändringen skedde diskussioner med vårdområdescheferna även kring hur controllerstödet skulle se ut.

Flera av de intervjuade enhetscheferna upplever att stödfunktionerna inte räcker till för att kompensera att deras ansvar har blivit mer omfattande. Stödet från HR, löneservice och kommunikation uppges ha blivit mindre tillgängligt. Både geografiska och organisatoriska förändringar nämns som hinder. Stödet från economicontrollers och verksamhetsutvecklare beskrivs som välfungerande.

3.2. Uppnådda effekter

Har avsedda resultat, ifråga om utvecklad samordning och arbetsfördelning inom länet, uppnåtts? Nedan beskrivs de effekter som framkommit i granskningen sorterade utifrån de förväntade effekterna i formella dokument (se 2.1)

3.2.1. Tydligare ledning, styrning och uppföljning

De intervjuade länsklinikcheferna uppfattar själva att deras uppdrag är tydligt idag men att de till stor del själva har format innehållet i sitt uppdrag.

Flertalet av de intervjuade enhetscheferna upplever att det är ett problem i det dagliga arbetet att länsklinikchefen finns på längre avstånd än tidigare, både geografiskt och tidsmässigt. Det senare en naturlig konsekvens av klinikchefernas bredare uppdrag. De saknar bollplank och möjlighet till snabba beslut från överordnad chef. Oro finns för att de ökade kraven på självständighet ska vara ett hinder i rekryteringen av nya och oerfarna enhetschefer. Det finns dock exempel på enhetschefer som tvärtom upplever att deras chefsarbete har blivit bättre avgränsat än tidigare med ett tydligare mandat med mer utrymme för att ta utvecklingsansvaret.

I juni 2016 utvärderade kvinnosjukvården sin handlingsplan från november 2014. I arbetet medverkade fackliga representanter, enhetschefer och läns-gemensam verksamhetschef. I utvärderingen konstateras att det ännu inte finns en tydlig uppdragsbeskrivning för verksamhetschef. Enhetscheferna upplever däremot tydligt uppdrag enligt anställningsavtalet. Det finns stora variationer i hur mycket tid enhetscheferna har till sitt chefsuppdrag och hur omfattande ansvaret är.

Oro för nedskärning eller förflyttning av verksamheter skapar oro i organisationen. Flera intervjupersoner beskriver att det tar mycket energi från enhetschefer och verksamhetschefer att förankra politiska beslut hos medarbetarna. Situationerna kring operations- och förlossningsverksamheten i Sollefteå har varit särskilt svår att hantera, både gentemot medarbetare och gentemot patienter. De interna kommunikationsvägarna brister och flera enhetschefer beskriver att de fått kännedom om politiska beslut som påverkar deras enhet via media. Andra verksamhetsområden lyfter fram att brist på politiska beslut och tydliga strategier skapar frustration, alternativt att nämnden avslagit förändringsförslag som verksamheten upplever skulle effektivisera och innebära besparingar. Det finns en känsla av att de underlag, riskanalyser och strategier som enheterna producerar inte når fram till de förtroendevalda.

3.2.2. Mer effektiva processer som förenar maximalt värde för patienterna med en attraktiv arbetsmiljö

Att skapa effektiv samverkan mellan sjukhusen har skett med olika stor framgång inom de olika länsklinikerna. De enheter som redan tidigare hade nära samverkan och utbyte med andra sjukhus tycks i högre grad uppskatta den nya organisationsformen. För andra har olika organisationskulturer och praxis varit svåra att förena, vilket lett till att det tar mycket tid från det dagliga arbetet att etablera gemensamma rutiner och arbetssätt.

Inom professionerna finns det överlag ett mer utvecklat erfarenhetsutbyte mellan sjukhusen än tidigare. Intervjupersonerna beskriver olika former av läns-gemensamma och tvärprofessionella arbetsgrupper inom klinikerna som har till uppgift att arbeta med

standardisering och processutveckling. Det är i hög grad inom dessa grupper som erfarenhetsutbyte sker och fångas upp. De flesta uppfattar att utbytet har varit ömsesidigt och att varje sjukhus har kunnat bidra med någonting till de övriga.

