

**Sjukvårdsförvaltningarnas förmåga  
att klara sina mål**  
**Granskning av Skånevård Kryh - uppföljning**

---

*Januari 2016*

*Dag Boman*

*Lars-Bertil Arvidsson*

*Catharina Barkman*

*Pia Lidwall*

*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	8
<b>3</b>	<b>REGION SKÅNES FÖRVALTNINGAR – STYRNING OCH UTVECKLING</b>	<b>8</b>
3.1	REGIONEN SKÅNES MÅL FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	8
3.2	UPPDRAG OCH UPPFÖLJNING	9
3.3	KRYH:S UPPDRAG	9
<b>4</b>	<b>ARBETET MED MÅL VID SKÅNEVÅRD KRYH</b>	<b>10</b>
4.1	ORGANISATION OCH LEDNING	10
4.2	UPPDRAG, STYRNING OCH ÅTGÄRDER	11
4.3	KVALITETSARBETE OCH PATIENTFOKUSERAD VÅRD	13
4.4	EFFEKTIV VÅRD	18
4.5	FÖRVALTNINGENS SAMSPEL INOM REGION SKÅNE	22
<b>5</b>	<b>SLUTSATSER OCH BEDÖMNINGAR</b>	<b>25</b>
5.1	BEDÖMNING REVISIONSFRÅGA 1-12	25
5.2	ÖVERGRIPANDE REVISIONSFRÅGA – SKÅNEVÅRD KRYH	28
5.3	FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN – SKÅNEVÅRD KRYH	30
	<b>BILAGA 1 – INTERVJUADE PERSONER</b>	<b>31</b>
	<b>BILAGA 2 – KVALITETSINDIKATORER SOM ÄR MÅLSATTA</b>	<b>32</b>

## 1 Sammanfattning

### *Uppdrag och genomförande*

I denna uppföljande granskning görs en kartläggning och bedömning av Skånevård Kryh och dess förmåga att klara sina mål. Den period som granskas är 2014 till 2015. Rapporten är ett led i den granskning som revisionen i Region Skåne låter göra av sjukvårdsförvaltningarna och som nu omfattar åren 2010 – 2015. Granskningen har utförts av Capire Consulting AB under perioden augusti till november 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 av förvaltningarna. 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 Skånevård Kryh bildades genom fusion av fyra tidigare förvaltningar och koncentration av vissa regiongemensamma funktioner såsom ASiH och palliativ vård. Processen inleddes sommaren 2013 och har fortsatt under innevarande år.

Den nya förvaltningen hade inledningsvis en stor utmaning med att den tidigare organisationen för styrning och uppföljning behövde omskapas. Fortfarande pågår denna process vilken bland annat resulterat i att platsansvariga har utsetts för sjukhusenheterna för att samordna insatser på respektive sjukhus.

Det existerade fortfarande under 2014, som beskrevs som ”ett förlorat år”, problem med att formulera relevanta mål och fullfölja uppföljning av de beslutade målen på förvaltningsnivå. I föregående granskning uppmärksammades samtidigt att flera viktiga strukturer och element i styrningskulturen var på väg att utvecklas i förvaltningen. Dessa fortsätter att växa fram och särskilt kan framhållas kvalitetsutveckling av patientprocesser. Positiv utveckling sker även vad gäller arbetet med patientsäkerhet och patientfokusering genom medborgare/patientmedverkan i utvecklingsarbetet. Ansvar och samverkan kring handlingsplaner som ska tas fram vid avvikelser från målen har tydliggjorts. Förvaltningen strävar även efter ett systematiskt grepp på produktions- och kapacitetsplanering.

Än så länge är det för tidigt att uttala sig om vilka effekterna blir av dessa ansatser. Förvaltningen har under 2015 lägre produktionsvolymmer och sannolikt sänkt produktivitet jämfört föregående år. Även när det gäller ett antal kvalitetsindikatorer (som endast delvis kan följas bakåt i tiden på grund av sammanslagning av sjukhusförvaltningarna) ses en svagt fallande trend inom flera målområden under de tre senaste åren. Innan det tillskott om 121,7 Mkr som regionstyrelsen beslutade om i oktober 2015 prognosticerades ett betydande underskott för verksamheten motsvarande 200 Mkr.

### *Medborgar- och patientperspektiv*

Förvaltningen lägger fortsättningsvis stor vikt vid begreppen patientfokuserad respektive personcentrerad hälso- och sjukvård. Faktorer såsom tillgänglighet, bemötande, delaktighet och information följs upp. Flera patientråd har inrättats och brukarsamverkan med företrädare för patienter och brukare genomförs. Projekt med inriktning på personcentrerad vård genomförs vid samtliga sjukhus i Kryh.

Vår bedömning är att förvaltningens arbete i ökad utsträckning har många positiva inslag ur ett patient- och medborgarperspektiv. Utvecklingen kan ytterligare stärkas genom en tydligare uttalad strategi och bör bli föremål för en mer systematisk uppföljning/utvärdering för lärande och spridning av goda resultat.

### *Bedömning i sammanfattning*

Sammanfattningsvis brister Skånevård Kryh fortsättningsvis i sin förmåga att uppnå ett betydande antal av de mål som HSN har beslutat om. Förvaltningen har även en produktionsminskning som

riskerar att leda till ökade kostnader för att upprätthålla en god tillgänglighet för befolkningen. Den grund som har lagts bland annat genom fokus på patientprocesser och kvalitetsbrister har dock potential för bättre resultat över tid visavi fastställda mål.

Vår bedömning är att förvaltningen för att vända nuvarande trend mot försämrade måloppfyllelse ytterligare bör utveckla sin systematik för att sätta patienten i centrum och vidta åtgärder som kan följas upp och förbättras. Förvaltningen bör förbättra sin kontroll över måloppfyllelsen bland annat genom att anslå ett tydligare angreppssätt för ökad produktivitet och stabila kvalitetsresultat för en effektiv hälso- och sjukvård.

### *Resultat specifika frågor*

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

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

Förvaltningen ägnar stor uppmärksamhet mot att stärka patientsäkerheten och uppnå en patientfokuserad vård. Bland annat samlas patientsäkerhetssamordnarna centralt i förvaltningen. Patientråd har inrättats, brukarsamverkan sker löpande och projekt med personcentrerad vård finns på alla sjukhus. Förbättrade resultat har uppnåtts exempelvis för återinskrivning efter vård för hjärtsvikt, medan resultaten för vårdrelaterade infektioner försämrats mellan 2014 och 2015. Kryh uppfyller under 2015 till och med augusti målet om en förbättrad tillgänglighet i en större del av verksamheterna men når inte upp till de regionala tillgänglighetsmålen.

Vår bedömning är att förvaltningens arbete för en patientsäker och patientfokuserad vård är väl strukturerat och prioriteras högt. I flera fall har omorganisationer, chefsbyten eller besparingskrav försvårat ett långsiktigt arbete. För att växla upp arbetet behövs nu en stabil och strategisk styrning mot mål för patientsäkerhet och patientfokusering.

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

Effektiviseringsarbetet inom Kryh baseras i hög grad på att skapa smidiga patientprocesser. Resultatet är bland annat kortare ledtider, överföring av vård från slutna till öppna vårdformer och minskad undvikbar vård för äldre. Förvaltningen klarar flera av uppställda mål som utgör indikatorer på effektivitet, men har liksom vid föregående granskning en negativ trend för många parametrar och en fallande produktion trots ökande resurser. Förvaltningen klarar fyrtimmarsmålet sämre 2015 per augusti än 2014. Överbeläggningar, omflyttningar och utlokaliserade patienter är vanligare än tidigare vid samtliga akutsjukhus i förvaltningen.

Kryh tillämpar flertalet av de verktyg som stått till buds med produktionsplanering, schemaläggning och poliklinisering. Goda exempel på att ökad delaktighet från patienterna finns. Vår bedömning är att Kryh har aktivt förhållningssätt för en effektiv vårdorganisation men behöver förtydliga sin strategi för hur det ska åstadkommas. Ett centrala förbättringsområde är att vända den vikande produktiviteten.

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

Sedan 2014 har en rad projekt initierats inom Kryh i syfte att stärka patientens inflytande och delaktighet. Målet är att alla verksamheter ska bli patientcentrerade. Nationell Patientenkät (NPE) visar att tillgängligheten inom förvaltningen har förbättrats inom de flesta områdena under 2015. Andra aspekter av organisationsförändringen är att patienterna erbjuds en mer likvärdig vård eftersom sjukvården erbjuds samlat inom Kryh.

Vår bedömning är att organisationsförändringen endast marginellt påverkat patienterna geografiskt men att tillgängligheten och kvaliteten har blivit bättre genom att förvaltningen bättre kan säkerställa kompetenser vid alla enheter/sjukhus. Effekten av Skånevård 2.0 för medborgaren/patienten är inte utvärderad av förvaltningen. Vår bedömning från föregående granskning att förvaltningen saknar effektiva instrument för att värdera sitt arbete ur ett patient- och medborgarperspektiv kvarstår.

*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?*

Förvaltningen styrs med balanserat styrkort, måldokument, verksamhetsplan, patientsäkerhetsplan och medicinska mål. En strukturerad styrning sker inom divisionerna kirurgi och närsjukvård för ett ökande antal patientprocesser. För varje process finns ansvariga med uppdrag att kontinuerligt åstadkomma resultatförbättringar. HSN:s mål i de tio indexgrupperna följs. Varje verksamhetsområde har därutöver valt egna mål.

Vår bedömning är att styrningen inom Kryh med inriktning på kartläggning och resultatförbättring av patientprocesser ger goda förutsättningar för styrning mot uppsatta mål.

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

Det finns skillnader mellan verksamheter och sjukhus som har sitt ursprung i tidigare organisation. Dessa skillnader gäller verksamheternas olika art, nätverk, ersättningsmodell, organisationskultur, kunskaper och förmågor att genomföra åtgärder att nå målen. De största verksamheterna är kirurgi och närsjukvård/internmedicin och dessa är organiserade i verksamhetsområden inom respektive tidigare sjukhus.

Vår bedömning är att måluppfyllelsen för olika verksamheter präglas av deras uppdrag, profil och lokalisering. Divisionernas arbete med att knyta ihop verksamheterna mellan sjukhusen har påbörjats men tar tid att genomföra. Arbetet med kvalitetsutveckling av patientprocesser skapar möjligheter till både effektivare vård och mera jämlik vård. Nya gränser mellan divisioner och verksamhetsområden som uppkommit genom den nya organisationen behöver reduceras för ett bättre samlat resultat för förvaltningen.

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

Information och kommunikation inom förvaltningen sker i huvudsak inom den ordinarie linjeorganisationen. Handlingsplaner finns för alla perspektiven i det balanserade styrkortet. Dessa följs upp månadsvis. Med fokus på patientprocesserna inom divisionerna för kirurgi och närsjukvård sker information och kommunikation också i processarbetet. Därutöver kommuniceras HSN:s mål i organisationen vid arbetsplatsmöten. Det är på verksamhets- och enhetsnivå som resultaten ska följas upp och åtgärder vidtas.

Vår bedömning är att förvaltningen har en god transparens vad gäller kommunikation av mål och uppföljningar. Dock bör risken för långa informationsvägar genom divisionsnivån, verksamhetsområden, sektioner, enheter och vidare till medarbetarna där också de geografiska avstånden spelar roll uppmärksammas. Modellen med platsansvariga fyller en efterfrågad funktion, men har en oklar roll.

