

**Sjukvårdsförvaltningarnas förmåga att  
klara sina mål  
Granskning av divisionen Labmedicin inom  
Medicinsk service**

---

*Januari 2016*

*Dag Boman*

*Lars-Bertil Arvidsson*

*Pia Lidwall*

*Catharina Barkman*

*Mari Månsson*

*Göran Stenberg*

## **Innehåll**

<b>1</b>	<b>SAMMANFATTNING</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>GRANSKNINGENS BAKGRUND, SYFTE OCH GENOMFÖRANDE</b>	<b>7</b>
2.1	BAKGRUND OCH UPPDRAG	7
2.2	UPPDRAGETS GENOMFÖRANDE	7
<b>3</b>	<b>REGION SKÅNES STYRNING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN</b>	<b>8</b>
3.1	REGIONEN SKÅNES MÅL FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	8
3.2	UPPDRAG OCH UPPFÖLJNING	8
3.3	MEDICINSK SERVICE UPPDRAG	9
<b>4</b>	<b>ARBETET MED MÅL VID MEDICINSK SERVICE</b>	<b>9</b>
4.1	ORGANISATION OCH LEDNING	9
4.2	UPPDRAG, STYRNING OCH ÅTGÄRDER	10
4.3	KVALITETSARBETE OCH PATIENTFOKUSERAD VÅRD	12
4.4	EFFEKTIV VÅRD	16
4.5	FÖRVALTNINGENS SAMSPEL INOM REGION SKÅNE	20
<b>5</b>	<b>SLUTSATSER OCH BEDÖMNINGAR</b>	<b>22</b>
5.1	BEDÖMNING REVISIONSFRÅGA 1-12	22
5.2	ÖVERGRIPANDE REVISIONSFRÅGA – MEDICINSK SERVICE	24
5.3	FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN – MEDICINSK SERVICE	26
	<b>BILAGA 1 – INTERVJUADE PERSONER</b>	<b>27</b>
	<b>BILAGA 2 – KVALITETSINDIKATORER SOM ÄR MÅLSATTA</b>	<b>28</b>

## 1 Sammanfattning

### *Uppdrag och genomförande*

Denna uppföljande granskning omfattar Medicinsk service med avgränsning till division Labmedicin med fokus på förvaltningens förmåga att klara sina mål. Den period som granskas är 2014 till och med andra tertialet 2015. Rapporten är ett led i den granskning som revisionen i Region Skåne låter göra av sjukvårdsförvaltningarna och som nu för Medicinsk service omfattar åren 2013 - 2015. Granskningen har utförts av Capire Consulting AB under perioden augusti till december 2015.

Granskningen ska visa hur fullmäktiges mål har uppfyllts, vilka effekter som en ny förvaltningsorganisation har haft samt vilka åtgärder som vidtagits och vilka effekter de haft utifrån föregående granskning. *Den övergripande revisionsfrågan är om förvaltningarnas verksamheter planeras, organiseras och styrs på ett sätt som sätter patienten i centrum samt är ändamålsenliga och optimala ur patientsäkerhets-, effektivitets- och ekonomiskt perspektiv.*

### *Resultat övergripande revisionsfråga*

Förvaltningen Medicinsk service bildades 2013. Inom förvaltningen finns två divisioner: division Labmedicin och division IT/MT. Endast Labmedicin ingår i denna granskning.

Förvaltningen har vad avser Labmedicin uppnått uppsatta ekonomimål och genomfört beslutade rationaliseringar. Den berörda divisionen har en ökande produktivitet med ökande produktionen ökar kontinuerligt både till följd av fler beställningar och fler vårdgivare. Efter särskild satsning från ledningens sida har Labmedicin avsevärt förbättrat sitt resultat vad gäller målet ”*följsamhet till hygien- och klädregler*” och ligger strax under målnivån. Labmedicin har inte följsamhet till målet för svarstider för patologisk provtagning inom flera cancerprocesser. Detta beror på en allmän patologbrist som Skåne delar med övriga landet. Labmedicin genomför, bland annat ett omfattande program för specialistutbildningar (ST) för läkare, för att hantera denna problematik.

Verksamheterna finansieras i huvudsak med ersättningar via interndebitering utifrån av koncernledningen fastställda prislistor. I en icke konkurrensutsatt verksamhet, som laboratoriemedicin, är det svårt att bedöma huruvida verksamheterna bedrivs kostnadseffektivt och med bästa möjliga kvalitet. Det skulle vara en fördel om Labmedicin mer regelbundet lät jämföra sig (benchmarking) med andra liknande verksamheter och öppet redovisa resultaten för sina kunder.

### *Medborgar- och patientperspektiv*

Medicinsk service har en begränsad direktkontakt med patienterna. Utökade öppettider tillhandahålls för både patienter och hälso- och sjukvårdspersonal. Förvaltningens arbete med att korta svarstider och samtidigt bibehålla kvaliteten bidrar med värde för patienterna.

Förvaltningen har ett starkt fokus på patientsäkerhetsarbetet bland annat genom ackreditering av all verksamhet och apparatur. Standardisering och systematisering av tjänsterna pågår och har ökat för att klara mål och uppdrag med rådande personalsituation.

### *Bedömning i sammanfattning*

I granskningen har det framgått att förvaltningen som helhet tillämpar ett systematiskt arbetssätt för att nå de uppsatta målen och tillgodose avnämarnas behov. Insatserna består av ständig processförbättring, koncentration av insatser till lämpliga enheter samt användning av ny teknologi och investeringar i utrustning för automation. Insatserna har utvecklats ytterligare sedan föregående granskning för ett år sedan.

Vår bedömning är att Medicinsk service i den del som omfattar laboratorieverksamheten i huvudsak arbetar ändamålsenligt och optimalt ur patientsäkerhets-, effektivitets- och ekonomiskt perspektiv.

### Resultat specifika frågor

Granskningen av de specifika revisionsfrågor som ställts har föranlett nedanstående slutsatser och bedömningar.

#### 1. På vilket sätt arbetar Medicinsk service med att ge en patientfokuserad vård med kvalitet och säkerhet och hur upplevs detta av patienterna?

Labmedicin har en begränsad direktkontakt med patienter. En central faktor både för patienten och för de vårdgivare som Labmedicin servar är säkra och snabba leveranser av provsvar. Kvalitet handlar om att processerna är standardiserade, medarbetarna engagerade och motiverade samt att ledningssystemen är effektiva. Medicinsk service bidrar även till utbildning, kvalitetskontroller och support till vården. Sedan föregående granskning har Labmedicin gjort en kraftsamling för att implementera de basala hygien- och klädreglerna vilket lett till en tydlig förbättring.

Vår bedömning är att Labmedicin, precis som i tidigare granskning, har ett starkt fokus på patientsäkerhetsarbetet bland annat genom ackreditering av all verksamhet och apparatur samt utbildning till personal. Vår bedömning är att det finns ett fokus på att utveckla patientfokuserad vård genom arbete att korta svarstider och deltagande i utvecklingen av patientprocesser.

#### 2. På vilket sätt arbetar Medicinsk service med att få en effektiv vård som ger värde för respektive patient?

Labmedicin har två nyckelfrågor för en god effektivitet. Den ena handlar om svarstider och förmåga att leverera svar när vården behöver dem. Den andra handlar om förmågan att hålla kostnaderna nere för provsvaren. Labmedicin når i allmänhet de mål för svarstider som formulerats i samverkan med de kliniska verksamheterna. Undantag är vissa delar av patologin som påverkas av betydande personalbrist. Genom koncentration av verksamheter, investeringar i ny teknik och utnyttjande av automation har Labmedicin uppvisat produktivetsförbättringar under flera års tid som medverkar till att hålla priserna nere.

Vår bedömning är att förvaltningen i all huvudsak arbetar ändamålsenligt för att uppnå en hög effektivitet som genererar värde för patienten. Systematisk förbättring av verksamhet och processer är en del i detta arbete. Det gäller även bristerna i svarstider inom patologin som adresseras med omfattande satsningar på kompetensförsörjning. Ökad flexibilitet erbjuds genom att vissa provsvar även kan levereras under helger. Fortsatt automatisering och införande av elektroniska remisser är centrala utvecklingsfrågor för Labmedicin.

#### 3. Hur har organisationsförändringen påverkat medborgaren/patienten?

Medicinsk service arbetar med flera olika projekt för att stärka patientprocesser, underlätta tillgängligheten och skapa en mer patientfokuserad vård. Förvaltningen arbetar med att införa exempelvis ”labombud” i den kliniska verksamheten för att enklare föra en dialog och löpande informera om senaste kunskapsläget och förändringar. Det är centralt att Medicinsk service görs än mera delaktiga i vårdprogramdiskussioner inom Regionen som en del i labdivisionens patientfokusering.

Labmedicin Skåne bildades 2009 genom att verksamheter som tidigare ingått i tio skånska sjukhus överfördes till en *regiongemensam förvaltning*. Eftersom denna förändring genomfördes långt före Skånevård 2.0 är vår bedömning att den nya förvaltningsorganisationen i sig inte har någon direkt påverkan på medborgare/patient.

#### 4. Vilka lokala styrdokument/handlingsplaner finns för att styra mot uppsatta mål för verksamhet och ekonomi och hur används dessa för att tillse att tilldelat uppdrag uppfylls?

Medicinsk service är i huvudsak intäktsfinansierad men med vissa kompletterande anslag för bland annat forskning. Det viktigaste styrinstrumentet gentemot förvaltningen är det av koncernledningen fastställda internprislistan för förvaltningens tjänster.

Förvaltningen arbetar efter det balanserade styrkortet med mål, aktiviteter och målrelaterad ersättning som kommunicerats från förvaltningschef via ledningsgrupp till verksamhetschefer och arbetsplatsträffar (APT). Medicinsk service nådde under 2014 sina mål gällande målrelaterad ersättning och för 2015 formulerades ytterligare tio nya mål.

Vår bedömning är att styrinstrumenten med internprissättning och balanserat styrkort är väletablerat inom division Labmedicin och dess verksamheter samt att kommunikationen av mål är tydlig och transparent ner på individnivå.

*5. Finns det skillnader mellan olika verksamheter inom förvaltningen när det gäller måluppfyllelse och vad beror i så fall dessa på?*

Det tillämpas en enhetlig styrmodell inom Labmedicins sex verksamhetsområden. Under 2015 har det med tydligt resultat skett en satsning på ledarskap i förvaltningen som bland annat inbegriper fyra nya verksamhetschefer.

Verksamheterna är av olika karaktär där det gemensamma är diagnostisk service till sjukvården samt forskning. Skillnader finns i förväntade svarstider till beställarna och måluppfyllelse av dessa. Överlag är beställarna nöjda med svarstiderna och kvaliteten i analysvaren förutom inom patologi där svarstiderna fortfarande är för långa även om förbättringar syns det senaste året.

*6. Hur sker information och återkoppling inom förvaltningen beträffande måluppfyllelsen?*

Arbetet med att utveckla Labmedicins balanserade styrkort till att omfatta *hela* förvaltningen har skapat en struktur för tydligare fokus på dialog och återkoppling kring målarbetet. Verksamheterna har dock kommit olika långt i arbetet. Mål och måluppfyllelsen diskuteras och kommuniceras bland annat under arbetsplatsträffar samt ned på individnivå under fyra uppföljningssamtal per år. Det centrala målet inom förvaltningen anses vara *rätt svar i rätt tid* vilket som mål är föremål för kontinuerliga dialoger inom alla nivåer.

Vår bedömning är att organisationen och stabsfunktionerna i större utsträckning hittat sina roller jämfört med föregående granskning. Förvaltningsledningens arbete med det balanserade styrkortet och fokusering på dialog och uppföljning gällande mål är fortsatt framgångsrikt. Det krävs fortsatt engagemang och dialog för att upprätthålla medarbetarnas intresse och kunskap kring målarbetet.