Inom några av länsklinikerna har det skett omflyttning av verksamhet för att skapa mer effektiva processer och möjlighet att i högre grad specialisera medarbetarnas kompetens. Inom länskliniken för kirurgi har till exempel vissa typer av operationer koncentrerats till ett sjukhus. I vissa fall har förändringarna föranletts av personalbrist, inte av strategiska val kopplade till samordningen av länsklinikerna.

I flera fall finns standardiserade vårdförlopp för cancervården där nationella och regionala direktiv har föranlett förändringar av samverkansformerna oberoende av länsklinikerna. För alla cancerpatienter sker till exempel länsgemensamma multidisciplinära konferenser. Förfarandet har etablerats under det senaste året, och skedde tidigare per ort. Syftet är att skapa lika vård för alla cancerpatienter. Direktivet kommer från regionala cancercentrum.

Även de administrativa processerna har genomgått förändringar. Inom vuxenpsykiatri har antalet möten reducerats efter att de tidigare mötesformernas värdeskapande hade analyserats.

Sjukhusdirektören beskriver i intervjun att det första året för länsklinikernas del i stor utsträckning handlat om att identifiera skillnader mellan de olika sjukhusen och enheterna. Utifrån dessa skillnader pågår nu arbeten med att harmonisera arbetssätt och riktlinjer. Sjukhusen har visat upp tämligen stora skillnader i arbetssätt, medicinska bedömningar och behandlingar, läkemedelshantering och även när det gäller personalförmåner. Sjukhusdirektörens beskrivning stämmer väl med det som framkommit i intervjuer med enhetschefer och klinikchefer.

3.2.3. Kostnadseffektiv och systematisk samordning för ekonomi i balans

Den ekonomiska utvecklingen för respektive länslinik följs upp i månadsrapporterna. Det sker inte någon specifik uppföljning av vilka ekonomiska konsekvenser länsklinikerna som organisatorisk lösning har lett till. Intervjupersonerna är av uppfattningen att de ekonomiska effekterna hittills varit små. Sjukhusdirektören uppger å andra sidan att de länsvisa översynerna av arbetssätt och HR-frågor under 2017 sannolikt kommer att skapa möjligheter till kostnadsreduceringar.

Målstyrningen avseende ekonomi sker på förvaltningsnivå, det finns inga specifika mål för respektive klinik även om alla intervjuade är medvetna om behovet av åtgärder för en ekonomi i balans.

I insatsplanen användes kostnad per producerad DRG-poäng som ett jämförelsetal mellan sjukhusen, med den uttalade ambitionen att jämna ut skillnaderna. Enligt SKL:s öppna jämförelser har kostnaden per producerad DRG-poäng i somatisk slutenvård per sjukhus enligt kostnad per patient utvecklats enligt följande:

	2011	2012	2013	2014
Sundsvalls sjukhus	36 732	38 428	41 390	44 422

Sollefteå sjukhus	39 866	42 384	42 296	47 095
Örnsköldsviks sjukhus	40 542	42 530	46 417	48 062

Den genomsnittliga strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnaden per invånare har ökat i hela landet. Skillnaderna har minskat mellan Västernorrland och genomsnittet.

	2012	2013	2014	2015
Landstinget Västernorrland	21 397	22 440	23 082	23 934
Alla landsting	21 240	22 157	22 919	23 987
Skillnad	+ 147	+ 283	+ 163	- 53

3.3. Identifierade nackdelar med länsklinikerna

Vilka nackdelar med den valda organisationen har identifierats och vilka arrangemang har skapats för att kompensera de nackdelarna? Utgångspunkten för denna frågeställning är att det sällan finns en organisationsform som löser alla problem. Det finns alltid problem eller baksidor med den valda organisationen som måste kompenseras med andra arrangemang.

