

**Sjukvårdsförvaltningarnas förmåga att
klara sina mål**
Granskning av Skånes universitetssjukvård, uppföljning

December 2015

Dag Boman

Lars-Bertil Arvidsson

Catharina Barkman

Pia Lidwall

Mari Månsson

Göran Stenberg

Innehåll

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | SAMMANFATTNING | 3 |
| 2 | GRANSKNINGENS BAKGRUND, SYFTE OCH GENOMFÖRANDE | 7 |
| 2.1 | BAKGRUND OCH UPPDRAG | 7 |
| 2.2 | UPPDRAGETS GENOMFÖRANDE | 8 |
| 3 | REGION SKÅNES STYRNING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN | 8 |
| 3.1 | REGIONEN SKÅNES MÅL FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN | 8 |
| 3.2 | UPPDRAG OCH UPPFÖLJNING | 9 |
| 3.3 | SKÅNES UNIVERSITETSSJUKVÅRDS (SUS) UPPDRAG | 9 |
| 4 | ARBETET MED MÅL VID SKÅNES UNIVERSITETSSJUKVÅRD | 10 |
| 4.1 | ORGANISATION OCH LEDNING | 10 |
| 4.2 | UPPDRAG, STYRNING OCH ÅTGÄRDER | 10 |
| 4.3 | KVALITETSARBETE OCH PATIENTFOKUSERAD VÅRD | 12 |
| 4.4 | EFFEKTIV VÅRD | 18 |
| 4.5 | FÖRVALTNINGENS SAMSPEL INOM REGION SKÅNE | 24 |
| 5 | SLUTSATSER OCH BEDÖMNINGAR | 27 |
| 5.1 | ÖVERGRIPANDE REVISIONSFRÅGA – SKÅNES UNIVERSITETSSJUKVÅRD | 30 |
| 5.2 | FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG | 31 |
| | BILAGA 1 – INTERVJUADE PERSONER | 33 |
| | BILAGA 2 – KVALITETSINDIKATORER SOM ÄR MÅLSATTA | 34 |

1 Sammanfattning

Uppdrag och genomförande

I denna uppföljande granskning görs en kartläggning och bedömning av Skånes universitetssjukvård (SUS) och dess förmåga att klara sina mål. Den period som granskas är 2014 till och med andra tertialet 2015. Rapporten är ett led i den granskning som revisionen i Region Skåne låter göra av sjukvårdsförvaltningarna och som nu 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 sjukvårdsförvaltningarna. *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

Arbetet med att utveckla ledningsorganisationen inom Skånes universitetssjukvård har fortsatt. Under 2015 tillämnas alla divisioner och verksamheter förvaltningens balanserade styrkort. Uppföljning och kommunikation av målen till medarbetare har likaså utvecklats. Produktionsstyrning tillämpas i allt högre grad liksom tretton veckors framförhållning vid schemaläggning av läkare och annan personal.

Det målområde som utvecklats bäst under den aktuella perioden vid SUS är förebyggande av vårdskador. Klart ogynnsamt har utvecklingen däremot varit i fråga om tillgänglighet. Det gäller både mottagningsbesök, tid till operation och inom flera cancerdiagnosområden. Detta avspeglar sig också i ett sänkt förtroende för SUS från patienternas och allmänhetens sida.

Det ekonomiska underskottet 2015 beräknas öka jämfört med förra året och prognostiseras till minus 455 Mkr i augusti. Handlingsplaner och cirka 250 åtgärder har tagits fram med en förväntad helårseffekt på 175 mkr, eller 1,4 procent av den totala omsättningen.

Det allt överskuggande problemet vid förvaltningen är för närvarande brist på vissa kompetenser och svårigheter att bemanna vårdplatser. Faran är att detta blir ett långvarigt problem med risker för patientsäkerhet, patientkvalitet, arbetsmiljö, ökande sjuklighet, personalomsättning och ökande personalkostnader.

Medborgar- och patientperspektiv

SUS har höga ambitioner och genomför en rad olika aktiviteter för att uppnå en patientfokuserad och säker vård. Några exempel är patientutbildningar, standardiseringsarbete, deltagande i kvalitetsregister, patientforum och ny organisation för samverkan med brukarorganisationer. SUS har också ett välorganiserat patientsäkerhetsarbete.

Liksom vid föregående granskning så bedrivs enligt vår bedömning inte uppföljning av verksamheten i tillräcklig grad ur ett medborgar- och patientperspektiv. Det saknas även fortsättningsvis en ändamålsenlig handlingsstrategi både på SUS och på koncernnivå för att uppnå en personcentrerad vård.

Bedömning i sammanfattning

Skånes universitetssjukvård har fortsättningsvis vidtagit ett flertal åtgärder som har syftat till att skapa en struktur för en ändamålsenlig organisation som kan uppnå uppsatta ekonomi- och verksamhetsmål. Samtidigt har många resultat försämrats sedan föregående granskning.

Vår bedömning är att sjukhusledningen trots förbättrad ledningsmodell och uppföljningsrapporter inte har den kontroll över verksamheten som krävs för att nå de mål som uppställts för en säker och effektiv hälso- och sjukvård. Förvaltningen behöver även utveckla en tydligare systematik och skapa dialog om målens innehåll så att arbetet för att sätta patienten i centrum kan följas upp

och förbättras. Satsningar för att skapa en god arbetsmiljö med positiv image av SUS internt och externt för att behålla och attrahera nya medarbetare är av central betydelse.

Resultat specifika frågor

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

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

SUS har höga ambitioner och en arsenal av aktiviteter för att uppnå en patientfokuserad och säker vård. Utbildning, standardiseringsarbete, deltagande i kvalitetsregister, patientforum och etikeråd är några exempel. SUS uppfyllde däremot inte kraven för kömiljarden under 2014 och har fortfarande under 2015 långa väntetider. De långa väntetiderna gäller både besök och åtgärd och gäller även cancervården. Patienternas förtroende för SUS har enligt nationell patientenkät minskat. Patientföreträdare efterfrågar mer lätt tillgänglig information, fast vårdkontakt och helhetssyn på patienten. Särskild hänsyn behöver tas till funktionshindrade med många diagnoser.

SUS uppfyller inte flera viktiga mål för patientfokusering. Vi bedömer att förvaltningen behöver utveckla mer effektiva patientprocesser inom sjukhusvården, även kopplat till primärvården och den kommunala omsorgen. Det handlar om att reducera icke värdeskapande aktiviteter, korta ledtiderna och öka tillgängligheten. Resultaten behöver följas upp systematiskt ur ett patientperspektiv. På samma sätt behövs förenklingar av IT-system och utveckling av eHälsa.

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

De medicinska resultaten genom ökad vunnen hälsa av insatta åtgärder förbättras kontinuerligt. Detta ses i ökad överlevnad vid olika cancerformer och förbättrade resultat vid kroniska sjukdomar som reumatism med mera. På ett universitetssjukhus som SUS är framtagning och testning av ny teknologi helt avgörande för framtida effektivitet i hela systemet. Här synes SUS ha god kvalitet och aktivitet. Effektivitet i meningen ändamålsenlig användning av resurser i form av medarbetare, infrastruktur, teknologi och processer är ett större problem vid SUS. Det finns exempel på väl integrerade och fungerande patientprocesser inom sjukhuset men även på brister som leder till inställda åtgärder och ökade väntetider för patienterna.

Vår bedömning är att styrningen mot effektivitet haft skiftande fokus under den senaste femårsperioden. Otillräckliga konsekvensbeskrivningar genomfördes av de personalrestriktioner som gjordes 2013 – 2014 och vi ser nu en nedåtgående spiral vad gäller kompetensbrist och medarbetarnas tillit till ledningen. Detta riskerar att få ytterligare allvarliga konsekvenser för sjukhusets möjligheter att bedriva en högkvalitativ vård och kan leda till snabbt ökande kostnader. Verksamheten har däremot en positiv utveckling i bemärkelsen att produktionsplanering och god framförhållning vid schemaläggning av all personal sker vid allt fler enheter inom förvaltningen.

3. Hur har organisationsförändringen påverkat medborgaren/patienten?

Nackdelar med Skånevård 2.0 som lyfts fram ur SUS perspektiv är svårigheten att upprätthålla ett samlat ansvar för de patientprocesser som innefattar insatser vid lasaretten i Trelleborg och Landskrona. Exempelvis gäller det akuta patienter från Trelleborgsområdet som under jourtid tas omhand vid SUS. Fördelar är möjligheten till organisatorisk samverkan med primärvården.

De brister som uppmärksammats vid tidigare granskningar om att det saknas tydliga mål och riskanalyser av förändringarna liksom uppföljning av konsekvenserna för patienterna 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?

Sedan 2014 har SUS infört ett nytt styr- och ledningssystem med balanserat styrkort (BSK). Arbetet pågår i syfte att successivt bryta ner målen till organisationens olika nivåer och för att slutligen nå varje enskild medarbetare. BSK stämmer överens med de mål för Regionen som har beslutats av HSN. Förutom BSK styrs verksamheten i vardagen också av sjukhusledningens beslut om

direkta åtgärder exempelvis för att hitta vårdplatser och incitament till personal att ta extrapass och arbeta övertid.

Vår bedömning är att BSK uppfattas som ett bra instrument att beskriva verksamheternas olika perspektiv med mål för spridning till medarbetarna och för uppföljning. Dock uppfattas förvaltningens BSK ha låg styreffekt och inte balansera perspektiven på de olika vårdnivåerna. Vidare saknas tydliga befogenheter för verksamhetschefer, sektionschefer, områdeschefer och enhetschefer att kunna ta ansvar för att lösa uppkomna brister eller för att utveckla verksamheterna.

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

Det finns skillnader inom och mellan olika verksamheter som i grunden beror på olika verksamheters art och med olika mål. Åtgärderna för att nå uppsatta mål varierar mellan verksamheterna och kan bero på olika kompetens, ambition och möjligheter att utarbeta och genomföra förbättringsåtgärder. Måluppfyllelsen inom akutsjukvården i Malmö respektive Lund ser något olika ut där strukturen på verksamheterna, tidigare organisation samt kultur och arbetsrutiner påverkar utfallet. Olika ekonomiska förutsättningar och ersättningsmodell för primärvård respektive sjukhusvård som till stor del är högspecialiserad skapar också differentierade möjligheter och drivkrafter för gemensam problemlösning inom förvaltningen.

Vår bedömning är att det finns naturliga olikheter mellan verksamheterna. Förvaltningsgemensamma målsättningar såsom förebyggande av vårdskador har visat sig vara effektiva. Fortsatta insatser bör vara att utveckla helhetsmål för patientresultat som kan redovisas för respektive patient, för befolkningen och de förtroendevalda.

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

Information och återkoppling i chefslinjen sker främst genom olika typer av ledningsgrupper och chefsgrupper på respektive organisatorisk nivå. SUS har sedan förra granskningen utvecklat arbetet med BSK och etablerat en enhetlig struktur för mål och uppföljning.

Vår bedömning är att en bristande tillit i organisationen kvarstår i likhet med förra granskningen. De beslut som sker i förvaltningsledningen och som sedan ska genomföras i linjeorganisationen bör i större utsträckning utvärderas och förankras bland verksamheter och medarbetare.