*7. Hur sker information och återkoppling till respektive sjukvårdsnämnd beträffande måluppfyllelse och hur agerar nämnden vid bristande måluppfyllelse?*

Medicinsk service sorterar direkt under HSN. Medicinsk service är jämte övriga förvaltningar föremål för månadsvis uppföljning och dialog. Huvudfokus ligger på ekonomi och produktion nedbrutet på de beställande förvaltningarna.

Vår bedömning är att Medicinsk service i all huvudsak har levt upp till ställda mål och krav varför det inte varit aktuellt med särskilda krav på insatser på Medicinsk service från HSN:s sida. Den fråga som tilldrar sig mest fokus är svarstider inom cancerprocesserna.

*8. Vilka åtgärder vidtas lokalt vid bristande måluppfyllelse?*

Labmedicin har under såväl 2014 som 2015, enligt prognoserna, uppnått ställda krav på kostnadsanpassning och effektiviseringskrav på 10 Mkr. Prognosen för året är att budgeten följs vilket innebär att verksamheterna följer sina åtgärdsprogram. I föregående granskning noterades förvaltningens svaga tillämpning av vårdhygienregelverket. Förvaltningen har sedan dess fokuserat på att förbättra målen gällande basala hygien- och klädrutiner vilket medfört att målnivån har stigit från 69 procent till över 84 procent.

Vår bedömning är att Medicinsk service tillämpar relevanta rutiner för att hantera risker för avvikelser från målen. Målavvikelserna inom Labmedicin som främst rör svarstider inom cancerprocesserna hanteras genom ett långsiktigt arbete kring kompetensförsörjningsstrategin.

*9. Vad gör region- och koncernledningen för att påverka tidigare konstaterade brister?*

Brister som uppmärksammats i tidigare granskningar har varit avsaknad av arenor för dialog mellan förvaltningarna och HSN som utarbetat och fastställt mål och att koncernledningens uppföljning varit snävt inriktad framförallt på ekonomi. Regionens nya reglemente ger nu HSN det samlade ansvaret för hälso- och sjukvården. Koncernledningens dialoger med förvaltningarna har under innevarande år breddats att omfatta fler kvalitetsfaktorer. En för Medicinsk service central dialog som även inkluderar kundförvaltningarna gäller prisnivåer och principer för prissättning och finansiering.

Vår bedömning är att tidigare konstaterade brister i dialogen mellan koncernledning och förvaltningar är på väg att åtgärdas.

*10. Hur sker information och återkoppling till region- och koncernledning beträffande måluppfyllelsen?*

Dialogen med region- och koncernledningen sker främst genom förvaltningschefen vid månadsvisa möten.

Vår bedömning är att Medicinsk service formellt har uppfyllt de krav som är ställda på återkoppling till koncern- och regionledning.

*11. På vilket sätt arbetar förvaltningen för att mäta kvalitetsbristkostnader i verksamheten?*

Medvetenheten kring kvalitetsbristkostnader har ökat och uppdrag från hälso- och sjukvårdsdirektören i Region Skåne har getts till samtliga förvaltningar att arbeta med frågan. Samtidigt framhålls att beräkningar för just Labmedicin är komplicerade gällande kvalitetsbristkostnader. Det handlar både om säker och snabb leverans samtidigt som Labmedicin är beroende av kundernas vårdkedja.

Vår bedömning är att det i dagsläget inte sker någon systematisk uppföljning av kvalitetsbristkostnader vid Medicinsk service.

*12. Hur fungerar samarbetet mellan Medicinsk service och de övriga förvaltningarna? Vilka för- och nackdelar finns?*

Av intervjuer som genomförts med företrädare vid sjukvårdsförvaltningarna framgår att de i allmänhet anser att samarbetet med Medicinsk service är gott och att servicen fungerar bra. Medicinsk service har tagit ytterligare steg för att förbättra dialogen med den kliniska verksamheten. Den nationella bristsituationen på patologer gör sig fortfarande gällande och skapar kompetensproblem inom patologin. I syfte att förbättra svarstiderna har dialogen med kundförvaltningarna fortsatt under 2014 och 2015. Antalet ST-läkare inom patologi har också ökat de senaste åren och kommande digitalisering av verksamheten inger förhoppningar om en bättre verksamhet med kortare svarstider framöver.

Ifrågasättandet från kundförvaltningarna kring internprismodellen som praktiseras kvarstår sedan föregående granskning men under 2015 har dialogen mellan kundförvaltningar, koncernledning och Medicinsk service gällande prisnivåer och principer för prissättning och finansiering fortsatt. Labmedicin planerar att genomföra mer detaljerad analys av beställningsmönster och volymer. Dessutom inför regionen ett nytt kalkylverktyg i syfte att verka för ökad transparens kring kostnaderna för Labmedicin.

Vår bedömning är att Medicinsk service vad avser laborieverksamheten arbetar på ett långsiktigt och ändamålsenligt sätt i sitt samarbete med övriga förvaltningar. Samtidigt finns behov av en ökad transparens i underlagen för prissättning samt regelbunden, öppet redovisad benchmark av priser och produktivitet.

### *Förbättringsområden*

Granskningen av Medicinsk service avseende Labmedicin har föranlett impulser till följande rekommendationer:

- Kompetensförsörjningen inom bristyrkesområdena bör fortsatt prioriteras.
- I syfte att få kunskap om laborieverksamheternas service, kvalitet och kostnadseffektivitet bör regelbunden benchmarking genomföras mot externa jämförbara organisationer och resultaten publiceras i Kvalitetsportalen.
- Fortsatt fokus bör riktas mot att uppnå mål och krav avseende basala hygien- och klädrutiner och patientsäkerhetskultur.
- Kvalitetsbristkostnader bör uppmärksammas och mätas för att identifiera vilka verksamhetsmässiga eller andra utvecklingsinsatser som ska prioriteras.
- Arbete med förbättringar av svarstiderna i förhållande till kundklinikernas behov bör fortsätta med särskilt fokus på patologins roll i cancervårdprocesserna. Svarstiderna bör regelbundet publiceras i Kvalitetsportalen.

## 2 Granskningens bakgrund, syfte och genomförande

### 2.1 Bakgrund och uppdrag

Under 2014 genomförde revisorerna en uppföljande granskning avseende sjukvårdsförvaltningarnas förmåga att klara såväl verksamhetsmässiga som ekonomiska mål. Därutöver gjordes en sammanfattande granskning med övergripande slutsatser och jämförelser. Dessa granskningar hade samma upplägg som de som genomfördes 2013. Därmed har revisorerna granskat förvaltningarnas måluppfyllelse från 2010 och framåt till och med hösten 2015. Habilitering och Hjälpmedelsorganisationen och Psykiatri Skåne som är egna divisioner i Skånevård Kryh respektive Skånevård Sund har inte omfattats av granskningarna. Likaså har divisionen IT-divisionen och Medicinsk teknik exkluderats från förvaltningen Medicinsk service. Nytt för 2015 är att driftledningsnämnder har inrättats för Skånevård Sund, Skånevård Kryh och Skånes universitetssjukvård.

Granskningsuppdraget omfattar Skånevård Sund, Skånevård Kryh, Skånes universitetssjukvård och Medicinsk service. Uppdraget ska genomföras med samma upplägg som föregående år. Därutöver ska också en sammanfattande granskning med övergripande slutsatser och jämförelser göras. Den övergripande frågan är, även denna gång, att ta reda på om förvaltningarnas verksamheter planeras, organiseras och styrs på ett sätt som sätter patienten i centrum samt är ändamålsenliga och optimala ur patientsäkerhets-, effektivitets- och ekonomiskt perspektiv. Hur den stora organisationsförändringen påverkat medborgarperspektivet ingår också i granskningen.

Andra utgångspunkter i granskningen ska knyta an till vad som framkom i förra årets revisionsrapporter och de svar på granskningarna som revisionen begärde in från Regionstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsnämnden och respektive sjukvårdsnämnd.

Granskningen ska för respektive förvaltning visa vilka åtgärder som vidtagits eller planeras för att uppnå fastställda verksamhetsmål och för att nå en budget i balans samt vilka effekter åtgärderna haft. *Har det skett någon förändring till det bättre eller sämre sedan de förra granskningarna genomfördes?*

För varje förvaltning ska behandlas följande frågor:

1. På vilket sätt arbetar förvaltningen med att ge en patientfokuserad vård med kvalitet och säkerhet och hur upplevs detta av patienterna?
2. På vilket sätt arbetar förvaltningen med att få en effektiv vård som ger värde för respektive patient?
3. Hur har organisationsförändringen påverkat medborgaren/patienten?
4. Vilka lokala styrdokument/handlingsplaner finns för att styra mot uppsatta mål för verksamhet och ekonomi och hur används dessa för att tillse att tilldelat uppdrag uppfylls?
5. Finns det skillnader mellan olika verksamheter inom förvaltningen när det gäller måluppfyllelse och vad beror i så fall dessa på?
6. Hur sker information och återkoppling inom förvaltningen beträffande måluppfyllelsen?
7. Hur sker information och återkoppling till respektive sjukvårdsnämnd beträffande måluppfyllelse och hur agerar nämnden vid bristande måluppfyllelse?
8. Vilka åtgärder vidtas lokalt vid bristande måluppfyllelse?
9. Vad gör region- och koncernledningen för att påverka tidigare konstaterade brister?
10. Hur sker information och återkoppling till region- och koncernledning beträffande måluppfyllelsen?
11. På vilket sätt arbetar förvaltningen för att mäta kvalitetsbristkostnader i verksamheten?
12. Hur fungerar samarbetet mellan Medicinsk service och de övriga förvaltningarna? Vilka för- och nackdelar finns?

### 2.2 Uppdragets genomförande

Genomförandet av granskningen Medicinsk service har innefattat dokumentanalys, djupintervjuer enskilt och i gupp samt en workshop med representanter för förvaltningen i november månad.

Dessutom har det genomförts två workshops med patientföreträdare. Dokumentanalysen har inbegripit balanserat styrkort, uppdragsbeskrivningar, verksamhetsplaner och resultatredovisningar för förvaltningen under den aktuella granskningsperioden. Vidare har material såsom beslutsdokument, budgetar, policydokument, kvalitetsledningssystem, uppföljningar med mera analyserats. Sammanlagt har 10 personer från förvaltningen medverkat i djupintervjuer och/eller workshop. Djupintervjuer har genomförts med 15 företrädare från Region Skånes koncernledning och koncernkontor. Rapportens beskrivande avsnitt har varit föremål för faktagranskning från Medicinsk service och koncernkontorets sida.

Arbetet med granskningen har bedrivits under perioden augusti till december 2015.

Granskningen har genomförts av Dag Boman, uppdragsledare, Lars-Bertil Arvidsson, specialist och kvalitetsansvarig, Catharina Barkman, specialist, Pia Lidwall, specialist, Göran Stenberg, specialist och Mari Månsson, specialist och koordinator. Projektet har genomförts i nära samråd med uppdragsgivaren. Kontaktperson från revisorskollegiet har varit Lars-Erik Lövdén. Projektledare från revisionskontoret har varit Greger Nyberg, Eva Tency Nilsson och Johan Rasmusson.

### 3 Region Skånes styrning av hälso- och sjukvården

#### 3.1 Regionen Skånes mål för hälso- och sjukvården

Regionens samlade budget för 2015 har perspektiven *medborgare, verksamhet, medarbetare* och *ekonomi* som utgångspunkt. I budgeten beskrivs övergripande mål, strategier och prioriteringar.