Den mest påtagliga förändringen som åtminstone initialt är en baksida som bör mötas med kompletterande arrangemang är att den tidigare sjukhusidentiteten nu devis är utbytt mot en klinikidentitet. Den förändringen fanns redan i den tidigare organisationen med vårdområden men har accentuerats i länsklinikorganisationen. Inom medicinkliniken har denna förändring varit tydligast vid Sollefteå sjukhus. Den intervjuade enhetschefen beskriver att de bakjourer som arbetar mot akutmottagningen tidigare arbetade mot en verksamhetschef när det gäller att organisera vårdplatssituationen men idag har tre kliniker att samordna med. Det lilla sjukhusets flexibilitet har därigenom gått förlorad.

Vissa av de intervjuade beskriver det faktum att många klinikchefer kommer från Sundsvall och att det blir en förskjutning mot Sundsvall i ledningshänseende. De flesta är emellertid medvetna om att det blir en logisk följd av att Sundsvall är det största sjukhuset.

En baksida som alldeles tydligt har uppstått är att enhetscheferna i de allra flesta fall har fått ett bredare uppdrag samtidigt som det blivit svårare att samspela med en klinikchef som är på längre avstånd. De intervjuade enhetscheferna beskriver visserligen att deras chefer anstränger sig för att vara tillgängliga men att det inte alltid räcker. Det bredare uppdraget behöver inte per automatik vara en försämring men det är det just nu innan former för att anpassa situationen hunnit etableras. Många beslut som enhetscheferna tidigare tagit i samråd med klinikcheferna får de nu ta själva. En annan faktor som gör att enhetschefsjobbet upplevs som mer betungande än tidigare är att HR-stödets organisering och kapacitetsplanering inte matchar enhetschefernas behov. Cheferna har förståelse för att HR-konsulterna (närstöden) också har fått ett större uppdrag och därmed inte hinner med på det sätt som vore önskvärt.

Även klinikcheferna har fått ett bredare uppdrag men uttrycker inte samma frustration över det som enhetscheferna. De uppger också att deras chef, förvaltningschefen, i hög grad gör sig tillgänglig utifrån de förutsättningar som råder.

Stora ledningsgrupper och att ledningsgruppernas ansvar inte längre är fokuserat på den dagliga driften beskrivs som en påtaglig förändring. Huruvida det är en baksida eller ej kan inte bedömas i denna granskning men sannolikt spelar även detta in i enhetschefernas upplevelse av att deras uppdrag blivit mer betungande.

Att mer tid försvinner till resor beskrivs också som en påtaglig nackdel. Ledningsgrupperna försöker hålla vartannat möte över videolänk för att minska restiderna. Samtidigt medverkar många medarbetare utöver ledningsgrupp även i andra former av arbetsgrupper, utbildningar, etc. som medför fysiska möten på annan ort.

Bland de intervjuade förekommer även synpunkter på att fler beslut som påverkar den vardagliga driften fattas högre upp i organisationen vilket gör att transparensen i beslutsprocesserna delvis blir sämre. Beslutsvägarna uppges också i flera fall vara längre och långsammare. Men här skiljer det sig mellan olika kliniker och vår bedömning är att dessa skillnader i uppfattning beror på hur klinikcheferna arbetar med att förankra besluten. Inom några kliniker är det långt kvar innan personalen känner en gemensam tillhörighet varför klinikcheferna känner sig nödgade att noga förankra besluten. Det finns även exempel på klinikchefer som snabbare sätter ner foten i mindre beslut just för att undvika långdragna processer. "Vi kan helt enkelt inte arbeta på samma sätt som tidigare med de mindre frågorna". Det sättet att leda har inte genererat någon kritik från enhetschefer i den aktuella kliniken, tvärtom upplevs det som smidigare.

3.4. Länsövergripande produktions- och kapacitetsutveckling

Ett av motiven bakom införandet av länskliniker är att genom produktions- och kapacitetsplanering skapa en stabil fördelning av vård- och patientinsatser mellan sjukhusen. I korthet kan produktions- och kapacitetsplanering beskrivas som fyra grundläggande komponenter.