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

Information och återkoppling från förvaltning till sjukvårdsnämnden sker enligt de rutiner som tillsvidare har fastställts. Det sker framförallt genom redovisning av verksamhetsrapport för månad, delår och helår. Driftsledningsnämnden som till och med oktober hållit åtta möten uppdrog vid sitt sammanträde den 29 oktober till förvaltningschefen att inkomma med förslag till åtgärder för ekonomi i balans. Utöver detta har nämnden inte tagit några beslut som rör strukturella frågor eller förvaltningens bristande måluppfyllelse.

Driftsledningsnämnden har ett övergripande ansvar för att förvaltningens resurser används på ett rationellt och effektivt sätt utifrån politiska beslut om utbud, tillgänglighet och kvalitet. Det är enligt vår bedömning hitintills otydligt hur nämnden ska fullfölja denna uppgift till exempel genom att ta beslut i strukturella frågor. Utan tydligare mandat riskerar ordningen med nämnder att förlänga ärende- och beslutsprocesserna i Regionen.

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

Det är på divisions- och verksamhetsnivå som initiativ ska tas till att handlingsplaner görs vid avvikelser från målen. Vid avvikelser från ekonomi i balans förstärks uppföljningen av de verksamheter och/eller patientprocesser som inte når sina mål genom tätare uppföljning. En analys ska

genomföras och handlingsplan upprättas. Efterhand som verksamheter klarar sina åtaganden minskar den täta uppföljningen. Uppföljning sker månadsvis med åtföljande åtgärder. En särskild överenskommelse inom chefshierarkin innebär ett tydliggörande av verksamheternas åtagande att leva upp till beslutade mål.

Vår bedömning är att förvaltningen i all huvudsak arbetar på ett sådant sätt som bör trygga en god måluppfyllelse. De många mål som blivit resultat av decentraliserade balanserade styrkort riskerar dock att minska organisationens förmåga att kraftsamla kring de mest angelägna målen.

*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. Likaså har det bedömts som en brist 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. Det börjar även etableras en dialog om hur målen kan utvecklas och förbättras.

Vår bedömning är att tidigare konstaterade brister i dialogen mellan koncernledning och förvaltningar är på väg att åtgärdas. En kvarstående brist från föregående granskning är att varken koncernen eller förvaltningen inte har följt upp och dokumenterat vilka effekter som uppstått vid fusionen av de verksamheter som idag bildar Skånevård Kryh.

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

Koncernledningen genomför månadsvis uppföljning av förvaltningens uppdrag, måluppfyllelse och ekonomi. I anslutning till uppföljning av ekonomi, produktion, medarbetare, tillgänglighet sker även temavis uppföljning av olika kvalitetsområden. Hälso- och sjukvårdsstyrning vid koncernkontoret genomför även egna dialoger med Kryh och övriga förvaltningar om bland annat uppföljningsplanen. Inom cancervården sker dialoger som drivs av regionalt cancercentrum (RCC). Förvaltningsledningen inom Kryh informerar löpande den lokala driftsledningsnämnden om förvaltningens resultat.

Vår bedömning är att uppföljningsarbetet har utvecklats positivt jämfört med föregående år. Det är ännu inte helt tydligt vilka nya rutiner som kommer att etableras i dialogen mellan region- och koncernledning och förvaltningarna. Det uppfattas bland annat inte vara klart uttalat hur region- respektive koncernledning kommer att agera i de fall som förvaltningarna avviker från uppställda mål. Vår bedömning är att Kryh 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?*

Inom Kryh arbetar divisionerna med kvalitetsutveckling av patientprocesser med syftet att reducera brister i processerna och öka kvaliteten i vården. Förvaltningen medverkar i den regiongemensamma satsningen på kvalitetsbristkostnader som startat under 2015 och har startat vissa projekt bland annat rörande trycksår, läkemedel, komplikationer vid kirurgiska operationer, barn-diabetes och koloncancer.

Vår bedömning är att arbetet med att lyfta upp kvalitetsbristkostnader i verksamheten har förstärkts och utvecklats jämfört med vår tidigare granskning. Det finns inskrivet i regionens styrkarta som ett strategiskt område att arbeta vidare med. Det sker emellertid fortfarande inga systematiska mätningar av kvalitetsbristkostnader.

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

Den samverkan som sker med Medicinsk service fungerar bra främst gällande division Labmedicin. Kritik riktas mot den styrmodell som existerar inom samtliga serviceverksamheter i Regionen med otydliga ansvars- och gränssnittsförhållanden. Även ersättningsmodellen som appliceras inom Medicinsk service och Regionservice får kritik från Kryh för återkommande kostnadsavvikelser.



I den nya förvaltningsorganisationen bedöms benägenheten till samverkan mellan de olika delarna i hälso- och sjukvårdssystemet i Region Skåne successivt ha ökat bland annat i form av avlastning av andra förvaltningar med platsbrist.

### Förbättringsområden

Granskningen av Kryh har föranlett impulser till följande rekommendationer:

- Arbetet med en patientfokuserad vård kan ytterligare stärkas genom en tydligare uttalad strategi och bör bli föremål för en mer systematisk uppföljning och utvärdering.
- Strategin för att åstadkomma en effektiv vårdorganisation behöver förtydligas.
- Åtgärder behöver vidtas för att bättre följa upp och vända den under senare år vikande produktiviteten.
- Den nya förvaltningsorganisationen, Skånevård 2.0, samt fortsatt strukturella förändringar bör följas upp ur ett medborgar- och patientperspektiv.
- Systematiska mätningar av kvalitetsbristkostnader bör genomföras.
- Arbetet med att formulera verksamhetsnära mål i förvaltningen behöver konsolideras och få ett starkare resultatfokus (Vad) snarare än ett processfokus (Hur).
- Den administrativa organisationens omfattning och ledningskontorets placering bör ses över i syfte att korta existerande kommunikationsvägar inklusive att tydliggöra de platsansvariga chefernas roll.
- Risker att nya gränser mellan divisioner och verksamhetsområden försvårar samverkan och kraftsamling bör uppmärksammas och åtgärdas.
- Förenklingar behövs av IT-system och strategisk utveckling av eHälsa med tillhörande konkreta handlingsplaner för att spara tid och öka kvaliteten både för patient och medarbetare.

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

## 2.2 Uppdragets genomförande

Genomförandet av granskningen av Skånevård Kryh har innefattat dokumentanalys samt djupintervjuer enskilt och i grupp. 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 15 personer från Kryh 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 förvaltningens 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 förvaltningar – styrning och utveckling

### 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 förvaltningarna Skånes universitetssjukvård, Skånevård Kryh och Skånevård Sund”.



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 Skånevård Kryh 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.

#### *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 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. Förvaltningens samlade resultat redovisas årligen i driftsnämndens och förvaltningens verksamhetsberättelse.

Uppföljning sker även månadsvis på tjänstemannanivå genom dialoger mellan koncernledningen ledd av regiondirektören och ledningarna för förvaltningarna, dialoger mellan hälso- och sjukvårdsstaben och respektive förvaltning samt regionövergripande genom dialoger kring olika prioriterade verksamhetsområden. Månadsrapporten följs även upp i driftsledningsnämnden för Kryh varje månad.

### 3.3 Kryh:s uppdrag

För samtliga sjukvårdsförvaltningar i Region Skåne gäller de uppdrag och målbeskrivningar som beslutats av HSN. Dessa har hanterats vidare genom respektive driftsledningsnämnd till förvalt-

ningsuppdrag 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.

Förvaltningsuppdrag 2015 innehåller inga explicita volymuppdrag och förvaltningarna har gemensamt ansvar för att resurser för besök och behandling optimeras så att vårdgarantin hålls inom regionen som helhet.

## 4 Arbetet med mål vid Skånevård Kryh

### 4.1 Organisation och ledning

Förvaltningen Skånevård Kryh bedriver akutsjukvård, planerad vård, närsjukvård och primärvård inklusive ASiH och palliativ vård. Kryh har även ansvar för vissa regiongemensamma uppdrag som Habilitering & Hjälpmedel samt palliativ vård och ASiH (avancerad sjukvård i hemmet).

Huvuddelen av akutsjukvårdsuppdraget bedrivs i Kristianstad och Ystad. Närsjukvård finns även vid verksamheten i Hässleholm för den del av vården som ska vara tillgänglig för befolkningen i närområdet. Förlossningsverksamhet bedrivs i Kristianstad och Ystad där också vård för förtidigt födda barn finns. I Hässleholm bedrivs förutom närsjukvård planerad ortopedi.

Den palliativa vården, dietistverksamhet, ungdomsmottagningsverksamheten och ASiH som finns i division Primärvård har ett Skåneövergripande uppdrag.

Ett stort profilområde inom Kryh är hemsjukvård där det finns både avancerad sjukvård i hemmet och neonatal hemsjukvård. Sedan juni 2015 finns därtill en läkarbemannad hembesöksbil i Ystad.

Förvaltningen har följande divisioner:

- *Division Specialiserad närsjukvård:* innehåller akutmottagningar i Ystad, Kristianstad och närsjukvårdsakutenhet i Hässleholm, infektionsklinik, internmedicinska kliniker i Kristianstad och Ystad med flera specialistområden, närsjukvårds-klinik i Hässleholm, barn-och ungdomsmedicinsk klinik där också verksamheten i Trelleborg ingår, strokerehabilitering samt flera specialistmottagningar och klinisk fysiologi i Ystad.
- *Division Kirurgi:* innehåller anestesi- och operationsavdelning, kirurgisk klinik inklusive bröstcentrum och cancerdiagnostiskt centrum i Kristianstad, kirurgisk klinik i Ystad, ortopedisk klinik, ögonklinik, öron-näsa och halsklinik, kvinnoklinik inklusive förlossning, hudklinik, röntgenklinik, cancerrehabilitering samt flera specialistmottagningar.
- *Division Primärvård:* innehåller 21 vårdcentraler, ASiH och palliativ vård samt ungdomsmottagningar inklusive mobil ungdomsmottagning.
- Division Habilitering & Hjälpmedel (ingår inte i granskningen).

Under 2014 och hittills under 2015 (till och med augusti) har det skett flera förändringar inom förvaltningens verksamheter.

De viktigaste är:

- Akuta ortopediska operationer och patienter med behov av rehabiliteringsinsatser flyttades april 2013 från Lasarettet i Ystad till Centralsjukhuset Kristianstad. Detta patienflöde har ändrats tillbaka till Ystad för att undvika långa transporter av ofta äldre patienter med frakturer.
- Pacemakeroperationer startar på CSK.
- Ystad får en hembesöksbil. Många slutenvårdinläggningar har undvikits visar ett pilotprojekt och patienten uppges ha fått ett tryggt omhändertagande i hemmet.
- Kryh får regionalt uppdrag för utprovning av CPAP.

Platsansvariga finns utsedda för sjukhusen i Ystad (divisionschefen för specialiserad närsjukvård), i Kristianstad (divisionschefen för kirurgi) och i Hässleholm (verksamhetschefen för ortopedi).

## 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?*

### 4.2.1 Styrning

Förvaltningen styrs med måldokument, verksamhetsplan, patientsäkerhetsplan och medicinska mål.

