

**Granskning av
Effektivitet och produktivitet i
hälso- och sjukvården**

Oktober 2016

Catharina Barkman

Dag Boman

Mari Månsson

Göran Stenberg

Innehåll

1	SAMMANFATTNING	3
2	GRANSKNINGENS BAKGRUND, SYFTE OCH GENOMFÖRANDE	6
2.1	BAKGRUND OCH SYFTE	6
2.2	UPPDRAGETS GENOMFÖRANDE	7
2.3	REVISIONSKRITERIER	7
3	EFFEKTIVITET INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	8
3.1	EFFEKTIVITETS- OCH PRODUKTIVITETSBEGREPPEN	8
3.2	LAGKRAV PÅ KOSTNADSEFFEKTIVITET	8
3.3	ANALYSER AV EFFEKTIVITET	9
4	REVISIONSFRÅGOR	12
4.1	MÄTNING AV EFFEKTIVITET	12
4.2	STYRNING AV EFFEKTIVITET	17
4.3	OPTIMERING AV PERSONALRESURSERNA	26
5	ERFARENHETER FRÅN ANDRA AKTÖRER	28
6	SLUTSATSER – ÖVERGRIPANDE REVISIONSFRÅGOR	34
6.1	SLUTSATSER OCH BEDÖMNINGAR	34
6.2	FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN	35
	BILAGA 2. OM EFFEKTIVITET I VÅRDORGANISATIONEN	36
	BILAGA 2– INTERVJUADE PERSONER	38

1 Sammanfattning

Uppdrag och genomförande

Revisorerna i Region Skåne har uppdragit åt Capire Consulting AB att göra en granskning av effektivitet och produktivitet i hälso- och sjukvården i Region Skåne. Genomförandet av granskningen har omfattat analys av relevanta dokument samt djupintervjuer med företrädare för berörda politiska organ, koncernledning, koncernkontor och Skånes Universitetssjukvård, Skånevård Kryh och Skånevård Sund. Även jämförelser med andra sjukvårdshuvudmän och privata vårdgivare ingår i granskningen. Granskningen har genomförts under perioden juni till september 2016.

Resultat övergripande revisionsfrågor

Granskningen ska som övergripande revisionsfråga belysa och bedöma *om hälso- och sjukvården i Region Skåne styrs på ett sätt som främjar effektivitet och produktivitet*. Granskningen omfattar hur Region Skåne centralt och Skånes Universitetssjukvård (SUS), Skånevård Kryh och Skånevård Sund (inkluderande primärvård) lever upp till kraven på effektivitet och produktivitet i hälso- och sjukvården.

Bedömning avseende övergripande revisionsfråga

I granskningen har det framkommit att Region- och koncernledning har en hög ambition och är aktiv för att stävja kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården. För att insatserna ska kunna beskrivas som systematiska krävs dock ett ställningstagande om vad som läggs in i begreppet effektivisering. Det krävs också mätningar och uppföljningar för hur effektiviteten och produktiviteten utvecklas. Jämförelser bör möjliggöras i högre utsträckning. Region Skåne har inte heller klargjort för sina anställda vilka långsiktiga mål och visioner som Regionen arbetar emot. Enligt våra iakttagelser existerar strategier inom flera områden, men en sammanhållen bild hur Region Skåne avser hantera hälso- och sjukvårdens effektivitetsutmaningar har inte kommunicerats på ett tydligt sätt. Det finns inom organisationen en vanlig uppfattning att många av åtgärderna som bedrivs sker *ad hoc* utan tydligt sammanhang.

Vår samlade bedömning är att arbetet för att främja effektivitet och produktivitet inom hälso- och sjukvården i Region Skåne har en hög ambition. Arbetet saknar dock den systematik som krävs för att få ett hållbart genomslag i verksamheten. Ansvar för dessa brister delas av flera beslutande organ i Region Skåne. Det operativa ansvaret för ökad produktivitet och effektivitet vilar i nuvarande organisation på driftledningsnämnderna. Ansvar för att utveckla en sammanhållen regiongemensam strategi och adekvata styrinstrument för ökad effektivitet ligger hos regionstyrelse och hälso- och sjukvårdsnämnd.

Kraven på effektivitet är höga

Utifrån gällande regelverk såsom hälso- och sjukvårdslagen och kommunallagen ställs höga krav på att hälso- och sjukvårdsorganisationen ska vara effektiv. Verksamheten ska vara ekonomiskt balanserad, tillgodose hög patientsäkerhet, vara av god kvalitet samt bedrivs kostnadseffektivt. Sett till den utveckling som sker och olika framtidsscenarios för hälso- och sjukvården tydliggörs kraven på effektivitet än mer. Hälso- och sjukvården har under en lång följd av år haft en kostnadsökningstakt som överstiger kostnadsökningen i samhället i övrigt. I förening med en lägre produktivitetsutveckling skapas en stor press på hälso- och sjukvårdens finansiering. SKL¹ förutsätter ett behov av skattehöjningar i storleksordning fyra till fem kronor fram till år 2035 för att klara nuvarande ambitioner. SKL framhåller att det krävs "väsentligt större effektivitetsökningar" för att klara av utvecklingen.

Socialstyrelsen pekar på starka behov av innovationer för att klara hälso- och sjukvårdens utmaningar. Socialstyrelsen nämner även behovet "att förändra organisationskulturer och att skapa förutsättningar att föra vidare kunskap från utvecklingsprojekt till ordinarie strukturer. Att tänka

¹ Sveriges kommuner och landsting

nytt kring hur vårdens och omsorgens utförare ska ersättas är en annan utmaning.² Socialstyrelsen lyfter även fram talrika exempel på områden där det existerar effektiviseringsmöjligheter. Ett grundläggande sådant är att bringa ner antalet vårdskador. Socialstyrelsen varnar samtidigt för ett antal globala hälsoutmaningar som den svenska sjukvården ska kunna möta.

Läget i Region Skåne

Det sker i huvudsak ingen strukturerad eller kvalitetssäkrad mätning av varken produktivitet eller effektivitet inom den skånska hälso- och sjukvården. Läget vad gäller produktivitet och effektivitet inom hälso- och sjukvården i Skåne är därför oklart. Det finns vissa positiva indikationer såsom relativt låga totala kostnader per invånare (så kallad strukturjusterad kostnad). Universitetssjukvården i Skåne är enligt en jämförande analys av universitetssjukhusen (oktober 2015) mindre kostsam än i andra delar av landet. Andra jämförelser pekar på att Region Skåne har höga kostnader per utförd insats.

Omfattande insatser sker

Region Skåne arbetar enligt vad som framkommit aktivt för att åstadkomma en ekonomi i balans, bland annat genom olika effektiviseringsåtgärder. Dessa sker både på kort sikt – såsom rullande handlingsplaner som utformas inom respektive förvaltning med bred ansats – och på lång sikt. Ambitionerna för den längre sikten upptar frågor såsom värdebaserad vård, utveckling av hem-sjukvård, eHälsa, avlastning och effektivisering av administrativa tjänster och utvecklad styrning inom exempelvis produktionsplanering.

Fokus för arbetet särskilt på kort sikt är kostnadsreduktion. I denna och även andra genomförda granskningar har det framkommit att vissa av åtgärderna har varit kontraproduktiva och på flera håll motverkat ett konstruktivt förändringsklimat. Bland de anställda finns upplevelser av försämrad arbetsmiljö och Region Skånes hälso- och sjukvård brottas med en kompetensförsörjningsproblematik som motverkar flera av effektiviseringsambitionerna.

I granskningen har det framkommit ett flertal uttalanden om att sjukvården är underfinansierad. Dessa signaler riskerar att leda till en förväntan hos verksamheterna att nya pengar kommer och därmed riskerar drivkrafterna till förbättringar att avta påtagligt.

Ersättningsmodellen

Nuvarande ersättningsmodell infördes till stora delar med syftet att underlätta utveckling av öppna vårdformer och andra strukturella förändringar. Till dels har detta syfte uppnåtts. Det har samtidigt framkommit synpunkter att modellen inte befrämjar produktivitet och att incitamenten för ökad effektivitet är svaga. Det har bland annat fått till effekt att särskilda medel för ökad tillgänglighet har skjutits till.

Resultat enskilda revisionsfrågor

1. *Vilka mål, mått och nyckeltal finns för effektivitet och produktivitet, och hur ser läget ut totalt och inom de olika förvaltningarna? Hur används informationen?*
Region Skåne saknar gemensamma, aktuella och tillförlitliga mått för att följa produktivitet och effektivitet inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. Regionen saknar därmed även instrument för att beskriva hur läget ser ut totalt och inom förvaltningarna annat än mer indikativt.
2. *Hur sker mätningar och uppföljningar av väsentliga indikatorer som rör begreppet effektivitet och produktivitet (både centralt och lokalt på respektive förvaltning)?*
Mätningar och uppföljningar av väsentliga indikatorer för effektivitet och produktivitet sker inte på koncernnivå. På förvaltningsnivå och i enskilda verksamheter görs ansträngningar att mäta verksamhetens produktivitet, till exempel antal vårdtillfällen i förhållande till antal resurser och motsvarande. Det saknas för närvarande ett vederhäftigt stöd och gemensamma definitioner för denna typ av analyser. Undantag är primärvården och Division Labmedicin vid Medicinsk service som sedan lång tid har verktyg för ett sådant arbete.

² Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, Socialstyrelsen, hösten 2015

3. *Hur tillses att ett användbart IT-stöd finns för dessa mätningar och uppföljningar?*
 På central nivå används Indikatorbiblioteket där indikatorer samlas och används för mätning och verksamhetsuppföljning på ett strukturerat sätt. Applikationen QlickView används som ett stöd, dock i varierande utsträckning. På förvaltnings- respektive verksamhetsnivå saknas ett regiongemensamt och användarvänligt IT-stöd för att arbetet med planering, styrning och uppföljning av produktion och effektivitetsfrågor ska kunna genomföras med full verkan.
4. *Hur och på vilket sätt sker styrningen av resurser inom vården och hur sker och fungerar kopplingen till ersättningssystemen?*
 Fördelningen av resurser är i stor utsträckning baserad på historiska kostnadsdata och volymer vilket riskerar att cementera en inbyggd ineffektiv struktur. Kopplingen mellan ersättningssystemens utformning och resultat i form av produktivitet och effektivitet är i huvudsak svag. Likaså är sambandet mellan förvaltningarnas uppdrag som inkluderar HSN:s mål och indikatorer, budgetanslaget och den reguljära uppföljningen otydlig. Hälso- och vårdvalets ersättningssystem och konkurrensutsättning stödjer produktivitets- och effektivitetsutveckling. Samtidigt finns inslag som kan förbättras, till exempel att minska antalet målrelaterade indikatorer. Det är av stor vikt att utvecklingsarbetet kring ersättningsmodeller i Skåne med ett ökat inslag av värdebaserad ersättning intensifieras.
5. *Är vården anpassad efter vårduppdraget och patienternas behov eller efter tillgängliga resurser i termer av vårdpersonal, byggnader och utrustningar?*
 Det är en kombination av vårderbjudanden och efterfrågan som styr vårduppdraget. Beräkningar av vårdbehov inom befolkningen har ett mera långsiktigt användningsområde. Begränsningen i tillgängliga resurser vad gäller kompetenser och ändamålsenliga byggnader är påtaglig med svårigheter att upprätthålla stipulerad tillgänglighet.
6. *Hur optimeras personalresurserna? Är schemaläggning av sjukvårdspersonal implementerat i hela organisationen och hur sker och fungerar i så fall denna?*
 Förvaltningarnas svårigheter att lösa de ekonomiska problemen har enligt vad som framkommit i intervjuer successivt ökat chefskapets inriktning mot en alltmer kontrollerande organisation där tilliten kan ha tagit skada.
 Vår bedömning är att ett alltför ensidigt fokus på ekonomi i balans utan att väga in övriga perspektiv i det balanserade styrkortet inte leder till förbättringar vare sig av ekonomin eller personalsituationen. Effektivisering med hushållning av resurserna inom vården sker lämpligast genom systematisk kvalitetsförbättring av patientprocesserna med deltagande av berörda medarbetare och chefer. Det finns pågående arbeten i denna riktning men utan ett samlat regionalt grepp. Analyser av grundorsaker saknas och iakttagelserna blir mera symptombeskrivning. Ett exempel är personalsituationen där lösningar kan handla om ökad ersättning för mertidsarbete med extrapass, extra ersättning för arbete på vårdavdelning i stället för att hör samma medarbetarnas krav på tid för återhämtning.
7. *Hur sker information och återkoppling inom förvaltningen, till respektive nämnd och till region- och koncernledning vid avvikande produktion och vilka åtgärder vidtas?*
 Information och återrapportering om ekonomi, produktion och tillgänglighet sker kontinuerligt från förvaltningarnas sida. Ökade väntetider har till exempel lett till att åtgärder har vidtagits i form av en större tillgänglighetssatsning. Vår bedömning är att direkta åtgärder som avser produktionen inte är i fokus. Från förvaltningarnas sida pågår arbete för att utveckla produktionsplaneringen.
8. *Vilka incitament finns för att förbättra effektiviteten och produktiviteten?*
 Incitamenten för att förbättra effektivitet och produktivitet är svaga och bör förbättras för att skapa starkare förändringskraft. Det handlar om styrning mot kvalitet och resultat, ersättningssystemen, ansvarsutkrävande, delaktighet och möjligheter till ständiga förbättringar.
9. *Hur arbetar andra landsting, regioner och privata utförare med liknande frågeställningar kring effektivitet och produktivitet inom Hälso- och sjukvården?*
 Gemensamt för de exempel på organisationer som arbetar med att mäta och förbättra produktivitet och effektivitet som belyses i rapporten är:

- fokus på patienterna i olika behovsgrupper
- bäst möjliga kvalitet och resultat för respektive patientgrupp
- systematiskt arbete i hela organisationen med kvalitetsförbättringar av patientresultat och av patientprocesserna inklusive stödprocesser
- forskning med evidensbaserade metoder under ständig utveckling
- kompetenta medarbetare i verksamhetsutveckling, metodutveckling, utbildningar och processförbättringar
- tidiga och regelbundna uppföljningar ofta interaktiva med relevanta IT-system
- ett dedikerat och involverat ledarskap som ger mål och riktning, skapar engagemang och stödjer medarbetare och chefer i deras arbete genom att bland annat skapa en förbättringskultur och ge tid för förbättringsarbeten.