Mer specifika mål för hälso- och sjukvård har beslutats av hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) baserat på budgetens mål och perspektiv. Målen återges i det samlade uppdraget ”Region Skånes hälso- och sjukvårdsuppdrag för år 2015” som riktar sig generellt mot sjukvården i Skåne och i förvaltningsuppdragen som riktar sig mot respektive förvaltning ”Uppdrag år 2015 till förvaltning Medicinsk service”.

I budgeten för 2015 fick hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) ett regionbidrag på totalt 28,8 Mdr kronor vilket var ett tillskott till hälso- och sjukvårdsnämnden på 1 202 Mkr jämfört med 2014. De främsta prioriteringarna inom hälso- och sjukvården enligt budget 2015 är:

- Förlossningsvården ska stärkas och familjeplatser på förlossningen i Malmö ska åter öppnas.
- Satsning på cancervården.
- Akutsjukvården stärks.
- Utbyggnad av läkarledda hembesök.
- Särskilda utbildningsplatser för sjuksköterskor införs som ger rätt att studera till specialistsköterska med full lön under studietiden, totalt cirka 60 platser 2015.
- Helgtjänstgöring för personal minskas från varannan helg till två helger av fem. Förändringen påbörjas under 2015 och fortsätter under 2016.
- 35 nya platser för specialistutbildning (ST-tjänstgöring),

Ersättningarna till förvaltningarna är från och med 2014 utformat som ett anslag. Undantag är Medicinsk service som finansierar sin verksamhet i huvudsak genom interndebitering.

#### 3.2 Uppdrag och uppföljning

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) har i likhet med tidigare år tagit fram mål för sjukvården som beslutats av fullmäktige i anslutning till antagande av Regionens budget. Sammanlagt innehåller HSN:s samlade uppdrag 2015 för Medicinsk service mål för 10 indexgrupper med 68 indikatorer. Utöver dessa mål som avser patientverksamhet och kvalitet finns ytterligare målsättningar i HSN:s samlade uppdrag samt mål för medarbetare och ekonomi. De kvalitetsindikatorer som är målsatta framgår av bilaga 2.



Det samlade uppdraget bryts ned av Hälso- och sjukvårdsnämnden till uppdrag för respektive driftsledningsnämnd och vidare som internbudget till respektive förvaltning för den verksamhet som drivs i egen regi. Utöver HSN:s mål har varje driftsledningsnämnd, förvaltning och verksamhetsområde tagit fram lokala mål. Till skillnad från de tre sjukhusförvaltningarna är HSN driftsledningsnämnd för förvaltningen Medicinsk service.

#### *Uppföljning*

Uppföljning av HSN:s samlade uppdrag redovisas i samband med verksamhetsberättelse, i årsredovisning, i tertialrapport och i form av fördjupade uppföljningar under året kring olika teman. Redovisningar av bland annat kvalitet inklusive tillgänglighet och ekonomi sker månadsvis och tertialvis. För att skapa struktur och tydlighet har valda indikator grupperats enligt ovan i indexgrupper. För varje indikator finns från och med 2015 fastställda mål och delmål. Uppnått delmål ger 0,5 poäng och uppnått mål ger 1,0 poäng. Syftet med poängen är att tydligt kunna följa måluppfyllelsen för indikatorindexen och även kunna jämföra mellan de olika förvaltningarnas resultat.

Förvaltningarnas resultat följs av koncernen varje månad, per tertial (delår) och årsvis. *Månadsuppföljningen* fokuserar på ekonomi, personalresurser, tillgänglighet samt tillgängliga kvalitetsmål. *Tertialuppföljningen* har ett bredare perspektiv och omfattar mål inom styrperspektiven medborgare/patient, verksamhet, medarbetare och ekonomi. Inom SUS finns ett femte perspektiv för FoU (Forskning och Utveckling). Förvaltningens samlade resultat redovisas årligen i driftsnämndens och förvaltningens verksamhetsberättelse.

Uppföljning sker även månadsvis på tjänstemannanivå genom dialoger mellan regiondirektör och ledningen för respektive förvaltning, dialoger mellan hälso- och sjukvårdsstaben och respektive förvaltning samt regionövergripande genom dialoger kring olika prioriterade verksamhetsområden. Månadsrapporten följs även upp i HSN varje månad.

### **3.3 Medicinsk service uppdrag**

För samtliga sjukvårdsförvaltningar i Region Skåne gäller de uppdrag och målbeskrivningar som beslutats av HSN. Dessa har hanterats vidare genom respektive driftsledningsnämnd till förvaltningsuppdrag och fastställd internbudget med anslag för verksamheten. Förvaltningsuppdraget, internbudgeten och internkontrollplanen beslutas även av driftledningsnämnden. Förvaltningarna ska vidare uppnå de mål för kvalitet, tillgänglighet och effektivitet som redovisats ovan.

Det viktigaste styrinstrumentet från koncernledningens sida gentemot förvaltningen är internpriserna för förvaltningens tjänster. Internpriserna fastställs årligen av regiondirektören. Medicinsk service har således ett uppdrag men inga fastställda volymer.

Medicinsk services verksamhet är intäktsfinansierad. Detta innebär att förvaltningens kunder finansierar den verksamhet som Medicinsk service erbjuder. De tre sjukvårdsförvaltningarna Skånevård Kryh, Skånevård Sund och Skånes universitetssjukvård (SUS) utgör de största kunderna. Förvaltningen erbjuder även andra landsting sina tjänster. Förvaltningen har även anslagsfinansierade delar såsom exempelvis forskning och utveckling, vissa delar av IT-verksamheten och för Labmedicin så kallat solidariskt finansierad verksamhet inom Södra Sjukvårdsregionen.

## **4 Arbetet med mål vid Medicinsk service**

### **4.1 Organisation och ledning**

Förvaltningen Medicinsk service bildades 2013 och samlar Region Skånes verksamhet inom laboriemedicin, IT och medicinsk teknik (MT). Förvaltningens omsättning var 2014 cirka 2,8 miljarder kr och antalet anställda cirka 1 665.

Inom Medicinsk service finns i dag två divisioner: division Labmedicin och division IT/MT.

Division Labmedicin består av följande sex verksamhetsområden:

- Arbets- och miljömedicin
- Klinisk kemi
- Klinisk immunologi och transfusionsmedicin
- Klinisk mikrobiologi
- Klinisk patologi
- Klinisk genetik och biobank

Bland de större förändringsaktiviteterna inom divisionen för Labmedicin under 2015 är att Klinisk mikrobiologi samlat större delen av verksamheten i Lund. Resterande verksamhet i Malmö flyttar inom snar framtid. Detta medger satsningar på ny och automatiserad utrustning för bland annat smittspårning, vilket i sin tur bidrar till effektivisering och höjd patientsäkerhet. Samtidigt införs snabbtester inklusive blododling vid samtliga akutsjukhus.

Division IT/MT som har fem verksamhetsområden ingår inte i granskningen.

## 4.2 Uppdrag, styrning och åtgärder

I detta avsnitt beskrivs iakttagelser avseende följande revisionsfrågor:

- *Vilka lokala styrdokument/handlingsplaner finns för att styra mot uppsatta mål för verksamhet och ekonomi och hur används dessa för att tillse att tilldelat uppdrag uppfylls?*
- *Hur sker information och återkoppling inom förvaltningen beträffande måluppfyllelsen?*
- *Vilka åtgärder vidtas lokalt vid bristande måluppfyllelse?*
- *Finns det skillnader mellan olika verksamheter inom förvaltningen när det gäller måluppfyllelse och vad beror i så fall dessa på?*

### *Styrning*

Inför 2015 formulerade förvaltningens ledningsgrupp, de båda divisionernas ledningsgrupper i dialog med verksamheterna och de fackliga representanterna tio mål som även kopplades till målrelaterad ersättning, vilket införts under året. Därefter har mätbara mål och aktiviteter tagits fram på divisions- och verksamhetsnivå. För Labmedicin sker detta via balanserat styrkort (BSK).

Arbetet med mål, aktiviteter och målrelaterad ersättning kommuniceras via ledningsgrupp till arbetsplatsträffar (APT). Ledningsföreträdare återger i intervjuer att ledningen ämnar ändra så lite som möjligt i målen från år till år för att verksamheterna ska känna igen målen och för att de ska bli tydliga ner på verksamhetsnivå. Medicinsk service nådde under 2014 sina mål för målrelaterad ersättning. Inom division Labmedicin tas även fram personliga styrkort vilka ska följas upp vid medarbetarsamtal. Arbetet med att skapa personliga styrkort för samtliga medarbetare inom förvaltningen som vi beskrev i förra granskningen har även fortsatt. Som utgångspunkt för arbetet finns Region Skånes strategikarta som inbegriper perspektiven *medborgare/kunder*, *verksamhet*, *medarbetare* och *ekonomi*.

Som en del av styrningen har division Labmedicin fokuserat på kundrelationerna vilket både indirekt och direkt berör patientens kontaktmöjligheter. Ett stort arbete läggs på patientnära analyser, där vårdens medarbetare utför analyser med stöd av Labmedicin.

Det viktigaste styrinstrumentet inom förvaltningen utgörs av att koncernledningen fastställer internpriset för Medicinsk service tjänster. De större förändringarna från 2014 till 2015 har bestått av volymökningar för samtliga verksamheter inom Medicinsk service (samt av nya tjänster inom framför allt IT-området). I anslutning till att intäktsfinansiering av Medicinsk service beslutades fick förvaltningen också ett effektiviseringskrav på 10 mkr.

### *Information och återkoppling inom förvaltningen*

Under 2014 arbetade Medicinsk service med att skapa gemensamma processer och samsyn kring målarbete. Framtagna mål för 2015 gäller i hela förvaltningen. Målen har brutits ner inom respektive division, verksamhet och enhet. Vid genomförda intervjuer har framkommit att det är svårt att få medarbetarna delaktiga kring en diskussion om mål. Arbetsplatsträffar är det naturliga fo-

rumet för diskussion av mål och det viktigaste målet för division Labmedicin upplevs vara *rätt svar i rätt tid* som diskuteras mycket på alla nivåer i förvaltningen

Styrkort finns publicerade på division Labmedicins hemsida och målsättningen är att skapa personliga styrkort för samtliga medarbetare inom förvaltningen som underlag för medarbetarsamtalen. Citat: *"Vi använder envist balanserat styrkort och genomför fyra uppföljningssamtal per år där vi går igenom styrkortet"*.

Medicinsk service har på förvaltningsnivå även tagit fram gemensamma medarbetarsamtalsmallar som inkluderar individuell utvecklingsplan. Den utgår från Regionens Skånes handlingsplan för att främja lika rättigheter och möjligheter. Handlingsplanen har arbetats fram tillsammans med fackrepresentanter och chefer och har börjat implementeras sedan början av 2015.

#### *Åtgärder vid bristande måluppfyllelse*

Vid förra granskningen av Medicinsk service påtalades förvaltningens svaga resultat vad gäller iakttagande av basala hygien- och klädrutiner som en brist. Under 2015 har en fokusering kring detta målområde bedrivits och målnivån har stigit från 69 procent till över 84 procent.

Division Labmedicins ekonomiska resultat är fortsatt tillfredsställande och ett flertal av de mål som identifierats nås inom förvaltningen. De enheter som har nått sina mål arbetar med att förbättra och kvantifiera målen. Målavvikelserna inom Labmedicin rör främst svarstider inom cancerprocesserna och hanteras genom diskussion kring orsaker, vidtagande av åtgärder och uppföljning. Vid behov tas även handlingsplaner med åtgärder fram och ansvariga utses för genomförandet. Enligt intervjuer förs en stödjande dialog vid avvikelser mellan chef och medarbetare och handlingsplaner tas fram.