Under 2012-2013 initierade landstingets ledningsgrupp projektet *Förbättrad ekonomistyrning* för att stärka ekonomiprocessens styreffekt. Projektet mynnade bland annat ut i utvecklingen av det webbaserade resursplaneringsverktyget VERA ("verksamhet, ekonomi, resurs, analys"). Verktyget började implementeras under 2014 och har två huvudsakliga funktioner:

- Att i realtid kunna följa kostnader för olika typer av bemanning (t.ex vikarier)
- Att användas som produktions och kapacitetsplaneringsverktyg

Vid intervjuer framkommer att VERA är ett uppskattat stöd för enhetscheferna när det gäller kostnadsuppföljning. När det gäller produktions- och kapacitetsplanering har länsklinikerna kommit olika långt i implementeringsprocessen. Variationer förekommer även mellan olika enheter inom samma klinik. Merparten av de intervjuade enhetscheferna beskriver att de använder det för bemanning och kostnadsuppföljning men bara ett fåtal använder det för sin produktionsplanering. Enstaka enheter har på grund av sjukskrivning eller andra omständigheter inte kommit igång alls.

Samordning mellan klinikerna är bara delvis igång. Operation har gått in i Vera med kapacitetsplanering men verksamheterna har ännu inte svarat med behoven. Ambitioner finns att komma igång med samordnad planering under 2017. När det gäller operationsverksamheten är VERA beroende av operationsplaneringssystemet ORBIT 5 och det råder bland de intervjuade cheferna olika åsikter om huruvida ORBIT 5 är anpassat för att använda det som underlag för produktions- och kapacitetsplanering i VERA.

Intervjupersonerna ger en samstämmig bild av att den mest bristande förutsättningen avseende produktions- och kapacitetsplanering inte är verktyg och metoder utan personalsituation och till viss del lokalbrist. I synnerhet tycks det råda brist på personal med följden att befintlig personal inte har tid att ägna sig åt planering och översyn av patientlistor i den grad som skulle behövas för att uppnå en effektiv kapacitetsplanering.

Sjukhusdirektören är medveten om att det är långt kvar till dess att produktions- och kapacitetsplaneringsmetoderna är etablerade inom alla länskliniker men menar att de allra flesta chefernas tid har slukats av arbetet med att identifiera skillnader mellan sjukhusen, skapa fungerande lednings- och utvecklingsprocesser och inte minst hantera de kommunikationsprocesser och den frustration som uppstått i samband med besluten om utbudsförändringar mellan sjukhusen. Det är inte desto mindre viktigt enligt sjukhusdirektören varför arbetet kommer att intensifieras framöver.

4. Förändringsprocessen

Beslutet att införa länskliniker togs utan att det bildades en projektorganisation. Chefer rekryterades inför starten 1 september 2015 och den nuvarande sjukhusdirektören tillträdde sin tjänst ca 2,5 månader efter starten. I stort sett hade inga andra förberedelser gjorts vilket innebär att det sedan starten har varit den nya organisationens linjechefer på olika nivåer som drivit förändringarna utifrån det öppna uppdrag som länsklinikerna hade fått.

Som tidigare beskrivits ser de flesta av de intervjuade länsklinikerna som ett förväntat och logiskt steg i den förändring som pågått under ett antal år. Några av de intervjuade cheferna beskriver att de varit delaktiga i diskussionerna om länsklinikidén och att de medverkat i ett flertal forum där detta har diskuterats. Andra chefer är nya som chefer och har inte varit delaktiga i förberedelserna. Det gäller även sjukhusdirektören som rekryterades från ett annat landsting då länsklinikerna infördes i september 2015.