Förbättringsområden

Granskningen har föranlett impulser till följande förbättringsförslag:

- En samlad strategi för effektivisering som omfattar både det kortsiktiga och långsiktiga perspektivet bör tas fram. Strategin bör tydliggöra hur Region Skåne avser att hantera de stora utmaningar som gäller för hälso- och sjukvården för att åstadkomma en jämlik hälsa inom beslutade ekonomiska ramar.
- Tydliga mål och index bör utvecklas för att följa utvecklingen av effektivitet och produktivitet. Regiongemensamma och ändamålsenliga uppföljningsinstrument och stöd för alla nivåer i organisationen bör parallellt utvecklas.
- Resultatmål bör införas per patientgrupp där medicinska-, omvårdnads-/patientnytt-, ekonomiska- och livskvalitetsmått definieras istället för mål för enskilda verksamheter och delprocessmått.
- En mer lyhörd och öppen organisation bör skapas som befrämjar innovationer och horisontellt lärande. Tillika bör omvärldsbevakning och benchmarking förstärkas vad gäller patientprocessperspektivet och hur detta kan gynnas genom rätt incitament.
- Det bör tydliggöras var det politiska och operativa ansvaret ligger dels för effektivitetsfrågor (vad som ska åstadkommas) och produktivitetsfrågor (hur det ska åstadkommas).
- Ersättningsmodellerna med högre inslag av målrelaterad ersättning bör utvecklas. Arbetet med att utveckla värdebaserade ersättningsmodeller bör intensifieras.
- Organisationskulturen bör utvecklas och stärkas för att skapa förutsättningar för större delaktighet och helhetstänkande samt att föra vidare kunskap från utvecklingsprojekt till ordinarie strukturer.

2 Granskningens bakgrund, syfte och genomförande

2.1 Bakgrund och syfte

Granskningsrapporten ska ge revisorerna ett underlag för att bedöma om hälso- och sjukvården i Region Skåne styrs på ett sätt som främjar effektivitet och produktivitet. Granskningen ska kartlägga hur Region Skåne centralt och lokalt (Skånes Universitetssjukvård, Skånevård Kryh och Skånevård Sund (inkluderande primärvård) mäter och följer upp väsentliga indikatorer som rör begreppet effektivitet och produktivitet. Granskningen ska även innefatta hur styrningen av resurser sker inom vården och därvid omfatta ersättningssystemen. Granskningen omfattar perioden 2014 och framåt.

Till bakgrunden hör att under 2015 har många av de väsentligaste indikatorerna inom Region Skåne pekats på ”fel” håll. Sjukvården klarar inte att hantera ekonomin, vårdorganisationen har fått mer än 700 fler medarbetare men de förväntade resultaten av detta har uteblivit. Situationen med vårdköer har för många diagnoser försämrats under året. Det förefaller som om verksamhet-

erna bedriver mindre vård för mer pengar. Till syftet med granskningen hör att bedöma om denna bild rättvisande eller är det så att verksamheterna trots allt åstadkommer mer kvalificerad vård inom andra områden som inte framkommer. Enligt Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2016 har alla verksamheter en skyldighet att hushålla med skattemedlen på bästa sätt och ständigt arbeta för att öka såväl produktiviteten som effektiviteten.

Förutom vad som anges ovan vill revisorerna ha följande frågor belysta eller besvarade:

1. Vilka mål, mått och nyckeltal finns för effektivitet och produktivitet, och hur ser läget ut totalt och inom de olika förvaltningarna? Hur används informationen?
2. Hur sker mätningar och uppföljningar av väsentliga indikatorer som rör begreppet effektivitet och produktivitet (både centralt och lokalt på respektive förvaltning)?
3. Hur tillses att ett användbart IT-stöd finns för dessa mätningar och uppföljningar?
4. Hur och på vilket sätt sker styrningen av resurser inom vården och hur sker och fungerar kopplingen till ersättningsystemen?
5. Är vården anpassad efter vårduppdraget och patienternas behov eller efter tillgängliga resurser i termer av vårdpersonal, byggnader och utrustningar?
6. Hur optimeras personalresurserna? Är schemaläggning av sjukvårdspersonal implementerat i hela organisationen och hur sker och fungerar i så fall denna?
7. Hur sker information och återkoppling inom förvaltningen, till respektive nämnd och till region- och koncernledning vid avvikande produktion och vilka åtgärder vidtas?
8. Vilka incitament finns för att förbättra effektiviteten och produktiviteten?
9. Hur arbetar andra landsting, regioner och privata utförare med liknande frågeställningar kring effektivitet och produktivitet inom Hälso- och sjukvården?

Granskningsrapporten ska vidare komma med impulser till förbättringar om gjorda iakttagelser under granskningen visar på behov därav.

2.2 Uppdragets genomförande

Denna granskning gäller Region Skånes sjukvårdsnämnder och förvaltningars arbete med att öka produktivitet och effektivitet i sina verksamheter. Den innehåller därför inga jämförelser mellan olika verksamheters effektivitet och produktivitet inom Region Skåne eller med andra landsting. Genomförandet av granskningen har omfattat analys av relevanta dokument, djupintervjuer med företrädare för koncernledning, koncernkontor, berörda politiska organ, förvaltningar och olika enheter i hälso- och sjukvårdsorganisationen samt med företrädare eller material från Region Jönköpings län, Stockholms läns landsting samt Capio AB. Fakta har även insamlats från Intermountain Health Care som är ett framgångsrikt hälso- och sjukvårdssystem i Utah, USA.

Sammanlagt har djupintervjuer genomförts med 38 personer. Därutöver har intervjuprotokoll från granskningen ”Sjukvårdens förmåga att nå sina mål” 2015 analyserats utifrån aktuella frågeställningar.

Granskningen har utförts av Capire Consulting AB under perioden juni till september 2016. Rapportens beskrivande avsnitt har varit föremål för faktagranskning från såväl koncernnivå som berörda förvaltningar.

Granskningen har genomförts av Dag Boman, uppdragsledare, Catharina Barkman, specialist och kvalitetsansvarig, Mari Månsson, specialist och tillika koordinatör samt Göran Stenberg, specialist. Kontaktperson från revisorskollegiet har varit Louise Rehn-Winsborg och från revisionskontoret yrkesrevisor Eva-Tency Nilsson som också är projektledare för granskningen.

2.3 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna hämtas ofta från lagar och förarbeten eller interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut.

Nedanstående utgör revisionskriterierna för denna granskning:

- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
- Kommunallagen (1991:900)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Styr- och uppföljningsdokument på regional, förvaltnings- och divisionsnivå
- Handlingar och beslutsprotokoll från driftledningsnämnd och HSN
- Interna dokument, regler, styrdokument inom förvaltningarna i Region Skåne

3 Effektivitet inom hälso- och sjukvård

3.1 Effektivitets- och produktivetsbegreppen

Med *produktivitet* avses mängden producerade tjänster eller prestationer sett till resursinsatsen. Det kan exempelvis handla om antal läkarbesök per läkare. Produktiviteten säger inget om värdet eller effekten av de tjänster som utförs, det vill säga om patienterna blev friskare och/eller nöjda.

Med *effektivitet* avses vilka resultat som uppnås i förhållande till insatta resurser, till exempel att en behandling av ett visst slag resulterar i bättre hälsa hos patienten.

Effektivitet handlar således om att använda tillgängliga resurser på bästa sätt utifrån de mål som finns för verksamheten. Effektivitet inbegriper därför en rad olika typer av nyckeltal. Med begreppet på bästa sätt avses att resurserna ska användas till rätt saker, på rätt sätt och i rätt tid.

Även Socialstyrelsen har definierat begreppen produktivitet och effektivitet på motsvarande sätt. Med effektiv vård avses, enligt socialstyrelsen, att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att bidra till målen om en god hälsa hos befolkningen.

I litteraturen finns olika teorier kring effektivitet och ansatser för att minska ”slöseriet” av onödiga åtgärder. Inom forskningen beskrivs exempelvis effektivitet utifrån tre olika nivåer där målet bör vara att minska/få bort slöseri ”waste” på tre nivåer.

- På individnivån handlar det om att undvika dubbelarbete, dubbeldokumentation mm.
- På vårdgivarnivån är målet en effektiv vårdkedja (lean, smidiga flöden mm).
- På systemnivå innebär ett undvikande av ”waste” en genomtänkt strategi för rätt prioritering av insatta resurser.

Generellt är det svårare att fånga effektiviteten jämfört med produktiviteten. Produktivitet har inte heller någon automatisk koppling till effektivitet. Det finns situationer där höjd produktivitet – till exempel kortare vårdtider står i konflikt med en god effektivitet sett till risken för onödiga återinskrivningar i slutet av vård. Det är emellertid vanligt att dessa två ansatser går hand i hand i praktiken. Verksamheter med hög produktivitet är också ofta effektiva och har goda kvalitetsresultat. I bilaga 2 återfinns en kortfattad diskussion om effektivitetsbegreppet inom hälso- och sjukvården.

3.2 Lagkrav på kostnadseffektivitet

Det är framför allt hälso- och sjukvårdslagen och kommunallagen som föreskriver att hälso- och sjukvårdsvårdsverksamheter ska utföras på ett kostnadseffektivt sätt.

Hälso- och sjukvårdslagen

I hälso- och sjukvårdslagen (28§ HSL) heter det att ”*Ledningen av hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet*”.

Enligt 2 a § ska hälso- och sjukvården bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den ska särskilt;

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lätt tillgänglig,

3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,
5. tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Lag (2014:822). Inom hälso- och sjukvård skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Lag (1996:787).

Kommunallagen

Kommunallagen fastställer att all offentlig verksamhet ska utövas med ”god ekonomisk hushållning”.

Enligt 1 § ska kommuner och landsting ha en *god ekonomisk hushållning* i sin verksamhet och i sådan verksamhet som bedrivs genom andra juridiska personer. Fullmäktige ska besluta om riktlinjer för god ekonomisk hushållning för kommunen eller landstinget.

Kommuner och landsting ska varje år upprätta en budget för nästa kalenderår. Budgeten ska upprättas så att intäkterna överstiger kostnaderna. Enligt 5 § ska budgeten innehålla en plan för verksamheten och ekonomin under budgetåret. I planen skall skattesatsen och anslagen anges. Av planen skall det vidare framgå hur verksamheten skall finansieras och hur den ekonomiska ställningen beräknas vara vid budgetårets slut.

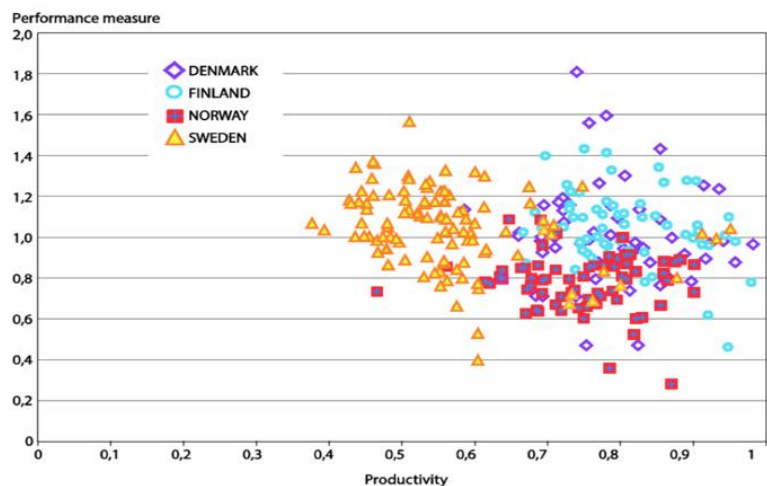
För verksamheten skall anges mål och riktlinjer som är av betydelse för en god ekonomisk hushållning. För ekonomin skall anges de finansiella mål som är av betydelse för en god ekonomisk hushållning.