En strukturerad styrning sker inom divisionerna kirurgi och närsjukvård för ett ökande antal patientprocesser. Det sker till exempel för cancersjukdomar, elektiva kirurgiska processer, njursjukdomar, diabetes, stroke och hjärtsjukdomar men också för till exempel äldre patienters vårdbehov. Styrmodellen innebär att mål identifieras för varje process, processen kartläggs och förbättringsåtgärder genomförs. Grundtanken med Skånevård Kryh:s arbete med kvalitetsutveckling av patientprocesser är att med ett processororienterat arbetssätt underlätta för medarbetare att möta de behov som kunder, patienter och besökare har. Därmed förväntas bättre förutsättningar skapas att bedriva en likvärdig, kunskapsbaserad och kostnadseffektiv verksamhet med medborgarna i fokus. Fokus är vidare att minska risken för avvikelser i vårdens övergångar mellan olika huvudmän, verksamheter, enheter och kompetenser. Genom ambitionen att samordna patientprocesser och sjukhusområdena är målet att vården kan erbjudas mer jämlikt.

För varje process finns processansvariga som verkar över verksamhetsgränserna med uppdrag att kontinuerligt åstadkomma resultatförbättringar. Processteam arbetar med resultat från kvalitetsregister, förvaltningen/divisionernas mål och nationella vårdprogram.

HSN:s mål i de tio indexgrupperna som beslutats av HSN följs och resultat rapporteras till koncernkontoret som sammanställer resultaten i Kvalitetsportalen. Varje verksamhetsområde har därutöver valt egna mål som ska syfta till att driva verksamheten framåt. Förvaltningen har dessutom att ta hänsyn till mål som baseras på den nationella patientsäkerhetsöverenskommelsen och den nationella satsningen på de mest sjuka äldre.

Under 2014 införde KRYH ett nytt styr- och ledningssystem med balanserat styrkort (BSK). Styrkortet för 2015 innehåller mål och åtgärder för:

- *Medborgar- och patientperspektivet* med målen: inga vårdskador, rätt vård och rätt läkemedel
- *Verksamhetsperspektivet* med målen: ”när patienten behöver den”, välplanerad produktion och stark miljöprofil
- *Medarbetarperspektivet* med målen: kompetenta ledare och medarbetare, hälsosam arbetsplats samt fossilbränslefri, klimatneutral och klimatanpassad verksamhet
- *Ekonomiperspektivet* med målen: ekonomi i balans och hållbar resursanvändning.

Det BSK som beslutats för förvaltningsnivån avspeglar regionens budget. Divisionerna har utifrån detta egna styrkort som sedan bryts ner till verksamhetsområden och enheter. BSK görs också för förvaltningsstabens arbete.

Varje perspektiv har detaljerade mål och åtgärder som ska förmedlas vidare i organisationen, genomföras och följas upp. Syftet är att perspektivens mål och åtgärder ska skapa balans i den totala verksamheten genom att fastställda mål nås. Centralt i styrkortsmodellen är regelbunden och säker uppföljning för att få kvalitativt bra underlag för problemanalys och nödvändiga åtgär-

der. Detta förutsätter fungerande och ändamålsenliga IT-baserade stödsystem. En grundförutsättning för ett fungerande balanserat styrkort är vidare att de olika perspektiven i utgångsläget är väl avvägda mot varandra.

#### 4.2.2 Information och återkoppling inom förvaltningen

Information och kommunikation inom förvaltningen sker i huvudsak inom den ordinarie linjeorganisationen. Handlingsplaner finns för alla perspektiven i det balanserade styrkortet. Dessa följs upp månadsvis.

Med fokus på patientprocesserna inom divisionerna för kirurgi och närsjukvård sker information och kommunikation också i processarbetet. Därutöver kommuniceras HSN:s mål i organisationen vid arbetsplatsmöten. Det är på verksamhets- och enhetsnivå som resultaten ska följas upp och åtgärder vidtas.

Förvaltningen lägger allt mer tyngdpunkt på att personcentrerad information ska utgå till patienter och medborgare. Det sker bland annat genom filmer och applikationer för smarta telefoner och läsplattor. I förvaltningschefens chefsbrev tas viktiga frågor upp.

Av intervjuerna framkommer synpunkter på långa informationsvägar genom divisionsnivån, verksamhetsområden, sektioner, enheter och vidare till medarbetarna. De geografiska avstånden anser flera innebära svårigheter med kommunikation mellan divisioner, verksamhetsområden och sjukhus. Utsedda platsansvariga anses av många intervjuade ha en oklar roll men anses behövas för att hålla ihop verksamheterna och öka kommunikationen lokalt.

#### 4.2.3 Åtgärder vid bristande måluppfyllelse?

Det är på divisions- och verksamhetsområdesnivå som initiativ ska tas till att handlingsplaner görs. Verksamhetschefen är den som bör initiera handlingsplaner om problemet ligger inom dennes verksamhetsområde. Inför 2015 planerades en särskild så kallad *verksamhetsöverenskommelse* att träffas mellan cheferna i linjen. Överenskommelsen innebar ett tydliggörande av verksamheternas åtagande att leva upp till beslutade mål.

Kryh:s satsning på kvalitetsutveckling av patientprocesser är ett led i att förebygga brister, identifiera brister och genomföra åtgärder.

Vid avvikelser från ekonomi i balans förstärks uppföljningen av de verksamheter och/eller patientprocesser som inte når sina mål genom tätare uppföljning. En analys ska genomföras och handlingsplan upprättas. Efterhand som verksamheter klarar sina åtaganden minskar den täta uppföljningen. Ett exempel är läkemedelskostnaderna som ligger högt inom Kryh. Uppföljning sker månadsvis med åtföljande åtgärder. Det handlar bland annat om att åstadkomma beteendeförändringar både hos förskrivare och patienter.

Vid tidigare granskning har det framkommit att det funnits förslag om mindre strukturella förändringar genom renodling och omflyttning av de berörda sjukhusenheternas verksamhet. Sådana ändringar har tillsvidare inte aktualiserats inom Kryh.

#### 4.2.4 Eventuella skillnader inom förvaltningen

Sjukvården inom Skånevård Kryh bygger i huvudsak på en sammanslagning av sjukhusen i Hässleholm, Ystad och Kristianstad samt primärvården inom sjukhusens närområde. De största verksamheterna är kirurgi och närsjukvård/internmedicin. Dessa är fortfarande organiserade i verksamhetsområden inom respektive tidigare sjukhus. Tidigare organisationskulturer och samarbetsytor mellan till exempel Hässleholm och Kristianstad präglar verksamheterna idag. Förutsättningarna inom sjukhusen var olika inför sammanslagningen.

Primärvården finansieras genom hälsovalet och har ett annat ersättningssystem än sjukhusvården vilket skapar olika förutsättningar och drivkrafter i arbetet.

HSN:s mål prioriteras olika av verksamhetsområdena. Genomgående prioriteras hygienmål och vårdskador. Därutöver har verksamhetsområdena egna formulerade mål att följa.

Ansträngningar görs för att hitta mål som stärker samarbete mellan framförallt de närsjukvårds /internmedicinska verksamheterna.

#### *Primärvårdens utveckling efter bildandet av den gemensamma förvaltningen*

Primärvården inom Kryh omfattar 21 vårdcentraler med uppdrag och ersättning inom hälsovalet. Genom den nya förvaltningsorganisationen har primärvården fått tillgång till det patientsäkerhetsarbete som finns inom sjukhusen. Aktuellt är exempelvis gemensamt arbete tillsammans med sjukhusverksamheten ifråga om trycksår och förebyggande av fallskador.

Primärvården har brist på allmänläkare och hyr vid behov in läkare. Trots detta är ekonomin i balans. Ett utbildningscentrum kommer att skapas för att utbilda EU-läkare. Lärare och mentorer är läkare som nyligen gått i pension. Divisionen arbetar också med arbetsrotation.

Omorganisationen har resulterat i att det nu finns:

- Vårdcentraler på alla sjukhusområden
- Kvälls- och helgmottagningar
- Primärvården är med i vissa förvaltningsgemensamma processer som till exempel äldre multisjukliga patienter
- Hemsjukvård ska bidra till att sjukhusets resurser kan flytta ut i patientens hemmiljö.

Det ekonomiska styrsystemet ger vårdcentralerna vissa ekonomiska incitament och vid måluppfyllelse kan enheter själva välja att dela ut bonus till medarbetarna eller genomföra gemensamma aktiviteter. I vissa intervjuer framkommer synpunkten att sådana incitament riskerar att försvåra samarbetet mellan sjukhusen och primärvården. Sjukhusen uppges exempelvis ha kvar flera patienter som skulle kunna tas omhand i hemsjukvård, primärvård eller kommunal vård.

### **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 att komplettera de medicinska aspekterna med flera dimensioner såsom, patientens ställning, rätten till information, delaktighet och kontinuitet. Vården ska vidare utformas så att patienternas processer fungerar väl utifrån patienters behov även över organisatoriska gränser. Prioriterade områden för 2016 - 2018 är enligt Regionens budget att stärka och tydliggöra det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i alla verksamheter, effektivisera verksamheterna med särskilt fokus på tillgänglighet, patientsäkerhet, kvalitet, förbättringar och medborgar /patientfokus samt förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården.

#### *Arbetet med att ge en patientfokuserad vård*

Skånevård Kryhs verksamhetsidé är att bedriva en hälso- och sjukvård av toppkvalitet med patienten i fokus. Flera mål handlar om att förbättra tillgängligheten och sätta fokus på gruppen äldre. Förvaltningen har olika styrintstrument för att följa upp patientfokuserad vård bland annat genom balanserade styrkort, måldokument, verksamhetsplan, månads-, tertial- och årsberättelser samt uppföljningsdialoger mellan chef och medarbetare.

I verksamhetsberättelsen för 2014 framgår att Kryh har arbetat med att stärka patienters inflytande och delaktiga inom flera områden.

Detta har bland annat resulterat i följande:

- Flera patientråd har inrättats, där medborgare får bidra till att utveckla vården inom områdena äldrevård, ortopedi, barnsjukvård, cancervård och framtidens sjukvård.
- Ett vårdetiskt råd finns för att stärka Kryh:s vårdetiska kompetens.
- Kryh genomför brukarsamverkan med företrädare för patienter och brukare som bjuds in till de tre sjukhusen.
- Primärvårdens kvälls- och helgmottagningar i Hässleholm och Kristianstad har flyttat till respektive sjukhusområde.
- Ett tiotal vårdcentraler inom Kryh har öppnat mottagning för äldre.
- Projekt med inriktning på personcentrerad vård genomförs vid samtliga sjukhus i Kryh. I Kristianstad sker det bland annat inom strokevården. Erfarenheterna beskrivs som positiva och kommer att spridas till flera verksamheter.
- Sjukhusförvaltningarna har en handlingsplan för det hälsofrämjande arbetet.

#### *Anslutning till Mina vårdkontakter*

Kryh har ett förvaltningsuppdrag med syfte att alla mottagningar ska vara anslutna till Mina vårdkontakter 2014. Under perioden januari till augusti 2014 hade Kryh totalt 12 891 avslutade ärenden i Mina vårdkontakter jämfört med 17 689 avslutade ärenden under samma period i år 2015. Det är en ökning med 37 procent. Inom divisionen kirurgi är samtliga mottagningar anslutna till Mina vårdkontakter.

### 4.3.2 Kvalitetsmål

#### *Vård i rimlig tid*

Det övergripande regionala målet är att ”tillgängligheten till den skånska hälso- och sjukvården ska öka jämfört med 2014”. Vidare ska nationella och regionala krav uppnås för tillgängligheten.

Kryh uppfyller under 2015 till och med augusti målet om en *förbättrad tillgänglighet* i majoriteten av verksamheterna. Kryh når dock inte upp till de regionala delmålen för tillgänglighet (se nedanstående tabell).