Labmedicin har under 2014 arbetat med en kostnadsanpassning med 4 Mkr och IT/MT-divisionen har haft en handlingsplan för 16 Mkr. Tillsammans med 16 Mkr som är finansieringsbehovet för den förvaltningsgemensamma verksamheten har Medicinsk service haft ett sammanlagt effektiviseringsbehov om 36 Mkr i år. Denna effektivisering motsvarar 2 procent av omsättningen.

Under 2015 arbetar förvaltningen med ett effektiviseringskrav på 10 Mkr. Prognosen för året är att budgeten följs vilket innebär att verksamheterna följer sina åtgärdsprogram. Inom Labmedicin arbetar verksamheten med att avvakta med rekrytering vid vakanser, uppsägning av lokaler där så är möjligt samt med minskat inköp av material och tjänster.

#### *Eventuella skillnader inom förvaltningen*

Förvaltningens verksamheter inom Labmedicin skiljer sig verksamhetslogiskt från varandra bland annat beroende på möjligheter till automatisering och personalintensitet.

Inom divisionen tillämpas en enhetlig styrmodell. Skillnader i måluppfyllelse inom division Labmedicin faller, så som är fallet inom patologin, tillbaka på kompetensförsörjningsfrågor. Labmedicin strävar kontinuerligt efter att införa stöd och system för de analyser som kan ske nära patienten. Nu införs till exempel Aqure, ett IT-system för anslutning av patientnära instrument.

Inom Labmedicins sex verksamhetsområden har fyra nya verksamhetschefer tillträtt under det senaste året. Fokus har legat på ledarskap och ett ledarskapsforum är instiftat. En öppen dialog har förts med fackliga representanter och fokus är på kompetensförsörjning, hur sammanhållningen i division kan stärkas samt på kundfokus. Genomförda intervjuer vittnar om positiva effekter av arbetet som bedrivits gällande ledarskap och trivsel.

### 4.3 Kvalitetsarbete och patientfokuserad vård

I detta avsnitt beskrivs iakttagelser avseende följande revisionsfrågor:

- På vilket sätt arbetar förvaltningen med att ge en patientfokuserad vård med kvalitet och säkerhet och hur upplevs detta av patienterna?
- Hur har organisationsförändringen påverkat medborgaren/patienten?
- På vilket sätt arbetar förvaltningen för att mäta kvalitetsbristkostnader i verksamheten?

#### 4.3.1 Arbetet för en patientfokuserad vård

En patientfokuserad vård handlar om patientens ställning, rätten till information, delaktighet och kontinuitet. Det innebär att vården ska bygga på respekt för människors lika värde, den enskildes värdighet, självbestämmande och integritet. Individerna ska bemötas utifrån ett socialt sammanhang och vården utförs med respekt och lyhördhet utifrån personens behov, förutsättningar, förväntningar och värderingar. Vården ska vidare utformas så att patientens processer fungerar väl utifrån patienters behov även över organisatoriska gränser.

Förvaltningen Medicinsk Service har uppdraget att stå för en säker och tillgänglig leverans av laboratorie- och IT-system som ska vara användarvänliga och effektiva. Verksamheterna vid förvaltningarna utgör både viktiga led i vårdkedjor och som stöd (IT och eHälsa) för invånare, patienter och personal. Samtliga laboratorier är ackrediterade vilket innebär att de måste kunna beskriva och följa sina processer. Labmedicin har en begränsad direktkontakt med patienter. Fokus på kundnyttan framhålls genom ”säkra leveranser”. Kvalitet handlar om att processerna är standardiserade, medarbetarna engagerade och motiverade samt att ledningssystemen är effektiva.

Förvaltningens ledord är *leverans, kvalitet och utveckling*.

#### *Exempel på patientfokusering*

Medicinsk service arbetar med flera olika projekt för att stärka vårdkedjor och underlätta tillgänglighet. Exempel på aktiviteter som genomförts för att stärka arbetet relaterat till patientfokuserad vård är följande:

- Införandet av snabbtester inklusive blododling vid samtliga akutsjukhus
- Införandet av nya snabbtester för diagnostik av influensa och RS-virus-infektion vilket är av värde för att hindra smittspridning i vården och för att kunna ge rätt vård av svårt sjuka patienter.
- Pilotprojekt för självincheckning på Centralsjukhuset i Kristianstad för att öka tillgängligheten för patienterna. Införande av självincheckning kommer skapa möjligheter till ett snabbare flöde vid registrering på sjukhuset och förhindra köbildning vid kassorna. Syftet är också att avlasta medarbetare i kassan så att de får mer tid för de patienter som behöver det.
- Ett projekt har startats upp för mobil hälsolösning som kommer testas under året inom ungdomspsykiatriska akutavdelningen i Malmö. Den mobila lösningen – ”Blå-appen” – kommer att användas i inom barnpsykiatrisk slutenvård för att underlätta för inlagda ungdomar att kartlägga sitt psykiska välmående under och efter inläggning.
- En handlingsplan för ökad säkerhet och tillgänglighet inom IT tagits fram bland annat till följd av en rad större nätrelaterade avbrott och andra incidenter inom IT-verksamheten under våren 2015.
- En pilot för förenklad inloggning, Single Sign On (SSO), har prövats på tre vårdcentraler och under hösten 2015 kommer utrollningen att fortsätta inom primärvården. Slutenvården är tänkt att starta införandet under 2016. Detta innebär att användarna har färre lösenord att hålla reda på och att det blir lättare att logga in i systemen.
- Information och kontaktvägar har lagts in i 1177 Vårdguiden för Labmedicins mottagningar under 2014. Detta betyder att samtliga Provtagningar, Punktionsmottagningar, Arbets- och miljömedicinsk mottagning samt Genetisk mottagning är tillgängliga denna väg.
- IT-stödet Aquire som förmedlar analysresultat från patientnära analys direkt till journalsystemen, införs successivt inom regionen.

I intervjuer framkommer att Labmedicin även har vidtagit andra åtgärder för en mer patientfokuserad vård. Förvaltningen är något mer delaktig i utformandet och uppföljning av vårdprogram. Labmedicin arbetar med att införa "labombud" i den kliniska verksamheten för att enklare föra en dialog och löpande informera om senaste kunskapsläget och förändringar. Labmedicin är också en part i cancerprocessen där svarstider på provtagning utgör en viktig del.

Organisationsförändringen i form av genomförandet av Skånevård 2.0 har inte direkt påverkat Labmedicin som redan sedan tidigare var samlad i en regiongemensam förvaltning.

#### *Kommentarer från intervjuer*

Patientfokuserad vård betyder att varje medarbetare ska känna respekt för att det är en individ. I intervjuer framhålls att så mycket som möjligt ska ske patientnära (citat): "Det ingår i uppdraget". Det är dock bara det tidskritiska som behöver vara nära (citat): "Vi värnar om patientperspektivet och är måna om att rätt metoder används." Det finns mål för svarstider, det är en del av målkortet. Akuta prover ska svaras inom en timme till vårdgivaren. Rutinprover ska svaras på inom ett dygn. Med bröstprocessen inom patologin har finns, enligt intervjuer, ett väl fungerande samarbete. Fokus uppges vara att hitta små men viktiga flaskhalsar på verksamhetsnivå. Även samarbete inom urologi och lungsjukvården finns ett väl fungerande samarbete.

### 4.3.2 Kvalitetsmål

#### *Svarstider/tillgänglighet*

Labmedicins bidrag till en förbättrad vård för patienter handlar om att korta svarstider på prover och analyser. Enligt kvalitetsbokslut 2014 är målet för cancerpatienter att 90 procent av inkomna remisser ska svaras på inom överenskomna svarstider. Resultaten är följande:

- Målet uppnås för bröstcancer och lungcancer (vilket var fallet även 2013).
- För prostatacancer är utfallet 69 procent (73 procent år 2013).
- För coloncancer är utfallet 48 procent (51 procent år 2013)
- För gyncancer är utfallet 50 procent (66 procent år 2013).

Varken för coloncancer eller gyncancer nås således målen. Bristen på måluppfyllelse förklaras på brist på subspecialister inom diagnostikprocesserna och inom klinisk patologi. Rekryteringsaktiviteter pågår.

Analyser med kritiska svarstider som påverkar akutsjukvården är till exempel Tropoin-T<sup>1</sup>, herpes simplex virus och akut blodgruppering. Målet för Tropoin-T under 2015 är att 90 procent för samtliga svarsresultat i Skåne ska vara ≤ 60 minuter. Enligt verksamhetsberättelsen september 2015 ligger analystiden inom önskad tid.

Målet för analys av Herpes simplex virus är att minst 65 procent av proven ska besvaras dag ett efter att provet anlänt till laboratoriet, vilket också uppfylls. Målet för akut blodgruppering är att 95 procent av inkomna prover besvaras inom en 1 timme och 59 minuter. Enligt verksamhetsberättelsen har målet uppnåtts med en medelsvarstid på 55 minuter i augusti.

Antalet personer som fått sina händer skadade av vibrerande verktyg har ökat. Arbets- och miljömedicin vid Labmedicin har därför ett uppdrag att förkorta utredningstiderna för dessa patienter. Målet är att utredningarna i genomsnitt ska vara avslutade sex veckor efter första besök. Per augusti uppnåddes detta i drygt 60 procent av fallen.

#### *Kunskapsstöd till vårdens processer*

Ett av förvaltningens övergripande mål är att aktivt medverka i och vara kunskapsstöd till regionala och lokala patientprocesser. Ett stort arbete läggs på det patientnära analyserandet, där vårdens medarbetare utför analyser med stöd av Labmedicin. Under året har mer än 600 tillfällen för olika typer av utbildningar och möten med Labmedicins kunder anordnats.

---

<sup>1</sup> Tropoin-T är en markör för hjärtinfarkt.

Några exempel är:

- Vårdens medarbetare får utbildning, stöd vid kvalitetskontroller och support vid eventuella problem.
- Utbildningar ges i samband med lunchmöten.
- Medarbetare från Labmedicin deltar i ronder/konferenser där representanter för olika specialiteter inom hälso- och sjukvården samlas, för att diskutera alla fynd som berör den enskilda patienten.
- En särskild jour och konsultlinje finns inom Labmedicin att tillgå för information, rådgivning och diagnostiskt stöd.

### 4.3.3 Patientsäkerhet

Målet för Labmedicins patientsäkerhetsarbete är enligt förvaltningens kvalitetsboks slut kvalitets-säkrade analyser, korta svarstider och kvalificerad hjälp till kliniken vid val av analys och tolkning

För att öka säkerheten arbetar Labmedicin med ett standardiserat arbetssätt. Rutiner för avvikelshantering och uppföljning av avvikelser tillämpas.

Förvaltningens patientsäkerhetsråd leds av chefläkaren och i detta ingår representanter för både IT/MT och Labmedicin. Rådet tar fram rutiner för att öka patientsäkerhet och tar fram rutiner för uppföljning av avvikelser som relateras till patientsäkerhet.

LIMS<sup>2</sup> RS är ett laboratorieinformationssystem som stegvis införts med början i februari 2015 inom Klinisk patologi. Planering av införande pågår för ytterligare laboratoriespecialiteter. Införande av nya IT-system, framhålls i verksamhetsberättelsen (20150915), påverkar alltid verksamheten då nya arbetssätt och nya arbetsrutiner införs. Inom Klinisk patologi sjönk initialt medelsvarstiderna men dessa har sedan successivt förbättrats.

Klinisk patologi arbetar nära/ingår i cancerprocesserna vilket innebär att begreppet ”Standardiserat vårdförlopp” införs i prov, analys och svarskedjan.