Förändringsprocessen har varit olika omfattande för olika verksamheter. Infektionskliniken har till exempel under flera års tid varit koncentrerad till Sundsvalls sjukhus, med viss konsultation och behandling på övriga sjukhus, vilket medfört att övergången till att bli länslinik varit mycket liten ur ett styrningsperspektiv. För medicinkliniken har förändringen varit desto mer påtaglig eftersom det finns betydande verksamheter vid alla tre sjukhus och därtill förändrade ansvarsförhållanden kring sjukhusets vårdplatser.

Både sjukhusdirektören och ekonomidirektören beskriver att när länsklinikerna startade 2015 var det inte mycket förberett när det gäller kommunikation och infrastruktur. Det har inneburit att mycket arbete har fått läggas ner det första året på att ställa om ekonomi- och HR-system så att de stämmer överens med den ansvarsstruktur och de roller som den nya organisationen innebär. Detta har påverkat personaladministrationen, löneprocessen och ekonomiuppföljningen. Även journalsystemet och gränsdragningarna för de läkare som ska signera har påverkats och påverkas delvis ännu av att systemen inte är helt omställda.

4.1. Uppföljning

Varje månad följer regionledningsgruppen, där förvaltningschefen för Specialistvården deltar, ledning/styrning, ekonomi och utvecklingen av hyrläkarberoendet. Även om inte länsklinikernas utveckling följs specifikt finns det möjlighet att under rubriken styrning/ledning ta upp frågor kring klinikernas utveckling. Därutöver finns Specialistvårdens ledningsgrupp som forum för att hantera frågor kring organisationsförändringarna.

Sjukhusdirektören är med på hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträden tillsammans med chefscontroller och rapporterar fortlöpande varje månad. Lägesrapport avseende strukturförändringar för att uppnå en ekonomi i balans är återkommande ärenden. Specifika frågor som exempelvis lägesrapport avseende läns gemensamma köer förekommer vid enstaka tillfällen. Rapporterna sker muntligen, med undantag för den månatliga resultatuppföljningen som biläggs protokollen. Ekonomidirektören deltar i sammanträden med finansutskottet och i regionstyrelsen.

Som vi beskrev tidigare i avsnitt 2.1 fick nämnden en inledande lägesrapport över förändringsarbetet i december 2014 i form av rapporten *Strategi för hållbar utveckling*. På politisk nivå har hälso- och sjukvårdsnämnden därefter följt utvecklingen av länsklinikerna genom delårsrapporter och verksamhetsberättelser för processen beskrivs på övergripande nivå. I augusti 2016 beslutade nämnden i samband med resultatuppföljning att delårsrapporterna framöver ska innehålla en specificerad rapport över vilka länsverksamheter som inte håller budget samt en analys av orsaker av väsentlig karaktär.

Under 2016 har nämnden regelbundet besökts av länsklinikkchefer som vid olika sammanträden har presenterat sina respektive verksamheter. Nämnden har också fått muntliga presentationer av betydande strukturella förändringarna inom verksamheterna, till exempel operationsverksamheten och ortopedin i januari och förlossningsvården i juni. Nämnden har därtill en tvåårig tidsplan för att genomföra studiebesök på länsklinikerna med start i november 2015. Ambitionen är att varje klinik ska besökas av 3-4 nämndsledamöter vilket innebär att varje ledamot och ersättare förväntas besöka 3-5 kliniker.

Landstingsstyrelsen har via hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsberättelse för 2015 informerats om att arbetet med bildandet av länsverksamheter är klart. I verksamhetsberättelsen framgår att utformning av gemensamma riktlinjer och rutiner fortsätter.

4.1. Bedömning

Utifrån den erfarenhet som kan anses vara vedertagen kunskap kring förändringsprocesser bedömer vi det faktum att denna förändring har drivits helt av de linjechefer som blivit tillsatta som ändamålsenligt. Förändringar och utvecklingsarbete som drivs av resurser vid sidan av linjen har erfarenhetsmässigt inte visat sig vara framgångsrika på längre sikt. Det betyder

inte att dessa chefer inte behöver förändringsstöd i olika former. Landstinget etablerade ingen projektorganisation med stödjande funktioner och heller ingen uppföljning och tidsmål för etableringen av länsklinikerna. Vi bedömer detta som en brist i nämndens styrning och uppföljning av denna tämligen genomgripande organisationsförändring.