Tillgänglighetsmål	HSN:s mål	Kryh:s resultat
Primärvården ska erbjuda kontakt eller besök samma dag	100 %	95 %
Tid på akutmottagning under fyra timmar	≥80 %	69 %
60 dagar till första besöket hos läkare	≥70 %	66%
60 dagar efter beslut till påbörjan av operation/behandling	≥70 %	62 %
Tid till akut operation av höftfraktur	≤ 80 % inom 24 timmar	86%

#### *Stroke och hjärtsjukvård*

För patienter med stroke har Centralsjukhuset i Kristianstad (CSK) lyckats korta handläggningstiderna genom ändrade rutiner. Personal tar bland annat direkt patienten till CT (datortomografi). Där påbörjas trombolysbehandling vilket har inneburit att CSK nu är snabbast i Skåne på denna behandling.

Regionens mål om återinskrivningar efter sjukhusvård på grund av hjärtsvikt inom 30 dagar är att dessa ska minska jämfört med 2014. Målnivån är satt till 10 procent. Resultat från januari-augusti 2015 är för Ystads lasarett 3,9 procent, Hässleholms sjukhus 9,0 procent och för Centralsjukhuset i Kristianstad 7,3 procent.

### 4.3.3 Patientsäkerhet

Patientsäkerhetssamordnarna i sjukhusdivisionerna kommer att organiseras på förvaltningsövergripande nivå för att öka samordningsvinster samt minska risken för dubbelarbete.



### Vårdrelaterade infektioner

Förekomsten av vårdrelaterade infektioner mellan åren 2013 och 2014 och vid PPM-mätning våren 2015 framgår i nedanstående tabell:

	Hösten 2013	Våren 2014	Våren 2015
Centralsjukhuset i Kristianstad	8,3%	4,8%	9,8%
Ystads lasarett	5,8%	4,9%	6,3%
Hässleholm sjukhus	5,2%	8,3%	7,1%

Resultaten från den nationella mätningen av vårdrelaterade infektioner våren 2015 visar på ett genomsnittligt resultat på 9,0 procent. Mätningen inkluderade sjukhusdivisionerna vid de tre sjukhusen och palliativ vård. Det är en försämring jämfört med samma period 2014 då genomsnittet var 6,5 procent. Siffrorna kan också jämföras med riksgenomsnittet som under 2014 var 9,6 procent.

### Basala hygienrutiner och klädregler

Vid den nationella mätningen av följsamhet till basala hygien och klädregler våren 2015 uppmättes ett sammantaget resultat för Kryh på 86,8 procent. Hösten 2015 var resultatet 86,5 procent, vilket kan jämföras med riksgenomsnittet på 75,8 procent. Mätningen omfattade samtliga divisioner i Kryh och såväl öppen- som slutenvård. Vid denna mätning deltog division Habilitering och Hjälpmedel, där rutiner för arbetskläder infördes nyligen, för första gången.

### Undvikbar slutenvård och återinskrivningar för äldre

Det regionala mål som formulerats för verksamheten under 2015 är att äldre ska ges en sammanhållen vård med fungerande vårdkedjor så att återinskrivningar och undvikbar slutenvård minskas jämfört med 2014. Målet har ännu inte nåtts. Kryh:s genomsnitt för perioden januari till augusti 2015 är 19,2 procent för återinskrivningar samt 17,7 procent för undvikbar slutenvård.

### Trycksår och trycksador

Regiongemensamt mål är att samtliga patienter inom slutenvården i Kryh som är 65 år eller äldre eller har annan riskfaktor ska riskbedömas avseende risk för fall och trycksår inom 24 timmar efter inskrivning på sjukhus. Vid identifierad risk ska förebyggande åtgärder sättas in samt dokumenteras i vårdplan. Målnivån är 80 procent för riskbedömning och 95 procent för upprättad vårdplan hos riskpatienter.

För perioden januari-augusti 2015 är resultaten att 78 procent av den aktuella gruppen har riskbedömts för fallskador och 79 procent har bedömts för trycksador. 84 procent har fått en vårdplan för fallskada och 79 procent har fått en vårdplan för tryckskada. Kryh når inte fullt ut målet.

### Läkemedelsgenomgångar för säkrare vård

Läkemedelsgenomgångar görs enligt den så kallade Skånemodellen och riktar sig till äldre med fler än fem läkemedel. Mellan januari och augusti 2015 gjordes läkemedelsgenomgångar på mellan 7 och 20 procent av möjliga patienter vid Hässleholms lasarett, mellan 16 och 36 procent vid Centralsjukhuset i Kristianstad och mellan 26 och 63 procent vid Ystads lasarett.

### Risikanalys

Att öka säkerheten genom att göra fler riskanalyser är ett mål för Kryh. Målet är att varje division ska göra minst fem riskanalyser vilket ska ses som ett led i att öka fokus på området. Målet uppfylls.

### Överbeläggning/utlokaliserade patienter

Överbeläggningar och utlokalisering för sjukhusdivisionerna är fler under perioden januari till augusti 2015 jämfört med motsvarande period 2014. Förvaltningen hänvisar till då att det var ett högt inflöde av patienter och utbrott av vinterkräksjuka under perioden januari till april.

### Jämlik vård

Skånevård Kryh arbetar medvetet med att organisera sitt arbete i patientprocesser där grundtanken är att ett processororienterat arbetssätt underlättar för medarbetare att möta de behov som pati-

enter och besökare har. Njurprocessen är ett sådant exempel. Ett annat sätt är standardisering för att vården ska ges på ett likartat sätt. Det gäller till exempel vården för hjärtinfarktpatienter. Det finns samtidigt variationer inom Kryh till exempel när det gäller väntetider inom olika diagnosområden eller andelen vårdrelaterade infektioner på Kryh:s sjukhus.

#### 4.3.4 Patientfokuserad vård - Synpunkter från patienter, personal och Workshop med brukare

##### *Patienternas upplevelse av vården*

Enligt patientenkätsmätningar framgår att flera aspekter har förbättrats mellan 2012 och 2014 inom Kryh:s verksamheter. Andelen nöjda med bemötandet ligger på en nivå över 90 procent och har förbättrats inom både den somatiska öppen- och slutenvården samt på barnmorskemottagningar. Delaktighet och information har lägre siffror inom primärvården på 78 procent (bemötande) respektive 77 procent (delaktighet) jämfört med barnmorskemottagningar som har 92 procent respektive 91 procent. Förtroendet ligger över 80 procent för verksamheterna men har för primärvårdens del försämrats något mellan 2012 och 2014.

##### *Synpunkter från intervjupersoner*

Intervjupersoner menar att ekonomisk effektivitet kommer ur bättre kvalitet och fungerande patientprocesser. En viktig del i processen är att underlätta för vårdpersonalen att göra rätt från början och till det behövs både ”lathundar och utbildning”. De efterfrågar nyckeltal för till exempel läkarbesök/läkare. Att kunna mäta resultat systematiskt är ett behov som flera intervjupersoner tar upp, citat: ”Vårt största problem är att vi inte har verktygen för att mäta – ständigt problem. Medicinskt utifrån nationella register kan vi göra det men det är inte tillräckligt”.

Målet är att alla verksamheter ska bli patientcenterade. Idag är det vissa verksamheter som arbetar mer aktivt än andra med det. Det handlar om (citat): ”attityd och förhållningssätt som innebär att vi lyssnar mer på patienten än tidigare”. Vårdpersonalen frågar i större utsträckning vad patienten vill. Arbetet drivs av enhetschefer. Intervjuade nämner att de har nästa NPE, nationella patientenkät, i blickpunkten och ser fram emot nästa mätning. Ett exempel på att få delaktiga anhöriga är erbjudandet om en höftfrakturskola så att de ska kunna vara behjälpliga i hemmet.

##### *Organisationsförändringens påverkan*

Förändringarna av förvaltningsorganisationen i Region Skåne har för Kryh:s del inneburit övertagande av ansvaret för primärvården, habilitering och hjälpmedel, ASiH samt palliativ vård i Skåne. En rad olika projekt med patientfokus har genomförts eller startats under 2014. Tillgänglighetsmätningar för perioden jan-okt 2015 jämfört med motsvarande period 2014 visar att tillgängligheten har förbättrats inom de flesta områdena. Patientenkätsresultatet har i delar förbättrats.

Intervjuade personer har olika uppfattningar om effekten av Skånevård 2.0. Positiva aspekter är att patienterna får en mer likvärdig vård eftersom sjukvården erbjuds samlat inom Kryh. Negativt är att det har blivit mer resor för patienten. Andra menar att organisationsförändringen inte har direkt påverkat patienterna geografiskt utan att tillgängligheten och kvaliteten har blivit bättre genom att förvaltningen bättre kan säkerställa kompetenser vid alla enheter/sjukhus.

##### *Workshop med brukarföreträdare om 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.
- Individen ska bemötas utifrån ett socialt sammanhang och vården utföras med respekt och lyhördhet 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 Regionens sida. Brukarorganisationerna är med i ett tidigare skede, till exempel i upphandlingar, vilket upplevs som positivt. Samtidigt har den nya samverkansorganisationen enligt brukarföreträdarna inte "satt sig" än och det finns, anser de, en rad förbättringsområden.

Flera deltagare har en fast vårdkontakt men skiftande erfarenheter av hur det fungerar i praktiken – alltifrån mycket bra till mycket dåligt. Även om patientföreträdare förstår att det kan vara svårt att få en fast vårdkontakt i samband med akuta tillstånd, så menar de att det är viktigt att behövande kan få en fast vårdkontakt i tidigt skede. Citat: *"En helhetssamordning är särskilt viktigt i början av en sjukdom, men det saknas samordning av insatser och ansvaret för vårdssamordning läggs på patienten"*.

Patientföreträdarnas erfarenheter varierar även i fråga om information. Patienterna saknar ofta information som är relevant, lätt tillgänglig och förståelig. Vissa upplever stora brister vad beträffar tillgängligheten på vårdcentralerna för funktionshindrade med flera diagnoser. Det handlar inte enbart om den fysiska tillgängligheten utan även om vårdcentraler som vägrar listning av funktionshindrade med hänvisning till "brist på kunskap" eller "fulltecknade listor". Framgångsfaktorer sägs vara att läkaren ska avsätta tillräckligt med tid, att bemötandet är bra och att man kan ställa frågor. Några röster, citat: *"Man har ibland uppmanats att gå hem och kolla på internet"*. *"Jag blir bra bemött – är inne i systemet"*.

Det brister i helhetssyn på patienten, citat: *"Det glöms bort att patienten är en helhet"*. Omhändertagandet bör utgå från ett helhetsperspektiv. Deltagarna i workshopen menar att baksidan med att det finns många specialister gör det svårare att se helhetsperspektivet. Det saknas en helhetssamordning inom specialistvården. I stället upplever patientföreträdare att vården är mycket av en "löpande band verksamhet".

Deltagarna framhåller att samverkan mellan Regionen och kommunerna har brister. Man upplever stora problem att gå mellan huvudmän. Överrapporteringen fungerar inte särskilt bra. Den samordnade individuella planen, SIP, som ska upprättas tillsammans med brukare om det finns behov av samordning fungerar inte. Olika tolkningar eller brist på kunskap hos personalen gör att SIP ofta inte genomförs.

Deltagarna menar att det är viktigt med ett samarbete mellan patienterna och vårdgivarna. Det är ett område som behöver förbättras. Ansvaret för frågor och vårdssamordning läggs till större del på patienten. Fler än hälften av deltagarna anser att de inte får tillräcklig med information för att fatta välgrundat beslut om sin egen hälsa/hälsovård.