#### *Basala hygien och arbetskläder*

Labmedicin har tidigare deltagit med viss verksamhet i punktprevalensmätning. Antalet delaktiga enheter utökades under året till att omfatta provmottagning, punktionsmottagning och blodgivning. Våren 2015 gjordes en mätning av hygienrutiner och resultatet var då för Labmedicin 84 procent följsamhet jämfört med 83,5 procent som ett genomsnitt i Region Skåne och 78,7 procent i Riket som helhet. Region Skånes mål är under 2015 90 procent. Labmedicins utfall förra året var 69 procent. Den förbättring som uppvisats uppges vara ett resultat av ökat fokus på denna fråga. Bland annat har ett patientsäkerhetsråd bildats under ledning av chefläkaren.

#### *Kvalitetsstandard*

Såsom framkom även vid föregående granskning arbetar Labmedicin med ackreditering med flera kvalitetsstandarder. Hit hör bland annat ISO-certifiering av exempelvis provningsverksamheten vid områdena klinisk mikrobiologi, klinisk kemi, klinisk genetik, större delen av klinisk patologi liksom klinisk immunologi och transfusionsmedicin samt en sektion inom arbets- och miljömedicin. Även ledningssystemet för tillverkning av mikrobiella odlingsmedier och reagens för mikrobiologisk diagnostik omfattas av certifiering. Labmedicin deltar i flera såväl nationella och internationella som interna kontrollprogram. Dessutom utförs interna granskningar (revisioner). Vid alla typer av granskningar noteras avvikelser och åtgärder skriftligt. Årligen sker en samlad genomgång av verksamheternas kvalitetsarbete från ledningens sida.

Labmedicin ska enligt lex Maria anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Dessutom ska allvarlig biverkan vid blodverksamhet anmälas till IVO.

---

<sup>2</sup> LIMS står för ledningsinformationssystem

Labmedicin utför risk- och händelseanalys enligt Handbok för patientsäkerhetsarbete utgiven av Socialstyrelsen (SoS), Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) med flera. Analys utförs vid exempelvis byte av metodik, införande av ny metodik och mer allvarliga händelser. Till kritiskt blödande patient kan en standardiserad kombination av blodkomponenter beställas i Lund, Malmö, Helsingborg och Ystad. Det innebär att patienten snabbare kan få sin blodtransfusion.

#### 4.3.4 Patientfokuserad vård

##### *Kvalitet ur ett patientperspektiv*

Inom ramen för granskningen genomfördes två olika workshop, den 29 oktober och den 16 november med patientföreträdare om personcentrerad vård. Fokus låg på vården inom Region Skåne som helhet. Krav som bör ställas på vården ur ett personcentrerat perspektiv är enligt patientföreträdarna bland annat:

- En patientfokuserad vård handlar om patientens ställning, rätten till information, delaktighet och kontinuitet. Det innebär att vården ska bygga på respekt för människors lika värde, den enskildes värdighet, självbestämmande och integritet.
- Individerna ska bemötas utifrån ett socialt sammanhang och vården utförs med respekt och lyhörddhet utifrån personens behov, förutsättningar, förväntningar och värderingar.
- Vården ska vidare utformas så att patientens vårdprocess fungerar väl utifrån dennes behov även över organisatoriska gränser.

Jämfört med tidigare menar brukarorganisationerna att intresset för en dialog har ökat från Regionen. Brukarorganisationerna är med i ett tidigare skede, till exempel i upphandlingar, vilket upplevs som positivt. Samtidigt har den nya samverkansorganisationen inte "satt sig" än och det finns en rad förbättringsområden.

#### 4.3.5 Mätning av kvalitetsbristkostnader

Det framgår i intervjuer att medvetenheten kring kvalitetsbristkostnader har ökat och uppdrag från hälso- och sjukvårdsdirektören i Region Skåne har getts till samtliga förvaltningar att arbeta med frågan. Samtidigt framhålls att beräkningar för Labmedicin är komplicerade gällande kvalitetsbristkostnader. Det handlar både om säker och snabb leverans samtidigt som Labmedicin är beroende av kundernas vårdkedja. "Hur ser vi till att de prover som tas verkligen kommer fram eller de svar vi levererar faktiskt levereras inom önskad tid?" är frågor som diskuteras och som framöver kommer att stå i fokus i förvaltningens arbete. I dagsläget sker inte någon systematisk uppföljning av kvalitetsbristkostnader vid Medicinsk service.

## 4.4 Effektiv vård

I detta avsnitt beskrivs iakttagelser avseende följande revisionsfråga:

- På vilket sätt arbetar förvaltningen med att få en effektiv vård som ger värde för respektive patient?

### 4.4.1 Effektivitetsmål och strategier

#### Regionens budget

Ett av de prioriterade målen enligt Regionens budget är ”En effektiv verksamhet med hög kvalitet.” Samma mål gäller även för planeringsperioden 2016 – 18. Enligt Regionens strategikarta bryts målet ner i följande strategier (se vidstående utdrag ur Regionens strategikarta – från vision till mål). Bilden är hämtad från Region Skånes Delårsrapport 2015 publicerad i oktober 2015. Pilarna i bilden indikerar en bedömd, sammanvägd utveckling för de olika perspektiven.

I Region Skånes styrdokument har vi hittills inte funnit någon tydlig avgränsning och definition av begreppet effektiv vård. Enligt budgetförslaget för 2016 ges målet följande innebörd: ”Effektivisera verksamheterna med särskilt fokus på tillgänglighet, patientsäkerhet, kvalitet, förbättringar och medborgar-/patientfokus.”

I budgeten för 2015 anges som mål att *produktiviteten ska öka*. I verksamhetsberättelsen för andra tertialen 2015 redovisas som åtgärd: *Nyckeltal ska tas fram under året*. Av budgeten för 2016 framgår att mätning ska ske av arbetad tid.

#### Hälso- och sjukvårdsuppdraget 2015

Region Skånes hälso- och sjukvårdsuppdrag för år 2015 som fastställdes av HSN 2015-01-23 innehåller vissa skrivningar om effektivitet. Bland annat uttrycks ambitionen att Region Skåne ska placera sig bland de bättre i landet i ”Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet”.

Vidare ska öppna vårdformer erbjudas i ökad utsträckning och vårdcentralen ska vara medborgarens naturliga förstahandsval. Andelen dagvård och direktinläggning på sjukhus för relevanta patientgrupper ska fortsätta att utvecklas och arbetet med nivåstrukturering ska fortsätta.

Nya metoder och behandlingar ska införas på ett ordnat sätt och metoder, rutiner och behandlingar som inte är värdeskapande ska avvecklas.

För att öka effektiviteten och genomströmningen inom akutsjukvården ska utbudet av akutsjukvård göras tydligare för alla medborgare. Informationen till alla medborgare och patienter ska utvecklas tillsammans med 1177. Även inrättande av fler akutläkartjänster förväntas skapa bättre förutsättningar för en effektiv akutsjukvård med hög kvalitet.





Uppdraget innehåller ingen specifik rubrik för effektiv vård. Några av de utvecklingsområden som angetts som har stor betydelse för hälso- och sjukvårdens effektivitet är förutom tillgänglighets- och ledtidsmål som finns inom flera delområden är:

- Uppföljande telefonkontakter inom 72 timmar efter utskrivning (avser Förstärkt vård i hemmiljö)
- Utförda hembesök (avser Förstärkt vård i hemmiljö)
- Undvikbar slutenvård (avser Äldres hälsa)
- Återinskrivningar (avser Äldres hälsa)

#### *HSN:s uppföljning av uppdraget*

Av förvaltningsuppdragen till SUS, Sund och Kryh framgår att uppföljning av verksamhet utifrån det övergripande målet i budgeten om en effektiv verksamhet med hög kvalitet kommer att ske efter de kvalitetsindikatorer, prioriterade områden och särskilda satsningar som finns beskrivna i Hälso- och sjukvårdsnämndens samlade uppdrag. De målnivåer för kvalitetsindikatorer som gäller för Skåne och som har fastslagits i det samlade uppdraget gäller även för förvaltningarna.

Uppföljning av produktion kommer att ske utifrån tidigare års utfall. Uppföljningen av medarbetare sker dels utifrån jämförelse mot tidigare år och dels utifrån övergripande mål i budgeten. Uppföljning av ekonomi kommer att ske utifrån det övergripande målet i budgeten om en långsiktigt stark och hållbar ekonomi.

#### *Styrning mot effektivitet vid Medicinsk service*

Begreppet effektivitet inom Labmedicin är i hög grad kopplat till verksamhetens leverans. Divisionens målsättning är att leveransen ska vara säker och tillgänglig och laboratoriesvaren levereras i tid. Divisionen arbetar för att leverera provsvaren ”när vården behöver dem”. Det är kritisk för vården att veta när svaren kan förväntas för att planera patientens omhändertagande. Därför är dialog med vården nödvändig för att Labmedicin ska kunna ge det stöd som förväntas avseende underlag till diagnostik, vård och behandling. Det finns fastställda svarstider för flertalet analyser och det är också möjligt att beställa snabb- eller akutsvar. AQUIRE är ett nytt IT-stöd som införs för att även analysvar från patientnära analysinstrument ska överföras digitalt till vårdsystemet.

Ett bekymmer som tas upp återkommande vid intervjuer är avsaknad av elektroniska remisser. Remisser sker fortfarande på papper, vilket beskrivs som ineffektivt och medföra ökade patientrisker. Förhoppningar finns om elektroniskt remissystem under 2016.

Svarstiderna följs upp varje vecka och uppges vara föremål för omfattande diskussioner. Divisionens måluppfyllelse vad gäller svarstider redovisades ovan i avsnitt 4.3.2 Kvalitetsmål.

Den grundläggande strategin för ökad effektivitet är automatisering och att anamma nya teknologier. Ett sådant område är genetik och sekvenseringsdiagnostik som införs under 2016 inom fosterdiagnostikområdet. Mikrobiologin har samlats till Lund för att ge underlag för ny och automatiserad utrustning för bland annat smittspårning. Detta förväntas bidra till effektivisering och höjd patientsäkerhet. Snabbtester inklusive blododling införs vid samtliga akutsjukhus för att kunna ge akuta svar dygnet runt. Under vårvintern 2015 infördes nya snabbtester för diagnostik av influensa och RS-virus-infektion vilket är av värde för att hindra smittspridning i vården och för att kunna ge rätt vård av svårt sjuka patienter.

Bland de tio mål som Medicinsk service formulerade inför 2015 återfinns bland annat att processerna är standardiserade. Vidare ska minst 22 dokumenterade avvikelser ha lett till utveckling/förbättring. Ett specificerat antal processer vara genomlysta och utvecklade med hänsyn tagen till miljö, kvalitet och arbetsmiljö.

Det uppges vid intervjuer att MRE inte längre kommer att tillämpas under 2016.