Vi noterar dock att nämnden har hållit sig välinformerad om länsklinikernas utveckling via frekventa informationsinslag vid nämndens sammanträden.

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. Detta trots att det förflyter i det närmaste två år mellan det att landstingsdirektören 2013 får uppdrag av nämnden att påskynda införandet av länsklinikerna till starten 1 september 2015. Bedömningen innebär inte att länsklinikchefernas arbete borde ha detaljstyrts utan att det borde ha funnits en tydligare målbild som kunde följas upp. Som exempel kan nämnas att den ledningsgruppsutbildning som nu planeras hade varit en naturlig komponent i förberedelserna inför starten.

5. Svar på revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om det pågående förändringsarbetet bedrivs på ett ändamålsenligt sätt. I granskningen ingår även att klargöra om det finns en tydlig styrning/ledning för översynen och genomförandet av förändringar.

I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

Fråga	Svar
Är ansvarsfördelningen (politisk nivå, tjänstemannanivå) för genomförandet av den nya sjukhusorganisationen tydlig?	Ja. Behöriga politiska beslut har tagits om att inleda genomförandet av förändringen. Tjänstemannaledningen har beslutat om indelning och tidplan för genomförandet. Ansvaret har därefter lagts på varje länsverksamhetschef att implementera den nya organisationen och forma de riktlinjer och rutiner som krävs.

<p><i>Har avsedda resultat, ifråga om utvecklad samordning och arbetsfördelning inom länet, uppnåtts?</i></p>	<p>Delvis.</p> <p>Frågan kan inte besvaras enkelt eftersom det inte funnits operativa eller mätbara mål för länsklinikerna.</p> <p>Granskningen visar att skillnaderna mellan olika länsverksamheter är stora, i hög grad beroende på varierande utgångsläge vid införandet av den nya organisationen. Under 2016 har klinikernas arbete handlat om att identifiera och kartlägga de olika arbetsställes arbetssätt och styrkultur. I flera fall har verksamhetsspecifika riktlinjer gjorts gemensamma för hela länet</p>
<p><i>Finns tillräckliga organisatoriska och administrativa förutsättningar för en samordnad produktions- och kapacitetsplanering?</i></p>	<p>Ja, organisatoriska och administrativa förutsättningar finns men länsklinikerna har kommit olika långt i implementeringsprocessen. Cheferna har i hög grad fokuserat på att skapa fungerande lednings- och utvecklingsprocesser samt hantera kommunikation i anslutning till den nya organisationen. Intensifiering av arbetet uppges ske under 2017.</p> <p>Vi bedömer att de flesta ser IT-stödet VERA som ett fungerande verktyg för att implementera produktions- och kapacitetsstyrning.</p>
<p><i>Är länsklinikkhefernas uppdrag samt ansvar och befogenheter tydliga?</i></p>	<p>Länsklinikkheferna har möjlighet att själva forma sin organisation vilket har lett till att deras ansvar varierar. Chefsuppdragen är standardmässiga och inte specifikt utformade för vad som förväntas av länsklinikerna.</p>
<p><i>I vilken mån har lärdomar från andra landstingsliknande organisationsförändringar legat till grund för implementeringen?</i></p>	<p>Länsklinikkernas införande har inte föregåtts av några systematiska studier eller analyser av liknande förändringsprocesser i andra landsting. Däremot har ett flertal chefer gjort besök i Landstinget Gävleborg för att dra lärdomar av den förändring som ägt rum där. Det har i granskningen inte framkommit att de granskade länsklinikkerna gjort studiebesök i andra landsting för att dra lärdomar från liknande förändringsprocesser.</p>

Vilka nackdelar med den valda organisationen har identifierats och vilka arrangemang har skapats för att kompensera de nackdelarna?