Emotionellt och psykologiskt stöd efter svåra eller akuta hälsotillstånd är mycket viktigt. I takt med vårdens ökande specialisering finns risk för att sådant stöd inte hinns med eller uteblir.

Erfarenheterna av anhörigas medverkan skiftar men anses generellt vara en viktig framgångsfaktor för god vård (citat): *"Området är eftersatt – det är ett stort utvecklingsområde"*.

Beroende på vilket sjukhus man kommer till så förekommer det att anhöriga bjuds med till uppföljningsmöten. En iakttagelse är att anhöriga sällan bjuds in via kallelser. Patientföreträdarna framhåller vikten av ett bra omhändertagande som baseras på individen och utgår från ett helhetsperspektiv på patienten och förändras över tid, (citat): *"De ska se patientens behov. Det ska inte bara gälla fysiska frågor"*.

Deltagarna har i allmänhet god kunskap om hur man överklagar men menar att de som inte har någon större erfarenhet av vården saknar denna kunskap.

#### *Patientnämndsärenden*

Under 2014 registrerades 5 246 ärenden hos Regionens patientnämnd (avser ärenden från hela regionen). Det är 8 procent fler än 2013. Ärendenas karaktär följer samma mönster som tidigare år med den skillnaden att det är fler ärenden som handlar om resursbrist än tidigare. Återkom-

mande kritik rör dessutom brist på information, att inte bli lyssnad till, att inte få besked på ett varsamt sätt. Dessa frågor rör på vilket sätt vårdens personal närmar sig sina patienter.

#### 4.3.5 Mätning av kvalitetsbristkostnader

I vår tidigare granskning framkom att det inte skedde någon mätning av kvalitetsbristkostnader.

Det finns numera inskrivet i regionens styrkarta som ett strategiskt område att arbeta vidare med. Förvaltningen medverkar i den regiongemensamma satsningen på kvalitetsbristkostnader som startat under 2015 och har dragit igång vissa projekt bland annat rörande trycksår och läkemedel. Vidare kommer de opererande specialiteterna att genomföra gemensamma möten om att förhindra komplikationer. Barndiabetesverksamheten har uppnått interna ambitiösa mål under 2015. Effekten har blivit bättre medicinsk kvalitet och framförallt bättre livskvalitet med färre komplikationer som kan komma av diabetes. Kliniken har också kunnat se ekonomiska effekter med betydligt lägre kostnader för till exempel hjälpmedel som insulinpumpar. Dock saknas ett system för att beräkna effekter såsom förbättrad livskvalitet utanför klinikens ansvarsområde.

Ytterligare exempel som nämns är ett resultat av målmedvetet kvalitetsutvecklingsarbete med patientprocesserna för koloncancer där nya rutiner för drän minskat vårdtiderna med 3 dagar.

Ledning och medarbetare är medvetna om att resultaten av arbetet ofta också innebär lägre kostnader för uppnådda resultat. Svårigheten är att reducera identifierade kvalitetsbristkostnader som sedan kan antingen tas bort eller omfördelas inom förvaltningen. Risken är överhängande att pengarna snabbt används för andra ändamål utan omprövning av nyttan.

#### 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?

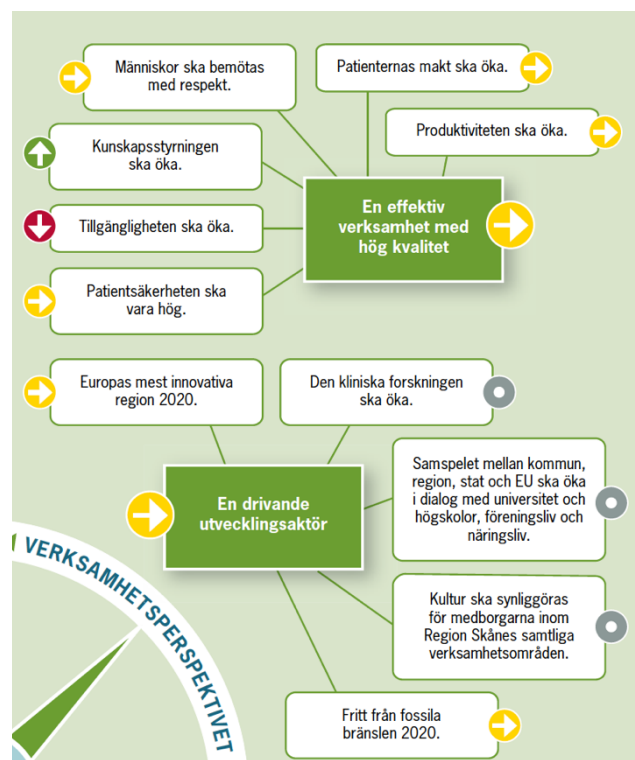
##### 4.4.1 Effektivitetsmål och strategier

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

Uppdraget till förvaltningarna 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)

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.

### Styrning mot effektivitet vid Kryh

Av Kryh:s verksamhetsuppföljning<sup>1</sup> framgår att förvaltningen som i ett led i arbetet för en effektiv verksamhet lägger stark vikt vid ”effektiva processer där patientens fokus är vårt fokus”.

Arbetet sker framförallt i sjukhusdivisionerna som har särskilt utsedda processledare som verkar i samarbete med verksamhetscheferna. Ett stort antal patientprocesser har som nämnts definierats, kartlagts, kvalitetsförbättringar och effektiviseringar genomförs successivt. Exempel på resultat är kortare ledtider, en fortsatt överflyttning av vård till mer öppna former och en fortsatt utveckling av hemsjukvården. Innovativa mobila lösningar testas både på vårdcentral samt inom ASiH vilket förväntas leda till att patienternas delaktighet i sjukdomsförloppet ökar.

Under de första åtta månaderna under 2015 har utskrivningarna i den somatiska vården inom förvaltningen minskat med 2,8 procent jämfört med föregående år samtidigt som antalet slutenvårdsdagar inom palliativ vård och ASiH (Avancerad sjukvård i hemmet) ökat med 20 procent. Dagsjukvården annan vårdgivare än läkare har ökat med 2,6 procent jämfört med föregående år.

Några parametrar, bland de av HSN beslutade målen, som kan vara en indikation på effektivitet framgår i nedanstående tabell (siffrorna avser 2014 och läget i augusti 2015).

Mål (Procent)	HSN:s mål 2014		Resultat Kryh	
		Jan-14	Helår-14	Aug 2015
Utlökaliserade patienter per 100 vårdplatser	≤ 1	0,5	0,82	1,14
Återinskrivning vid hjärtsvikt (CSK) <sup>2</sup>	≤ 10	7,3	9,8	
Direktinskrivning (sjukhus) (CSK) <sup>3</sup>	≥ 10	10,5	8,0	
Undvikbar slutenvård för äldre (ska minska)	≥ 10	17,9	18,0	17,5
Överbeläggning per 100 vårdplatser	≤ 2	2,6	2,9	2,7

<sup>1</sup> Kryh. Verksamhetsberättelse januari – augusti 2014.

<sup>2</sup> Verksamheten i Hässleholm och Ystad hade värdena 15,3 respektive 11,9

<sup>3</sup> Verksamheten i Hässleholm och Ystad hade värdena 22 respektive 3



Såsom framgår av tabellen har utvecklingen varit negativ för alla parametrar utom undvikbar slutenvård för äldre. Tendensen var den samma vid föregående granskning.

Av genomförda intervjuer framgår att förvaltningen lägger stor vikt vid samverkan. Strävan är att befrämja samarbete mellan de egna verksamheterna, men även gentemot närliggande aktörer som privata vårdgivare och kommunerna inom det geografiska området. Förvaltningen följer upp medelvärdet månadsvis. Inom operationsverksamheten finns en koordinator som ska se till att flödena fungerar effektivt. Alla mottagningsenheter inklusive akutmottagningarna bedriver produktionsplanering. Goda resultat rapporteras bland annat från ledplastikprocessen som har minskat vårdtiderna och inte ökat återinläggningen. Samma gäller för höftfrakturprocessen.

Förvaltningsledningen ställer krav på 8 veckors schemaläggning för all personal.

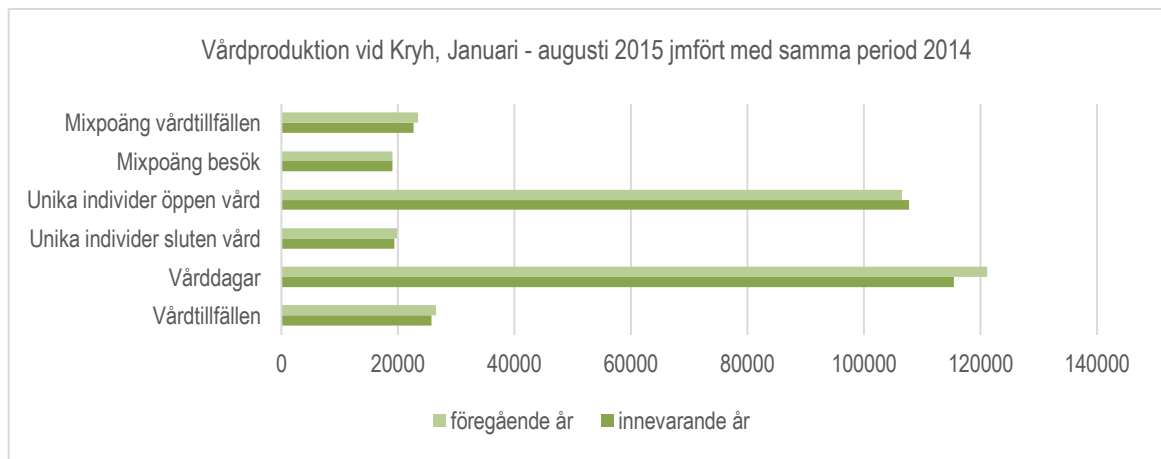
I föregående granskning rekommenderades förvaltningen att utveckla ett tydligare angreppssätt för en effektiv hälso- och sjukvård. Enligt intervjuerna är det (citat): ”en resa att få läkarkåren att vilja ha nyckeltal som mäter verksamheten”. Inom en verksamhet har besöken komprimerats i utredningsfasen syftande till högre grad av färdigbehandling vid ett och samma besök. Uppföljningar görs i högre utsträckning per telefon.

Till detta arbetet hör även RAK (rätt använd kompetens) inom det personalpolitiska området. RAK-projektet ska öka den tid som medarbetare i vårdrutinen använder till direkt patientrelaterat arbete samt medverka till att fördela arbetsuppgifter utifrån definierade yrkesroller.

#### 4.4.2 Produktion

Produktionen vid Kryh är under de första åtta månaderna under 2015 något lägre än under föregående år. Det gäller både i volym och i vårdtyngd mätt som mixpoäng. Samtidigt är det något fler individer som får vård vilket tas som intäkt för att det skett en överflyttning från tyngre till öppnare vårdformer.

Utvecklingen illustreras i nedanstående diagram.



Av diagrammet framgår att de avslutade vårdtillfällena har minskat. Minskningen motsvarar 2,9 procent. Antalet vårddagar har samtidigt minskat med 4,7 procent. Antalet unika individer har totalt ökat med 1,2 procent. Antalet besök (återfinns inte i diagrammet) har minskat från knappt 300 000 till 291 000, vilket motsvarar 3 procent. I förhållande till budgeten är besöken 1,2 procent och vårdtillfällena 2,8 procent färre.

Verksamheten vid CSK har ökat något medan lasarettet i Ystad har minskat med 7,5 procent och verksamheten i Hässleholm minskat med ca 2 procent.