Det balanserade styrkortet som tillämpas inom division Labmedicin har sitt ursprung från det styrkort som tillämpats inom Labmedicin under flera år. Det existerande styrkortet upptar bland annat följande mål och aktiviteter:

Region Skåne mål	Exempel på mål inom Labmedicin	Exempel på aktiviteter
Nöjda medborgare	Ökad upplevd tillgänglighet och förtroende hos våra intressenter Ökad driftssäkerhet för ökat förtroende	Bland annat framtidsperspektiv på lunchläkarmöten Uppdaterade krisplaner/ Service på jourtid
En effektiv verksamhet med hög kvalitet	Ökad patientsäkerhet Samlokalisering Ökad produktivitet	Ökad analyskvalitet genom att identifiera problem-analyser/arbete med nyckeltal Samlokalisering specialkemi Minska antalet fördröjda svar Minska antalet icke-relevanta beställningar
Stolta, kompetenta och motiverade medarbetare	Ökad klinisk forskning Effektiv verksamhet med hög kvalitet Strategisk kompetensförsörjning Personliga styrkort för alla medarbetare	Publicera fler kliniska kvalitetsprojekt Tillämpning av Lean i det dagliga arbetet Kompetensförsörjningsplan Påbörja arbetet med personliga styrkort
Långsiktigt stark ekonomi	Ökad upplevd delaktighet Konkurrenskraftig verksamhet	Informationsskärmar på samtliga lab Nyckeltal för månadsuppföljning Strategisk prismodell översyn av analyser

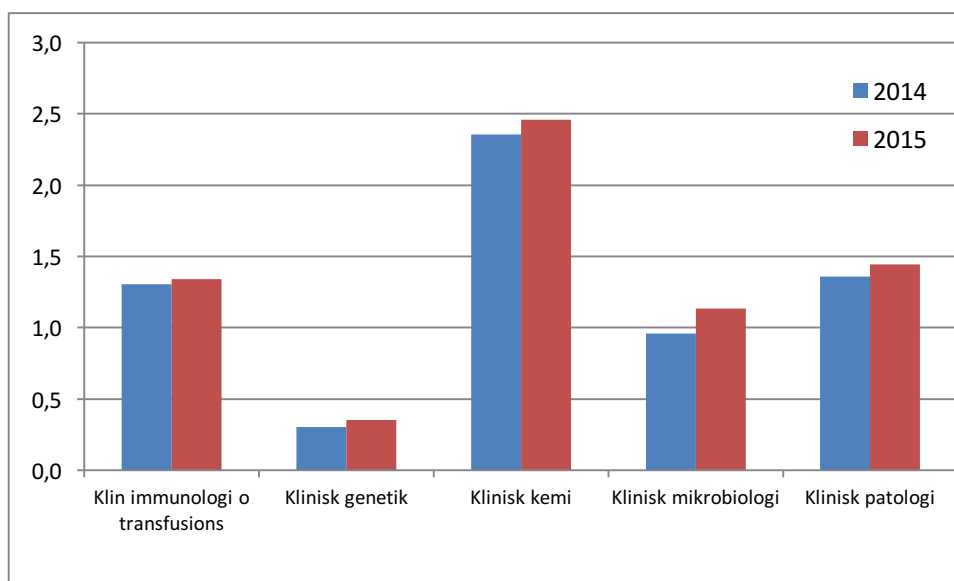
Ovanstående är exempel på hur mål på divisionsnivå leder till aktiviteter på verksamhetsnivå.

#### 4.4.2 Produktion

Produktionen av laboratorieanalyser beskrivs genom så kallade labmixpoäng. Det innebär att hela sortimentet indelas i grupper efter pris och att hänsyn därför tas till analysens komplexitet. Viktpoäng väger antalet analyser utifrån hur resurskrävande analyserna är. Både produktionen och produktiviteten inom Labmedicin är högre 2015 jämfört med 2014.

Produktionen har ökat med 3,4 procent (antal analyser) och med 6,3 procent (viktpoäng) för perioden jan-okt 2015 jämfört med motsvarande period 2014. Viktpoäng väger antalet analyser utifrån hur resurskrävande analyserna är. I nedanstående diagram visas hur produktionen förändrats mellan 2014 och 2015 nedbrutet på olika verksamhetsområden.

Labmedicins produktion 2014 och 2015 fördelad mellan verksamhetsområden (labmixpoäng)



Labmedicin har ett flertal avnämare både inom den offentligt ägda vården och inom den offentligt finansierade privata vården. Produktionsökningen är synbar inom i stort sett alla kundgrupper. Den stora ökningen av beställningar hänförs framför allt till SUS och privata vårdgivare. Skåne-

vård Sund är den enda aktören där Labmedicins produktion varit i stort sett oförändrad sedan föregående år.

Under 2015 har produktiviteten fortsatt att öka. Viktpoängen per årsarbetare är per augusti 2015 3,8 procent högre än föregående år. Labmedicin har vid intervjuer framhållit viss brist på personal vilket kan ha haft en inverkan på produktivitetresultatet.

#### 4.4.3 Ekonomi

I förvaltningen Medicinsk service ingår IT, medicinsk teknik och laboratoriemedicin för Region Skåne. Ersättning för år 2015 för hela uppdraget till Medicinsk serviceförvaltning uppgår till 53 mkr. Bidraget har ökat med 2,7 procent enligt förvaltningsuppdrag Medicinsk service 2015. Ett regionbidrag på 10 Mkr tillkommer för förvaltningen med anledning av förändrat kostnadsansvar för oxygenkoncentratorer. Samtidigt har förvaltningen ett effektiviseringskrav på 10 Mkr.

Division Labmedicin är solidariskt finansierad av Södra sjukvårdsregionen avseende klinisk genetik, arbets- och miljömedicin, Biobank samt för cervix screeningregister. Det ekonomiska anslaget för detta är 36,6 Mkr.

Prognosen för året är att budgeten och åtgärdsprogrammen följs. Personalkostnaderna är lägre än budgeterat på grund av vakanser. För bland annat specialistkompetenser inom Labmedicin råder rekryteringsvårigheter.

Utfallet för år 2014 är en budgetavvikelse för hela förvaltningen med +24 Mkr. Utfallet förklaras av att 120 Mkr som var avsatta för IT-utvecklingsprojekt inte förbrukats fullt ut. För Labmedicin och IT/MT är resultatet för 2014 enligt budget +/-0 vilket hänförs till högre produktion och lägre personalanvändning än budgeterat. Produktionsökningen inom Labmedicin är både kostnadsdrivande och ger bättre intäkter än budgeterat. Verksamheten har emellertid haft mindre personal än budgeterat vilket har bidragit till ett positivt ekonomiskt resultat.

#### 4.4.4 Personalsituationen

Antalet årsarbetare 2014 uppgick till 1 362 personer vilket är lägre än budgeterade 1 415. Frisknärvaron visar att 64 procent av de anställda haft högst fem sjukdagar. Inom Labmedicin har frisknärvaron minskat från 62,1 procent (2013) till 60,8 procent (2014).

Den omfattande bristande på patologer som finns i hela landet uppges uppges vara på väg att förbättras. Bristen omfattar för närvarande cirka tio specialister. Labmedicin har nu 27 specialisttjänstgörande läkare (ST) inom området och ytterligare fyra ska tillkomma inom kort. Pensionerade patologer har engagerats som handledare till läkarna under utbildning.

Flera intervjuade uttalar en oro för den framtida försörjningen med biomedicinska analytiker på grund av kommande pensionsavgångar.

## 4.5 Förvaltningens samspel inom Region Skåne

I detta avsnitt beskrivs iakttagelser avseende följande revisionsfrågor:

- *Vad gör region- och koncernledningen för att påverka tidigare konstaterade brister?*
- *Hur sker information och återkoppling till koncern- och regionledning beträffande måluppfyllelse?*
- *Hur sker information och återkoppling till respektive sjukvårdsnämnd beträffande måluppfyllelse och hur agerar nämnden vid bristande måluppfyllelse?*
- *Hur fungerar samarbetet mellan Medicinsk service och de övriga förvaltningarna? Vilka för- och nackdelar finns?*

### 4.5.1 Region- och koncernledningens insatser gentemot förvaltningen

*Förändrade roller för de centrala politiska organen*

I tidigare granskningar (2013 och 2014) av sjukhusens respektive förvaltningarnas måluppfyllelse bedömdes att region- och koncernledning inte agerat ändamålsenligt för att uppnå en hög måluppfyllelse inom hälso- och sjukvården. Brister noterades bland annat i ensidigt ekonomiskt orienterad uppföljning, otydlig kraftsamling kring angelägna gemensamma utvecklingsfrågor, otillräcklig dialog och återkoppling om mål och resultat mellan koncern och förvaltning samt otydlighet om ansvarsutkrävande och åtgärder vid avvikelser från Region Skånes beslutade mål.

I det reglemente som gällde under åren 2013 och 2014 var det regionstyrelsen som ansvarade för ägar- och produktionsstyrningen av hälso- och sjukvården. HSN:s ansvar omfattade *behovs- och kunskapsstyrning* vilket bland annat bestod i att besluta om samlat uppdrag för hälso- och sjukvården. Ägar- och produktionsstyrningen var enligt reglementet överordnat behovs- och kunskapsstyrningen. Det var också regionstyrelsen som utövade ledningen för hälso- och sjukvården inklusive ambulanssjukvården ur detta ägar- och produktionsperspektiv. Styrelsen beslutade i denna funktion bland annat genom specifika förvaltningsuppdrag om utbudet vid de olika sjukvårdsproducerande förvaltningarna. Under regionstyrelsen fanns vårdproduktionsutskottet-/beredningen som beredde och samordnade frågor som gäller styrningen av Regionens förvaltningsdrivna hälso- och sjukvård. I detta ingick bland annat frågor om uppföljning, produktionsstruktur, investeringar, effektivitet, medicinsk service och andra stödfunktioner.

Regionfullmäktige beslutade den 8 december 2014 om förändrat reglemente för de politiska organen i Region Skåne. Enligt det nya reglementet som trädde i kraft den 1 januari 2015 har HSN det samlade ansvaret för ledningen av hälso- och sjukvården i Region Skåne.

Regionstyrelsens operativa roll i hälso- och sjukvården har lyfts bort. I stället betonas styrelsens uppsiktsplikt: *”Styrelsen ska därför noggrant följa utvecklingen inom Region Skånes egen hälso- och sjukvård.”* Enligt reglementet ska styrelsen särskilt ansvara för att *”göra fullmäktige uppmärksam på hur verksamheten utvecklas i förhållande till de mål som fullmäktige har beslutat”*.

HSN ska nu följa utvecklingen inom de tre sjukvårdsförvaltningarna och svara för en sammanvägd analys av ekonomi och verksamhet som berör all hälso- och sjukvård i egen regi. Under HSN finns beredning/utskott för psykiatri, tandvård, primärvård, vissa läkemedelsfrågor och missbruksfrågor. HSN är vidare driftsledningsnämnd för förvaltningen Medicinsk service.

Tre driftsledningsnämnder som är underställda HSN har inrättats. Dessa nämnder är sjukvårdsnämnd SUS, sjukvårdsnämnd Kryh och sjukvårdsnämnd Sund.

HSN lämnar förslag till regionfullmäktige till samlad hälso- och sjukvårdsbudget med fördelning till driftsledningsnämnderna. HSN har även direktiv- och initiativrätt i förhållande till driftsledningsnämnderna för all hälso- och sjukvård. HSN beslutar också efter samråd med de tre driftledningsnämnderna om *”sådana strukturella förändringar av vårdutbudet som berör flera sjukvårdsförvaltningar”*.

#### 4.5.2 HSN:s agerande vid bristande måluppfyllelse

##### *Breddad dialog och handlingsplaner*

Uppföljningen från koncernledningens sida sker månadsvis. Den ordinarie uppföljning av ekonomi, produktion, medarbetare, tillgänglighet har breddats genom temavis uppföljning av sjukvårdsförvaltningarna. Dessa tillämpas i mån av relevans för Medicinsk service. Dessa områden omfattar bland annat patientsäkerhet, akutsjukvård, cancer, tillgänglighet och läkemedel. Hälso- och sjukvårdsstrategier med ansvar för aktuellt tema deltar numera alltid vid dessa dialoger.

Av intervjuer har det framkommit att koncernen i anslutning till de resultat som visas i delårsrapporten per första oktober ställer krav på handlingsplaner från förvaltningarnas sida. Medicinsk service har i all huvudsak levt till ställda mål och krav varför det inte varit aktuellt med särskilda krav på insatser på Medicinsk service från HSN:s sida. Den fråga som tilldrar sig mest fokus är cancerprocesserna.