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 har uppdragit till förvaltningschefen att intensifiera arbetet med Förenklingskommissionens åtgärdsförslag och arbetet med Kraftsamlingen. Utöver detta har nämnden inte tagit några beslut som rör 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.

8. Vilka åtgärder vidtas lokalt vid bristande måluppfyllelse?

I SUS ledningsorganisation är det ett ansvar för respektive divisionschef att se till att verksamheterna och deras chefer följer utvecklingen visavi målen och vid behov genomför nödvändiga åtgärder. Alla verksamhetsområden förväntas ha en aktuell handlingsplan för hur målen ska uppfyllas. Förändrade arbetssätt uppges ha genomförts inom flera verksamheter med syftet att förbättra styrning, arbetsmiljö, patientsäkerhet och tillgänglighet. Förvaltningsgemensamma handlingsplaner arbetas fram med kort och långsiktig horisont.

Vår bedömning är att SUS har implementerat en gemensam modell i förvaltningen som tydliggör ansvaret för att vidta åtgärder vid lokala avvikelser från fastställda mål. Det allt överskuggande och akuta problemet inom förvaltningen är bristen på framförallt sjuksköterskor och vårdplatser. Möjligheterna att nå önskade resultat lokalt förhindras i många fall av dessa brister. Det behövs

inom sjukhuset fler gemensamma handlingsplaner och bättre koordination mellan de insatser som sker på verksamhetsområdesnivå.

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

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

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 SUS och övriga förvaltningar om bland annat uppföljningsplanen. Inom cancervården sker dialoger som drivs av regionalt cancercentrum (RCC). Förvaltningsledningen inom SUS 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 förvaltningarnas avviker från uppställda mål.

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

Ett systematiskt arbete med att identifiera kvalitetsbristkostnader och att ständigt försöka eliminera dem är ett led i effektivt kvalitetsarbete. Att kvantifiera kvalitetsbristkostnaderna i pengar är ett sätt att tydliggöra storleken på problemet. Det har framgått i intervjuer med representanter för samtliga divisioner att det inte sker någon systematisk uppföljning av kvalitetsbristkostnader vid SUS. Under hösten 2015 har det utgått direktiv från koncernledningen om att sjukvårdsförvaltningarna ska bedriva arbete att identifiera och reducera kvalitetsbristkostnader.

Vår bedömning är att SUS bör intensifiera arbetet med att systematiskt beräkna och eliminera kvalitetsbristkostnader. Det är ett sätt att påvisa problemområden och få ett underlag att prioritera mellan dessa, tydliggöra effekterna av kvalitetsarbetet, öka förståelsen för förebyggande arbete och omfördela tid till värdeskapande aktiviteter.

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

Någon explicit uppföljning av hur den nya förvaltningsorganisationen har påverkat benägenheten till samverkan mellan olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet i Region Skåne har inte skett.

Vår bedömning är att samverkan som sker mellan SUS och Medicinsk service fungerar fortsatt bra i vardagen. SUS kritik gällande laborativ verksamhetens ersättningssystem kvarstår. Svarstiderna inom patologi och cytologi behöver förbättras för att öka sjukhusets möjligheter att nå uppsatta ledtider inom cancervårdprocesserna.

Förbättringsområden

Granskningen av SUS har föranlett impulser till följande rekommendationer:

- Åtgärder behöver vidtas för att stärka medarbetarnas tillit till förvaltningsledningen som en väg att vända den nedåtgående spiralen vad gäller kompetens- och vårdplatsbrist.

- SUS behöver systematiskt utveckla flera och effektivare patientprocesser inom sjukhusvårdens olika verksamheter, enheter och kompetenser men även kopplat till primärvårdens kompetenser för att förbättra patientkvaliteten, effektivisera resursanvändningen och öka tillgängligheten.
- Förenklingar behövs av IT-system och utveckling av eHälsa med tillhörande konkreta handlingsplaner för att spara tid och öka kvaliteten både för patient och medarbetare.
- Helhetsmål för patientresultat bör tas fram som kan redovisas för respektive patient, för befolkningen och de förtroendevalda.
- De beslut som sker i förvaltningsledningen och som sedan ska genomföras i linjeorganisationen bör i större utsträckning konsekvensbedömas och förankras bland verksamheterna och medarbetare som ett led i att förbättra information och återkoppling inom organisationen.
- Det bör göras tydligare hur region-, koncernledning jämte driftsledningsnämnd kommer att agera i de fall som förvaltningarnas avviker från uppställda mål.
- Effekterna av Skånevård 2.0 bör utvärderas ur ett medborgar- och patientperspektiv.
- SUS bör intensifiera arbetet med att systematiskt beräkna och eliminera kvalitetsbristkostnader.

2 Granskningens bakgrund, syfte och genomförande

2.1 Bakgrund och uppdrag

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

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

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

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

För varje förvaltning ska behandlas följande frågor:

1. På vilket sätt arbetar förvaltningen med att ge en patientfokuserad vård med kvalitet och säkerhet och hur upplevs detta av patienterna?
2. På vilket sätt arbetar förvaltningen med att få en effektiv vård som ger värde för respektive patient?
3. Hur har organisationsförändringen påverkat medborgaren/patienten?

4. Vilka lokala styrdokument/handlingsplaner finns för att styra mot uppsatta mål för verksamhet och ekonomi och hur används dessa för att tillse att tilldelat uppdrag uppfylls?
5. Finns det skillnader mellan olika verksamheter inom förvaltningen när det gäller måluppfyllelse och vad beror i så fall dessa på?
6. Hur sker information och återkoppling inom förvaltningen beträffande måluppfyllelsen?
7. Hur sker information och återkoppling till respektive sjukvårdsnämnd beträffande måluppfyllelse och hur agerar nämnden vid bristande måluppfyllelse?
8. Vilka åtgärder vidtas lokalt vid bristande måluppfyllelse?
9. Vad gör region- och koncernledningen för att påverka tidigare konstaterade brister?
10. Hur sker information och återkoppling till region- och koncernledning beträffande måluppfyllelsen?
11. På vilket sätt arbetar förvaltningen för att mäta kvalitetsbristkostnader i verksamheten? Hur fungerar samarbetet mellan Medicinsk service och de övriga förvaltningarna? Vilka för- och nackdelar finns?

2.2 Uppdragets genomförande

Genomförandet av granskningen av Skånes Universitetssjukvård (SUS) har innefattat dokumentanalys, djupintervjuer enskilt och i gupp samt en workshop med SUS stabschefer i oktober månad. Dessutom har det genomförts två workshops med patientföreträdare. Dokumentanalysen har inbegripit balanserat styrkort, uppdragsbeskrivningar, verksamhetsplaner och resultatredovisningar för förvaltningen under den aktuella granskningsperioden. Vidare har material såsom beslutsdokument, budgetar, policydokument, kvalitetsledningssystem, uppföljningar med mera analyserats. Sammanlagt har 28 personer från SUS medverkat i djupintervjuer och/eller workshop. Djupintervjuer har genomförts med fem företrädare från Region Skånes koncernledning och koncernkontor. Rapportens beskrivande avsnitt har varit föremål för faktagranskning från SUS och koncernkontorets sida.

Arbetet med granskningen har bedrivits under perioden augusti till november 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. Projektleddare från revisionskontoret har varit Greger Nyberg, Eva Tency Nilsson och Johan Rasmusson.

3 Region Skånes styrning av hälso- och sjukvården

3.1 Regionen Skånes mål för hälso- och sjukvården

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

Mer specifika mål för hälso- och sjukvård har beslutats av hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) baserat på budgetens mål och perspektiv. Målen återges i det samlade uppdraget ”*Region Skånes hälso- och sjukvårdsuppdrag för år 2015*” som riktar sig generellt mot sjukvården i Skåne och i förvaltningsuppdragen som riktar sig mot respektive förvaltning ”Uppdrag år 2015 till 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 Skånes Universitetssjukvård 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 enligt ovan i indexgrupper. För varje indikator finns från och med 2015 fastställda mål och delmål. Uppnått delmål ger 0,5 poäng och uppnått mål ger 1,0 poäng. Syftet med poängen är att tydligt kunna följa måluppfyllelsen för indikatorindexen och även kunna jämföra mellan de olika förvaltningarnas resultat.

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

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

3.3 Skånes Universitetssjukvårds (SUS) uppdrag

För samtliga sjukvårdsförvaltningar i Region Skåne gäller de uppdrag och målbeskrivningar som beslutats av HSN. Dessa har hanterats vidare genom respektive driftsledningsnämnd till förvaltningsuppdrag och fastställd internbudget med anslag för verksamheten. Förvaltningsuppdraget och internbudgeten 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.

SUS tillhandahåller akut- och planerad hälso- och sjukvård, specialistsjukvård samt primärvård. SUS har också högspecialiserad vård för såväl hela Skåne som södra sjukvårdsregionen. Inom några områden erbjuds också rikssjukvård. Sjukhusen är placerade i Malmö och Lund. Offentlig primärvård bedrivs vid vårdcentraler belägna i kommunerna Malmö, Lund, Burlöv, Staffanstorps, Lomma, Kävlinge, Eslöv, Höör och Hörby och är en integrerad del av förvaltningens verksamhet. Forskning bedrivs i egen regi och i samarbete med externa aktörer, där Medicinska Fakulteten vid Lunds Universitet är den volymmässigt största samarbetspartnern.

Den endokrinkirurgiska verksamheten samlas på SUS Lund medan basal diagnostik såsom cytologi (punktion, ej tolkning) ska utföras på tre utbudspunkter nämligen i Lund, Helsingborg och Kristianstad. Beslutet omfattar cancer och inte benign kirurgi.

4 Arbetet med mål vid Skånes universitetssjukvård

4.1 Organisation och ledning

Skånes universitetssjukvård (SUS) verksamhet är från 1 januari 2014 indelad i fem divisioner:

- *Division 1* innehåller akutsjukvård, infektionssjukdomar, internmedicin, ortopedi, intensivvård och perioperativ vård.
- *Division 2* innehåller barnkirurgi, barnmedicin, kvinnosjukvård, endokrinologi, hudsjukvård, ögonsjukvård, specialiserad kirurgi inom öron-näsa-hals, käkkirurgi, handkirurgi och plastikkirurgi.
- *Division 3* innehåller hjärt- och lungmedicin (arytmi, hjärtsvikt och hjärtklaff, kranskärl, lung- och allergisjukvård), thoraxkirurgi, anestesi och intensivvård, neurologi och rehabiliteringsmedicin, njurmedicin, reumatologi, gastroenterologi och neurokirurgi.
- *Division 4* innehåller hematologi, kärlkirurgi, kirurgi, urologi, onkologi, strålningsfysik, bild- och funktionsdiagnostik och neurofysiologi.
- *Division 5* innehåller primärvård med 37 vårdcentraler, 35 barnvårdscentraler (BVC), de offentligt drivna barnmorskemottagningarna i Malmö/Lund-området samt minnessjukdomar, geriatrik, smärtrehabilitering och hälsoenheten.