Lagen kräver även att den kommunala redovisningen ska vara balanserad. *Om balanskravsresultatet enligt 4 kap. 3 a § lagen (1997:614) om kommunal redovisning för ett visst räkenskapsår är negativt, ska det regleras under de närmast följande tre åren. Fullmäktige ska anta en åtgärdsplan för hur regleringen ska ske. Beslut om reglering ska fattas senast i budgeten det tredje året efter det år då det negativa balanskravsresultatet uppkom.* Lag (2012:800).

3.3 Analyser av effektivitet

Nedan följer några utdrag från utredningar som har analyserat produktivitet och effektivitet.

Sverige i ett nordiskt perspektiv
I en nordisk studie har produktivitet vid akutsjukhus jämförts. Resultaten visar att svenska akutsjukhus generellt har en låg produktivitet jämfört med övriga nordiska länder, se diagram³. (Nedre högra hörnet är den önskvärda positionen).



Bland annat de norska sjukhusen har både högre produktivitet och lägre dödlighet i genomsnitt jämfört med de svenska sjukhusen. Eftersom sjukhusen är anonymiserade framgår inte vilka resultat som uppnåddes för specifika skånska sjukhus. Det är emellertid intressant att notera variationen mellan svenska akutsjukhus och mellan svenska och övriga nordiska sjukhus, vilket tydligt illustrerar möjligheter till produktivitetsförbättringar.

³ Sjukhusens produktivitet jämfört med samlade resultat vad gäller dödlighet inom 30 dagar från senaste inskrivningen på sjukhus. Kittelsen S, Anthun K, Gøude F, Huitfeldt U, Kruse M, Medin E, Rehnberg C, Rättö H (2015). Costs and Quality at the Hospital level in the Nordic Countries. Health Economics, Vol 24.

Regionen och övriga landet

I utredningen ”Effektiv vård”, SOU 2016:22 presenteras en rad olika jämförelser av produktivitet och effektivitet. Också dessa visar stora variationer mellan landsting och regioner vad gäller både kvalitet och kostnad (se diagram⁴). Region Skåne har en relativt låg strukturjusterad kostnad men ligger på den nedre halvan vad gäller kvalitetsresultat.

Till följd av förändringar i uppföljning av produktivitet finns det ingen tillförlitlig statistik som är jämförbar för produktivitet jämförelser för år 2015.

I utredningen ”Mest resurser – bäst sjukvård”⁵ av effektiviteten i

Stockholms län presenteras övergripande produktivitetresultat för år 2014. De mått som används är kronor per DRG⁶-poäng i slutenvården, kronor per kontakt i primärvården och kronor per kontakt i psykiatrin. Resultaten visar att Region Skåne har betydligt högre kostnad per procedur jämfört med Stockholm, se nedan.

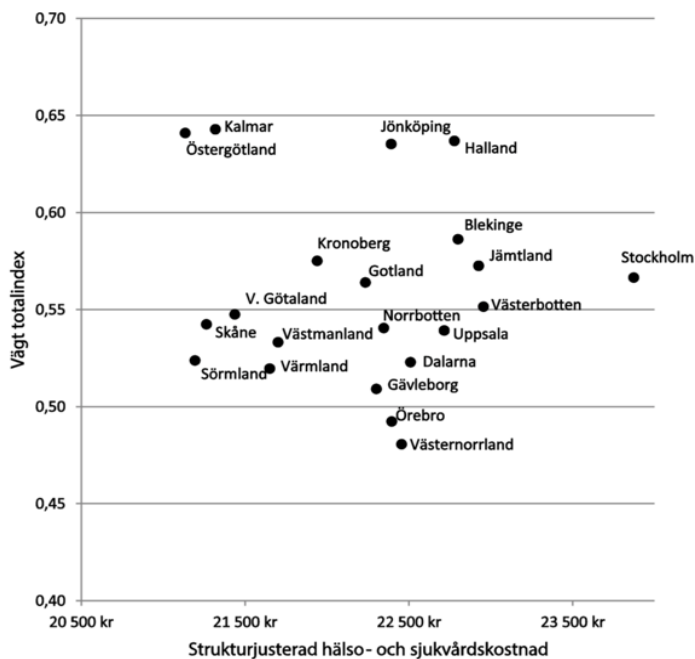
Kostnader/DRG-poäng och per besök primärvården, psykiatri. 2014

	DRG, kr/poäng	Primärvård, kr/kontakt	Psykiatri, kr/kontakt
Stockholms läns landsting	44 072	1 366	3 728
Riket	49 458	1 561	4 859
Region Skåne	50 110	1 408	4 058
Västra Götalandsregion	50 845	1 529	4 656

I en jämförande studie av akutsjukhus framhålls att Regions Skånes universitetssjukhus (SUS) har lägre kostnad än akutsjukhusen i landet och en kvalitetsnivå på motsvarande nivå som övriga⁷.

Jämförelser mellan landstingen/regionerna av exempelvis landstingsskattenivån är osäkra eftersom landstingen/regionerna i Sverige har olika innehåll i sina verksamheter. De flesta landsting har under senare år fört över bland annat hemsjukvård till kommunerna men under olika perioder där landstingen i Skåne var tidigt ute under 1990-talet. Stockholm läns landsting har fortfarande ansvaret för denna verksamhet. Landsting och regioner med eller utan universitetssjukhus har olika villkor. Dessutom kan jämförelser vid specifik tidpunkt ge en falsk bild över hur situationen är under en längre period. De regioner som har externa inkomster från till exempel regional trafik där överskott används i vården är ytterligare exempel på svårigheter att göra jämförelser.

Sammanfattningsvis visar variationerna mellan sjukhus och mellan regioner/landsting på en potential för produktivitets- och effektivitetsförbättringar i både ett nationellt och ett regionalt perspektiv.



⁴ Samband mellan strukturjusterad kostnad och index för resultat (2014), jämförelse av landsting, 2014.

⁵ Mest resurser – bäst sjukvård? Göran Stiernstedts utredning om Stockholm, 2016

⁶ Diagnosrelaterade grupper (DRG) är diagnosbaserat beskrivningssystem för akutsjukvård

⁷ Jämförande analys av Sveriges universitetssjukhus, oktober 2015 av konsultföretaget McKinsey

Utvecklingen inom Region Skåne

Av en rapport sammanställd av förenklingskommissionen framgår följande fakta om hälso- och sjukvården i Region Skåne

- Befolkningen har ökat med 5,9 procent under perioden 2009-2015.
- Under perioden 2009-2015 har produktionen inom somatisk vård minskat med 1 procent. Minskningar inom slutenvården och ökningarna inom öppenvården.
- Perioden 2009-2012 ökade produktionen med ca 9 procent, men sedan 2012 fram till 2015 har produktionen minskat med 10 procent mätt i ”mixpoäng”. En överföring från vård i slutenvård till öppenvård har skett.
- Produktionen inom primärvården (Hälsovalet) har ökat med 38 procent 2009-2015. Läkarbesök med 4 procent och övriga vårdgivarkategorier 67 procent
- Antalet anställda inom den somatiska vården har ökat snabbare än producerade vårdvolymerna 2009-2015.
- Genomsnittsåldern för olika personalkategorier inom den somatiska vården har minskat med 3 år.
- Medellönen för de personalkategorier som arbetar inom den somatiska vården har ökat med 5 procent mellan 2013-2015. Ökningen är störst för sjuksköterskor med 10 procent.

Det saknas uppgifter om produktivitet- och effektivitetsutveckling inom Region Skånes hälso- och sjukvård. Förvaltningarna kan dock jämföras vad gäller utveckling av produktion samt budgethållning och kostnadsutveckling. Resultaten för hälso- och sjukvårdsförvaltningarna för perioden 2013 till och med prognos för 2016 (juli 2016) framgår av nedanstående tabell).

Resultat för sjukvården 2013 –prognos juli 2016, Mkr respektive procent

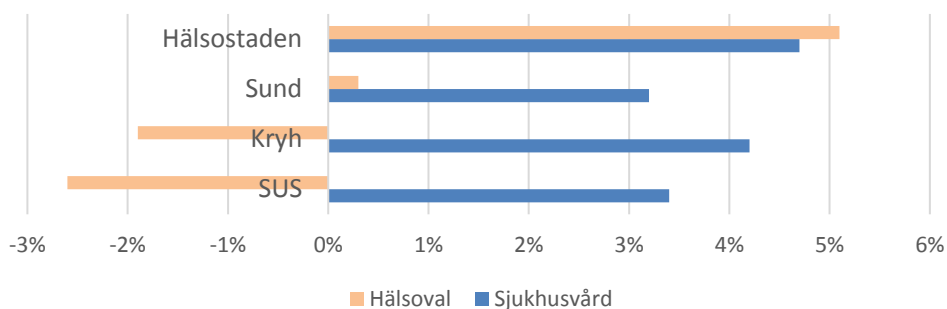
Förvaltning	Bokslut 2013	Bokslut 2014	Bokslut 2015 ⁸	Prognos 2016
SUS	-35	-139	-92,3	-431,2
Sund	-182	-110	0,2	-188,0
Kryh	-44	-142	-123,5	-216,1
Hälsostaden	-35	-25	-23,1	-18,9
Summa	-296	-416	-238,7	-854,2
<i>Tillskott/år, Mkr</i>	717	1 460	1 847,0	1 210,0
<i>Kostnadsökning, Mkr</i>	1 013	1 876	2 085,7	2 064,2
<i>Kostnadsökning i % av budget, Mkr</i>	4,0	7,0	7,2	6,9

Kostnaderna ökar inom sjukvårdens förvaltningar utöver den årliga uppräkningsökningen av regionbidraget. Den lägre kostnadsökningen för 2013 beror på effekter av kraftiga anställningsrestriktioner vid framför allt SUS under 2012. Därefter har kostnadsökningen varit runt sju procent.

Produktionen följs genom så kallade produktionsmixpoäng.

⁸ Siffrorna för 2015 inkluderar den ombudgetering som regionfullmäktige beslutade om den 26 oktober 2015 varvid sjukvårdsnämnderna jämte Hälsostaden tillsammans tilldelades 660 Mkr.

I nedanstående diagram framgår hur produktionen utvecklats under perioden januari till juni 2016.



Av genomförda intervjuer framgår att mätningen av mixpoäng inte anses avspegla de korrekta förhållandena. Antalet somatiska vårdtillfällen har för hela regionen minskat med 1,6 procent under årets sju första månader. Minskningen vid SUS stannade vid 0,1 procent, medan både Kryh och Sund redovisar en minskning med 2,7 procent. Antalet somatiska vårdtillfällen inom Hälsostaden minskade med 5 procent.

Division Labmedicin inom Medicinsk Service redovisade under perioden januari till juli 2016 en produktionsökning med 5,6 procent mätt i viktpoäng. Produktiviteten, som relaterar produktionen till personalresurser, har ökat 2,7 procent inom divisionen.

Sammanfattningsvis saknas underlag för jämförelser av produktivitet mellan hälso- och sjukvårdsförvaltningarna inom Region Skåne. Inom Skåne finns liksom i övriga landet betydande variationer avseende kostnader, kvalitet och produktivitet. Det utgör en indikation på potential till produktivitets- och effektivitetsförbättringar.

4 Revisionsfrågor

4.1 Mätning av effektivitet

I detta avsnitt avhandlas följande revisionsfrågor:

- Vilka mål, mått och nyckeltal finns för effektivitet och produktivitet, och hur ser läget ut totalt och inom de olika förvaltningarna?⁹ Hur används informationen? (Fråga 1)
- Hur sker mätningar och uppföljningar av väsentliga indikatorer som rör begreppet effektivitet och produktivitet (både centralt och lokalt på respektive förvaltning)? (Fråga 2)
- Hur tillses att ett användbart IT-stöd finns för dessa mätningar och uppföljningar? (Fråga 3)

lakttagelser om mätning av effektivitet

Regionens övergripande mål för effektivitet och produktivitet

Bland Region Skånes prioriteringar för planperioden 2016–2018 återfinns: ”Effektivisera verksamheterna med särskilt fokus på tillgänglighet, patientsäkerhet, kvalitet, förbättringar och medborgar-/patientfokus”¹⁰.

”En effektiv verksamhet med hög kvalitet” är ett av Regionens totalt sex övergripande mål för innevarande verksamhetsår. Detta mål ska uppnås genom de strategier som framgår av nedanstående tabell. De övergripande målen och prioriteringarna var de samma under 2015.

⁹ Beskrivning av läget totalt i Regionens samt de enskilda förvaltningarna återfinns i avsnitt 3.4 Analyser av effektivitet

¹⁰ Region Skånes budget och verksamhetsplan 2016 med plan för 2017–2018.

I nedanstående tabell refereras de mätningar som genomförts och den måluppfyllelse som uppnått enligt Region Skånes årsredovisning för 2015¹¹.