Länsklinikerna innebär att nya organisatoriska gränser uppstår vid sjukhusen som i vissa fall kan försvåra samordningsmöjligheterna vid respektive sjukhus. Ett exempel som framkommit i granskningen är Sollefteå sjukhus där koordineringen av vårdplatser blivit krångligare med de nya klinikgränserna. Sannolikt behöver den typen av processer ses över för att utnyttja samordningsfördelarna mellan olika kliniker vid sjukhusen.

Vissa av de intervjuade beskriver det faktum att många klinikchefer kommer från Sundsvall och att det blir en förskjutning mot Sundsvall i ledningshänseende. Ett stort fokus under 2015 och 2016 har varit att skapa forum och rutiner för samverkan mellan sjukhusen, standardiserade arbetsformer och gemensamma riktlinjer.

En annan nackdel är att enhetscheferna i många fall har fått ett bredare uppdrag samtidigt som det blivit svårare att samspeja med både klinikchef och stödfunktioner på längre avstånd. Regelbunden kontakt över telefon och videolänk är en strategi som underlättar men inte upplevs fullt tillfredsställande.

En nackdel är att avsevärt mer tid läggs på resor. Ledningsgrupperna försöker hålla vartannat möte över videolänk för att minska restiderna. Samtidigt tillkommer många andra fysiska möten på annan ort för både medarbetare och chefer i arbetet med att samordna verksamheterna.

Bland de intervjuade förekommer synpunkter på att fler beslut som påverkar den vardagliga driften fattas högre upp i organisationen vilket gör att beslutsvägarna blir längre, långsammare och mindre transparenta. Skillnaderna är dock stora mellan olika kliniker och vår bedömning är att de beror på att klinikcheferna arbetar på olika sätt med att förankra besluten.

Hur har den förväntade nyttan av förändringen beskrivits under processens gång?

Både hälso- och sjukvårdsnämndens *Strategi för hållbar utveckling* och landstingsfullmäktiges planerade åtgärder för ekonomi i balans (den så kallade insatsplanen) anger förväntade nyttor och målsättningar med införandet av länskliniker. Både ekonomiska motiv och ökad kvalitet förekommer ur olika perspektiv. Det finns inga mätbara mål med förändringen, med undantag för att fullmäktiges åtgärdsplan omfattar prognostiserad besparing. De nyttor som ligger närmast till hands när intervjuade verksamhetschefer och enhetschefer beskriver syftet med förändringen är i hög grad orienterade mot kvalitet och i liten grad på kostnadseffektivitet.

<p><i>På vilket sätt har delaktighetsaspekterna hanterats under förändringsprocessen?</i></p>	<p>De fackliga organisationerna har varit delaktiga i att tillsammans med verksamhetschefer göra riskanalyser och handlingsplaner inför förändringsprocessen samt att utvärdera dem efter förändringen.</p> <p>Några av de intervjuade cheferna som arbetat länge i organisationen beskriver att de varit delaktiga i diskussionerna om länsklinikidén och att de medverkat i ett flertal forum där detta har diskuterats.</p> <p>Respektive länsklinikkchef och enhetschef har stått inför utmaningen att göra sina respektive medarbetare delaktiga i processen. I vissa verksamheter har det varit en stor utmaning, i synnerhet i de enheter som stått inför nedskärning eller omflyttning.</p>
<p><i>Hur transparent har förändringsprocessen varit avseende vem som fattat beslut och när beslut har fattats?</i></p>	<p>Beslutet att införa länskliniker har varit väntat men det är oklart när det formella beslutet fattades på politisk nivå. Otydligheten har främst varit, och är, kring andra frågor av struktur och utbudskaraktär.</p> <p>Det finns en osäkerhet i organisationen kring hur långsiktig satsningen på länskliniker är och om det kommer andra politiska beslut som påverkar organisationen.</p> <p>Inom länsklinikerna råder det i vissa fall en viss otydlighet kring vem som fattar vilket beslut.</p>