Nuvarande ledningsorganisation med start den 1 januari 2014 har följande uppbyggnad:

- Förvaltningschef
- Divisionschefer för fem divisioner
- Verksamhetschefer för 23 verksamhetsområden (tidigare var antalet 49)
- Sektionschefer vilka alla är läkare och har ansvar för verksamhet, ekonomi och personal vad gäller läkare och vårdprocesser inom respektive sektion
- Områdeschefer inom delar av verksamheterna med ansvar för vårdpersonal och omvårdnadsverksamhet vid flera enheter
- Enhetschefer med ansvar för omvårdnadspersonal

Antalet sektionschefer och områdeschefer är ca nittio och antalet enhetschefer cirka 270. Totalt har SUS ca 13 000 medarbetare.

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

Sedan 2014 har SUS i enlighet med regiondirektörens beslut 2013 infört ett nytt styr- och ledningssystem med balanserat styrkort (BSK). Arbetet pågår i syfte att successivt bryta ner målen till organisationens olika nivåer och för att slutligen nå varje enskild medarbetare.

Styrkortet innehåller mål och åtgärder för följande perspektiv:

- Medborgar- och patientperspektivet med målen: *inga vårdskador, rätt vård och rätt läkemedel*
- Verksamhetsperspektivet med målen: *”när patienten behöver den”, välplanerad produktion och stark miljöprofil*
- FoUU¹-perspektivet med målen: *forskningsuppdraget, utbildningsuppdraget och ordnat införande*
- Medarbetarperspektivet med målen: *kompetenta ledare och medarbetare, hälsosam arbetsplats samt fossilbränslefri, klimatneutral och klimatanpassad verksamhet*
- Ekonomiperspektivet med målen: *ekonomi i balans och hållbar resursanvändning.*

Varje perspektiv har detaljerade mål och åtgärder som ska förmedlas till medarbetarna, genomföras och följas upp.

Utöver det gemensamma styrkortet arbetar förvaltningen med nätverk av kompetenser med fokus på förbättring av måluppfyllelsen för exempelvis fallskador, trycksår eller nutrition.

4.2.2 Information och återkoppling inom förvaltningen

Främst sker information och återkoppling i chefslinjen med olika typer av ledningsgrupper och chefsgrupper på respektive organisatorisk nivå. Information och återkoppling sker även genom styrgrupper, särskild projekt- och arbetsgrupper samt i publikationer som Chefsnytt och SUSnytt.

Intervjupersoner uppger att BSK:s olika perspektiv med både centrala och lokala mål kan vara en hjälp i att utveckla och förbättra verksamheten. Det beskrivs också som en fördel att sjukhuset har en enhetlig struktur för mål och uppföljning. Det uppges vara tydligt att informationen om de beslutade målen ska föras ut till alla medarbetare och utvecklingen visavi målen ska redovisas på så kallade pulstavlor.

En omfattande genomgång har gjorts av hur processen för beslutsfattande ska se ut. Dock framhåller många intervjupersoner att det är otydligt hur de olika perspektiven i BSK är balanserade. Det uppges också finnas svagheter som medverkar till att styrningen försämras. Som svagheter anges exempelvis bristen på resultatredovisning av inrapporterade data och bristen på befogenheter att lokalt lösa uppkomna problem på enhets- och sektions- liksom verksamhetsnivå. Framför allt områdesansvariga och sektionsansvariga har svårt att orientera sig i BSK då deras verksamheter ofta har beroendeförhållanden till flera områden, sektioner och enheter. Ansvarsfördelningen uppges många gånger vara oklar. Styrningen, uppger flera intervjupersoner, upplevs ske genom beslut i förvaltningsledningen som sedan ska genomföras i linjeorganisationen utan att tillräcklig förankring av beslutens konsekvenser för verksamheterna har skett.

Vid den senaste mätningen i personalenkäten om medarbetarnas syn på verksamhetsmålen framgick att andelen som känner till målen har ökat sedan BSK infördes, men nio procent av medarbetarna svarade matt de inte känner till målen alls. Cirka 30 procent svarade att målen inte stämmer särskilt bra/ inte stämmer alls.

¹ Forskning och utveckling, utbildning

4.2.3 Åtgärder vid bristande måluppfyllelse?

Uppföljningarna vid SUS visar tecken på både förbättringar och försämringar. Exempel på mål där det skett förbättringar är läkemedelsförskrivningen. Förekomsten av olämpliga läkemedel för äldre har minskat med 20 procent sedan frågan uppmärksammats. En intervjuad yttrade följande: ”Nu har vi en positiv rörelse. Förut gjorde vi ingenting alls”.

Det finns likväl exempel på negativt resultat månad efter månad och där genomförda åtgärder tills vidare ser ut att ha begränsade effekter. Inom några områden som till exempel cancersjukvården har måluppfyllelsen blivit sämre. Samma gäller för akutsjukvårdens fyratimmarsmål.

I SUS ledningsorganisation är det ett ansvar för respektive divisionschef att se till att verksamheterna och deras chefer följer utvecklingen visavi målen och genomför nödvändiga åtgärder. Alla verksamhetsområden förväntas ha en aktuell handlingsplan för hur målen ska uppfyllas. För att stötta arbetet finns numera verksamhetscontrollers på divisionsnivå och verksamhetsutvecklare på verksamhetsnivå som stöd till verksamhetschefen. Förändrade arbetssätt uppges ha genomförts inom flera verksamheter med syftet att förbättra styrning, arbetsmiljö, patientsäkerhet och tillgänglighet. Förvaltningsgemensamma handlingsplaner arbetas fram med kort och långsiktig horisont. Det allt överskuggande problemet som kortsiktigt behöver lösas är bristen på framförallt sjuksköterskor som leder till att vårdplatser måste hållas stängda. Många intervjuade efterlyser fler gemensamma handlingsplaner och bättre koordination mellan det arbete som sker på verksamhetsområdesnivå.

4.2.4 Eventuella skillnader inom förvaltningen

Det finns skillnader i organisationen som i grunden beror på olika verksamheters art och därmed är relevansen för målen olika. Åtgärderna för att nå målet är olika mellan verksamheterna och kan enligt intervjupersoner bero på olika kompetens, ambition och möjligheter att utarbeta och genomföra förbättringsåtgärder.

Det finns också skillnader inom olika verksamheter beroende på om de är lokaliserade till Malmö respektive Lund. Måluppfyllelsen inom akutsjukvårdens delar ser något olika ut där strukturen på verksamheterna, tidigare organisation, kultur och arbetsrutiner påverkar utfallet. Andra mål är gemensamma och ansträngningar görs från förvaltningsledningen för att nå en hög och jämn resultatnivå. Klädhygienreglerna är ett sådant exempel.

Samarbetet på ledningsnivå mellan primärvården och sjukhusen har utvecklats och sammanslagningen anges ha öppnat nya möjligheter. Samtidigt bedriver stora delar av sjukhusdelen hög-specialiserad vård som har färre samarbetsytorna gentemot primärvården. Samarbetet med kommundelarna i Malmö fungerar enligt intervjupersoner bra medan situationen kring SUS Lund är mer komplex med flera kommuner. Primärvården arbetar sedan många år med balanserat styrkort som metod som tar sikte mot fem kvalitetsmål. Högst prioriterat är telefontillgängligheten.

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

Mål med inriktning mot patientfokus som är beslutade och ingår i förvaltningens BSK för 2015 är ”inga vårdskador”, ”rätt vård”, ”rätt läkemedel” och ”vård när patienten behöver den”. Enligt SUS verksamhetsberättelse 2014 ingår mål och åtgärder för patientfokuserad vård i förvaltning-

ens huvudprocess för strategi, planering, utförande och uppföljning av verksamheten. All utveckling av vården inom SUS ska ha fokus på person som är i behov av vård. Möjligheten att ”vara huvudperson” i sin egen vårdprocess är en avgörande faktor för god och säker vård. Arbetet med patientfokus beskrivs i SUS verksamhetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsbokslut.

SUS värdegrund ”Respekt för människan” ska vara utgångspunkt för alla som arbetar inom förvaltningen. Samtliga ledningsgrupper ska genomföra workshops i värdegrundsarbetet. Medarbetarna ska uppmuntras till kontinuerliga samtal om värdegrundsfrågor. SUS deltar även i det regionala arbetet för att implementera den nya patientlagen.

Arbetet med att uppnå målen sker på flera olika plan.

Den nya ledningsorganisationen i förvaltningen har bland annat i syfte att tillgodose att *fler chefer är utbildade* och aktiva i vårdflödesarbete, kliniskt utvecklingsarbete och patientsäkerhet. Ett nytt beslutsstöd har utformats för chefer och medarbetare löpande ska kunna följa måluppfyllelsen. Ett ordnat införande är obligatoriskt i Regionen av nya medicinska metoder, teknologier och läkemedel för SUS verksamheter sedan 2013.

SUS deltar i ett 80-tal nationella *kvalitetsregister*. Arbetsmodellen tar sikte på att det ska ske löpande förbättringar av vårdens resultat på grundval av verksamhetsuppföljning, nationella kvalitetsregister mm. Exempel är höftfrakturprocessen och strokeprocessen. Sammantaget innebär detta, enligt förvaltningens företrädare, att fler patientfokuserade mått följs upp per månad än vad tidigare varit fallet.

En styrgrupp ”Vård på rätt nivå” arbetar med *översyn av öppenvårdsverksamheten* med syfte att förbättra samarbetet mellan primärvård och specialiserad vård. Flera vårdcentraler har infört äldre mottagningar och hjärtsviktsmottagningar.

Det finns numera ett förvaltningsövergripande *standardiseringsarbete* avseende rutiner för barn som far illa.

Förvaltningen driver vidare en försöksverksamhet rörande *personcentrerad vård* inom slutenvården. Ett nytt etikeråd startade under 2014 och etikombud utsågs. Det finns stödmaterial för chefer och medarbetare kring patientfokusering som är tillgängligt via förvaltningens intranät.

Inom ramen för sjukhusbiblioteket och *Patientforum* ges vägledning och stöd för att skapa delaktighet för patienter och närstående exempelvis genom metodikstöd för patient- och närståendebildningar, föreläsningar och stödpersonutbildningar. Patientföreningarna inbjuds till diskussion om samarbete. Brukarsamverkan sker inom ramen för Dialogforum. Information förmedlas också via webbplatser och sociala media. Uppfattningen i intervjuer är att brukarinflytandet har stärkts och att intresset för patientutbildningar, föreläsningar med mera har ökat.

SUS mottagningar i primärvård och specialistvård har lagts upp med kontaktuppgifter och *e-tjänster på 1177*. Nästan samtliga (95 procent) av SUS 257 mottagningar var anslutna till Mina vårdkontakter i december 2014. Övriga enheter saknade tekniska möjligheter för anslutning. Alla SUS vårdcentraler är anslutna med tjänsteutbud. Patienten kan genom detta system beställa tid, av/omboka tid, förnya recept, förnya läkemedel. Alla barnmorskemottagningar och barnavårdscentraler är anslutna med olika tjänster såsom cellprovtagning, beställa tid och av-/omboka tid.