Under den aktuella perioden har Kryh drygt 100 fler anställda heltidsresurser inom vården jämfört med motsvarande period föregående år. Det betyder att även produktiviteten sannolikt har minskat. Använd mixpoäng per använd heltidsresurs har minskat med 4,8 procent sedan förra året.



Intervjuerna ger ingen tydlig förklaring till den registrerade utvecklingen. Dock hänvisas till att anslagsfinansieringens återinförande och avvecklingen av kömiljarden har minskat incitamenten att hålla produktionen uppe. Anslagsfinansiering innehåller inget som stimulerar vare sig kvalitetsutveckling eller effektivisering. Intresset för att satsa på kvalitetsförbättringar ligger mera i det professionella ansvaret hos vårdgivarna.

#### 4.4.3 Akutsjukvård inom Kryh

Akutmottagningarna i Kristianstad och Ystad har haft ett växande antal akutsökande och ökande svårigheter att finna vårdplatser för patienter som är i behov av slutenvård akut. Förvaltningen klarar fyratimmarsmålet sämre hittills 2015 än 2014. Inte heller i Hässleholm klaras detta mål. Överbeläggningar, omflyttningar och utlokaliserade patienter är vanligare än tidigare vid samtliga akutsjukhus i förvaltningen.

I Kristianstad har omfattande arbete gjorts på akutmottagningen, med omstrukturering av interna processer för att minska ledtiderna för patienterna. Resultatet för 4 timmarsmålet under 2015 hittills var 69 procent, en försämring från 74,9 procent jämfört med motsvarande period 2014. Kliniken har öppnat en observationsenhet (OE) med syftet att korta vistelsetider. Enheten har inte utnyttjats till full kapacitet. Mediantiden för första bedömning av patienten har minskat från 49 minuter 2014 till 28 minuter 2015.

I Ystad har kliniken gjort omstrukturering i arbetssättet för att minska vistelsetider och tid till läkare. Vissa delar av detta har enbart varit genomförbart vardagar klockan 8 till 20 på grund av klinikkens bemanning med specialister. Resultatet för 4-timmarsmålet är under 2015 hittills 67,4 procent. En försämring jämfört med motsvarande period under 2014 då resultatet var 69,8 procent. Antal sökande på akuten har ökat kraftigt medan antalet vårdplatser har minskat vilket medför en försämring av vistelsetiden. Observationsenheten (OE) utnyttjas mycket i Ystad vilket troligtvis är medverkande till att vistelsetiderna inte har försämrats mer trots en minskning i antalet vårdplatser. Ledtiderna till första läkarkontakt har minskat från 2014 64 minuter (median) till 46 minuter 2015 (median) över hela dygnet, hela veckan. Under vardagar klockan 8 till 20 är mediantiden 32 minuter till första läkarbedömning. I Ystad har satsning på akutläkare inletts redan före bildandet av Skånevård Kryh.

I Hässleholm pågår införandet av nya arbetssätt och resultatet i 4-timmarsmålet förbättras successivt. Under 2015 har 77,2 procent av patienterna väntat högst fyra timmar. Det nya arbetssätt som införs successivt bygger på en fast bemanning av akutläkare och ett ökande antal specialistutbildade sjuksköterskor. Ambitionen är att nå ett snabbare och mera effektivt omhändertagande genom att akuta patienter i första ledet får träffa en akutläkare. Genom kvalificerad första bedömning, handläggningsplan och ordinationen för varje patient förväntas bättre kvalitet, minskad handläggningstid och en ökad ekonomisk effektivitet.

Arbetssättet inom Kryh ställer krav på samverkan mellan akutmottagningarna och specialistklinikerna vad gäller läkarbemanning och gemensamt ansvar för de akuta patientprocesserna genom hela sjukvårdssystemet.

#### 4.4.4 Ekonomi

Förvaltningens budget uppgick för 2014 till 4,8 miljarder och för 2015 till 5,1 Miljarder kronor.

Kryh:s resultat för perioden januari-augusti uppgår till -111,3 Mkr och i förhållande till periodbudget är avvikelsen -160,6 Mkr. Resultatet är 66,6 Mkr sämre jämfört föregående år. Orsak till det negativa ekonomiska utfallet är en hög bruttokostnadsutveckling som uppgår till 6,4 procent eller 208,7 Mkr. Kostnadsutvecklingen har varit särskilt hög i mars och april samt under juni och juli. För mars är orsaken en för låg kostnad 2014 till följd av periodeffekter i bokföringen men juni och juli hänger det samman med en ökad bemanning och senareläggning av semestrar inför sommaren som befarades bli besvärlig med förväntad resursbrist.

Sett över hela perioden förklaras kostnadsutvecklingen till stor del av ökat antal anställda.

Kryh:s resultat i miljoner kronor för åren 2011 till 2015 (prognos för år 2015 enligt delårsrapport) för sjukhusvården.

	2011	2012	2013	2014	2015
Resultat (Mkr)	- 72	- 79	- 23	-135	-200 prognos

Inför 2015 togs åtgärdsplaner för ekonomisk balans fram som i ett första steg omfattade drygt 90 Mkr. Av dessa bedömdes att ca 55 Mkr får effekt under 2015. Ökade anställningar, högre läkemedelskostnader och kostnader för mertid ökar. Under våren arbetade Kryh fram ytterligare åtgärdsplaner i form av olika förbättringsarbeten för att sänka kostnader och öka kvalitet men dessa åtgärder tar tid innan de får effekt. Resultatet efter augusti månad gör därför att Kryh försämrar prognosen över ekonomiskt utfall med 40 Mkr. Försämringen gäller sjukhusdivisionerna.

Regionstyrelsen fattade den 8 oktober 2015 beslut att ombudgetera hälso- och sjukvården. Beslutet innebär att Skånevård Kryh fick ett tillskott på 121,7 Mkr. Efter detta tillskott prognostiseras Kryh:s årsresultat till minus 78,3 Mkr.

#### 4.4.5 Personalsituationen

Antalet anställda uppgick i augusti 2014 till 5 733 och för motsvarande period 2015 till 5 851 en ökning med 116 heltidsresurser. Användningen av bemanningsföretag har ökat från 15,8 Mkr för perioden januari till juni 2014 till 37 Mkr för samma period under 2015. Detta motsvarar en ökning med 21,5 Mkr. I förhållande till förvaltningens totala personalkostnader på 3 300 Mkr är detta dock en begränsad andel.

Enligt den regelbundet genomförda medarbetarenkäten (Springlife) har vid senaste mätning 2014 det dynamiska fokustalet gått ner drygt en enhet från 69,5 till 68,3 i förhållande till föregående mätning. Målsättningen att det dynamiska fokustalet ska överskrida 70, så att organisationen kan uppnå en optimal förändringskapacitet, har inte kunnat uppnås.

Kompetensförsörjningen är ansträngd vad gäller vissa läkarspecialiteter som ögon, urologi och anestesi. Sjuksköterskesituationen är ansträngd på vissa enheter. Det finns också exempel på områden där antalet sökande till tjänster är god. De målområden som är viktiga för Kryh:s framtidsprognos är delaktighet, ledarskap, medarbetarskap och målkvalitet. Arbetet med att schemalägga alla medarbetare för att möjliggöra en bättre produktionsplanering och resursoptimering utifrån ett verksamhets- och patientperspektiv är påbörjat inom sjukhusdivisionerna. De har kommit olika långt inom de olika verksamhetsområdena.

Sjukfrånvaron i Kryh har ökat liksom i övriga Region Skåne. Sjuktalet på 19,5 dagar per medarbetare, skiljer sig inte mycket från Regionens sjuktalet vilket är 18,97 dagar per medarbetare. Siffrorna speglar såväl korta som långa sjukskrivningar. Fördelningen mellan långtids- och korttidsfrånvaro följer också utvecklingen för Region Skåne i stort.

#### 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 driftsledningsnämnderna om *”sådana strukturella förändringar av vårdutbudet som berör flera sjukvårdsförvaltningar”*.

##### *Breddad dialog och handlingsplaner*

Uppföljningen sker månadsvis. I anslutning till ordinarie uppföljning av ekonomi, produktion, medarbetare, tillgänglighet sker även temavis uppföljning av följande målområden: patientsäkerhet, akutsjukvård, cancer, patientnöjdhet, äldre/hemsjukvård, stroke, tillgänglighet, psykisk ohälsa, medarbetare, sommarsituationen, hälsofrämjande, förlossning samt läkemedel. Hälso- och sjukvårdsstrategier med ansvar för aktuellt tema deltar numera alltid vid dessa dialoger. I anslutning till de resultat som visas i delårsrapporten per första oktober ställer koncernledningen krav på handlingsplaner från förvaltningarnas sida.

Hälso- och sjukvårdsstyrning (HSS) vid koncernkontoret genomför även egna dialoger med förvaltningarna en och en om uppföljningsplan och kvalitetsindexen. Det sker två gånger per år. Dialoger – så kallad verksamhetsnära dialog – genomförs även förvaltningsgemensamt med fokus på särskilt utvalda frågor i uppföljningsplanen. Under 2015 har dessa dialoger haft fokus på

stroke, psykisk ohälsa och förlossning. Inom cancervården sker dialoger som drivs av regionalt cancercentrum (RCC).

Intervjuade personer inom Kryh framhåller att det har skett förbättringar i dialogen mellan förvaltningen och koncernledning. När HSN nu har fått ett samlat ansvar för hälso- och sjukvården finns nu förutsättningar för en breddad dialog. Det ses som positivt att de månatliga uppföljningarna omfattar kvalitetsteman. Oavsett detta är hävdas (citat) att ”det blir extremt mycket fokus på ekonomin”. Beträffande de verksamhetsnära dialoger som HSS genomför menas att de tenderar att återinföra ett stuprörstänkande. Kritik riktas även mot den starka inriktningen på mål och indikatorer vilket gör att mycket energi går åt till sifferredovisning. Citat: ”Det medför att arbetet blir reaktivt och inte framåtsiktande”.

#### 4.5.2 Sjukvårdsnämndens agerande vid bristande måluppfyllelse

De tre driftsledningsnämnderna ska enligt reglementet bland annat:

- fastställa internbudget
- fastställa internkontrollplan
- ha ett övergripande ansvar för att förvaltningens resurser används på ett rationellt och effektivt sätt utifrån politiska beslut om utbud, tillgänglighet och kvalitet
- arbeta med att utveckla medborgarkontakterna genom olika former av medborgardialog

Driftsledningsnämnden får besluta om förändringar av utbudet vid olika sjukhus inom förvaltningen under förutsättning att förvaltningsuppdraget uppfylls.

Från januari till och med 29 oktober under 2015 har nämnden genomfört åtta protokollförda möten. Vid mötena har nämnden behandlat aktuell verksamhetsrapport för månad eller delår. Enligt fastställa protokoll har rapporterna i flertalet fall fastställts. Verksamhetsberättelse för delår har fastställts och överlämnats till HSN och sammanfattning lämnats till regionstyrelsen. Nämnden ska enligt reglementet fastställa förvaltningens förvaltningsuppdrag och internbudget. Så skedde den 25 februari 2015. Internkontrollplan fastställdes av nämnden den 10 april.

Vid sitt sammanträde den 29 oktober uppdrog sjukvårdsnämnden (citat) ”åt förvaltningschefen att till nämndens sammanträde i december inkomma med förslag till åtgärder för ekonomisk balans jämte konsekvensbeskrivningar av dessa förslag.” Nämnden lämnade vidare ett yttrande till HSN inför budgeten 2016.