#### 4.5.3 Samspel med övriga förvaltningar

Flertalet intervjuade vid Medicinsk service uppger att samarbete med de kliniska specialiteterna är av central betydelse för utveckling av verksamheten. Medicinsk service tillämpar en rad åtgärder för att befärja dialogen med kunderna/verksamheterna. Några exempel har nämnts i avsnitt 4.3.2. Därutöver kan nämnas:

- Laboratoriemedicinska råd (LM-råd) förekommer för närvarande i nordväst och nordöst men det finns diskussion att utveckla i hela Skåne.
- Transfusionsmedicinska kommittéer sammankallas vid respektive sjukhus.
- Kundenkät för utvecklad dialog
- Referenslaboratorier

Resultat är bland annat att de svarstider som fastställts i dialog med kunden successivt har skärpts och att Labmedicin i vissa fall ska leverera svar under helger.

Under 2015 har dialogen fortsatt mellan kundförvaltningar, koncernledning och Medicinsk service där frågor om prisnivåer och principer för prissättning och finansiering diskuterats. Inför 2016 har Medicinsk service presenterat förslag på åtgärder för att bistå kunderna med att styra sina kostnader för labprovtagning. Hit hör bland annat verksamhetsdialoger, införande av så kallade Labombud samt mer detaljerad analys av beställningsmönster och volymer. Dessutom inför regionen ett nytt kalkylverktyg i syfte att verka för ökad transparens kring kostnaderna för Labmedicin.

Samtidigt uppger intervjuade vid Labmedicin att det behövs en bättre samordningsdialog mellan Labmedicin och den kliniska hälso- och sjukvården (citat): *”Det finns en brist på förståelse från sjukvården när de säger att de måste ha hjälp när en ny process tas fram – vi måste vara med i ett tidigare skede än vad som sker idag.”*

Representanter från de sjukvårdande förvaltningarna som har intervjuats är liksom vid föregående överlag nöjda med Labmedicin och dess verksamhet. Kritik riktas mot priserna. Från Medicinsk service framförs att det via regiondirektörens beslut om pris har en stark press att hålla kostnaderna och priserna nere. Prisutvecklingen inom Labmedicin har under senare år uppges ha varit lägre än jämförbara index. Vid ett flertal tillfällen har reduceringar gjorts av kundernas kostnader då Labmedicin lyckats begränsa kostnadsutvecklingen till en lägre nivå än budgeterat.

## 5 Slutsatser och bedömningar

### 5.1 Bedömning revisionsfråga 1-12

Granskningen av de specifika revisionsfrågor som ställts har föranlett nedanstående slutsatser och bedömningar.

*1. På vilket sätt arbetar Medicinsk service med att ge en patientfokuserad vård med kvalitet och säkerhet och hur upplevs detta av patienterna?*

Labmedicin har en begränsad direktkontakt med patienter. En central faktor både för patienten och för de vårdgivare som Labmedicin servar är säkra och snabba leveranser av provsvar. Kvalitet handlar om att processerna är standardiserade, medarbetarna engagerade och motiverade samt att ledningssystemen är effektiva. Medicinsk service bidrar även till utbildning, kvalitetskontroller och support till vården. Sedan föregående granskning har Labmedicin gjort en kraftsamling för att implementera de basala hygien- och klädreglerna vilket lett till en tydlig förbättring.

Vår bedömning är att Labmedicin, precis som i tidigare granskning, har ett starkt fokus på patientsäkerhetsarbetet bland annat genom ackreditering av all verksamhet och apparatur samt utbildning till personal. Vår bedömning är att det finns ett fokus på att utveckla patientfokuserad vård genom arbete att korta svarstider och deltagande i utvecklingen av patientprocesser.

*2. På vilket sätt arbetar Medicinsk service med att få en effektiv vård som ger värde för respektive patient?*

Labmedicin har två nyckelfrågor för en god effektivitet. Den ena handlar om svarstider och förmåga att leverera svar när vården behöver dem. Den andra handlar om förmågan att hålla kostnaderna nere för provsvaren. Labmedicin når i allmänhet de mål för svarstider som formulerats i samverkan med de kliniska verksamheterna. Undantag är vissa delar av patologin som påverkas av betydande personalbrist. Genom koncentration av verksamheter, investeringar i ny teknik och utnyttjande av automation har Labmedicin uppvisat produktivitetsförbättringar under flera års tid som medverkar till att hålla priserna nere.

Vår bedömning är att förvaltningen i all huvudsak arbetar ändamålsenligt för att uppnå en hög effektivitet som genererar värde för patienten. Systematisk förbättring av verksamhet och processer är en del i detta arbete. Det gäller även bristerna i svarstider inom patologin som adresseras med omfattande satsningar på kompetensförsörjning. Ökad flexibilitet erbjuds genom att vissa provsvar även kan levereras under helger. Fortsatt automatisering och införande av elektroniska remisser är centrala utvecklingsfrågor för Labmedicin.

*3. Hur har organisationsförändringen påverkat medborgaren/patienten?*

Medicinsk service arbetar med flera olika projekt för att stärka patientprocesser, underlätta tillgängligheten och skapa en mer patientfokuserad vård. Förvaltningen arbetar med att införa exempelvis ”labombud” i den kliniska verksamheten för att enklare föra en dialog och löpande informera om senaste kunskapsläget och förändringar. Det är centralt att Medicinsk service görs än mera delaktiga i vårdprogramdiskussioner inom Regionen som en del i labdivisionens patientfokusering .

Labmedicin Skåne bildades 2009 genom att verksamheter som tidigare ingått i tio skånska sjukhus överfördes till en *regiongemensam förvaltning*. Eftersom denna förändring genomfördes långt före Skånevård 2.0 är vår bedömning att den nya förvaltningsorganisationen i sig inte har någon direkt påverkan på medborgare/patient.

*4. Vilka lokala styrdokument/handlingsplaner finns för att styra mot uppsatta mål för verksamhet och ekonomi och hur används dessa för att tillse att tilldelat uppdrag uppfylls?*

Medicinsk service är i huvudsak intäktsfinansierad men med vissa kompletterande anslag för bland annat forskning. Det viktigaste styrinstrumentet gentemot förvaltningen är det av koncernledningen fastställda internprislistan för förvaltningens tjänster.

Förvaltningen arbetar efter det balanserade styrkortet med mål, aktiviteter och målrelaterad ersättning som kommunicerats från förvaltningschef via ledningsgrupp till verksamhetschefer och arbetsplatsträffar (APT). Medicinsk service nådde under 2014 sina mål gällande målrelaterad ersättning och för 2015 formulerades ytterligare tio nya mål.

Vår bedömning är att styrinstrumenten med internprissättning och balanserat styrkort är väletablerat inom division Labmedicin och dess verksamheter samt att kommunikationen av mål är tydlig och transparent ner på individnivå.

*5. Finns det skillnader mellan olika verksamheter inom förvaltningen när det gäller måluppfyllelse och vad beror i så fall dessa på?*

Det tillämpas en enhetlig styrmodell inom Labmedicins sex verksamhetsområden. Under 2015 har det med tydligt resultat skett en satsning på ledarskap i förvaltningen som bland annat inbegriper fyra nya verksamhetschefer.

Verksamheterna är av olika karaktär där det gemensamma är diagnostisk service till sjukvården samt forskning. Skillnader finns i förväntade svarstider till beställarna och måluppfyllelse av dessa. Överlag är beställarna nöjda med svarstiderna och kvaliteten i analyssvaren förutom inom patologi där svarstiderna fortfarande är för långa även om förbättringar syns det senaste året.

*6. Hur sker information och återkoppling inom förvaltningen beträffande måluppfyllelsen?*

Arbetet med att utveckla Labmedicins balanserade styrkort till att omfatta *hela* förvaltningen har skapat en struktur för tydligare fokus på dialog och återkoppling kring målarbetet. Verksamheterna har dock kommit olika långt i arbetet. Mål och måluppfyllelsen diskuteras och kommuniceras bland annat under arbetsplatsträffar samt ned på individnivå under fyra uppföljningssamtal per år. Det centrala målet inom förvaltningen anses vara *rätt svar i rätt tid* vilket som mål är föremål för kontinuerliga dialoger inom alla nivåer.

Vår bedömning är att organisationen och stabsfunktionerna i större utsträckning hittat sina roller jämfört med föregående granskning. Förvaltningsledningens arbete med det balanserade styrkortet och fokusering på dialog och uppföljning gällande mål är fortsatt framgångsrikt. Det krävs fortsatt engagemang och dialog för att upprätthålla medarbetarnas intresse och kunskap kring målarbetet.

*7. Hur sker information och återkoppling till respektive sjukvårdsnämnd beträffande måluppfyllelse och hur agerar nämnden vid bristande måluppfyllelse?*

Medicinsk service sorterar direkt under HSN. Medicinsk service är jämte övriga förvaltningar föremål för månadsvis uppföljning och dialog. Huvudfokus ligger på ekonomi och produktion nedbrutet på de beställande förvaltningarna.

Vår bedömning är att Medicinsk service i all huvudsak har levt upp till ställda mål och krav varför det inte varit aktuellt med särskilda krav på insatser på Medicinsk service från HSN:s sida. Den fråga som tilldrar sig mest fokus är svarstider inom cancerprocesserna.

*8. Vilka åtgärder vidtas lokalt vid bristande måluppfyllelse?*

Labmedicin har under såväl 2014 som 2015, enligt prognoserna, uppnått ställda krav på kostnadsanpassning och effektiviseringskrav på 10 Mkr. Prognosen för året är att budgeten följs vilket innebär att verksamheterna följer sina åtgärdsprogram. I föregående granskning noterades förvaltningens svaga tillämpning av vårdhygienregelverket. Förvaltningen har sedan dess fokuserat på att förbättra målen gällande basala hygien- och klädrutiner vilket medfört att målnivån har stigit från 69 procent till 84 procent.

Vår bedömning är att Medicinsk service tillämpar relevanta rutiner för att hantera risker för avvikelser från målen. Målavvikelserna inom Labmedicin som främst rör svarstider inom cancerprocesserna hanteras genom ett långsiktigt arbete kring kompetensförsörjningsstrategin.

*9. Vad gör region- och koncernledningen för att påverka tidigare konstaterade brister?*

Brister som uppmärksammats i tidigare granskningar har varit avsaknad av arenor för dialog mellan förvaltningarna och HSN som utarbetat och fastställt mål och att koncernledningens uppföljning varit snävt inriktad framförallt på ekonomi. Regionens nya reglemente ger nu HSN det sam-

lade ansvaret för hälso- och sjukvården. Koncernledningens dialoger med förvaltningarna har under innevarande år breddats att omfatta fler kvalitetsfaktorer. En för Medicinsk service central dialog som även inkluderar kundförvaltningarna gäller prisnivåer och principer för prissättning och finansiering.

Vår bedömning är att tidigare konstaterade brister i dialogen mellan koncernledning och förvaltningar är på väg att åtgärdas.

*10. Hur sker information och återkoppling till region- och koncernledning beträffande måloppfyllelsen?*

Dialogen med region- och koncernledningen sker främst genom förvaltningschefen vid månadsvisa möten.

Vår bedömning är att Medicinsk service formellt har uppfyllt de krav som är ställda på återkoppling till koncern- och regionledning.

*11. På vilket sätt arbetar förvaltningen för att mäta kvalitetsbristkostnader i verksamheten?*

Medvetenheten kring kvalitetsbristkostnader har ökat och uppdrag från hälso- och sjukvårdsdirektören i Region Skåne har getts till samtliga förvaltningar att arbeta med frågan. Samtidigt framhålls att beräkningar för just Labmedicin är komplicerade gällande kvalitetsbristkostnader. Det handlar både om säker och snabb leverans samtidigt som Labmedicin är beroende av kundernas vårdkedja.

Vår bedömning är att det i dagsläget inte sker någon systematisk uppföljning av kvalitetsbristkostnader vid Medicinsk service.