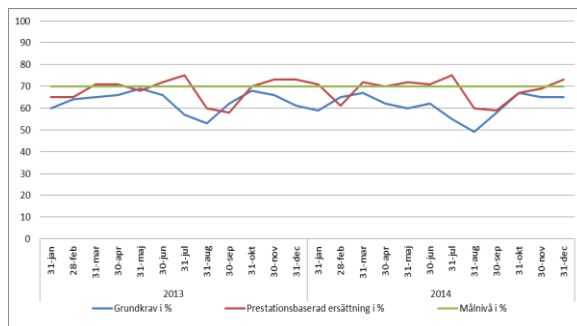
I en workshop med brukarorganisationer framkommer emellertid att man i verksamheten har för mycket av ett ”biologiskt synsätt” och inte ser till hela patientens behov. I andra intervjuer framhålls att universitetskulturen och forskningen prioriteras framför patientens behov. Verksamhetsföreträdare menar samtidigt att forskning och utveckling i framkant är nödvändigt för att skapa den bästa vården för patienterna.

4.3.2 Kvalitetsmål

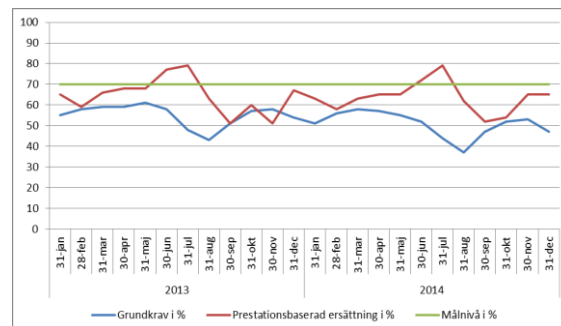
Vård i rimlig tid

SUS uppfyllde inte grundkravet och inte heller det prestationsbaserade kravet i kömiljarden under 2014 för första besök. På samma sätt förhåller det sig med grundkravet och det prestationsbaserade kravet för operation/åtgärd i kömiljarden under 2013 och inte heller under 2014.

Kömiljarden besök 2013-2014



Kömiljarden operation/åtgärd 2013-2014



Under 2015 till och med augusti har målet att andelen patienter som genomfört ett första besök inom 60 dagar ska uppgå till mer än 70 procent uppnåtts fem av åtta månader.

Målet att andelen patienter som genomfört planerad operation eller åtgärd inom 60 dagar ska uppgå till mer än 70 procent uppnåddes tre av åtta månader.

Telefontillgängligheten, andel samtal som fått kontakt av totalt inflöde ska vara högre än 90 procent i primärvården. Under årets första åtta månader uppnådde SUS 85 procent. Det är en förbättring från föregående år.

Cancervården

HSN har uppställt mål för tid för start av behandling för lungcancer, bröstcancer, prostatacancer, kolorektal cancer samt urinblåsecancer.

- **Lungcancer:** Målet är att för 80 procent av patienter med lungcancer ska tiden från remissankomst till beslut om behandling vara högst 28 dagar. SUS uppnådde för perioden maj 2014 – april 2015 drygt 40 procent. Det är en förbättring från tidigare period.
- **Bröstcancer:** Målet är att för 80 procent av patienter med bröstcancer ska tiden från remissankomst till beslut om behandling vara högst 28 dagar. SUS uppnådde för perioden maj 2014 – april 2015 knappt 40 procent. Det är en försämring från tidigare period.
- **Prostatacancer:** Målet är att för 80 procent av patienter med högrisk prostatacancer ska tiden från remissankomst till beslut om behandling vara högst 60 dagar. Ingen patient i hela Region Skåne behandlades inom utsatt tid inom perioden maj 2014 – april 2015.
- **Kolorektal cancer:** Målet är att för 80 procent av patienter med kolorektal cancer ska tiden från misstänkt cancer till behandling vara högst 28 dagar. SUS uppnådde för perioden maj 2014 – april 2015 cirka 20 procent. Det är en försämring från tidigare period.
- **Urinblåsecancer:** Målet är att för 80 procent av patienter med urinblåsecancer ska tiden från remissankomst till beslut om behandling vara högst 28 dagar. Ingen patient inom SUS rapporteras ha vårdats inom utsatt tid under perioden maj 2014 – april 2015.

För att förbättra tillgängligheten arbetar SUS med standardiserade vårdförlopp. Exempelvis har det genomförts insatser inom den urologiska verksamheten och lungcancerverksamheten. SUS tillämnar de av Socialstyrelsen upprättade nationella riktlinjerna för de fyra vanligaste tumörformerna (bröst-, kolorektal-, lung- och prostatacancer). Förvaltningens målsättningen är att under 2015-2016 få heltäckande beslutsstöd baserade på retrospektiva journaldata för tre tumörformer, bröstcancer, malignt melanom och pancreascancer.

Alla cancerpatienter ska enligt ett regionalt mål ha tillgång till kontaktsjuksköterska. För cancer hos barn når SUS målet för 100 procent av patienterna. Detta gäller även för kvinnosjukvård och huvud- halscancer. Inom hematologi, kirurgi och urologi är kontaktsjuksköterska införd för alla maligna diagnoser. Inom övrig onkologi utökas funktionen successivt.

4.3.3 Patientsäkerhet

Förvaltningen har satt upp ett antal mål för patientsäkerhet. Exempel är att nollvision ska gälla avseende vårdskador, det ska råda en stark patientsäkerhetskultur samt andelen vårdrelaterade infektioner ska minska.

Vårdskador ska förebyggas genom ett aktivt riskförebyggande arbete bland annat riskanalyser. SUS genomförde under våren 2015 sex riskanalyser på förvaltningsövergripande nivå. Utöver detta gjordes riskanalyser inom verksamheten. SUS genomför vidare löpande interna utbildningar för att medarbetare ska få kompetensen riskanalysledare. Seminarier genomförs under 2015 för andra året i rad kring patientsäkerhetskultur för ledningsgrupperna inom SUS.

Målet är att vårdrelaterade infektioner (VRI), såväl de som uppkommer av patientens egen bakterieflora som de som sprids till och mellan patienter, ska minska jämfört med 2014. I punktprevalensmätning (PPM) av VRI våren 2015 var SUS resultat 11 procent, vilket innebär att det regionala målet ≤ 8 procent inte nåddes. SUS ligger ungefär på genomsnittet för regionsjukhus och var tredje bäst i Sverige av universitetssjukhusen.

Vad gäller följsamhet till regler för arbetskläder vid patientnära arbete når SUS 96,2 procent att jämföra med målet 100 procent för perioden januari till juli 2015. I fråga om följsamhet till regler för basal hygien vid patientnära arbete når SUS 84,0 procent under samma period att jämföra med målet 90 procent. I bägge fallen är det förbättringar över tid.

De mest sjuka äldre.

De mest sjuka äldre är en särskilt utsatt grupp som också kräver mycket resurser om inte vård och omsorg fungerar smidigt. För ett antal parametrar hörande till äldreindex har SUS följande utfall:

| Indikatorer | Gräns för 0.5 p | Gräns för 1 p | SUS utfall | SUS poäng |
|---|-----------------|---------------|------------|-----------|
| Fallriskbedömning | 75.0% | 80.0% | 80.1% | 1 |
| Vårdplan avseende fallrisk ska upprättas för patienter 65 år och äldre med ökad fallrisk enligt fallriskbedömning | 80.0% | 95.0% | 88.6% | 0.5 |
| Tvärprofessionell läkemedelsgenomgång, inkl läkemedelsavstämning (slutenvård) | 50.0% | 60.0% | 30.0% | 0 |
| Riskbedömning avseende trycksår | 75.0% | 80.0% | 79.8% | 0.5 |
| Vårdplan avseende trycksår för patienter 65 år och äldre med ökad risk för trycksår enligt riskbedömning | 80.0% | 95.0% | 84.9% | 0.5 |
| Olämpliga läkemedel hos äldre (>75 år) | - | < 30 000 DDD | 25 844 | 1 |
| Undvikbar slutenvård för äldre | < 15.0% | < 14.3% | 15.4% | 0 |
| Återinskrivning 30 dagar för äldre | < 18.1% | < 17.1% | 13,5% | 1 |

Sett över åren har SUS förbättrade värden vad gäller riskförebyggande arbete. I "SUS handlingsplan för vård av mest sjuka äldre- 2015, rev 20150508" framgår att en rad målsättningar kopplade till den gruppen. Till exempel:

- Återinläggning inom 30 dagar. Resultat i augusti 2015 13,5 procent vilket är en tydlig förbättring (se tabell ovan).
- Undvikbar slutenvård. Läget 2014 var 17,1 procent. Av resultatet från augusti 2015 (se tabell ovan) framgår att sjukhuset har en positiv trend utan att målet nås.
- Täckningsgrad i Svenska Palliativregistret är 55 procent (2014). Målet är satt till 90 procent.
- Brytpunktssamtal, läkarinformation till patient är 29 procent (2014). Målet är 70 procent.
- Smärtskattning, sista levnadsveckan med validerat instrument. Resultat 7,9 procent (2014). Målet är 50 procent.

Måtten är starkt kopplade till riskförebyggande arbete där SUS har förbättrat flera resultat över åren.

4.3.4 Patientfokuserad vård

Kvalitet ur ett patientperspektiv

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

- En patientfokuserad vård handlar om patientens ställning, rätten till information, delaktighet och kontinuitet. Det innebär att vården ska bygga på respekt för människors lika värde, den enskildes värdighet, självbestämmande och integritet.
- Individerna ska bemötas utifrån ett socialt sammanhang och vården 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 Regionen. Brukarorganisationerna är med i ett tidigare skede, till exempel i upphandlingar, vilket upplevs som positivt. Samtidigt har den nya samverkansorganisationen inte "satt sig" än och det finns en rad förbättringsområden.

Deltagarna menar att SUS akutverksamhet generellt är underbemannad. Följden blir långa *väntetider*. Brister inom tillgängligheten framhålls gälla både den fysiska, den sociala och den informativa tillgängligheten.

Flera deltagare har en *fast vårdkontakt* och 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"*.

Erfarenheterna skiftar enligt patientföreträdarna i fråga om *information*. Man saknar ofta information som är relevant, lätt tillgänglig och förstäelig. 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 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*. Överrapporteringen fungerar inte särskilt bra. Man upplever stora problem att gå mellan huvudmän. Den samordnade individuella planen, SIP, som ska upprättas tillsammans med brukare om de har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård och 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.

Jämlik vård

Flera indikationer tyder på att Region Skåne och SUS inte har en, i stora delar, jämlik vård. Ledtiderna är längre i SUS för patienter inom cancervården, prostatacancer, tjocktarmscancer och lungcancer, jämfört med Södra sjukvårdsregionen i stort. Tillgängligheten till SUS är sämre än både genomsnittet i Regionen och i riket.