Strategi	Delmål	Mätning	Måluppfyllelse
Människor ska bemötas med respekt	Ökad kunskap bland anställda om lika rättigheter och möjligheter.	Ej mätbar i nuläget	Delvis uppfyllt
Patienternas makt ska öka	Lättillgänglig information e-hälsa Mobil vård	Digital åtkomst till journal Tidbok online Mobil ungdomsmottagning	Uppfyllt
Kunskapsstyrningen ska öka	Riktlinjer och metoder Kunskap om medborgarnas behov Spridning av hälsofrämjande/förebyggande insatser	Utveckling av metodik Förändringar i behovsbilden Utbildningar	Delvis uppfyllt
Tillgängligheten ska öka	Regionala och nationella krav inom hälso- och sjukvården ska uppnås	Tillgänglighetsmål	Två av sex mål uppnådda
Patientsäkerheten ska vara hög	Nollvision för vårdskador	Patientsäkerhetsrelaterade mått	Delvis uppfyllt
Produktiviteten ska öka.	Nyckeltal ska tas fram Mätning ska ske av arbetad tid	Aktiviteter påbörjade	Delvis uppfyllt

Mätningar och faktainsamling på regional nivå

Efter beslut 2012 samlas indikatorer som används för mätning och verksamhetsuppföljning i det så kallade indikatorbiblioteket. Indikatorbiblioteket ska omfatta alla indikatorer som används inom hälso- och sjukvård och tandvård och som beskriver produktivitet, tillgänglighet, patienterfarenheter och medicinsk kvalitet. Ekonomi och medarbetarrelaterade indikatorer ingår tillsvidare inte men kan på sikt komma att adderas. För närvarande omfattar biblioteket fler än 220 indikatorer som samlas in eller är under utveckling. Flertalet av indikatorerna är processindikatorer eller strukturindikatorer. Fjorton indikatorer är resultatindikatorer.

Sedan 2015 ligger indikatorbiblioteket till grund för tio sammanvägda index. Dessa index, som är kopplade till ca 40 prioriterade mål i Regionen, ska ge en samlad bild över kvaliteten inom ett specifikt område. De tio index som tagits fram är diabetes, hjärtinfarktvård, stroke, tillgänglighet, palliativ vård, äldre, psykisk ohälsa akutsjukvård, patientsäkerhet och cancerledtider.

Relevansen av målen är olika för förvaltningarna och verksamheterna. Oftast har förvaltningar valt att fokusera ett mindre antal mål såsom hygienmål, riskbedömning av fallskador, nutrition och trycksår. De flesta indikatorerna följs under året men redovisning av och resultaten har cirka tre till fyra månaders eftersläpning. Intervjupersoner framhåller att målen/indikatorerna därför i praktiken inte får önskvärd styrande effekt utan mer har funktion av att ge information i efterhand.

Mixpoäng mäts och redovisas till koncernkontoret, men det hävdas i intervjuer att det inte sker någon kvalitetskontroll av denna klassificering. Det pekas även på att behovet att följa produktionen var större tidigare eftersom den låg till grund för den ekonomiska ersättningen till sjukhusen, (citrat) ”Tidigare var detta livsviktigt för att få betalt, nu spelar det ingen roll.” Den allmänna meningen bland de intervjuade är att denna uppföljning inte längre är relevant för utvecklingen i

¹¹ Region Skåne. Årsredovisning 2015. (Tabellen är inte komplett). Måluppfyllelsen som återges i tabellen är den som görs i årsredovisningen.

vården. Exempelvis registreras överflyttningen av slutenvård till öppenvård och kortare vårdtider som en produktionsminskning samtidigt som detta kan vara en indikation på ökad effektivitet.

Vissa av indikatorerna, framförallt tillgänglighet och ledtider, omfattar indirekt information om effektivitet. Några analyser av insatta resurser i relation till uppnådda kvalitetsresultat görs inte.

Av intervjuer som genomförts framgår att det under de senaste åren har saknats tillförlitliga mätinstrument för att följa effektivitet eller produktivitet. Tidigare beslut om ett koncerngemensamt beslutsstöd har aldrig realiserats. Samtidigt finns gemensamma applikationer inom regionen där förvaltningarna har möjlighet att vara med och utveckla. Det gäller exempelvis data om personal, tillgänglighet och vissa kvalitetsindikatorer.

I intervjuer framförs att det sker ett positivt samarbete inom regionen, men att varje förvaltning har unika behov i vad och hur de behöver följa upp verksamheten. (Citat) ”*Regionala applikationer tenderar i övrigt att svara på de frågor som koncernledning och politiker vill ha svar på, men är ofta mindre lämpade för att styra och följa upp en enskild verksamhet eller enhet.*”

Mätningar på förvaltningsnivå

Sjukvårdsförvaltningarna arbetar i enlighet med regiondirektörens beslut 2013 utifrån styr- och ledningssystem med balanserat styrkort (BSK). Arbetet pågår i syfte att successivt bryta ner målen till organisationens olika nivåer.

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*
- 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 i styrkortet innehåller detaljerade mål och beskriver åtgärder som ska förmedlas till och involvera medarbetarna samt hur åtgärderna ska genomföras och följas upp.

I intervjuer framhålls att det inte ställs krav på produktivitetmätning. Tills vidare finns inte heller något samlat index över effektivitet eller produktivitet. Däremot finns mått som till exempel personal per vårdplats. Inom förvaltningarnas internkontroll används mått såsom besök per läkare, producerade vård dagar per anställd.

Skånes universitetssjukvård (SUS) har under de senaste två åren utvecklat och infört ett övergripande beslutsstöd, som i en särskilt anpassad Qlickview-applikation¹² månadsvis presenterar uppföljningsdata (basen i det balanserade styrkortet) inklusive ekonomi. Detta utgör huvudsystemet för de månatliga uppföljningarna som sker på verksamhetsområdes- och divisionsnivå inom förvaltningen. Systemet har vad som framkommit av intervjuer bidragit till att öka kvaliteten på de månatliga uppföljningarna. Andra förvaltningar har visat intresse för SUS beslutsstöd.

Uppföljnings- och utvecklingsarbete sker sedan 2013 även i SUS styrgrupper för bland annat produktionsstyrning, styrgruppen för vårdplatser och vårdflödesfrågor, styrgruppen för anestesi och operation, styrgruppen för tillgänglighet (sedan 2016) samt det metodstöd som tillhandahålls genom enheten för vårdproduktionsutveckling. SUS styrgrupper är en del av det permanenta ledningssystemet i förvaltningen.

Skånevård Kryh har under våren 2016 initierat ett Resursplaneringsforum. Där ingår representanter för verksamheter och staber. Forumet syftar till att beskriva förändringar i till exempel patientflöden, arbetsätt eller kravställningar som påverkat utfallet. Omvärldsanalyser som är framtagna visar att patientunderlaget ökar samtidigt som produktionen minskar på ett otillfredsställande sätt.

¹² QlikView är en programvara för Business Intelligence som hämtar, visualiserar och analyserar data från befintliga datakällor och informationssystem.

Övriga målsättningar är bland annat följande:

- Att analysera övergripande flöden, pågående projekt och instanser som påverkar flödet.
- Föreslå analysal/nyckeltal, standards och tidsperiod samt ta fram uppföljning.
- Att analysera flaskhalsar och avvikande områden.
- Att införa/utveckla produktionsplaneringen så att chefer på alla nivåer kontinuerligt kan planera, följa upp och styra verksamheten så att uppdrag/behov uppfylls så bra som möjligt och verksamhetens målsättningar nås gällande tillgänglighet, arbetsmiljö och ekonomi.
- Att visualisera framtida vårdflöden.
- Att verka som stödresurs för hela förvaltningen – analyser och förslag skall löpande delges organisationen.

Forumet rapporterar månadsvis i linjen och uppdraget skall vara slutfört den 1 maj 2017. Efter genomfört uppdrag överlämnas resultatet till linjeorganisationen som därefter ansvarar för fortsatt arbete.

Det finns en strukturerad uppföljning i form av löpande bokslutsrapportering med ekonomi, produktion, tillgänglighet, personal och även produktivitet. Det råder en samstämmighet bland intervjupersonerna inom Kryh att tillgänglighet är i fokus men även att ekonomin ska vara i balans.

Inom *Skånevård Sund* följs cirka 160 parametrar upp. Under 2015 skickades resultaten från uppföljningen av parametrarna ut till respektive verksamhet med frågan vad de hade gjort för att skapa resultat och hur de skulle göra för att skapa förbättringar.

Primärvården har redan innan sammanslagningen med sjukhusen i de tre nya förvaltningarna följt upp olika produktionsmål. Ett gemensamt beslutsstöd används av SUS, Sund och Kryh. Exempelvis inom Kryh:s primärvård mäts produktivitet med nyckeltal per yrkeskategori. Produktionsmål och mått som tillämpas är:

- telefontillgänglighet med 15 min svarstid
- patienter aktiva i etjänster
- antal listade ska öka
- täckningsgraden ska öka

IT-stöd för mätning av effektivitet och produktivitet

På central nivå finns det tidigare nämnda Indikatorbiblioteket där indikatorer samlas som används för mätning och verksamhetsuppföljning.

Verksamheter inom sjukvårdsförvaltningarna som har ambition att arbeta med kompetensplanering, schemaläggning och produktionsplanering uppger att de saknar ett regiongemensamt IT-stöd för att arbetet med planering, styrning och uppföljning av produktion och effektivitetsfrågor ska kunna genomföras med full verkan. Exempelvis framgår att SUS nyttjar ett egenutvecklat stöd i form av Excel-matriser. Detta sker dock utan koppling till schemamoduler och kompetensmatriser.

Intervjupersonerna framhåller att processen inte är optimal och inte ger möjlighet att överblicka den samlade utvecklingen. Det saknas ett regiongemensamt IT-stöd för produktionsplanering och trots framförda önskemål att ett sådant ska upphandlas tillåts inte förvaltningarna att göra egna upphandlingar.

Tilltron till tillförlitligheten i centrala system är i övrigt låg bland intervjupersonerna och ofta råder stor diskrepans mellan verksamheternas egen statistik och vad som tas fram ur centrala register. I intervjuer framkommer också att det upplevs svårt att få fram statistik, till exempel statistik från personalnämnden. Region Skåne anses av respondenterna ha en föråldrad och fragmenterad IT-plattform.

Slutsatser och bedömningar om mätning av effektivitet

Slutsatser

Produktivitet definieras normalt som antal utförda insatser i förhållande till antal resurser. Effektivitet definieras som uppnådda resultat i förhållande till utförda insatser och/eller använda resurser.

Region Skåne mäter ett stort antal kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården. Inom tio områden som baseras på ett fyrtiotal politiskt beslutade verksamhetsmål beskrivs verksamhetens resultat med hjälp av index. Arbetet med mål och indikatorer är strukturerat och genomgår ständig utveckling och förbättringar. Data samlas och kommuniceras ut via indikatorbiblioteket. Merparten av de indikatorer som hittills följs är processmål. Resultatmålen och måtten för resultat är relativt få.

Produktionen följs genom traditionella mått så som besök och slutenvårdstillfällen. Utvecklingen följs genom så kallade mixpoäng. Tillgängligheten följs i flera aspekter såsom väntetider, ledtider och antal patienter som väntat på besök eller behandling inom utsatta ramar för vård i rimlig tid. Inom personalområdet sker mätning av antalet anställda inom olika personalkategorier omräknat till heltid. Det sker ingen systematisk korstabulering mellan data från kvalitetsmätning och resursmätning som stöds av Regionens IT-system.

På koncernnivån sker ingen regelbunden uppföljning av varken produktivitet eller effektivitet. I det senare fallet skulle det ställa krav på en tydlig definition och operationalisering av vad som ska läggas in i begreppet effektivitet. Ett sådant tydliggörande finns inte. Vad gäller mätning av produktivitet har det framkommit i granskningen att de mått som finns innehåller betydande metodologiska problem. Mixpoängen anses inte vara relevant för dagens struktur i hälso- och sjukvården. Organisation av medarbetare, exempelvis uppdelning av personalkategorier, gör det inte möjligt att mäta vilka resurser som läggs ner för att producera ett vårdtillfälle eller ett besök.

På förvaltningsnivå sker en mer aktiv uppföljning av vilka resurser som används och hur produktiviteten utvecklas. Sådana analyser kan antingen ske inom enstaka verksamhetsområden, kliniker eller enheter eller på en mer övergripande nivå. Det råder dock konsensus om att de mätningar som görs endast levererar indikativa resultat som är svåra att jämföra mellan verksamheter eller mellan olika förvaltningar. Primärvården har emellertid sedan lång tid tillbaka arbetat med produktivetsmått som tillämpas inom hela den offentligt drivna primärvården. Även inom Division Labmedicin inom Medicinsk service sker regelbunden mätning av produktiviteten.

Bedömningar

Vår bedömning avseende *revisionsfråga 1* om vilka mål, mått och nyckeltal som finns och används är att Region Skåne saknar gemensamma, aktuella och tillförlitliga mått för att följa produktivitet och effektivitet inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. Regionen saknar därmed även instrument för att beskriva hur läget ser ut totalt och inom förvaltningarna annat än mer indikativt.