*12. Hur fungerar samarbetet mellan Medicinsk service och de övriga förvaltningarna? Vilka för- och nackdelar finns?*

Av intervjuer som genomförts med företrädare vid sjukvårdsförvaltningarna framgår att de i allmänhet anser att samarbetet med Medicinsk service är gott och att servicen fungerar bra. Medicinsk service har tagit ytterligare steg för att förbättra dialogen med den kliniska verksamheten. Den nationella bristsituationen på patologer gör sig fortfarande gällande och skapar kompetensproblem inom patologi. I syfte att förbättra svarstiderna har dialogen med kundförvaltningarna fortsatt under 2014 och 2015. Antalet ST-läkare inom patologi har också ökat de senaste åren och kommande digitalisering av verksamheten inger förhoppningarna om en bättre verksamhet med kortare svarstider framöver.

Ifrågasättandet från kundförvaltningarna kring internprismodellen som praktiseras kvarstår sedan föregående granskning men under 2015 har dialogen mellan kundförvaltningar, koncernledning och Medicinsk service gällande prisnivåer och principer för prissättning och finansiering fortsatt. Labmedicin planerar att genomföra mer detaljerad analys av beställningsmönster och volymer. Dessutom inför regionen ett nytt kalkylverktyg i syfte att verka för ökad transparens kring kostnaderna för Labmedicin.

Vår bedömning är att Medicinsk service vad avser laboratorieverksamheten arbetar på ett långsiktigt och ändamålsenligt sätt i sitt samarbete med övriga förvaltningar. Samtidigt finns behov av en ökad transparens i underlagen för prissättning samt regelbunden, öppet redovisad benchmark av priser och produktivitet.

## **5.2 Övergripande revisionsfråga – Medicinsk service**

Den övergripande frågan i granskningen är om förvaltningarnas – i detta fall Medicinsk service – verksamheter planeras, organiseras och styrs på ett sätt som sätter patienten i centrum samt är ändamålsenliga och optimala ur patientsäkerhets-, effektivitets- och ekonomiskt perspektiv.

*Åtgärder och resultatutveckling*

Förvaltningen Medicinsk service bildades 2013. Inom förvaltningen finns två divisioner: division Labmedicin och division IT/MT. Endast Labmedicin ingår i denna granskning.



Ett av de centrala styrmedlen för Labmedicin är de mål för svarstider som fastställs efter dialog med olika specialiteter i hälso- och sjukvården. Svarstiderna har en stor betydelse för de övriga förvaltningarnas förutsättningar att nå sina mål. De ledtider som Medicinsk service kan upprätthålla är avgörande om vårdgarantin ska kunna nås både vid sjukhusen och primärvården i Regionen. Laboratorieverksamheten inom Medicinsk service har fortsatt ett starkt fokus på ökad effektivitet och kvalitet som kommer hälso- och sjukvården i övrigt och patienterna till godo. Labmedicin följer svarstider, produktion, produktivitet och ekonomi och har en tydlig målstruktur och balanserat styrkort på alla nivåer, inklusive medarbetarnivå. Verksamheten arbetar med att systematiskt kartlägga brister och planera för förbättringar i dialog med verksamhetens kunder. Arbetet är i huvudsak strategiskt och långsiktigt såsom är fallet inom patologin där bristen på patologer går ut över möjligheten att upprätthålla optimala vårdtider till cancersjukvården.

Förvaltningen har vad avser Labmedicin uppnått uppsatta ekonomimål och genomfört beslutade rationaliseringar. Produktionen ökar kontinuerligt, både till följd av fler beställningar och fler vårdgivare. Den berörda divisionen har därvid en ökande produktivitet. Efter särskild satsning från ledningens sida har Labmedicin avsevärt förbättrat sitt resultat vad gäller målet ”följsamhet till hygien- och klädregler” och ligger strax under målnivån. Labmedicin har inte följsamhet till målet för svarstider för patologisk provtagning inom flera cancerprocesser. Detta beror på en allmän patologbrist som Skåne delar med övriga landet. Det satsningar som Labmedicin genomfört har redan resulterat i förbättringar. Antalet patologer förväntas öka framöver genom ett omfattande program för specialistutbildningar (ST) för läkare.

Labmedicin har en långsiktig strategi kring att införa och utveckla modern teknik. Vår bedömning är att den ökade automationen på lång sikt både ökar säkerheten kring kvalitet och leverans samt kan innebära effektivitetspotential och besparingsmöjligheter. Ökad användning av benchmarking med andra laboratoriemedicinska verksamheter, både nationellt och internationellt, kan ytterligare bidra till utveckling och förbättring.

Verksamheterna finansieras i huvudsak med ersättningar via interndebitering utifrån av koncernledningen fastställda prislister. I en icke konkurrensutsatt verksamhet, som laboratoriemedicin, är det svårt att bedöma huruvida verksamheterna bedrivs kostnadseffektivt och med bästa möjliga kvalitet. Då är det en fördel att regelbundet jämföra sig (benchmarking) med flera andra liknande verksamheter och öppet redovisa resultaten för sina kunder.

#### *Medborgar- och patientperspektiv*

Medicinsk service har en begränsad direktkontakt med patienterna. Utökade öppettider tillhandahålls för både patienter och hälso- och sjukvårdspersonal. Förvaltningens arbete med att korta svarstider och samtidigt bibehålla kvaliteten bidrar med värde för patienterna.

Förvaltningen har ett starkt fokus på patientsäkerhetsarbetet bland annat genom ackreditering av all verksamhet och apparatur. Standardisering och systematisering av tjänsterna pågår och har ökat för att klara mål och uppdrag med rådande personalsituation.

#### *Bedömning i sammanfattning*

I granskningen har det framgått att förvaltningen som helhet tillämpar ett systematiskt arbetssätt för att nå de uppsatta målen och tillgodose avnämarnas behov. Insatserna består av ständig processförbättring, koncentration av insatser till lämpliga enheter samt användning av ny teknologi och investeringar i utrustning för automation. Insatserna har utvecklats ytterligare sedan föregående granskning för ett år sedan.

Vår bedömning är att Medicinsk service i den del som omfattar laboratorieverksamheten i huvudsak arbetar ändamålsenligt och optimalt ur patientsäkerhets-, effektivitets- och ekonomiskt perspektiv.

### **5.3 Förbättringsområden – Medicinsk service**

Granskningen av Medicinsk service avseende Labmedicin har föranlett impulser till följande rekommendationer:

- Kompetensförsörjningen inom bristyrkesområdena bör fortsatt prioriteras.
- I syfte att få kunskap om laboratorieverksamheternas, service, kvalitet och kostnadseffektivitet bör regelbunden benchmarking genomföras mot externa jämförbara organisationer och resultaten publiceras i Kvalitetsportalen.
- Fortsatt fokus bör riktas mot att uppnå mål och krav avseende basala hygien- och klädrutiner och patientsäkerhetskultur.
- Kvalitetsbristkostnader bör uppmärksammas och mätas för att identifiera vilka verksamhetsmässiga eller andra utvecklingsinsatser som ska prioriteras.
- Arbete med förbättringar av svarstiderna i förhållande till kundklinikernas behov bör fortsätta med särskilt fokus på patologins roll i cancervårdprocesserna. Svarstiderna bör regelbundet publiceras i Kvalitetsportalen.

## **Bilaga 1 – Intervjuade personer**

Följande personer har medverkat vid djupintervjuer och/eller medverkat i den workshop som genomförts inom ramen för granskningen vid Medicinsk service

Gunilla Bodelsson  
Monica Dahlgren  
Lars Kristensson  
Thomas Risberg  
Mats Widerström

Lisbeth Cederwald  
Bodil Ivarsson  
Monz Lundqvist  
Elisabet Sjöberg Wester  
Michael Wilstermann

Följande personer på koncernkontoret har intervjuats:

Åsa Adolfsson  
Ingrid Bergman  
Jens Enoksson  
Charlotte Karbassi  
Ulf Meijer Sven Oredsson  
Lars-Åke Rudin  
Åsa Tranesjö  
Ronny Wain

Ann-Sofi Bennheden  
Åsa Berling  
Anna-Lena Hogerud  
Maria Ivarsson  
Sven Oredsson  
Carl-Johan Sonesson  
Gilbert Tribo

## Bilaga 2 – Kvalitetsindikatorer som är målsatta

<b>Hälso- och sjukvård i rimlig tid</b> Väntande till första besök inom 60 dagar Väntande till operation/åtgärd inom 60 dagar Tillgänglighet MR - väntande inom 30 dagar Tillgänglighet till operation av höftfraktur Telefontillgänglighet primärvården	Täckningsgrad i kvalitetsregistret Uppföljning efter hjärtinfarkt Rökstopp efter hjärtinfarkt Fysisk träning efter hjärtinfarkt Kolesterolnivå efter hjärtinfarkt Blodtryck efter hjärtinfarkt Akut återinskrivning inom 30 dagar efter sjukhusvård på grund av hjärtsvikt
<b>Äldres hälsa</b> Fallriskbedömning Riskbedömning avseende trycksår Munhälsobedömning Vårdplan avseende fallrisk för patienter 65 år och äldre med ökad fallrisk enligt riskbedömning Vårdplan avseende trycksår för patienter 65 år och äldre med ökad risk för trycksår enligt riskbedömning Riskbedömning avseende undernäring Undvikbar slutenvård för äldre Återinskrivning inom 30 dagar för äldre Tvärprofessionell läkemedelsgenomgång, inklusive läkemedelsavstämning Olämpliga läkemedel hos äldre (>75 år)	<b>Patientfokuserad vård</b> Bemötande, information och delaktighet enligt NPE
<b>Palliativ vård</b> Täckningsgrad i Svenska palliativregistret Smärtanalys och regelbunden skattning av smärtintensitet Smärtskattning sista veckan i livet Brytpunktsamtal Dokumenterad individuell vid behovsordination av ångestdämpande	<b>Jämlik hälso- och sjukvård</b> Screening i socioekonomiskt utsatta områden Våld i nära relationer
<b>Akutsjukvård</b> Vistelsestid på akutmottagning ≤ 4 timmar Andel som väntar <1 tim till första läkarbedömning Mediantid till trombolysstart vid stroke Överflyttning av intensivvårdspatienter pga resursbrist Återställning av blodflöde till hjärtat vid hjärtinfarkt inom rekommenderad tid Trombolys (propplösande behandling) vid stroke Tillgänglighet till operation av höftfraktur <24 timmar	<b>Diabetesvård</b> Blodsockernivå under viss nivå Blodtryckskontroll Blodsockernivå (median) Fotundersökning senaste året Ögonbottenundersökning senaste två respektive tre åren Andel rökare
<b>Hjärtsjukvård</b> Återställning av blodflödet till hjärtat vid hjärtinfarkt inom rekommenderad tid Återställning av blodflödet till hjärtat vid hjärtinfarkt inom rekommenderad tid Kranskärlsröntgen vid hjärtinfarkt Läkemedelsbehandling vid hjärtinfarkt Läkemedelsbehandling vid hjärtinfarkt	<b>Nervsystemets sjukdomar</b> Direkt vård på strokeavdelning eller IVA Propplösande behandling vid stroke Behandling av förmaksflimmer hos patienter med stroke Mediantid till trombolys Funktionsförmåga efter stroke Andel nöjda med rehabilitering tre mån efter stroke Helt tillgodosett behov av stöd/hjälp efter tre månader Blodtrycksbehandling tre mån efter stroke Behandling pga högt kolesterol tre mån efter stroke Rökstopp tre mån efter stroke
	<b>Säker hälso- och sjukvård</b> Utlokaliserade patienter Överbeläggningar Följsamhet till regler för basal hygien Följsamhet till regler för arbetskläder Öppenvårdsantibiotika Antibiotikaval (Kinoloner) vid urinvägsinfektion Antibiotikaval vid behandling av barn Orala opioider Utskrivningsinformation Riskanalyser Vårdrelaterade infektioner