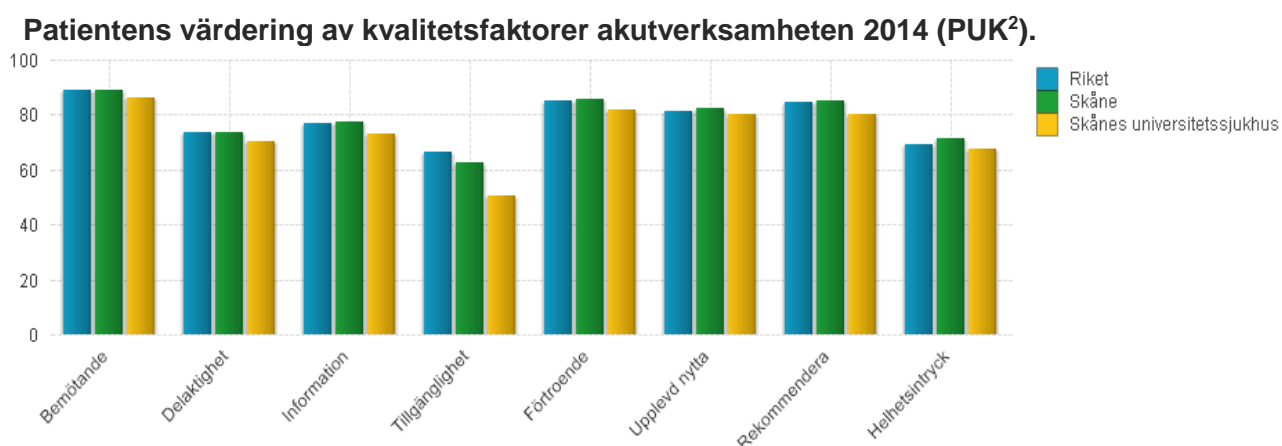
Patientnämndsärenden

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.

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

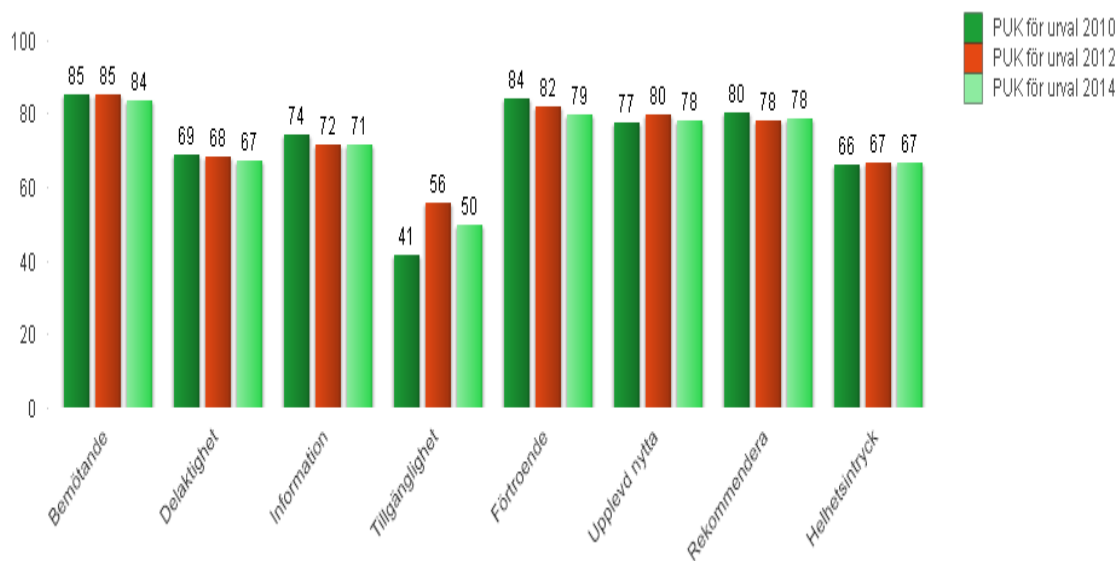
4.3.5 Uppföljning av patientnöjdhet

Ett av förvaltningens instrument för att följa upp målet patientfokuserad vård är den *Nationella patientenkäten* (NPE). I nedanstående diagram beskrivs SUS resultat i den senaste mätningen 2014 avseende akutverksamhet jämfört med riket och Skåne som helhet. Diagrammet nedan visar att resultaten för SUS ligger nära riksgenomsnittet för flertalet indikatorer förutom vad gäller tillgänglighet.



Vid en jämförelse av utvecklingen inom SUS mellan åren 2010-2014 (nedan) framgår att patienterna inte är nöjda med sjukhusets arbete för god tillgänglighet. Betyget ligger under dessa tre mätningar runt 50 procent. I fråga om vissa andra parametrar såsom delaktighet, information och förtroende har SUS en trend med färre nöjda patienter. Värdena för ”helhetsintryck” och ”att rekommendera” är oförändrade.

² PUK-värde står för Patientupplevd kvalitet. Vid framräkningen av PUK-värdet tas icke aktuella svarsalternativ bort så som ”ej ifyllt” och ”ej aktuellt”. Varje svarsalternativ ges en vikt i förhållande till sin allvarlighetsgrad.



4.3.6 Mätning av kvalitetsbristkostnader

Det finns olika definitioner på "kvalitetsbristkostnader". Ett exempel är "De totala förluster som uppstår genom att en verksamhets produkter och processer inte är fullkomliga" utifrån ett kund- och processfokus. I tjänsteorganisationer handlar ofta kvalitetsbristkostnader om tid. Det kan vara onödig tid som går åt för att göra om saker som blivit fel, göra "fel" saker, ta hand om missnöjda patienter, leta efter information, personer, utrustning mm. Det kan också vara onödiga återinläggningar, vårdrelaterade infektioner som kostar i tid och lidande, bristande läkemedelsuppföljning som leder till onödig extra sjukvård osv.

Det har framgått vid intervjuer med representanter för samtliga divisioner att det inte sker någon systematisk uppföljning av kvalitetsbristkostnader vid SUS. Flera enskilda exempel finns dock på att tekniken har använts inom olika verksamheter vid kalkylering av olika organisatoriska eller andra investeringar.

Under hösten 2015 har det utgått direktiv från koncernledningen om att sjukvårdsförvaltningarna ska bedriva arbete att identifiera och reducera kvalitetsbristkostnader. Arbetet är i sin linda. Det pågår insamling av kunskaper och metoder som stöd till förvaltningar och verksamheter.

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 nedanstående 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 nivåstrukturer ska fortsätta.

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

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

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

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

HSN:s uppföljning av uppdraget

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

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



Inom division 3 har arbetet bland annat resulterat i en strikt produktionsplanering inom vissa verksamheter.

Kvalitet anges i dag vara ett viktigare mål än ensidig satsning på ekonomi i balans. Kvalitet som strategi bedöms även befrämja ett bättre ekonomiskt resultat. Förvaltningen avser bland annat att satsa på kvalitetsutveckling av patientprocesser.

Produktionsplanering uppges ske i allt större omfattning inom sjukhuset, men har kommit olika långt i olika delar av verksamheten. Schemaläggning av all personal har gällt som policy på sjukhuset sedan 2014. Enligt vad som framkommit utreds fortsättningsvis inom flera verksamhetsområden hur det ska genomföras inom vissa divisioner medan det är fullt ut genomfört inom andra. Flera divisioner har fokus på ledtider och rutiner för remisshantering. Elektroniska remisser, signeringsrutiner är exempel på frågor som är aktuella bland annat inom division 3 och 4. Inom förvaltningen sker fortsatt arbete för ökad poliklinisering. Det bedöms förlänga medelvårdtiderna och stå i konflikt med målet om högst 4 dagar kan vara svårt, framför allt i ett kortare perspektiv. Bland annat division 5 arbetar med medelvårdtiden inom geriatrisk vård och en viss sänkning har uppnåtts under 2015 jämfört med 2016.

4.4.2 Produktion

Fallande produktion

Mellan åren 2011 och 2014 har produktionen av vårddagar minskat med knappt 15 procent. Antalet läkarbesök har ökat svagt mellan 2013 och 2014 men ligger på samma nivå sedan 2011. Produktion av övriga besök har minskat mellan 2011 och 2014 med knappt 22 procent.

Medelvårdtiden vid SUS har varit relativt oförändrad de senaste åren. Medelvårdtiden ökade från 4,5 dagar till 4,7 för perioden januari-augusti 2014 jämfört med motsvarande period 2015 vilket gör att SUS inte uppfyller målet om en minskad medelvårdtid.

Det finns vissa budgeterade produktionsnivåer men inga specificerade mål för produktionsvolymen. I tertialrapporten för SUS jämförs perioden jan-aug år 2015 med motsvarande period under 2014. Där framgår att totala antalet besök ligger ungefär på budgeterad nivå medan antalet avslutade vårdtillfällen har minskat mellan perioderna och ligger 4.5 procent lägre än den budgeterade nivån.

I en jämförelse mellan perioden januari till augusti 2015 och motsvarande period 2014 är det värt att notera vissa områden som haft en kraftig minskning av antalet vårdtillfällen. Det gäller exempelvis gynekologisk kirurgi, ortopedisk kirurgi, urologi och ÖNH-kirurgi.

4.4.3 Akutsjukvård inom SUS

Mål och måltuppfyllelse

Verksamheten inom akutsjukvården fortsätter i samma linjer som tidigare år och inga större förändringar har gjorts. Ansvar för akut omhändertagande ligger i huvudsak inom Akutverksamheten även om ledningspersoner poängterar sjukhusets gemensamma ansvar.

Det regionala målet om en vistelsetid på högst 4 timmar för 80 procent av patienterna nåddes inte. Resultat för andra tertialen 2014 var 64 procent och andra tertialen 2015 var 59 procent. Akutmottagningens i Malmö resultat var 60 procent och motsvarande i Lund var 58 procent. Detta är en fortsatt försämring jämfört med tidigare år.

Med hänvisning till fyra-timmarsmålet upplever flera intervjuade *tid till första läkarkontakt* som ett mera relevant mått än vistelsetid på akutmottagningen. Det interna målet är satt till en timme. Resultatet för andra tertialen 2015 är att drygt hälften av patienterna togs omhand inom denna nivå.

Problematik och åtgärder

Inflödet av patienter ökar i takt med en allt äldre befolkning. Cirka 100 vårdplatser för akut inläggning är stängda på grund av brist på främst sjuksköterskor vilket gör situationen besvärande.

Utflödet av patienter är stundtals strypt där patienter som är färdighandlagda inom akutmottagningarna inte har någon vårdplats att komma till. Ansvaret för omvårdnaden faller i första hand på akutmottagningarna som alltför ofta tvingas att vårda redan färdigbedömda patienter inom sina lokaler. Intervjupersoner framhåller att det saknas fungerande helhetsåtgärder för det akuta flödet av patienter inom hela sjukhuset. Goda ambitioner mellan ledningspersoner får inte lika goda resultat i praktiken.

Utbildningen av akutläkare fortsätter planenligt efter en period av osäkerhet för fem- sex år sedan. Det kommer att ta ytterligare tid innan behoven är tillgodosedda. Jourläkare från specialistkliniker tjänstgör på Akutmottagningarna och kompetensen styrs från dessa klinikers journalschema. Läkarsituationen är nu relativt stabil.

Sjuksköterskebristen är påtaglig, personalomsättningen och ökad sjuklighet skapar svårigheter att upprätthålla en väl fungerande och kontinuerlig verksamhet. Arbetsmiljön påverkas negativt. Personalbristerna kompenseras i viss mån med inhyrd personal och nyanställningar. Utbildning i akutmedicin för sjuksköterskor är en satsning som pågår och som förhoppningsvis ska både höja kvaliteten och locka nya sjuksköterskor till Akutverksamheten.