##### *Intervjuer om driftsledningsnämnden*

Vid intervjuerna framgår att den bärande tanken bakom bildandet av nämnderna var att göra det möjligt för de förtroendevalda att komma närmare verksamheten och på så sätt stärka medborgarperspektivet och medborgarnas direkta inflytande.

Från intervjuade personer framgår att ansvarsfördelningen mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och respektive sjukvårdsnämnd inte är optimal. Bland annat hävdas att driftsledningsnämnden kan upplevas som tandlös både gentemot HSN och förvaltningarna. Det gäller framförallt nämndens ansvar för att förvaltningens resurser används på ett rationellt och effektivt sätt. Citat: ”Vi får vara ärliga att säga att det första året har varit ett prövoår.” För 2015 fanns inte möjligheter för nämnden att seriöst fastställa en internbudget för förvaltningen. Inför nästa år har nämnden vinnlagt sig om att så ska vara fallet. Från nämnden uttrycks ambitionen att intressera sig för mer än bara ekonomi. Det har skett flera fördjupade verksamhetsuppföljningar som nämnden kunnat ta del av och diskutera. Vad gäller nämndens uppgift att arbeta med att utveckla medborgarkontakterna framkommer att det hitintills inte finns någon bra organisation för detta.

Driftsledningsnämnden får besluta om förändringar av utbudet vid olika sjukhus inom förvaltningen under förutsättning att förvaltningsuppdraget uppfylls. Av intervjuerna framgår att nämnden inte velat ta ställning till de strukturförslag som kommit från förvaltningens sida. Det har även lyfts fram att det är tveksamt om nämnden har förmåga att ta beslut i strukturella frågor. Från verksamhetsnivå framkommer att nämnden tillsvidare är väldigt anonym med undantag för vissa studiebesök som genomförts.

### 4.5.3 Samspel med övriga förvaltningar

#### *Skånevård 2.0*

Det har fortfarande inte skett någon explicit uppföljning hur den nya förvaltningsorganisationen har påverkat benägenheten till samverkan mellan de olika delarna i hälso- och sjukvårdssystemet i Region Skåne. Sedan den nya förvaltningsorganisationen sjosattes våren 2013 har fortsatta förändringar skett. Arbetet har bland annat skett i en regiongemensam nivåstruktureringsgrupp.

Av intervjuerna inom Kryh framgår att det uppfattas finnas både positiva och negativa aspekter av den nya organisationen. Flertalet ser positivt på närmandet mellan primärvården och akutsjukhusen. Även samverkan mellan sjukhusverksamheter bedöms kunna gynnas. I ett exempel medverkade den nya förvaltningsledningen till ett samarbete mellan klinikerna på de olika sjukhusen kunde komma till stånd. Tidigare visade det sig vara praktiskt taget omöjligt. Samarbetet har även betydelse för att lösa den brist på sjuksköterskor som existerar inom vissa verksamheter. Samma sak gäller vid upprätthållande av en organisation för specialisttjänstgöring (ST). Citat: *”Nu hjälper enheterna varandra och skapar bättre stadga i hela verksamheten. Effekterna har blivit bättre tillgänglighet genom ett konsekvent processarbete över hela linjen”*.

Organisationsförändringen uppfattas inte direkt ha påverkat patienterna geografiskt utan mera att tillgängligheten och kvaliteten har blivit bättre genom att Kryh kan säkerställa kompetenser vid alla enheter/sjukhus. Citat *”Ibland har patienter fått resa men då på eget initiativ”*. Positivt anses vara att patienterna får en mer likvärdig vård som erbjuds samlat inom Kryh.

Negativa konsekvenser av Kryh:s organisation som framförs är att samarbetet mellan divisioner och mellan verksamhetsområden inom divisionerna försämrats. Nu finns det murar mellan divisionerna och verksamhetsområdena. Förr fanns murarna mellan sjukhusen. Citat: *”Divisionerna är väldigt självständiga vilket kostar på ledarskapsmässigt för verksamhetschefer och kostnadsmässigt genom suboptimeringar.”* Många anser också att det är negativt att sjukhusen har förlorat sin identitet. Det framkommer också att tidigare samarbetsmönster har rivits upp. Exempelvis Ystad har traditionellt haft sina kontakter till Lund.

#### *Medicinsk service och Kryh*

De omdömen som framkommer om Medicinsk service vad avser Labmedicin är i allmänhet positiva. Verksamheten vid Medicinsk service anses fungera bra och förvaltningen upplevs anstränga sig för att åstadkomma en bra service. Patologin som har brist på läkare uppges inte alltid klara svarstiderna, men har blivit bättre de senaste åren. Däremot riktas kritik mot interndeberingsmodellen. Det anses inom Kryh negativt att inte kunna påverka verksamhetens priser. Det har också framkommit att det kan brista i samordning mellan verksamheternas och Labmedicins rutiner för svarstider. Det kan enligt intervjuerna resultera i behov av dyrare akutsvar. Medicinsk service ser nu över sin verksamhet i detta avseende.

Samverkan med Regionservice upplevs ha brister enligt många intervjuade. Kritik riktas mot städverksamheten, prissättningen av vissa tjänster och artiklar samt bristen på flexibilitet vad gäller rekryteringsannonsering.

## 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 Kryh med att ge en patientfokuserad vård med kvalitet och säkerhet och hur upplevs detta av patienterna?*

Förvaltningen ägnar stor uppmärksamhet mot att stärka patientsäkerheten och uppnå en patientfokuserad vård. Bland annat samlas patientsäkerhetssamordnarna centralt i förvaltningen. Patientråd har inrättats, brukarsamverkan sker löpande och projekt med personcentrerad vård finns på alla



sjukhus. Förbättrade resultat har uppnåtts exempelvis för återinskrivning efter vård för hjärtsvikt, medan resultaten för vårdrelaterade infektioner försämrats mellan 2014 och 2015. Kryh uppfyller under 2015 till och med augusti målet om en förbättrad tillgänglighet i en större del av verksamheterna men når inte upp till de regionala tillgänglighetsmålen.

Vår bedömning är att förvaltningens arbete för en patientsäker och patientfokuserad vård är väl strukturerat och prioriteras högt. I flera fall har omorganisationer, chefsbyten eller besparingskrav försvårat ett långsiktigt arbete. För att växla upp arbetet behövs nu en stabil och strategisk styrning mot mål för patientsäkerhet och patientfokusering.

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

Effektiviseringsarbetet inom Kryh baseras i hög grad på att skapa smidiga patientprocesser. Resultatet är bland annat kortare ledtider, överföring av vård från slutna till öppna vårdformer och minskad undvikbar vård för äldre. Förvaltningen klarar flera av uppställda mål som utgör indikatorer på effektivitet, men har liksom vid föregående granskning en negativ trend för många parametrar och en fallande produktion trots ökande resurser. Förvaltningen klarar fyratimmarsmålet sämre 2015 per augusti än 2014. Överbeläggningar, omflyttningar och utlokaliserade patienter är vanligare än tidigare vid samtliga akutsjukhus i förvaltningen.

Kryh tillämpar flertalet av de verktyg som stått till buds med produktionsplanering, schemaläggning och poliklinisering. Goda exempel på att ökad delaktighet från patienterna finns. Vår bedömning är att Kryh har aktivt förhållningssätt för en effektiv vårdorganisation men behöver förtydliga sin strategi för hur det ska åstadkommas. Ett centrala förbättringsområde är att vända den vikande produktiviteten.

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

Sedan 2014 har en rad projekt initierats inom Kryh i syfte att stärka patientens inflytande och delaktighet. Målet är att alla verksamheter ska bli patientcentrerade. Nationell Patientenkät (NPE) visar att tillgängligheten inom förvaltningen har förbättrats inom de flesta områdena under 2015. Andra aspekter av organisationsförändringen är att patienterna erbjuds en mer likvärdig vård eftersom sjukvården erbjuds samlat inom Kryh.

Vår bedömning är att organisationsförändringen endast marginellt påverkat patienterna geografiskt men att tillgängligheten och kvaliteten har blivit bättre genom att förvaltningen bättre kan säkerställa kompetenser vid alla enheter/sjukhus. Effekten av Skånevård 2.0 för medborgaren/patienten är inte utvärderad av förvaltningen. Vår bedömning från föregående granskning att förvaltningen saknar effektiva instrument för att värdera sitt arbete ur ett patient- och medborgarperspektiv kvarstår.

## *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?*

Förvaltningen styrs med balanserat styrkort, måldokument, verksamhetsplan, patientsäkerhetsplan och medicinska mål. En strukturerad styrning sker inom divisionerna kirurgi och närsjukvård för ett ökande antal patientprocesser. För varje process finns ansvariga med uppdrag att kontinuerligt åstadkomma resultatförbättringar. HSN:s mål i de tio indexgrupperna följs. Varje verksamhetsområde har därutöver valt egna mål.

Vår bedömning är att styrningen inom Kryh med inriktning på kartläggning och resultatförbättring av patientprocesser ger goda förutsättningar för styrning mot uppsatta mål.

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

Det finns skillnader mellan verksamheter och sjukhus som har sitt ursprung i tidigare organisation. Dessa skillnader gäller verksamheternas olika art, nätverk, ersättningsmodell, organisationskultur, kunskaper och förmågor att genomföra åtgärder att nå målen. De största verksamheterna är kirurgi och närsjukvård/internmedicin och dessa är organiserade i verksamhetsområden inom respektive tidigare sjukhus.



Vår bedömning är att måluppfyllelsen för olika verksamheter präglas av deras uppdrag, profil och lokalisering. Divisionernas arbete med att knyta ihop verksamheterna mellan sjukhusen har påbörjats men tar tid att genomföra. Arbetet med kvalitetsutveckling av patientprocesser skapar möjligheter till både effektivare vård och mera jämlik vård. Nya gränser mellan divisioner och verksamhetsområden som uppkommit genom den nya organisationen behöver reduceras för ett bättre samlat resultat för förvaltningen.

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

Information och kommunikation inom förvaltningen sker i huvudsak inom den ordinarie linjeorganisationen. Handlingsplaner finns för alla perspektiven i det balanserade styrkortet. Dessa följs upp månadsvis. Med fokus på patientprocesserna inom divisionerna för kirurgi och närsjukvård sker information och kommunikation också i processarbetet. Därutöver kommuniceras HSN:s mål i organisationen vid arbetsplatsmöten. Det är på verksamhets- och enhetsnivå som resultaten ska följas upp och åtgärder vidtas.

Vår bedömning är att förvaltningen har en god transparens vad gäller kommunikation av mål och uppföljningar. Dock bör risken för långa informationsvägar genom divisionsnivån, verksamhetsområden, sektioner, enheter och vidare till medarbetarna där också de geografiska avstånden spelar roll uppmärksammas. Modellen med platsansvariga fyller en efterfrågad funktion, men har en oklar roll.

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

Information och återkoppling från förvaltning till sjukvårdsnämnden sker enligt de rutiner som tills vidare har fastställts. Det sker framförallt genom redovisning av verksamhetsrapport för månad, delår och helår. Driftsledningsnämnden som till och med oktober hållit åtta möten uppdrog vid sitt sammanträde den 29 oktober till förvaltningschefen att inkomma med förslag till åtgärder för ekonomi i balans. Utöver detta har nämnden inte tagit några beslut som rör strukturella frågor eller förvaltningens bristande måluppfyllelse.