Avseende *revisionsfråga 2* om hur mätningar och uppföljningar av väsentliga indikatorer på effektivitet och produktivitet sker är vår bedömning att sådan uppföljning inte sker på koncernnivå. På förvaltningsnivå och i enskilda verksamheter görs ansträngningar att mäta verksamhetens produktivitet, till exempel antal vårdtillfällen i förhållande till antal resurser och motsvarande. Det saknas för närvarande ett vederhäftigt stöd och gemensamma definitioner för denna typ av analyser. Undantag är primärvården och laboratoriemedicin som sedan lång tid har verktyg för ett sådant analysarbete.

Revisionsfråga 3 avser hur det tillses att ett användbart IT-stöd finns för mätningar och uppföljningar. På central nivå används Indikatorbiblioteket där indikatorer samlas och används för mätning och verksamhetsuppföljning på ett strukturerat sätt. Applikationen QlickView används som ett stöd, dock i varierande utsträckning. På förvaltnings- respektive verksamhetsnivå saknas ett regiongemensamt och användarvänligt IT-stöd för att arbetet med planering, styrning och uppföljning av produktion och effektivitetsfrågor ska kunna genomföras med full verkan.

4.2 Styrning av effektivitet

I detta avsnitt avhandlas följande revisionsfrågor:

- *Hur och på vilket sätt sker styrningen av resurser inom vården och hur sker och fungerar kopplingen till ersättningssystemen (fråga 4)?*
- *Är vården anpassad efter vårduppdraget och patienternas behov eller efter tillgängliga resurser i termer av vårdpersonal, byggnader och utrustningar(fråga 5)?*
- *Hur sker information och återkoppling inom förvaltningen, till respektive nämnd och till region- och koncernledning vid avvikande produktion och vilka åtgärder vidtas (Fråga 7)?*
- *Vilka incitament finns för att förbättra effektiviteten och produktiviteten (Fråga 8)?*

lakttagelser om styrning av effektivitet

Styrning av resurser på regional nivå

Det övergripande styrinstrumentet för hälso- och sjukvården i Region Skåne är den så kallade ”Strategikartan” i regionens budget för respektive år. Av denna framgår mål och värderingar för en effektiv verksamhet med hög kvalitet. Områden som lyfts fram är:

- Människor ska mötas med respekt
- Patienters makt ska öka
- Kunskapsstyrning ska öka
- Tillgängligheten ska öka
- Patientsäkerheten ska vara hög
- Produktiviteten ska öka
- Bedriva en jämlik hälso- och sjukvård

Inom respektive område beskrivs uppdrag för förbättring och effektivisering.

Under de senaste åren har region- och koncernkontoret initierat ett flertal utvecklings- och effektiviseringsprojekt. Hit hör bland annat den långsiktigt syftande strategin för förbättringsarbete, tillgänglighetsåtgärder, arbete med förenklad administration, förnyat hälso- och sjukvårdsavtal med kommunerna, standardiserade vårdprocesser framförallt inom cancersjukvården och förbättring av akutprocessen men även mer kortsiktiga åtgärder för att minska kostnaderna.

Strategi för förbättringsarbete

Region Skånes verksamhetsfilosofi är att systematiskt och ständigt förbättra verksamheten utifrån medborgarens/patienternas behov. Alla medarbetare och chefer har två arbetsuppgifter: att göra sitt ordinarie arbete och att bidra till att förbättra verksamheten utifrån medborgarens/patientens perspektiv. I linje med detta fastställde Regionstyrelsen under hösten 2015 dokumentet ”Strategi för förbättringsarbete i Region Skåne 2016 – 2020”. Strategin fokuserar på följande områden där konkreta förbättringsmål fastställts:

- Medborgaren/Patienten först
- Patientsäker vård- Nollvision
- Säker läkemedelsbehandling
- Bättre tillgänglighet bättre arbetsmiljö
- Att omsätta det vi vet
- Säkrare övergångar

Strategin handlar bland annat om att identifiera kvalitetsbristkostnader och identifiera hållbara åtgärder. I strategin betonas att förbättringskunskap vilar på kunskap om systemförståelse, variation, förändringspsykologi och lärandestyrt förändringsarbete. Ledningspersoner har ett särskilt stort ansvar för att skapa förutsättningar för medarbetare att delta i för patienterna och verksamheten nödvändiga förbättringsarbeten. Chefers förmåga att stimulera medarbetarnas drivkrafter är en framgångsfaktor. Medarbetarnas engagemang är nyckeln till framgång.

Tillgänglighetspaket

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i december 2015 i enlighet med Regionfullmäktiges beslut att avsätta 468,2 Mkr för åtgärder i enlighet med det så kallade tillgänglighetspaketet. Väntetiderna i Region Skåne de senaste åren har ökat framför allt till operationer inom ortopedi, allmän kirurgi, urologi, öron-näsa-hals och gynekologi. Den försämrade tillgängligheten leder till försämrad patientsäkerhet och att kostnaderna ökar. En orsak är bristen på personal och vårdplatser.

Målsättningen med tillgänglighetssatsningen är att öka tillgängligheten inom alla områden, frigöra resurser vid SUS (i första hand vårdplatser och operationsresurser), minska överbeläggningarna samt att uppnå målen för den nationella cancerstrategin. Åtgärderna som lyfts fram är riktade kösatsningar, arbetsuppgiftsomflyttningar, cancersatsning, ökning av antalet disponibla vårdplatser. Regionen har också avsatt 49,2 Mkr för ett incitamentspaket där ersättning beräknas för varje månad på basis av två indikatorer: överbeläggningar och utlokaliserade patienter.

Tillgänglighetssatsningen har utarbetats inom koncernkontoret. Av genomförda intervjuer framgår att det bland samtliga sjukvårdsförvaltningar riktas kritik mot bristfällig kommunikation och brist på validering hos förvaltningarna. Likaså anses satsningen vara alltför kortsiktiga. Citat: *”Tillgänglighetssatsningen är svår att förstå, innehåller många olika delar och administrationen är tungrodd”*:

Standardiserade vårdförlopp

Under 2015 infördes standardiserade vårdförlopp för fem olika cancerdiagnoser i Skåne. Ytterligare fem vårdförloppsbeskrivningar infördes den 1 februari 2016.

Syftet är att cancerpatienter ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad och professionell vård utan onödig väntetid. Vårdförloppen ska framförallt korta tiden mellan välgrundad misstanke om cancer föreligger till start av första behandling. Dessutom finns målen att stärka patientmedverkan och öka patientnöjdheten inom cancervården.

Vårdförloppen beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos, samt vilka maximala tidsgränser som gäller för olika utredningsåtgärder.

eHälsostrategi

Region Skåne har en e-hälsostrategi med en vision om ett attraktivt och lättillgängligt utbud av digitala tjänster inom hälsa och vård som ger mervärde för patienter och vårdens medarbetare. Ambitionen är att bli Sveriges ledande region i att utveckla, erbjuda och använda digitala tjänster inom hälso- och sjukvården. En rad olika områden presenteras i strategin för att eHälsa ska ge stöd till patienter, till vårdprofessionen och till beslutsfattare. eHälsoutvecklingen beskrivs också som ett bidrag till ekonomisk tillväxt i regionen. I intervjuer framkommer att strategin till delar anses sakna förankring och att arbetet går för långsamt.

Hälso- och sjukvårdsavtalet med kommunerna

Syftet med avtal om ansvarsfördelning och utveckling mellan Regionen och de 33 kommunerna är (citat) *”att säkra ett gott och jämlikt omhändertagande för personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både Region Skåne och kommunen”*.

Det nya hälso- och sjukvårdsavtalet ska ge förutsättningar för en bättre och mer sammanhållen vård för Skånes mest sjuka med behov av insatser från både den kommunala och regionala vården. Avtalet som trädde i kraft 2016-09-01 innebär, förutom grundöverenskommelsen, ett gemensamt utvecklingsåtagande med syftet att höja kvaliteten för den enskilde samtidigt som resursanvändningen ska förbättras. Avtalet innebär vidare ett gemensamt åtagande som ska stödja den utveckling där en ökande del av sjukvårdsinsatserna kan utföras i hemmiljö. Genom att utveckla en gemensam vårdform ska Region Skåne och kommunerna höja ambitionerna både när det gäller kvalitet och resurseffektivitet.

Parterna har särskilt identifierat fyra utvecklingsområden fram till år 2020; utveckling av teambaserad vårdform för de mest sjuka, utveckling av insatser för tidvis sviktande, utveckling av arbetssätt och stöd för personer i riskgrupper, utredning av förutsättningar för att samorganisera rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning.

Avtalet innehåller en utvecklingsplan som tydliggör vad parterna successivt ska leva upp till fram till 2020 då en ny gemensam vårdform ska vara fullt utbyggd.

Förenklingskommissionen

Förenklingskommissionen¹³ har efter beslut av regionstyrelsen¹⁴ genomfört uppdrag gällande en kartläggning av utvecklingen över tid vad avser förhållandet mellan antalet anställda i Region Skåne och den vårdproduktion som har utförts inom den somatiska vården.

Rullande handlingsplaner för ekonomi i balans

Underskotten i sjukvårdsförvaltningarna närmar sig en miljard kronor i prognos för 2016. Enligt intervjupersoner finns tydliga signaler både från driftsledningsnämnderna och förvaltningsledningarna att underskotten mer beror på underfinansiering än på bristande hushållning av resurser samt genomförande av sparåtgärder. Detta gäller särskilt inom SUS. Bland orsaker till underskotten hänvisas till lägst skattenivå och låg skattekraft inom Region Skåne och en jämförande studie av universitetssjukhusen i Sverige. Några analyser gjorda inom Region Skåne har enligt uppgift inte genomförts.

Under 2015 har regionstyrelsen kontinuerligt fattat beslut om kostnadsreducerande åtgärder i juni 2015, i september 2015, i oktober 2015 samt i december 2015. Regionstyrelsen beslutade i april 2016 att nämnders beslut om effektiviseringsåtgärder samt igångsatta effektiviseringsåtgärder i förvaltningar regelbundet ska återrapporteras till regionstyrelsens arbetsutskott. Vidare beslutades att alla nämnder ska beskriva vidtagna och planerade åtgärder med anledning av det ekonomiska läget till regionstyrelsen i juni 2016. Beskrivningen ska bland annat omfatta en särskilt redovisning av vilka beslut som tagits samt konsekvenser med anledning av regionstyrelsens uppmaning om reformstopp.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslöt i maj 2016 om uppdrag åt nämnderna att inkomma med åtgärder och handlingsplaner. Utifrån dessa beslut har handlingsplaner inom respektive förvaltning tagits fram. Dessa redovisas i Regionstyrelsen i april 2016 i rapporten ”Effektiviseringsåtgärder inkluderande sjukvårdsförvaltningarnas prognos för 2016 – 18”. Åtgärderna beräknades i mars 2016 uppgå till 303 Mkr.

Exempel på åtgärder är:

- Bättre koordinerad produktionsstyrning
- Normer för bemanning av vårdavdelningar samt dimensionering av vårdplatser utifrån patientflödet
- Fortsatt överföring av vård från slutenvård till öppna vårdformer inom sjukhusvården
- Separera akuta och elektiva flöden
- Fortsatt överföring av öppenvård från sjukhusvård till primärvård
- Fokus på att minska vårdskador
- Minskad användning av inhyrd personal
- Minskad oövertid
- Effektivare vårdplanering i samverkan med övriga aktörer (tex kommuner)
- Vakansprovning framför allt av administrativ personal
- Förbättrad läkemedelshantering med översyn av läkemedel och effektivare förskrivning
- Översyn av beställnings- och inköpsrutiner
- Allmän restriktivitet vid beställning/inköp
- Minska kostnader för IT och telefoni
- Översyn och rutiner för labprover och diagnostik
- Lägre kapitalkostnader
- Minska kostnader för planerat underhåll

¹³ Tillfällig beredning bestående av fem politiker

¹⁴ 2015-06-04, §109

Mellan förvaltningarna fördelar sig åtgärderna enligt nedanstående tabell (besparingar på grund av effektiviseringsåtgärder som finns inkluderad i prognos 2016 per sjukvårdsförvaltning/nämnd):

Besparing, Mkr	Totalt	SUS	Sund	Kryh	Hälso- staden	Habili- tering och hjälpmedel
Vårdflöde/metoder/bemannning	191	106	30	54	1	0
Materiel och bemanning	23	14	4	5	0	0
Övrigt	88	70	4	5	5	4
Totalt	303	190	39	64	6	4

HSN konstaterade vid sitt sammanträde den 26 augusti 2016 ”att prognosen efter junibokslutet fortsatt pekar på ett stort budgetunderskott för hälso- och sjukvårdssektorn trots att handlingsplaner och åtgärds paket har implementerats” (HSN §144).

Styrning av resurser på förvaltningsnivå

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar om hälso- och sjukvårdens samlade uppdrag inklusive ackrediteringsvillkoren. Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår fördelning av regionbidrag till driftsnämnderna. Regionfullmäktige fastställer driftsnämndernas ramar.

Sedan 2015 verkar Region Skåne efter ett nytt reglemente enligt vilket HSN har det samlade ansvaret för hälso- och sjukvården. Tre sjukvårdsnämnder som sorterar under HSN har driftledningsansvar för verksamheten vid förvaltningarna Skånes universitetssjukvård (SUS), Skånevård Sund (Sund) och Skånevård Kryh (Kryh). Driftsledningsnämnderna fastställer förvaltningsuppdrag och fattar beslut om internbudget för respektive förvaltning.