För vissa patientgrupper finns så kallade snabbspår för akut omhändertagande. Detta gäller bland annat patienter med misstänkt stroke, hjärtinfarkt och höftfraktur. Utvecklingen drivs i samverkan mellan Akutkliniken och respektive berörd specialistklinik.

Mål finns också för direktinläggning på vårdavdelning. ÄMMA-verksamheten fortsätter för de äldre mest sjuka i Malmö. Genom möjligheten att vid akuta behov få besök hemma av läkare från primärvård eller sjukhusvård och från äldreteam i kommunen, besparas patienten att söka på akutmottagningen och eventuellt därefter följande inläggning på sjukhus. Intervjupersoner menar att samverkan med kommunen är lättare i Malmö där det också finns en tradition för det. För SUS i Lund är det flera kommuner som berörs och betydligt svårare med samverkan.

Samarbetet mellan sjukhuset och primärvården gäller fortsatt med kvälls- och jourmottagning. Under sommaren 2015 löstes akutverksamheten i Lund nattetid genom att patienter i ambulanser dirigerades till Malmö. Gående patienter togs fortsatt emot i Lund. Uppföljning visade att av alla patienter som uppsökte Akutmottagningen i Lunds under sommarnätterna kunde cirka hälften omhändertas självständigt av primärvården. Bemanningen av allmänläkarspecialister skedde i huvudsak med inhyrda läkare då tillgången av SUS egna allmänläkare var begränsad.

Triagehandboken är väl känd och förefaller ha legitimitet hos alla. Ett hinder för ett ökat ansvarstagande från primärvården för det akuta omhändertagandet är att triagehandboken tolkas så att om patienten inte kan vänta 24 timmar så är det definitionsmässigt inte ett primärvårdsfall. Någon sådan begränsning finns inte i hälso- och sjukvårdslagen.

Åtgärder pågår för att förbättra situationen inom akutsjukvården med bland annat öppnandet av en äldrevårdsavdelning med 24 platser inom primärvården. Tillfälliga åtgärder görs med bland annat minskning av elektiv ortopedi inom Akutdivisionen för frigörande av platser för akuta patienter. En så kallad *clinical decision unit* (klinisk beslutsenhet) har startat på försök i Malmö och även i Lund och uppges i intervjuerna fungera bra.

Inom Region Skåne sker samarbete kring akutsjukvården i Sund och Kryh för utveckling av gemensamma rutiner.

Enligt beslutet om Skånevård 2.0 tillhör Trelleborgs lasarett sjukvårdsförvaltningen Sund. De akuta patientflödena, utöver vad som tas omhand inom närsjukvårdens akutverksamhet i Trelleborg, går dock fortsatt till i första hand SUS Malmö. Inflödet av Trelleborgspatienter motsvarar cirka 3 vårdplatser per dag. Det är oftast komplicerade patientbehov som skickas till Malmö. Tjänsten är oregerad ekonomiskt mellan SUS och Sund.

4.4.4 Ekonomi

Förvaltningens budget uppgick för 2014 till 12,3 Mdr och för 2015 till 12,8 Mdr.

Det ekonomiska resultatet för 2014 var minus 139 Mkr. För sjukhuset var underskottet minus 162 Mkr och för primärvården var resultatet plus 23 Mkr. Det prognostiserade resultatet för 2015 var utifrån uppföljning av andra tertialen för SUS totalt minus 455 Mkr och för primärvården minus 40 Mkr. SUS har sedan 2013 fått ett tillskott med 200 Mkr för högspecialiserad vård.

Resultat i miljoner kronor SUS för åren 2011 till 2015 (prognos för år 2015). För åren 2011 – 2013 gäller resultatet för Skånes Universitetssjukhus medan åren därefter gäller Skånes Universitetssjukvård, det vill säga inklusive primärvård.

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|----------|-------|-------|------|------|------|
| Resultat | - 274 | - 355 | -35 | -139 | -455 |

Resultatet för 2013 visare effekter av kraftfulla åtgärder med neddragning av antal personal och vårdplatser. Neddragningarna skedde med omfattande restriktioner av återbesättning av tjänster och vikariat. Effekter av neddragningarna finns i stor omfattning kvar under 2015 och bristen på vårdpersonal med svårigheter att bemanna cirka 100 antal vårdplatser som följd, tillhör de områden som förvaltningsledningen ägnar stora insatser för att lösa.

Handlingsplaner och åtgärder har tagits fram och genomförts under 2015. Effekt och avvikelse mot plan följs upp löpande. Sammantaget finns omkring 250 åtgärder med en helårseffekt på 175 mkr, eller 1,4 procent av den totala omsättningen. 140 av 180 åtgärder har gett effekt per augusti 2015. Exempel på åtgärder utan önskad effekt hittills är användandet av bemanningsföretag, övertid och jouruttag, laboratoriekostnader, röntgenköp, läkemedelskostnader, ortopedtekniska hjälpmedel och sjukvårdsmaterial. Utöver detta arbetar SUS med åtgärder som; ordnat införande av nya metoder och läkemedel, gemensamma normer för bemanning av vårdavdelningar, effektivare och bättre koordinerad produktionsstyrning för hela SUS. Arbetet sker även med fortsatt överföring av vård från slutenvård till öppna vårdformer inklusive primärvård, optimering av diagnostik, bättre patientsäkerhet samt minskning av kostnaderna för IT och telefoni.

Av genomförda intervjuer framgår att kvarvarande effekter från neddragningar av personal och vårdplatser 2013 skapar svårigheter att få en effektiv verksamhet. Kostnaderna för framförallt personal har ökat genom overtider och inhyrd personal. Underskotten på SUS ökar och analyserna är begränsade om varför så sker och ger inga tydliga resultat. Det lyfts även fram att lokala åtgärder inom olika verksamheter riskerar att skapa obalans inom andra verksamhetsområden till exempel inom operationsverksamheten om det är brist på vårdplatser. Arbetet med att rätta till konsekvenser av tidigare besparingsåtgärder tar mycket tid och kraft av både ledningsnivåerna och medarbetarna.

4.4.5 Personalsituationen

Antalet anställda vid SUS ökade med 345 medarbetare 2014 varav 128 inom primärvården. Antal anställda per 31/7 2015 var 13 508 vilket var 424 fler än vid motsvarande tidpunkt 2014.

Sjukfrånvaron fortsatte att öka vid SUS och uppgick till 19,5 dagar per medarbetare under 2014. Målet på maximalt 14 dagar nåddes således inte. Främst är det sjukskrivningar över 180 dagar som ökar.

Trots att antalet anställda har ökat under perioden har inte fler vårdplatser öppnats i motsvarande omfattning. Bristen på sjuksköterskor anges av företrädare för förvaltningen, som det främsta skälet till att vårdplatser inte kan hållas öppna. Förklaringar till att det blir fler anställda utan fler vårdplatser i motsvarande omfattning beror bland annat på övergång till tjänstgöring två helger av fem vilket kräver mer personal. Det beror också på en hög omsättning av sjuksköterskor såväl inom SUS som mellan sjukvårdsförvaltningarna vilket innebär att mycket tid går åt till introduktion och "bredvidgång" innan en sjuksköterska kan arbeta självständigt.

Ökad sjukfrånvaro inom yrkeskategorin är också ett skäl till att antalet timmar som arbetas inte ökar trots att de nyanställda blir fler. Ett arbete pågår för att omfördela arbetsuppgifter från sjuksköterskor till andra yrkesgrupper vilket i sin tur innebär att fler undersköterskor har anställts.

Många av de intervjuade anger att de kraftfulla sparåtgärder som genomfördes under 2013 har inneburit att man korsat en ”osynlig gräns” där åtgärdernas negativa effekter för verksamhet och medarbetare under 2014 och 2015 överstiger besparingseffekterna. Således ökade personalkostnaderna trots att det råder brist på bland annat sjuksköterskor.

En studie genomförd under 2014 – 2015 av förvaltningsledningen med hjälp av extern konsult redovisar besvärande arbetsmiljöproblem för enhetschefer. Bland annat beskriver de intervjuade en situation som stundtals kaotisk arbetssituation, tidskrävande hantering av krissituationer rörande bemanning, vårdplatser, överbeläggning, personal i kris, oroliga, missnöjda och arga patienter/anhöriga. Låg tillgänglighet och stor besvikelse hos patienter som får sena återbud och måste vända i dörren. Överansträngd personal som gör sitt yttersta men vars ork och motivation börjar tryta där oro för patientsäkerheten uttrycks. Stora svårigheter att behålla och rekrytera sjuksköterskor. Vidare beskriver man oro över bilden av SUS som arbetsgivare med omorganisationer, anställningsstopp, och överexploatering av personal.

Flera intervjupersoner framhåller att befintliga medarbetare, främst sjuksköterskor och barnmorskor, utför fler timmar per anställd än vad som deras årsarbetstid innebär. Orsaken skulle vara att arbetspassen inte alltid är tillfredsställande bemannade och det krävs mera övertid och obekvämt arbetstid. Tyvärr finns ännu inte ett säkerställt HR-system inom Regionens sjukvård som kan leverera statistik om arbetad tid per anställd som skulle kunna bekräfta eller dementa intervjupersoners uppgifter.

Under 2014 påbörjades projektet Kraftsamlingen och värdegrundsarbetet. Kraftsamlingen är ett ramverk för ett flertal olika aktuella initiativ inom bemanningsområdet. Värdegrundsarbetet syftar till att aktualisera en gemensam värdegrund där ett tätare samarbete byggs och SUS blir en mer framgångsrik organisation.

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.

Hälso- och sjukvårdsstyrning 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).

Av intervjuer har det framkommit att koncernen i anslutning till de resultat som visas i delårsrapporten per första oktober ställer krav på handlingsplaner från förvaltningarnas sida.

Av genomförda intervjuer framgår att det ännu inte är helt tydligt vilka nya rutiner som kommer att etableras i dialogen mellan region- och koncernledning å ena sidan och förvaltningarna å andra sidan. Det uppfattas bland annat inte vara klart uttalat hur region- respektive koncernledning kommer att agera i de fall som förvaltningarnas avviker från uppställda mål. Intervjupersoner på förvaltningsnivå beskriver det som positivt att HSN och dess tjänstemannastöd nu har ett samlat ansvar. Samarbetet med liksom stödet från koncernkontoret beskrivs som allt bättre.

4.5.2 Sjukvårdsnämndens agerande vid bristande måluppfyllelse

De tre driftsledningsnämnderna ska enligt reglementet utifrån sitt förvaltningsuppdrag 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 oktober under 2015 har nämnden genomfört nio möten. Vid flertalet av 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 26 februari 2015. Nämnden lämnade vidare ett yttrande till HSN inför budgeten 2016. I anslutning till behandling av månadsrapport för juni uppdrogs åt förvaltningschefen för SUS att intensifiera arbetet med att implementera de åtgärder som Förenklingskommissionen har identifierat samt att intensifiera arbetet med Kraftsamlingen.

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. Tanken uppges även ha varit att förenkla styrningen genom att avgränsa frågeställningarna och finnas närmare respektive förvaltning.