Driftsledningsnämnden har ett övergripande ansvar för att förvaltningens resurser används på ett rationellt och effektivt sätt utifrån politiska beslut om utbud, tillgänglighet och kvalitet. Det är enligt vår bedömning hitintills otydligt hur nämnden ska fullfölja denna uppgift till exempel genom att ta beslut i strukturella frågor. Utan tydligare mandat riskerar ordningen med nämnder att förlänga ärende- och beslutsprocesserna i Regionen.

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

Det är på divisions- och verksamhetsnivå som initiativ ska tas till att handlingsplaner görs vid avvikelser från målen. Vid avvikelser från ekonomi i balans förstärks uppföljningen av de verksamheter och/eller patientprocesser som inte når sina mål genom tätare uppföljning. En analys ska genomföras och handlingsplan upprättas. Efterhand som verksamheter klarar sina åtaganden minskar den täta uppföljningen. Uppföljning sker månadsvis med åtföljande åtgärder. En särskild överenskommelse inom chefshierarkin innebär ett tydliggörande av verksamheternas åtagande att leva upp till beslutade mål.

Vår bedömning är att förvaltningen i all huvudsak arbetar på ett sådant sätt som bör trygga en god måluppfyllelse. De många mål som blivit resultat av decentraliserade balanserade styrkort riskerar dock att minska organisationens förmåga att kraftsamla kring de mest angelägna målen.

*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. Likaså har det bedömts som en brist 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. Det börjar även etableras en dialog om hur målen kan utvecklas och förbättras.

Vår bedömning är att tidigare konstaterade brister i dialogen mellan koncernledning och förvaltningar är på väg att åtgärdas. En kvarstående brist från föregående granskning är att varken kon-

cernen eller förvaltningen inte har följt upp och dokumenterat vilka effekter som uppstått vid fusionen av de verksamheter som idag bildar Skånevård Kryh.

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

Koncernledningen genomför månadsvis uppföljning av förvaltningens uppdrag, måluppfyllelse och ekonomi. I anslutning till uppföljning av ekonomi, produktion, medarbetare, tillgänglighet sker även temavis uppföljning av olika kvalitetsområden. Hälso- och sjukvårdsstyrning vid koncernkontoret genomför även egna dialoger med Kryh och övriga förvaltningar om bland annat uppföljningsplanen. Inom cancervården sker dialoger som drivs av regionalt cancercentrum (RCC). Förvaltningsledningen inom Kryh informerar löpande den lokala driftsledningsnämnden om förvaltningens resultat.

Vår bedömning är att uppföljningsarbetet har utvecklats positivt jämfört med föregående år. Det är ännu inte helt tydligt vilka nya rutiner som kommer att etableras i dialogen mellan region- och koncernledning och förvaltningarna. Det uppfattas bland annat inte vara klart uttalat hur region- respektive koncernledning kommer att agera i de fall som förvaltningarna avviker från uppställda mål. Vår bedömning är att Kryh 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?*

Inom Kryh arbetar divisionerna med kvalitetsutveckling av patientprocesser med syftet att reducera brister i processerna och öka kvaliteten i vården. Förvaltningen medverkar i den regiongemensamma satsningen på kvalitetsbristkostnader som startat under 2015 och har startat vissa projekt bland annat rörande trycksår, läkemedel, komplikationer vid kirurgiska operationer, barn-diabetes och koloncancer.

Vår bedömning är att arbetet med att lyfta upp kvalitetsbristkostnader i verksamheten har förstärkts och utvecklats jämfört med vår tidigare granskning. Det finns inskrivet i regionens styrkarta som ett strategiskt område att arbeta vidare med. Det sker emellertid fortfarande inga systematiska mätningar av kvalitetsbristkostnader.

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

Den samverkan som sker med Medicinsk service fungerar bra främst gällande division Labmedicin. Kritik riktas mot den styrmodell som existerar inom samtliga serviceverksamheter i Regionen med otydliga ansvars- och gränssnittsförhållanden. Även ersättningsmodellen som appliceras inom Medicinsk service och Regionservice får kritik från Kryh för återkommande kostnadsavvikelser.

I den nya förvaltningsorganisationen bedöms benägenheten till samverkan mellan de olika delarna i hälso- och sjukvårdssystemet i Region Skåne successivt ha ökat bland annat i form av avlastning av andra förvaltningar med platsbrist.

## **5.2 Övergripande revisionsfråga – Skånevård Kryh**

Den övergripande frågan i granskningen är om sjukvårdsförvaltningarnas – i detta fall Kryh – 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 Skånevård Kryh bildades genom fusion av fyra tidigare förvaltningar och koncentration av vissa regiongemensamma funktioner såsom ASiH och palliativ vård. Processen inleddes sommaren 2013 och har fortsatt under innevarande år. Den nya förvaltningen hade inledningsvis en stor utmaning med att den tidigare organisation för styrning och uppföljning behövde omskapas. Fortfarande pågår denna process vilken bland annat resulterat i att platsansvariga har utsetts för sjukhusenheterna för att samordna insatser på respektive sjukhus.

Det existerade fortfarande under 2014, som beskrevs som ”ett förlorat år”, problem med att formulera relevanta mål och fullfölja uppföljning av de beslutade målen på förvaltningsnivå. I föregående granskning uppmärksammades samtidigt att flera viktiga strukturer och element i styrningskulturen var på väg att utvecklas i förvaltningen. Dessa fortsätter att växa fram och särskilt kan framhållas kvalitetsutveckling av patientprocesser. Positiv utveckling sker även vad gäller arbetet med patientsäkerhet och patientfokusering genom medborgare/patientmedverkan i utvecklingsarbetet. Ansvar och samverkan kring handlingsplaner som ska tas fram vid avvikelser från målen har tydliggjorts. Förvaltningen strävar även efter ett systematiskt grepp på produktions- och kapacitetsplanering.

Än så länge är det för tidigt att uttala sig om vilka effekterna blir av dessa ansatser. Förvaltningen har under 2015 lägre produktionsvolym och sannolikt sänkt produktivitet jämfört föregående år. Även när det gäller ett antal kvalitetsindikatorer (som endast delvis kan följas bakåt i tiden på grund av sammanslagning av sjukhusförvaltningarna) ses en svagt fallande trend inom flera målområden under de tre senaste åren (se nedanstående tabell, i vilken 2015 gäller till och med tertial två).

Mål	Målnivå (%)	2013	2014	2015
Väntande patienter besök ≤60 d	≥70	N	77	66
Väntande patienter operation ≤60 d	≥70	N	69	80
4-timmarsmålet akutverksamheten	≥80	75	73	69
Följsamhet hygienrutiner	≥90	91	88	86
Väntetid operation höftfraktur ≤24 t	≥80	N	84	86
Riskbedömning fall	100	IU	76	78
Riskbedömning trycksår	100	IU	76	80
Läkemedelsberättelser	≥70	63	64	68
Överbeläggning	≤2	2,3	2,7	3,1
Andel utlokaliserade patienter	≤1	0,79	0,82	1,3

(Förklaringar: d=dagar, t=timmar, N=nåddes, NE=nåddes ej, IU=ingen uppgift)

Innan det tillskott om 121,7 Mkr som regionstyrelsen beslutade om i oktober 2015 prognosticerades ett betydande underskott för verksamheten motsvarande 200 Mkr.

På motsvarande sätt som uppmärksammats för Skånevård Sund finns inom Kryh en problematik med att ledningsorganisationen har vuxit under de senaste åren. Placeringen av det centrala kontoret i Lund riskerar att skapa onödigt långa kommunikationsvägar inom organisationen. Med alltför stor administrativ överbyggnad och oklart administrativt stöd till verksamhetschefsnivån riskerar de administrativa kostnaderna att öka utan att värdeskapandet av organisationsmodellen tydliggjorts eller följts upp.

#### Medborgar- och patientperspektiv

Förvaltningen lägger fortsättningsvis stor vikt vid begreppen patientfokuserad respektive personcentrerad hälso- och sjukvård. Faktorer såsom tillgänglighet, bemötande, delaktighet och information följs upp. Flera patientråd har inrättats och brukarsamverkan med företrädare för patienter och brukare genomförs. Projekt med inriktning på personcentrerad vård genomförs vid samtliga sjukhus i Kryh.

Vår bedömning är att förvaltningens arbete i ökad utsträckning har många positiva inslag ur ett patient- och medborgarperspektiv. Utvecklingen kan ytterligare stärkas genom en tydligare uttalad strategi och bör bli föremål för en mer systematisk uppföljning/utvärdering för lärande och spridning av goda resultat.

#### Bedömning i sammanfattning

Sammanfattningsvis brister Skånevård Kryh fortsättningsvis i sin förmåga att uppnå ett betydande antal av de mål som HSN har beslutat om. Förvaltningen har även en produktionsminskning som

riskerar att leda till ökade kostnader för att upprätthålla en god tillgänglighet för befolkningen. Den grund som har lagts bland annat genom fokus på patientprocesser och kvalitetsbrister har dock potential för bättre resultat över tid visavi fastställda mål.

Vår bedömning är att förvaltningen för att vända nuvarande trend mot försämrad måluppfyllelse ytterligare bör utveckla sin systematik för att sätta patienten i centrum och vidta åtgärder som kan följas upp och förbättras. Förvaltningen bör förbättra sin kontroll över måluppfyllelsen bland annat genom att anslå ett tydligare angreppssätt för ökad produktivitet och stabila kvalitetsresultat för en effektiv hälso- och sjukvård.

### **5.3 Förbättringsområden – Skånevård Kryh**

Granskningen av Kryh har föranlett impulser till följande rekommendationer:

Granskningen av Kryh har föranlett impulser till följande rekommendationer:

- Arbetet med en patientfokuserad vård kan ytterligare stärkas genom en tydligare uttalad strategi och bör bli föremål för en mer systematisk uppföljning och utvärdering.
- Strategin för att åstadkomma en effektiv vårdorganisation behöver förtydligas.
- Åtgärder behöver vidtas för att bättre följa upp och vända den under senare år vikande produktiviteten.
- Den nya förvaltningsorganisationen, Skånevård 2.0, samt fortsatt strukturella förändringar bör följas upp ur ett medborgar- och patientperspektiv.
- Systematiska mätningar av kvalitetsbristkostnader bör genomföras.
- Arbetet med att formulera verksamhetsnära mål i förvaltningen behöver konsolideras och få ett starkare resultatfokus (Vad) snarare än ett processfokus (Hur).
- Den administrativa organisationens omfattning och ledningskontorets placering bör ses över i syfte att korta existerande kommunikationsvägar inklusive att tydliggöra de platsansvariga chefernas roll.
- Risker att nya gränser mellan divisioner och verksamhetsområden försvårar samverkan och kraftsamling bör uppmärksammas och åtgärdas.
- Förenklingar behövs av IT-system och strategisk utveckling av eHälsa med tillhörande konkreta handlingsplaner för att spara tid och öka kvaliteten både för patient och medarbetare.

## **Bilaga 1 – Intervjuade personer**

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

Lars Almroth

Patricia Enocson

Caroline Lindahl

Anders Lundin

Annika Malmquist

Stefan Nilsson

Maria Månsson

Cecilia Persson

Karin Ekelund

Morten Ljungdahl

Pia Lundbom

Maria Nyman Stjärnskog

Karin Melander

Eva Olofsson

Lina Vigren

Följande personer på koncernkontoret har intervjuats:

Åsa Adolfsson

Ingrid Bergman

Jens Enoksson

Charlotte Karbassi

Ulf Meijer

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 Tvärfprofessionell 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>Jämlig 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 Kranskärilsröntgen 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