Den fortsatta hanteringen av förvaltningarnas budgetar sker i ett styr- och ledningssystem med balanserat styrkort (BSK). Arbete pågår i syfte att successivt bryta ner Hälso- och sjukvårdsnämndens mål till förvaltningarnas olika nivåer med ambitionen att nå varje enskild medarbetare.

Intervjupersoner berättar att de lämnat in handlingsplaner till sin aktuella sjukvårdsnämnd vid ett flertal tillfällen men inte fått gehör från politiken. Citat: ”Det är en svår politisk styrning. Det är så många förslag på åtgärder att det är svårt att hålla reda på vilka åtgärder som får effekt. Det är inte mycket som fått dämpande effekt”.

Sjukvårdsnämnd Kryh

Sjukvårdsnämnd Kryh behandlade frågan om ”Åtterrapporering med anledning av det ekonomiska läget” den 15 augusti 2016. Av beslutsunderlaget framgår att det krävs rationaliseringar på motsvarande 225 mkr inom den somatiska vården och till följd av beräknat intäktsbortfall i hälsovalet krävs ytterligare ca 20 mkr för att nå en ekonomi i balans.

Sjukvårdsnämnd Kryh har tidigare beslutat godkända åtgärder som utgör 138,5 mkr (helårseffekt). Åtgärderna fokuserar på förändrade arbetssätt och ska förbättra vårdprocesser samt öka produktiviteten. Exempel på detta är arbete för att ta bort systematisk variation, optimera schema och bemanning samt öka andelen dagsjukvård/öppenvårdsoperationer. Förflyttning från slutet till öppen vård fortgår och fler resurskrävande patienter behandlas i den öppna vården jämfört med tidigare. Produktiviteten har ökat med 1 procent. Andra åtgärder är arbete med kompetensmixplanering och rätt använd kompetens. Ytterligare exempel på kostnadsreducerande åtgärder är standardiserade inköp av sjukvårdsmaterial, skärpta riktlinjer för trycksaker och tidskrifter. Det finns också en handlingsplan för att minska användandet av bemanningsföretag.

Nämnden räknar med att det kvarstår en obalans för året på cirka 200 mkr.

Sjukvårdsnämnd Sund

Sjukvårdsnämnd Sund konstaterar vid behandlingen av återrapporeringsärendet den 16 augusti 2016 att tidigare beslutade åtgärder har en effekt om 140 Mkr i helårseffekt. Resultatet har utvecklats i rätt riktning och prognosen har reviderats med 40 Mkr. Nämnden konstaterar att förvaltningen sedan bildandet har haft en ”ryggsäck” motsvarande 200 Mkr. Citat: ”För att kunna

garantera tillgänglighet och hög vårdkvalitet behövs ett ökat anslag för de uppdrag som Sund har fått från HSN". Vidare konstaterar nämnden att det finns behov av smarta effektiviseringar med fokus på ehälsa och multistjuka äldre för att bedriva en kostnadseffektiv hälso- och sjukvård.

Åtgärder som återstår inom Sund, baserat på den nu gällande prognosen, beräknas till cirka 200 Mkr. Det motsvarar 320 tjänster alternativt 65 vårdplatser inom den somatiska vården.

Sjukvårdsnämnd SUS

Inom SUS tar nämnden beslut om budget på divisionsnivå, efter förslag från förvaltningschefen som i sin tur inhämtar förslag från divisionscheferna. Fördelningen till verksamhetsområdena görs inom respektive division. Uppföljning sker månadsvis av nyckeltal och rapporten fastställs av nämnden.

Sjukvårdsnämnd SUS behandlade "Återrapportering med anledning av det ekonomiska läget" den första september 2016. Nämnden konstaterar att Skånes universitetssjukvård gick in i 2016 med ett underskott som beräknades till ca 400 miljoner kronor inklusive omfattande åtgärdsplaner. I yttrandena över budgetdirektivet inför 2016 och 2017 pekade sjukvårdsnämnd SUS på en obalans mellan uppdrag och finansiering. Nämnden står fast vid dessa synpunkter. För att nå en ekonomi i balans skulle åtgärder som återstår, utifrån nu gällande prognos, omfatta ca 428 miljoner kronor motsvarande ca 760 tjänster. Bland åtgärderna i SUS:s handlingsplan återfinns:

- Anställningar och rekryteringsprövningar
- Nyttjande av bemanningsföretag
- IT och telefoni
- Läkemedelskostnader
- Minskning av vårdrelaterade infektioner och fallskador
- Produktions- och kapacitetsplanering.
- Säker in- och utskrivning
- Personcentrerad vård
- Mobila team
- Integrerad öppenvård
- Produktionsplanering
- Effektiv användning av operationsresurser
- Daglig styrning vårdplatser, operation, tillgänglighet
- Ordnat införande nya metoder och ordnad utmönstring
- Rätt använd kompetens

Information och återkoppling

Driftledningsnämnderna bedriver uppföljning bland annat via månads- och delårsrapporter. Dessa rapporteras vidare till HSN, men protokollförs inte av HSN.

Uppföljningen av Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård har sin utgångspunkt i det övergripande målet i budgeten om en effektiv verksamhet med hög kvalitet och bygger på kvalitetsindikatorer hämtade från Region Skånes indikatorbibliotek.

Koncernkontorets uppföljning av Region Skånes sjukvårdsförvaltningar följs regelbundet upp genom skriftliga månadssammandrag och vid två tillfälle per år, efter augusti och december, görs en mer omfattande verksamhetsberättelse.

Uppföljningsdialoger

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 utbildning). Förvaltningens samlade resultat redovisas årligen i driftsledningsnämndens och förvaltningens verksamhetsberättelse.

Modellerna för uppföljningsdialoger med verksamheten har under årens lopp sett olika ut. Från såväl koncernkontoret som från förvaltningarna har mer större fokus på kvalitet efterfrågats. Under 2016 ska dialoger genomföras enligt nedanstående beskrivning.

RD-dialoger (Regiondirektörsdialoger) leds av regiondirektören (RD) och omfattar helheten, det vill säga såväl ekonomi, produktion, medarbetare som kvalitet. Dialogerna sker månatligen och avser en förvaltning åt gången. Vid varje RD-dialog finns ett specifikt kvalitetstema.

Vid dialogerna deltar från koncernkontoret, förutom regiondirektör, även ekonomidirektör, hälso- och sjukvårdsdirektör, ansvarig controller och sakkunnig. Från förvaltningarna deltar representanter från förvaltningsledningen, företrädda av förvaltningschefen.

Två gånger om året genomförs *HS-dialoger (Hälso- och sjukvårdsdialoger)*. Dessa leds av hälso- och sjukvårdsdirektören och fokuserar på övergripande kvalitetsfrågor med utgångspunkt från HS-uppdragets tio kvalitetsindex.

För att gå djupare ner inom ett specifikt område och för att skapa förutsättningar för att lära av varandra och diskutera framgångsfaktorer arrangeras särskilda *verksamhetsnära workshops* vid fyra till sex tillfällen per år. Dessa dialoger/workshops riktar sig i första hand till verksamhetschefer, områdeschefer eller processansvariga inom respektive förvaltning eller i förekommande fall även privata aktörer. Tema väljs utifrån prioriterade områden och identifierade förbättringsbehov.

Incitament för effektivitet och produktivitet – sjukhusvård och psykiatri

I Region Skåne beslutades år 2012 om en förändrad ersättningsmodell för sjukhus och psykiatri. Den sjukhusinterna ersättningsmodellen förändrades för att ge bättre möjligheter att styra på effektivitet och mot resultat. Förändringen gick ut på att den framräknade prestationsrelaterade finansieringen utbetalas periodiserat i förskott utan att någon fakturering mot hälso- och sjukvårdsnämnden sker av den utförda produktionen. Denna förändring syftade till att stimulera förvaltningarna att optimera sina patientprocesser. Från och med 2014 flyttades även ansvaret för den målrelaterade ersättningen från koncernnivå till förvaltningsnivå. I praktiken används dock inte målrelaterad ersättning av förvaltningarna.

För närvarande använder Region Skåne i princip anslagsstyrning när det gäller fördelning av resurser med undantag för hälsoval- och vårdvalsverksamheter. Regionfullmäktige beslutar om ett regionbidrag till hälso- och sjukvårdsnämnden till största delen baserat på ersättning för historiskt produktionsuppdrag och ett antal andra faktorer. Regionbidraget till hälso- och sjukvårdsnämnden för 2016 inkluderar till exempel ersättning för LPIK (löne- och priskostnadsindex), demografisk och medicinteknisk utveckling, extra tillskott för tillgänglighetssatsning kompensations för ökade läkemedelskostnader. Nämnden har också ett generellt effektiviseringskrav på en procent samt därutöver ytterligare tillskott, vilket bland annat omfattar förändringar i villkor i hälsoval- och vårdvalsverksamheter samt senareläggning av reformer.

Incitament för effektivitets- och produktivitetsförbättringar har tidigare funnits i en delvis prestationsbaserad budget till förvaltningarna. Andra incitament var till exempel statliga pengar genom kömiljarden och regionens egna målrelaterade ersättningar.

Anslagsbudgeten utgår ifrån sjukvårdsförvaltningarnas äskanden via driftsledningsnämnderna om resurser där volymerna har 2011 som basår. Prestationsersättningen försvann (förutom inom hälso- och vårdvalen) då den ansågs kunna hindra bland annat en positiv utveckling av nya vårdformer och överföring av patienter i slutenvård till öppna vårdformer. Anslagsbudgeten gäller per helår och dylika förändringar i vården förväntas bli gynnade av en övergång till anslag.

Enligt genomförda intervjuer vägledades de omfattande reformerna i form av minskning av antalet förvaltningar, sammanförande av akutsjukhusvården och primärvården samt införandet av anslagsfinansiering av ambitionen att skapa bättre incitament för strukturell utveckling. De tidigare negativa incitamenten för akutsjukhusen att bedriva dagkirurgi eller att föra över vård till öppenvård och primärvård skulle med dessa reformer försvinna.

Det har framkommit vid intervjuer att det finns vissa negativa incitament i denna modell. En effekt som kan uppstå inom förvaltningarna är om sjukvårdsförvaltningar är lyckosamma och reducerar kostnaderna och kostnadsutvecklingen alltför mycket kan det gå ut över medelstilldelningen nästa år.

Det framkommer också exempel där förvaltningarna inte haft förmåga att utnyttja de nya incitamenten. I intervjuer pekas på att effektiviseringar uteblir. Citat: ”Vi är duktiga på att lägga till mera resurser och metoder till exempel nya vårdprogram och ny teknik, men vi är dåliga på att ta bort gammalt”. Exempel som lyfts fram är anställning av nya akutmottagare som inte lett till motsvarande neddragning inom den berörda kliniken.

I intervjuer framkommer också olika syn på incitament för effektivitet och produktivitet. Vissa menar att den starkaste drivkraften är att (citat) ”man vill göra ett gott arbete och hålla sin budget”. Det finns emellertid i huvudsak inga ekonomiska incitament inbyggda i ersättningsmodellerna med visst undantag för vårdvalsverksamheterna. Enskilda bidrag utgör incitament för särskilda områden, till exempel tillgänglighetspaketet. I flera intervjuer framhålls att ersättningar i högre grad borde vara kopplade till resultat och måluppfyllelse, det vill säga produktivitet och effektivitet.

Hälso- och vårdval

Hälso- och vårdvalet i Skåne innebär, till skillnad från övrig sjukvård, att vårdgivarna får ersättning i form av en kapitering (viktad 80 procent efter vårdbehov och 20 procent baserat på socioekonomi). En strukturersättning på totalt två (2) miljoner kronor tillkommer baserat på rapporterad struktur och rutiner och om utvalda kvalitetsmål uppnås. Ersättningen fördelas proportionerligt med antalet förtecknade medborgare och efter hur lång tid leverantören haft avtalet. I intervjuer framkommer olika synpunkter på hälso- och vårdvalets ersättningsmodell. Å ena sidan framhålls att modellen stödjer en ökad effektivitet och produktivitet bland annat genom ersättning för telefonkontakter, hembesök och olika kvalitetsmått. Å andra sidan menar vissa att det stora antalet parametrar (30-40) är svåra att förhålla sig till.

Värdebaserad vård

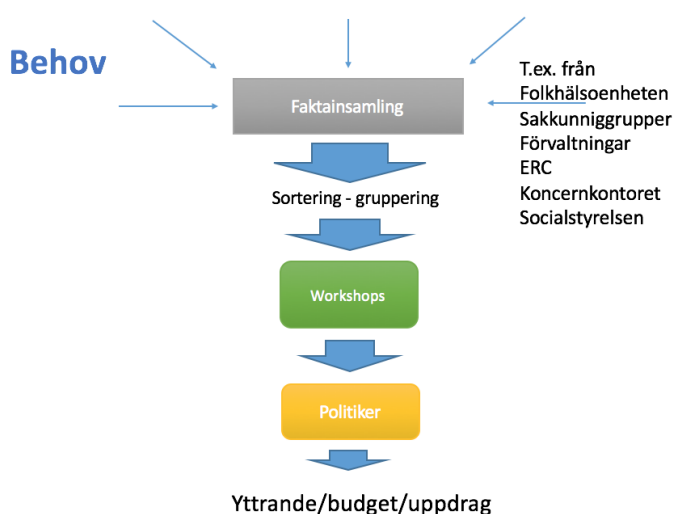
Region Skåne utreder utveckling av ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården med syfte att öka inslaget av värdebaserad ersättning. Det innebär en ersättning som bygger på en kombination av prestationsersättning och utfalls-/resultatberoende ersättning. Målet är att ha en ersättningsmodell som stödjer arbetet att skapa värde för patienten. Värdebaserad ersättning har inte varit aktuellt under 2016.