Den gängse vägen för hantering av ärenden är anhängiggörandet i nämndens presidium, behandling av ärenden i nämnden som sällan fattar beslut utan ärendena läggs till handlingarna som en följd av reglementets utformning. HSN erhåller information. Nämnden har tagit initiativ till särskilda uppföljningar och faktasammanställningar. Enligt vad som framkommit har nämnden inte enats om former för att kräva handlings- och åtgärdsplaner från förvaltningen för de ekonomiska och andra avvikelser som har noterats.

Det finns en förväntan att nämndens styrning och faktiska påverkansmöjligheter ska öka vid budgetberedningen i ingången av 2016. Antalet verksamhetsbesök av politiker har ökat och fler förtroendevalda uppges i dag få mer verksamhetsnära information än tidigare. Flera intervjuade uppfattar rågången mellan HSN och driftsledningsnämnderna som otydlig. Samma ärende ska nu behandlas i två forum vilket leder till en mer utdragen beslutsprocess. Flertalet intervjuade uppger att de än så länge är tveksamma till värdet av driftledningsnämnderna. De intervjuade både bland förtroendevalda och berörda tjänstemän betonar att driftsledningsnämnden har funnits för kort tid för att värdera nämndens roll och ändamålsenlighet.

4.5.3 Samspel med övriga förvaltningar

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 sjuösettes våren 2013 har fortsatta förändringar skett. Arbetet har bland annat skett i en regiongemensam nivåstruktureringsgrupp.

En återkommande synpunkt från företrädare för SUS är att det upplevs som problematiskt att lasarettet i Trelleborg tillhör en annan förvaltning. Särskilt akutströmmen från Trelleborg lyfts fram som ett problem.

Koncernkontoret koordinerar ett flertal nätverk och arbetsgrupper som samverkar exempelvis i kompetensförsörjningsfrågor. Detta samarbete beskrivs i intervjuer som fruktbart.

Den samverkan som sker mellan SUS och Medicinsk service fungerar enligt de intervjuade bra i vardagen. Däremot riktas kritik från SUS sida mot hur bland annat laborieverksamheten ersätts. Under 2015 har den beställda volymen laborieprover ökat med fem procent från SUS sida. Från SUS sida lyfts även frågan om svarstiderna inom patologi och cytologi. Förbättringar

uppges ha skett, men tiden för hantering av provsvar är fortfarande för långa och försvårar bland annat sjukhusets möjligheter att nå uppsatta ledtider inom cancervårdprocesserna.

Av intervjuerna framgår en utbredd kritik mot samverkan med Regionservice. I sammanhanget nämns såväl pris- som serviceaspekter.

5 Slutsatser och bedömningar

Resultat specifika frågor

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

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

SUS har höga ambitioner och en arsenal av aktiviteter för att uppnå en patientfokuserad och säker vård. Utbildning, standardiseringsarbete, deltagande i kvalitetsregister, patientforum och etikråd är några exempel. SUS uppfyllde däremot inte kraven för kömiljarden under 2014 och har fortfarande under 2015 långa väntetider. De långa väntetiderna gäller både besök och åtgärd och gäller även cancervården. Patienternas förtroende för SUS har enligt nationell patientenkät minskat. Patientföreträdare efterfrågar mer lätt tillgänglig information, fast vårdkontakt och helhetssyn på patienten. Särskild hänsyn behöver tas till funktionshindrade med många diagnoser.

SUS uppfyller inte flera viktiga mål för patientfokusering. Vi bedömer att förvaltningen behöver utveckla mer effektiva patientprocesser inom sjukhusvården, även kopplat till primärvården och den kommunala omsorgen. Det handlar om att reducera icke värdeskapande aktiviteter, korta ledtiderna och öka tillgängligheten. Resultaten behöver följas upp systematiskt ur ett patientperspektiv. På samma sätt behövs förenklingar av IT-system och utveckling av eHälsa.

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

De medicinska resultaten genom ökad vunnin hälsa av insatta åtgärder förbättras kontinuerligt. Detta ses i ökad överlevnad vid olika cancerformer och förbättrade resultat vid kroniska sjukdomar som reumatism med mera. På ett universitetssjukhus som SUS är framtagning och testning av ny teknologi helt avgörande för framtida effektivitet i hela systemet. Här synes SUS ha god kvalitet och aktivitet. Effektivitet i meningen ändamålsenlig användning av resurser i form av medarbetare, infrastruktur, teknologi och processer är ett större problem vid SUS. Det finns exempel på väl integrerade och fungerande patientprocesser inom sjukhuset men även på brister som leder till inställda åtgärder och ökade väntetider för patienterna.

Vår bedömning är att styrningen mot effektivitet haft skiftande fokus under den senaste femårsperioden. Otillräckliga konsekvensbeskrivningar genomfördes av de personalrestrktioner som gjordes 2013 – 2014 och vi ser nu en nedåtgående spiral vad gäller kompetensbrist och medarbetarnas tillit till ledningen. Detta riskerar att få ytterligare allvarliga konsekvenser för sjukhusets möjligheter att bedriva en högkvalitativ vård och kan leda till snabbt ökande kostnader. Verksamheten har däremot en positiv utveckling i bemärkelsen att produktionsplanering och god framförhållning vid schemaläggning av all personal sker vid allt fler enheter inom förvaltningen.

3. Hur har organisationsförändringen påverkat medborgaren/patienten?

Nackdelar med Skånevård 2.0 som lyfts fram ur SUS perspektiv är svårigheten att upprätthålla ett samlat ansvar för de patientprocesser som innefattar insatser vid lasaretten i Trelleborg och Landskrona. Exempelvis gäller det akuta patienter från Trelleborgsområdet som under jourtid tas omhand vid SUS. Fördelar är möjligheten till organisatorisk samverkan med primärvården.

De brister som uppmärksammats vid tidigare granskningar om att det saknas tydliga mål och riskanalyser av förändringarna liksom uppföljning av konsekvenserna för patienterna 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?*

Sedan 2014 har SUS infört ett nytt styr- och ledningssystem med balanserat styrkort (BSK). Arbetet pågår i syfte att successivt bryta ner målen till organisationens olika nivåer och för att slutligen nå varje enskild medarbetare. BSK stämmer överens med de mål för Regionen som har beslutats av HSN. Förutom BSK styrs verksamheten i vardagen också av sjukhusledningens beslut om direkta åtgärder exempelvis för att hitta vårdplatser och incitament till personal att ta extrapass och arbeta övertid.

Vår bedömning är att BSK uppfattas som ett bra instrument att beskriva verksamheternas olika perspektiv med mål för spridning till medarbetarna och för uppföljning. Dock uppfattas förvaltningens BSK ha låg styreffekt och inte balansera perspektiven på de olika vårdnivåerna. Vidare saknas tydliga befogenheter för verksamhetschefer, sektionschefer, områdeschefer och enhetschefer att kunna ta ansvar för att lösa uppkomna brister eller för att utveckla verksamheterna.

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

Det finns skillnader inom och mellan olika verksamheter som i grunden beror på olika verksamheters art och med olika mål. Åtgärderna för att nå uppsatta mål varierar mellan verksamheterna och kan bero på olika kompetens, ambition och möjligheter att utarbeta och genomföra förbättringsåtgärder. Måluppfyllelsen inom akutsjukvården i Malmö respektive Lund ser något olika ut där strukturen på verksamheterna, tidigare organisation samt kultur och arbetsrutiner påverkar utfallet. Olika ekonomiska förutsättningar och ersättningsmodell för primärvård respektive sjukhusvård som till stor del är högspecialiserad skapar också differentierade möjligheter och drivkrafter för gemensam problemlösning inom förvaltningen.

Vår bedömning är att det finns naturliga olikheter mellan verksamheterna. Förvaltningsgemensamma målsättningar såsom förebyggande av vårdskador har visat sig vara effektiva. Fortsatta insatser bör vara att utveckla helhetsmål för patientresultat som kan redovisas för respektive patient, för befolkningen och de förtroendevalda.

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

Information och återkoppling i chefslinjen sker främst genom olika typer av ledningsgrupper och chefsgrupper på respektive organisatorisk nivå. SUS har sedan förra granskningen utvecklat arbetet med BSK och etablerat en enhetlig struktur för mål och uppföljning.

Vår bedömning är att en bristande tillit i organisationen kvarstår i likhet med förra granskningen. De beslut som sker i förvaltningsledningen och som sedan ska genomföras i linjeorganisationen bör i större utsträckning utvärderas och förankras bland verksamheter och medarbetare.

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 har uppdragit till förvaltningschefen att intensifiera arbetet med Förenklingskommissionens åtgärdsförslag och arbetet med Kraftsamlingen. Utöver detta har nämnden inte tagit några beslut som rör 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.

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

I SUS ledningsorganisation är det ett ansvar för respektive divisionschef att se till att verksamheterna och deras chefer följer utvecklingen visavi målen och vid behov genomför nödvändiga åtgärder. Alla verksamhetsområden förväntas ha en aktuell handlingsplan för hur målen ska uppfyllas.

Förändrade arbetssätt uppges ha genomförts inom flera verksamheter med syftet att förbättra styrning, arbetsmiljö, patientsäkerhet och tillgänglighet. Förvaltningsgemensamma handlingsplaner arbetas fram med kort och långsiktig horisont.

Vår bedömning är att SUS har implementerat en gemensam modell i förvaltningen som tydliggör ansvaret för att vidta åtgärder vid lokala avvikelser från fastställda mål. Det allt överskuggande och akuta problemet inom förvaltningen är bristen på framförallt sjuksköterskor och vårdplatser. Möjligheterna att nå önskade resultat lokalt förhindras i många fall av dessa brister. Det behövs inom sjukhuset fler gemensamma handlingsplaner och bättre koordination mellan de insatser som sker på verksamhetsområdesnivå.

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

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

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 SUS och övriga förvaltningar om bland annat uppföljningsplanen. Inom cancervården sker dialoger som drivs av regionalt cancercentrum (RCC). Förvaltningsledningen inom SUS 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 förvaltningarnas avviker från uppställda mål.

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

Ett systematiskt arbete med att identifiera kvalitetsbristkostnader och att ständigt försöka eliminera dem är ett led i effektivt kvalitetsarbete. Att kvantifiera kvalitetsbristkostnaderna i pengar är ett sätt att tydliggöra storleken på problemet. Det har framgått i intervjuer med representanter för samtliga divisioner att det inte sker någon systematisk uppföljning av kvalitetsbristkostnader vid SUS. Under hösten 2015 har det utgått direktiv från koncernledningen om att sjukvårdsförvaltningarna ska bedriva arbete att identifiera och reducera kvalitetsbristkostnader.

Vår bedömning är att SUS bör intensifiera arbetet med att systematiskt beräkna och eliminera kvalitetsbristkostnader. Det är ett sätt att påvisa problemområden och få ett underlag att prioritera mellan dessa, tydliggöra effekterna av kvalitetsarbetet, öka förståelsen för förebyggande arbete och omfördela tid till värdeskapande aktiviteter.

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

Någon explicit uppföljning av hur den nya förvaltningsorganisationen har påverkat benägenheten till samverkan mellan olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet i Region Skåne har inte skett.