5.1. Sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte

Den övergripande bedömningen är att beslutsprocessen som lett fram till att införa länsövergripande verksamhetsområden har varit tydlig. Dokumenterat politiskt beslut har tagits om att ge landstingsdirektören uppdraget att införa länskliniker. Indelning och tid för införandet har beslutats på tjänstemannanivå och lösningen med länsövergripande kliniker var väntad av de flesta vi intervjuat. Argument för och förväntade effekter har beskrivits i samband med införandet men dessa förväntade effekter formulerades i övergripande och svåråterkomliga termer och har inte varit kända av de chefer som tillsatts i den nya organisationen.

Trots att organisationsformen länsklinik varit relativt tydlig och förväntad sedan 2013 var organisationen inte förberedd när starten skedde den 1 september 2015. Det har därför tagit tid att etablera ekonomi- och HR-system under 2016 parallellt med stor politisk osäkerhet kring vilka strukturförändringar som skulle komma att påverka organisationen.

En ytterligare slutsats är att den fortsatta förändringsprocessen under 2016 varit ostyrd både på politisk och tjänstemannanivå. Det har inte funnits några stödresurser för förändringsarbetet utan respektive verksamhetsområde har via cheferna format innehållet i förändringen. Vi bedömer inte det öppna uppdraget i sig som olämpligt, däremot är vår bedömning att det hade behövts, och behövs, förändringsstöd för respektive klinik, gemensamma principer och erfarenhetsutbyte. Så som förändringen genomförts kommer det

att vara svårt att mäta effekterna men inte desto mindre viktigt att så sker. Vi bedömer det slutligen som viktigt att den politiska styrningen av hälso- och sjukvårdsnämnden tar sitt verkställande ansvar och skapar stabila och långsiktiga villkor för de chefer som åtagit sig uppdraget att forma den nya organisationen. Dessa chefers villkor har hittills i för hög grad präglats av osäkerhet kring eventuellt kommande politiska beslut och denna osäkerhet försämrar deras möjligheter att skapa tillitsfulla relationer med medarbetare.

Utifrån granskningens resultat ger vi följande rekommendationer till hälso- och sjukvårdsnämnden.

- Tillse att den nya organisationen följs upp vad beträffar interna effekter och effekter för patienterna. Vi vill betona att denna uppföljning bör vara processuell och lärande och inte dömande. Det är centralt att förändringsprocessen ges tid att skapa resultat och att förbättringsmöjligheter identifieras fortlöpande med en god kunskapsspridning mellan verksamhetsområdena.
- Tillse att åtgärder vidtas för att säkerställa att enhetschefer får goda förutsättningar att klara rollen i den nya strukturen. Bland annat bör HR-stödet analyseras för att matcha den nya organisationens behov.
- Tillse att en handlingsplan upprättas för implementering av produktions- och kapacitetsplanering med hjälp av verktyget VERA. Det är av flera skäl lämpligt att göra det i samband med att länsklinikerna formas.
- Säkerställ att uppkomna nackdelar med organisationen identifieras och att dessa nackdelar åtgärdas med kompletterande arrangemang. Exempelvis finns det flera samordningsfrågor inom respektive sjukhus som behöver sådana stödjande strukturer.

Stockholm den 7 februari 2017

Nina Höberg

Anders Hellqvist



Building a better
working world

Bilaga 1: Intervjuförteckning

Regiondirektör

Sjukhusdirektör

Ekonomidirektör

Verksamhetschefer:

- „ Kirurgi, urologi, öron-, näsa och hals
- „ Kvinnosjukvård
- „ Medicin
- „ Hud/lung/infektion
- „ Operation
- „ Vuxenpsykiatri

Enhetschefer Sollefteå:

- „ Vuxenpsykiatri och medicin

Enhetschefer Sundsvall:

- „ Vuxenpsykiatri, operation, infektion, kirurgi och kvinnokliniken

Enhetschefer Örnsköldsvik:

- „ Operation, medicin, kirurgi och kvinnokliniken