Vårduppdraget och patientens behov

Förvaltningarnas uppdrag baseras i huvudsak på den fördelning av volymer som gjordes 2011, som nämns ovan. Olika tilläggsuppdrag har kommit under åren och med Tillgänglighetspaketet har pengar avsatts för att bland annat stimulera överföring av vård från SUS till Kryh och Sund. Detta gäller ett begränsat antal patienter och främst inom kirurgiska specialiteter.

Underlag i form av behovsanalyser görs centralt i koncernkontoret. Analyserna görs årligen baserat på faktainsamling bland annat från folkhälsoenheten, sakkunnigrupper, förvaltningar och Socialstyrelsen.

Behovsbilden sorteras fram vid workshops i samspel med bland annat sakkunnigrupperna och lämnas därefter till HSN som ett underlag till den politiska beredningen av budget och uppdrag. Användningsområdet för behovsanalyserna är främst långsiktigt medan analyser av köer och beslut om ökad tillgänglighet har en mer omedelbar påverkan. Likaså påverkar bristen på vissa yrkeskategorier som till exempel allmänläkare, allmänutbildade sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor och barnmorskor möjligheterna att effektivisera vårduppdraget.



Vårdbyggnadernas status för dagens hälso- och sjukvård är föremål för särskild granskning av *Kommitténs för framtidens vårdarbete*. Ombyggnation och tillbyggnation har startat vid bland annat SUS Malmö och Sund Helsingborg.

Intervjupersoner uppger att förvaltningsorganisationen Skånevård 2.0 inte är logiskt uppbyggd och försvårar många möjligheter till effektiv vårdorganisation. Exempel som nämns är Trelleborgs traditionella koppling till SUS Malmö, Landskronas koppling till läkarförsörjning inom operationsverksamheten till SUS Lund, operationsverksamheten vid Hälsostaden Ängelholm med läkarbemanning från Helsingborg och som delas med Aleris. Inom Kryh har problemet med det nära ledarskapet uppmärksamats och divisionsorganisationen har kompletterats med lokala platschefer för respektive sjukhus i Ystad, Kristianstad och Hässleholm. Vid bildande av Kryh valde förvaltningschefen att inte slå ihop de stora kirurg/medicinklinikerna i Ystad och Kristianstad utan behöll den gamla strukturen med separata verksamhetschefer.

Slutsatser och bedömningar om styrning av effektivitet

Slutsatser om styrning av resurser

Det övergripande styrinstrumentet för hälso- och sjukvården i Region Skåne är den så kallade ”Strategikartan” i regionens budget. Där framgår mål, värderingar och olika områden för en effektiv verksamhet med hög kvalitet. Under de senaste åren har region- och koncernledning initierat ett flertal kort- och långsiktiga utvecklings- och effektiviseringsprojekt men även mer kortsiktiga åtgärder för att minska kostnaderna. En strategi gällande kontinuerligt förbättringsarbete har fastställts. Även på förvaltningsnivå pågår ett omfattande arbete som syftar till att effektivisera verksamheten och nå en ekonomi i balans.

Region Skåne använder i huvudsak anslagsstyrning när det gäller fördelning av resurser till hälso- och sjukvårdsförvaltningarna med undantag för hälso- och vårdvalets verksamheter. Ett generellt effektiviseringskrav på en procent gäller. Åtstramning av hälso- och vårdvalen sker liksom senareläggning av reformer.

Styrsystemet inom sjukhusvården med anslagsbudget förväntas ge utrymme för till exempel överföring av slutna vård till mera öppna vårdformer med dagkirurgi och dagsjukvård. Senaste statistiken visar en viss ökning av öppenvårdsbesök för läkare. Bakomliggande orsaker till detta finns inte redovisade.

Slutsatser om vården är anpassad efter patienternas behov eller efter tillgängliga resurser

Vårdens anpassning sker i stort utifrån de vårderbjudanden som finns inom respektive sjukvårdsförvaltning. Basen för medelstildelningen är i huvudsak den fördelning av volymer som gjordes 2011. Strukturerade årliga analyser av befolkningens behov av hälso- och sjukvård utförs. Påverkan på medelstildelningen på basis av dessa analyser är enligt vad som framkommit främst långsiktig.

Bristen på vissa yrkeskategorier som till exempel allmänläkare, allmänutbildade sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och barnmorskor försvårar möjligheterna att effektuera vårduppdraget. Vårdbyggnadernas status för dagens hälso- och sjukvård är föremål för särskild granskning.

Slutsatser om åtgärder vid avvikande produktion

HSN har det samlade ansvaret för hälso- och sjukvården. Tre sjukvårdsnämnder som sorterar under HSN har driftledningsansvar för verksamheten vid förvaltningarna och bedriver uppföljning bland annat via månads- och delårsrapporter. Utifrån dessa beslut har handlingsplaner inom respektive förvaltning tagits fram.

Återkoppling om produktionen lämnas av nämndförvaltning varje månad i form av så kallade månadsammandrag. Produktionen står enligt vad som framkommit inte i fokus, men ingår som en viktig del i uppföljningen av tillgängligheten.

Under 2015 har regionstyrelsen kontinuerligt fattat beslut om kostnadsreducerande åtgärder. Regionstyrelsen har beslutat att nämndernas/förvaltningarnas effektiviseringsåtgärder samt igångsatta effektiviseringsåtgärder i förvaltningar regelbundet ska återrapporteras till regionstyrelsens ar-

betsutskott. Hälso- och sjukvårdsnämnden har på motsvarande sätt givit uppdrag till nämnderna att inkomma med åtgärder och handlingsplaner med anledning av det ekonomiska läget.

Slutsatser om incitament

De omfattande reformerna 2013, i form av minskning av antalet förvaltningar, sammanförande av akutsjukhusvården och primärvården samt införandet av anslagsfinansiering, vägledades av ambitionen att skapa bättre incitament för strukturell utveckling. De tidigare negativa incitamenten för akutsjukhusen att bedriva dagkirurgi eller att föra över vård till öppenvård och primärvård skulle med dessa reformer försvinna.

Enligt vad som framkommit upplever många att det saknas tydliga incitament inbyggda i styrning och ersättning, med visst undantag för hälso- och vårdvalsverksamheterna. Enskilda bidrag kan utgöra ekonomiska incitament, till exempel Tillgänglighetspaketet. I flera intervjuer framhålls att ersättningar i högre grad borde vara kopplade till resultat och måluppfyllelse.

Ansvarutkrävande och uppföljningsdialoger som leder till konsekvenser vid avvikelser i förvaltningarnas ekonomiska resultat och uppfyllelse av kvalitetsmål är vanligtvis starka incitament. Våra iakttagelser är dock att konsekvenserna är svaga. I intervjuer framkommer (citater) ”att det händer inte mycket” om exempelvis budgeten inte hålls. En tredje typ av incitament handlar om motivationskraft. I intervjuer framhålls att möjligheten till ”ständiga förbättringar” i sig utgör en potential till effektivitet. Personalen har en egen motivation för att utföra ett gott arbete och hålla sin budget. Problemen med kompetensförsörjning, personalomsättning och personalbrist utgör dock stora hinder för ett kontinuerligt förändringsarbete.

Bedömningar

Revisionsfråga 4 berör hur och på vilket sätt sker styrningen av resurser inom vården och hur sker och fungerar kopplingen till ersättningssystemen.

Fördelningen av resurser är i stor utsträckning baserad på historiska kostnadsdata och volymer vilket riskerar att cementera en inbyggd ineffektiv struktur. Kopplingen mellan ersättningssystemens utformning och resultat i form av produktivitet och effektivitet är i huvudsak svag. Likaså är sambandet mellan förvaltningarnas uppdrag som inkluderar HSN:s mål och indikatorer, budgetanslaget och den reguljära uppföljningen otydlig. Hälso- och vårdvalets ersättningssystem och konkurrensutsättning stödjer produktivitets- och effektivitetsutveckling. Samtidigt finns inslag som kan förbättras, till exempel att minska antalet målrelaterade indikatorer. Det är av stor vikt att utvecklingsarbetet kring ersättningsmodeller i Skåne med ett ökat inslag av värdebaserad ersättning intensifieras.

Revisionsfråga 5 efterfrågas om vården är anpassad efter vårduppdraget och patienternas behov eller efter tillgängliga resurser i termer av vårdpersonal, byggnader och utrustningar.

Det är en kombination av vårderbjudanden och efterfrågan som styr vårduppdraget. Beräkningar av vårdbehov inom befolkningen har ett mera långsiktigt användningsområde. Begränsningen i tillgängliga resurser vad gäller kompetenser och ändamålsenliga byggnader är påtaglig med svårigheter att upprätthålla stipulerad tillgänglighet.

Frågeställningen i *revisionsfråga 7* är hur information och återkoppling inom förvaltningen, till respektive nämnd och till region- och koncernledning sker vid avvikande produktion och vilka åtgärder som vidtas.

Information och återrapportering om ekonomi, produktion och tillgänglighet sker kontinuerligt från förvaltningarnas sida. Ökade väntetider har till exempel lett till att åtgärder har vidtagits i form av en större tillgänglighetsinsats. Vår bedömning är att direkta åtgärder som avser produktionen inte är i fokus. Från förvaltningarnas sida pågår arbete för att utveckla produktionsplaneringen.

Revisionsfråga 8 omfattar vilka incitament som finns för att förbättra effektiviteten och produktiviteten?

Vår bedömning är att incitamenten för att förbättra effektivitet och produktivitet är svaga och bör förbättras för att skapa starkare förändringskraft. Det handlar om styrning mot kvalitet och

resultat, ersättningssystemen, ansvarsutkrävande, delaktighet och möjligheter till ständiga förbättringar.

4.3 Optimering av personalresurserna

I detta avsnitt avhandlas följande revisionsfråga:

- *Hur optimeras personalresurserna? Är schemaläggning av sjukvårdspersonal implementerat i hela organisationen och hur sker och fungerar i så fall denna? (Fråga nr 6)*

lakttagelser om optimering av personalresurserna

Övergripande om styrning av personalresurser

Förändringar i Region Skånes personalstyrka 2009 till 2015 inom den somatiska vården framgår av nedanstående tabell¹⁵.

Huvudgrupp	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Förändring %
Läkare	2 441	2 493	2 462	2 393	2 447	2 448	2 593	6,2
Ledning/Administration	730	769	784	1 050	963	864	888	21,7
Medicinska sekreterare	1 188	1 190	1 181	1 160	1 189	1 170	1 166	-1,8
Övrig personal	91	89	78	80	87	101	110	
Övrig vård/rehab/social	684	701	722	713	768	881	866	26,6
Sjuksköterska	5 108	5 112	5 174	5 013	5 097	5 063	5 059	-1,0
Tandvårdsarbete	42	42	41	45	32	31	30	
Undersköterska	3 791	3 704	3 651	3 553	3 362	3 351	3 581	-5,5
Totalt	14 075	14 101	14 092	14 006	13 946	13 909	14 294	1,6

Situationen med brist på vissa kompetenser bidrar till svårigheter att bedriva verksamheterna enligt uppdragen. Det innebär även problem att upprätthålla ett ständigt förbättringsarbete. Antalet sjuksköterskor, undersköterskor och medicinska sekreterare har minskat. Särskilt gäller detta specialistutbildade sjuksköterskor.

Den största enskilda kostnadsposten i hälso- och sjukvården är personalkostnaden vilken även står för den största andelen av den totala kostnadsökningen. Personalkostnaden totalt ökade med 1 117 Mkr (6,4 procent) under 2015. Kostnaden för bemanningsföretag uppgick till totalt 364 Mkr under 2015 vilket innebar en ökning med 129,5 Mkr (55,2 procent) jämfört med 2014

Effektiviseringsåtgärder som är inkluderade i sjukvårdsförvaltningarnas prognoser är bland annat:

- normer för bemanning av vårdavdelningar samt dimensionering av vårdplatser utifrån vårdflöde
- minskad användning av inhyrd personal
- minskad övertid
- effektivare vårdplanering i samverkan med övriga aktörer (t.ex. kommuner)
- vakansprövning framförallt av administrativ personal

Inom förvaltningarna sker arbete med uppgiftsväxling för att hantera de behov som finns. Andra insatser är kompetensutveckling av undersköterskor och utbildning av fler specialistsjuksköterskor.

¹⁵ En omkodning av tjänster skedde mellan 2011 och 2013 (Ledning/administration, läkare, sjuksköterska.)