Vår bedömning är att samverkan som sker mellan SUS och Medicinsk service fungerar fortsatt bra i vardagen. SUS kritik gällande laboratorieverksamhetens ersättningssystem kvarstår. Svarstiderna inom patologi och cytologi behöver förbättras för att öka sjukhusets möjligheter att nå uppsatta ledtider inom cancervårdprocesserna.

5.1 Övergripande revisionsfråga – Skånes Universitetssjukvård

Den övergripande frågan i granskningen är om sjukvårdsförvaltningarnas – i detta fall SUS – 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

Förvaltningens förmåga att nå sina mål har med några undantag inte förbättrats under de år som granskats. Uppföljning av tidigare års utfall är svårt att göra då både indikatorer och målnivåer i flera fall har ändrats. Nedan följer en sammanställning av några viktiga indikatorer och mål som följt med sedan den första granskningen avseende 2012. För år 2015 avser resultaten som redovisas till och med augusti.

| Mål | Målnivå (procent) | Förvaltningens resultat (procent) ³ | | | |
|--------------------------------------|-------------------|--|------|------|------|
| | | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Väntande patienter besök ≤60 d | ≥70 | NE | NE | NE | NE |
| Väntande patienter operation ≤60 d | ≥70 | 54 | NE | NE | NE |
| 4-timmarsmålet akutverksamheten | ≥80 | 67 | 66 | 64 | 59 |
| Följsamhet hygienrutiner | ≥90 | 72 | 83 | 84 | 84 |
| Väntetid operation höftfraktur ≤24 t | ≥80 | 77 | 77 | 75 | 73 |
| Riskbedömning fall | 100 | 68 | 66 | 75 | 80 |
| Riskbedömning trycksår | 100 | 68 | 66 | 75 | 80 |
| Läkemedelsberättelser | ≥70 | 53 | NE | 48 | 57 |
| Direktinläggningar | ≥10 | 6 | 6 | 6 | IU |
| Överbeläggning | ≤2 | 2,2 | 2,9 | 3,5 | 3,6 |
| Andel utlokaliserade patienter | ≤1 | 1,75 | 1,7 | 1,3 | 1,3 |
| Lungcancer 28 dagar till beslut | ≥80 | 53 | 53 | NE | 14 |
| Bröstcancer 28 dagar till beslut | ≥80 | IU | IU | IU | 40 |
| Prostatacancer 60 dagar | ≥80 | IU | IU | IU | 0 |
| Kolorektal cancer 28 dagar | ≥80 | IU | IU | IU | 7 |

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

Det målområde som utvecklats bäst under den aktuella perioden är förebyggande av vårdskador. Klart ogynnsam har utvecklingen däremot varit i fråga om tillgänglighet. Detta gäller både mot-tagningsbesök, tid till operation och inom flera cancerdiagnosområden. Denna utveckling avspeglar sig också i ett sänkt förtroende för SUS från patienternas och allmänhetens sida.

De exempel på förbättringar som uppvisas kan kopplas samman med tydliga åtgärder från förvaltningens sida. Det gäller inte minst förebyggande av vårdskador. Patientsäkerhetsarbetet vid SUS är välstrukturerat men hämmas av bristerna inom kompetensförsörjningen.

Arbetet med att utveckla ledningsorganisationen inom förvaltningen har fortsatt. Under 2015 tillämpar alla divisioner och verksamheter förvaltningens balanserade styrkort. Uppföljning och kommunikation av målen till medarbetare har fortsatt utvecklats. Produktionsstyrning tillämpas i allt högre grad liksom tretton veckors framförhållning vid schemaläggning av läkare och annan

³ I de fall som ”nåddes ej” anges har procentsats inte angivits från förvaltningens sida

personal. Samtidigt som ledningsstrukturen konsoliderats har förvaltningen blivit mer toppstyrd och det finns en otydlighet och osäkerhet om befogenheter för chefer inom verksamhets-, sektions-, områdes- och enhetsnivå. Ansvar för respektive chefsnivå motsvaras inte av befogenheter att lokalt lösa uppdragen och uppkomna problem.

Det ekonomiska underskottet 2015 beräknas öka jämfört med förra året och prognostiseras till minus 455 Mkr i augusti. Handlingsplaner och cirka 250 åtgärder har tagits fram med en förväntad helårseffekt på 175 mkr, eller 1,4 procent av den totala omsättningen.

Resultatet för 2013 med minus 134 Mkr var ett undantag efter att kraftfulla åtgärder infördes under 2012 med anställningsrestriktioner och neddragning av vårdplatser. Dessa åtgärder har medfört en situation under 2014 och fortsatt under 2015 med brist på kompetenser särskilt sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor inklusive barnmorskor samt brist på vårdplatser. Erfarna medarbetare har slutat genom pensionsavgång och på grund av upplevda brister i arbetsmiljön. Nyutexaminerade medarbetare har inte på kort sikt kunnat fylla tappet i kompetens och det krävs introduktion och "bredvid-gång" som tar resurser från erfarna medarbetare. Med ökat antal äldre i befolkningen har inflödet av patienter ökat och bristen på vårdplatser ytterligare accentuerats.

Det allt överskuggande problemet är för närvarande stor personalomsättning och ökande sjuklighet som lett till brist på vissa kompetenser och svårigheter att bemanna vårdplatser. Faran är att detta blir ett långvarigt problem med risker för patientsäkerhet, patientkvalitet, arbetsmiljö, ökande sjuklighet, personalomsättning och ökande personalkostnader.

Medborgar- och patientperspektiv

SUS har höga ambitioner och genomför en rad olika aktiviteter för att uppnå en patientfokuserad och säker vård. Några exempel är patientutbildningar, standardiseringsarbete, deltagande i kvalitetsregister, patientforum och ny organisation för samverkan med brukarorganisationer. SUS har också ett välorganiserat patientsäkerhetsarbete.

Liksom vid föregående granskning så bedrivs enligt vår bedömning inte uppföljning av verksamheten i tillräcklig grad ur ett medborgar- och patientperspektiv. Det saknas även fortsättningsvis en ändamålsenlig handlingsstrategi både på SUS och på koncernnivå för att uppnå en personcentrerad vård.

Bedömning i sammanfattning

Skånes universitetssjukvård har fortsättningsvis vidtagit ett flertal åtgärder som har syftat till att skapa en struktur för en ändamålsenlig organisation som kan uppnå uppsatta ekonomi- och verksamhetsmål. Samtidigt har många resultat försämrats sedan föregående granskning.

Vår bedömning är att sjukhusledningen trots förbättrad ledningsmodell och uppföljningsrapporter inte har den kontroll över verksamheten som krävs för att nå de mål som uppställts för en säker och effektiv hälso- och sjukvård. Förvaltningen behöver även utveckla en tydligare systematik och skapa dialog om målens innehåll så att arbetet för att sätta patienten i centrum kan följas upp och förbättras. Satsningar för att skapa en god arbetsmiljö med positiv image av SUS internt och externt för att behålla och attrahera nya medarbetare är av central betydelse.

5.2 Förbättringsförslag

Granskning har föranlett följande förbättringsförslag:

- Åtgärder behöver vidtas för att stärka medarbetarnas tillit till förvaltningsledningen som en väg att vända den nedåtgående spiralen vad gäller kompetens- och vårdplatsbrist.
- SUS behöver systematiskt utveckla flera och effektivare patientprocesser inom sjukhusvårdens olika verksamheter, enheter och kompetenser men även kopplat till primärvårdens kompetenser för att förbättra patientkvaliteten, effektivisera resursanvändningen och öka tillgängligheten.
- Förenklingar behövs av IT-system och utveckling av eHälsa med tillhörande konkreta handlingsplaner för att spara tid och öka kvaliteten både för patient och medarbetare.

- Helhetsmål för patientresultat bör tas fram som kan redovisas för respektive patient, för befolkningen och de förtroendevalda.
- De beslut som sker i förvaltningsledningen och som sedan ska genomföras i linjeorganisationen bör i större utsträckning konsekvensbedömas och förankras bland verksamheterna och medarbetare som ett led i att förbättra information och återkoppling inom organisationen.
- Det bör göras tydligare hur region-, koncernledning jämte driftsledningsnämnd kommer att agera i de fall som förvaltningarnas avviker från uppställda mål.
- Effekterna av Skånevård 2.0 bör utvärderas ur ett medborgar- och patientperspektiv.
- SUS bör intensifiera arbetet med att systematiskt beräkna och eliminera kvalitetsbristkostnader.

Bilaga 1 – Intervjuade personer

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

| | |
|--------------------|------------------------|
| Mona Ahlin | Stefan Lamme |
| Amy Andersson | Frida Lindkvist |
| Christina Arnljots | Anna Martinsson |
| Gudrun Berggren | Marie Ohlson Andersson |
| Chatarina Björdal | Karin Pettersson |
| Maria Blixt-Linsjö | Harald Roos |
| Magnus Eneroth | Joakim Sandell |
| Jan Eriksson | Eva Thorén Todoulos |
| Inger Gadh | Karin Träff Nordström |
| Oskar Hammar | Marianne Uggla |
| Karin Hilford | Fredrik Wiberg |
| Karin Höglund | Lena Woin |
| Peter Hochbergs | |

Följande personer på koncernkontoret har intervjuats:

| | |
|----------------|---------------|
| Jens Enoksson | Sven Oredsson |
| Maria Ivarsson | Åsa Tranesjö |
| Ulf Meijer | |

Bilaga 2 – Kvalitetsindikatorer som är målsatta

| | |
|---|---|
| Hälso- och sjukvård i rimlig tid 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 |
| Äldres hälsa Fallriskbedömning Riskbedömning avseende trycksår Munhälsobedömning Vårdplan avseende fallrisk för patienter 65 år och äldre med ökad fallrisk enligt riskbedömning Vårdplan avseende trycksår för patienter 65 år och äldre med ökad risk för trycksår enligt riskbedömning Riskbedömning avseende undernäring Undvikbar slutenvård för äldre Återinskrivning inom 30 dagar för äldre Tvärprofessionell läkemedelsgenomgång, inklusive läkemedelsavstämning Olämpliga läkemedel hos äldre (>75 år) | Patientfokuserad vård Bemötande, information och delaktighet enligt NPE |
| Palliativ vård Täckningsgrad i Svenska palliativregistret Smärtanalys och regelbunden skattning av smärtintensitet Smärtskattning sista veckan i livet Brytpunktsamtal Dokumenterad individuell vid behovsordination av ångestdämpande | Jämlik hälso- och sjukvård Screening i socioekonomiskt utsatta områden Våld i nära relationer |
| Akutsjukvård 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 | Diabetesvård Blodsockernivå under viss nivå Blodtryckskontroll Blodsockernivå (median) Fotundersökning senaste året Ögonbottenundersökning senaste två respektive tre åren Andel rökare |
| Hjärtsjukvård Återställning av blodflödet till hjärtat vid hjärtinfarkt Återställning av blodflödet till hjärtat vid hjärtinfarkt inom rekommenderad tid Kranskärlsröntgen vid hjärtinfarkt Läkemedelsbehandling vid hjärtinfarkt Läkemedelsbehandling vid hjärtinfarkt | Nervsystemets sjukdomar 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 |
| | Säker hälso- och sjukvård Utlökaliserade 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 |