Schemaläggning

Schemaläggning för olika personalkategori har inom vissa verksamheter pågått en längre tid. Något enhetligt system för schemaläggning finns inte i regionen. Schemaläggning för team i verksamheten utifrån behov av samordning mellan olika kompetenser läkare, sjuksköterska, undersköterska, medicinsk sekreterare är ovanligt. Läkarna har schemaläggning utifrån sina avtal om arbetstider och praxis. Andra yrkesgrupper kan ha olika schematyper både mellan och inom sjukvårdsförvaltningarnas olika verksamheter.

Svårigheterna är främst att bemanna schemaraderna för varje arbetspass och bristen på personal avgör hur många vårdplatser man kan ha öppet vid varje tillfälle. Mycket av enhetschefernas arbete handlar om bemanningsfrågor. Hyrpersonal används för att fylla uppkomna luckor i viss utsträckning.

Ett nytt personalsystem, HR-fönstret, har implementerats i Regionen vilket resulterade i att antalet tillgängliga schemamodeller minskades.

Inom SUS har direkta besparingsåtgärder inriktats på hur bemanningen och schemaläggningen bedrivs på avdelningar och mottagningar. Olika nycklar för bemanning räknades fram och jämfördes med andra universitetssjukhus och SUS minskade 2012-2013 antalet anställda med drygt 800 medarbetare. Detta resulterade dock i att verksamheterna snabbt behövde återinföra tjänstgöring ”varannan helg” på avdelningarna vilket försvårade ersättningsrekryteringen vid personalavgångar samtidigt som sjuktalen ökade.

Region Skåne avser införa tidbokning online. Det innebär att medborgarna själva kan boka samt av- och omboka tid¹⁶. En bra onlinebokningstjänst kräver ett regelverk för schemaläggning vilket måste omfatta samtliga vårdverksamheter i Region Skåne. Regelverket för schemaläggning reglerar att det finns tider som är möjliga att boka tolv veckor fram i tiden.

Nya beslut har tillkommit senaste året om ändrade scheman för vissa personalgrupper med skiftarbete två helger av fem. Beslut har tagits om rullande en-veckas personalschemaläggning minst nio veckor framåt för alla verksamheter för att möjliggöra bokningar av patientbesök och åtgärder med tolv veckors framförhållning. För SUS gäller tretton veckors framförhållning och för övriga vårdförvaltningar nio veckor.

I nuläget bedrivs en förstudie i regionen om ett nytt gemensamt schemaläggningssystem. I översynen av den skånska akutsjukvården som genomförts på uppdrag av Regionstyrelsen¹⁷ konstaterades bland annat att nya schemamodeller utvecklats som bättre anpassas till patientinflödet.

Slutsatser och bedömningar om optimering av personalresurserna

Slutsatser

Hälso- och sjukvården i Region Skåne har de senaste åren tillförts ca 700 medarbetare. Tillskottet gäller främst övrig personal medan antalet inom grupperna sjuksköterska, undersköterska och medicinska sekreterare har minskat.

Samtidigt utgör problemen med rekryteringssvårigheter, ökad personalrörlighet, ökad sjukskrivning och ökad mertid en funktion av tidigare besparingskrav där åtgärderna i första hand gällt reduktion av personalresurser och vårdplatser. Strategin har haft ett för stort fokus på ekonomi i balans och inte utgått från effektivitetsanalyser med identifiering av ”kostnadstjuvar” och beräkning av möjligt effektiviseringsutrymme. Angreppssättet har inte involverat chefer och medarbetare närmast patienterna i någon större utsträckning.

Något enhetligt system för schemaläggning finns inte i regionen. Schemaläggning för team i verksamheten utifrån behov av samordning mellan olika kompetenser läkare, sjuksköterska, undersköterska, medicinsk sekreterare är ovanligt. Läkarna har schemaläggning utifrån sina avtal om arbetstider och praxis. Andra yrkesgrupper kan ha olika schematyper både mellan och inom sjukvårdsförvaltningarnas olika verksamheter.

¹⁶ Regiondirektören godkände regelverk för schemaläggning och onlinetidbok 2015-06-01

¹⁷ 2015-09-03

Bedömning

Förvaltningarnas svårigheter att lösa de ekonomiska problemen har enligt vad som framkommit i intervjuer successivt ökat chefskapets inriktning mot en alltmer kontrollerande organisation där tilliten kan ha tagit skada.

Vår bedömning är att ett alltför ensidigt fokus på ekonomi i balans utan att väga in övriga perspektiv i det balanserade styrkortet inte leder till förbättringar vare sig av ekonomin eller personalsituationen. Effektivisering med hushållning av resurserna inom vården sker lämpligast genom systematisk kvalitetsförbättring av patientprocesserna med stort deltagande av berörda medarbetare och chefer. Det finns pågående arbeten i denna riktning men utan ett samlat regionalt grepp. Analyser av grundorsaker saknas och iakttagelserna blir mera symptombeskrivning. Ett exempel är personalsituationen där lösningar kan handla om ökad ersättning för mertidsarbete med extrapass, extra ersättning för arbete på vårdavdelning i stället för att hörsamma medarbetarnas krav på tid för återhämtning.

5 Erfarenheter från andra aktörer

I detta avsnitt avhandlas revisionsfråga 9:

- *Hur arbetar andra landsting, regioner och privata utförare med liknande frågeställningar kring effektivitet och produktivitet inom Hälso- och sjukvården?*

Region Jönköping¹⁸

Region Jönköpings län är ett exempel i Sverige på ett landsting/region som har satsat på att systematiskt utveckla organisationen genom att mäta resultat, fokusera på processer och använda ”förbättringsarbete” som metod för effektivisering. Regionen har också satsat på uppbyggnad Qulturum, en utvecklingsenhet som leder metodarbetet kring ett antal ”kvalitetsredskap” och erbjuder utbildning i förbättringsarbete.

Region Jönköping har byggt upp goda kontakter med många organisationer för att aktivt ta in impulser och lärande inom Sverige såväl som från omvärlden. Det ömsesidiga utbytet och impulserna sägs ha varit en viktig del i utvecklingsstrategin. Likaså har medvetenhet om den kraft som finns i jämförelsemöjligheterna med internationellt goda exempel och andra svenska landsting varit en viktig del i strategin att utveckla och stimulera organisationen till goda prestationer. Denna typ av förändring är långsiktig men Regionen ser tidiga resultat när det gäller ett utvecklat engagemang för kvalitetsutveckling av patientprocesser. Att kunna visa förbättrade helhetsresultat beräknas däremot ta längre tid.

Den systematiska satsningen på effektiviseringar inom Region Jönköping framhålls som en viktig del i att minska gapet mellan (citrat) ”hur vi gör idag och hur vi skulle kunna göra”. Att inte nöja sig med att tänka att (citrat) ”det vi gör, gör vi ändå tillräcklig bra. Istället bör vi hela tiden sträva efter bästa möjliga”.

Engagerat ledarskap är en grundläggande värdering för Region Jönköpings län och ledstjärna i deras arbete med ledarskapsutveckling. För att skapa en kultur som sätter kunden/patienten/ invånaren i främsta rummet krävs ett personligt, aktivt och synligt engagemang från varje ledare. För att kunna utöva ett bra ledarskap krävs en förståelse för helheten hos både chefer och medarbetare i alla delar och på alla nivåer i organisationen.

Lite fakta om resultat för 2015 för sjukvården i Region Jönköpings län

Regionens strukturjusterade kostnad per invånare för hälso- och sjukvård har ökat långsammare än för riket i genomsnitt. År 2012 var kostnaden per invånare 160 kronor högre och 2014 var

¹⁸ Källor och utdrag ur: Årsredovisning Region Jönköping 2015 Region Jönköpings län och Qulturum – förändringskunskap. ”Strategier och ledningsredskap för framgångsrik hälso- och sjukvård. Calltorp, Johan och Maathz Göran, Framtagen i samarbete med LIF – de forskande läkemedelsföretagen

kostnaden 182 kronor lägre per invånare. Räknat på nettokostnad innebär detta en förbättring med cirka 120 miljoner kronor. Trots en positiv utveckling av nettokostnaden i förhållande till riket i övrigt utvecklas inte det ekonomiska resultatet i samma takt. Hälso- och sjukvården har sedan många ekonomisk obalans framför allt inom området specialiserad somatisk vård. De åtgärdsplaner som vidtagits har haft en positiv effekt, men mycket kvarstår innan de ekonomiska målen kan uppnås.

Kostnaden per DRG inom somatisk vård är sjätte lägsta i Sverige med 47 651 kronor. Målet för 2015 var att vara bland de fem lägsta i riket.

I Öppna jämförelser uppnår Region Jönköping fjärde bästa resultat bland de svenska landstingen (2014).

Antal helårsarbetare

Antalet medarbetare har ökat mellan åren 2014 och 2015. Sjukfrånvaron minskade från 5,3 procent 2014 till 4,8 procent 2015. Målet var att inte överstiga 3,5 procent. Kostnaderna för hyrpersonal ökade med 2 mkr motsvarande 1,7 procent.

Stockholms läns landsting

Stockholms län har en stark befolkningstillväxt och en relativt ung befolkning. Befolkningen är välutbildad och har högre inkomst jämfört med riket i genomsnitt. Andelen utrikes födda är av 29,6 procent att jämföra med 17,0 procent i riket.

Stockholms läns landsting (SLL) har höga sjukvårdskostnader vid en nationell jämförelse. Vid en jämförelse av strukturjusterade kostnader ligger SLL med 25 233 kronor per invånare högst i landet, (VGR har 22 952 kronor per invånare och Region Skåne har 21 782 kronor per invånare). Befolkningen har en relativt hög konsumtion av öppen vård, framför allt läkarbesök inom primärvård och psykiatri men även av annan öppen specialistvård. Samtidigt har SLL låga kostnader per procedur (se tabell på sid 12). När det gäller medicinska resultat (totalindex för kvalitet, SKL) ligger SLL högre än VGR och Skåne även om skillnaderna är små, men klart lägre än flera andra landsting/regioner, till exempel Kalmar, Östergötland, Halland och Jönköping).

Styrningen av hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting utgår från tre pelare: ägarstyrning, beställarstyrning och utförarstyrning. *Ägarstyrningen* utgår från Ägarutskottet som rapporterar till Landstingsstyrelsen. På tjänstemannanivå utgår ägarstyrningen från Landstingshuset i Stockholm AB, LISAB, där landstingsdirektören är VD. Bolag såsom Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och Södertälje sjukhus ligger under ägarutskottet, men även de två förvaltningarna Karolinska universitetssjukhuset och Stockholms läns sjukvårdsområde. LISAB har fått en starkt roll för att utöva ägarstyrning och koncernoptimering. *Beställarstyrningen* utgår från Hälso- och sjukvårdsnämnden som har det övergripande ansvaret att planera och styra verksamheten. Nämnden ska besluta vad som ska göras och verksamheterna ska stå för att omsätta detta i praktiken. Nämnden finansierar verksamheten och styr genom avtal och överenskommelser. Både landstingsägda verksamheter och privata entreprenörer är *utförare* med ansvar att fullfölja uppdrag enligt fastställda mål och direktiv. Utifrån avtalen med beställaren fattar förvaltningar och bolag beslut om den egna verksamheten och hur den bäst ska organiseras för att kunna verkställa de avtal som har ingåtts med beställaren. Ledningarna har ansvaret för att leda och följa upp helheten och att säkerställa verksamhet, ekonomi, miljö, kvalitet och arbetsmiljö.

Avtal som tecknas med den offentliga hälso- och sjukvården utgörs av så kallade trepartsavtal och undertecknas av både landstingsdirektören (ägarstyrning), hälso- och sjukvårdsdirektören (beställarstyrning) och direktör/ansvarig chef för respektive förvaltning/bolag (utförarstyrning).

I Stockholms läns landsting pågår ett omfattande arbete med ”framtidens hälso- och sjukvård”. Nya Karolinska sjukhuset, stora investeringar även på andra sjukhus, utflytt av vård från Karolinska är några exempel. Omställningsavtal är fastställda mellan de egna ägda sjukhusen och landstingsledningen. Avtalen gäller fram till 2019. I intervjuer framgår att fokus handlar om kostnads kontroll och helhetssyn. Sjukhusen erhåller budgetramar kopplat till uppdrag samtidigt som ägaruppföljningen stärkts. Direktörsgruppen (cheferna för bolag och förvaltningar) träffas regel-

bundet under ledning av landstingsdirektören. Enskilda direktörer leder särskilda landstingsövergripande arbeten till exempel eHälsa, kompetensförsörjning, processutveckling vilket stärker ett helhetstänkande.

Budgeten är Stockholms läns landstings viktigaste styrande dokument. Där framgår landstingets mål och ekonomiska ramar samt inriktning för landstingets verksamheter.

För att nå de övergripande målen finns nedbrutna mål som visar på prioriterade områden. Uppföljning sker i samband med bokslut och ett antal indikatorer mäts och följs upp. Generellt ska indikatorernas värden förbättras eller vara oförändrade under 2016 i jämförelse med 2015. De övergripande målen ska bedömas över tid och anses uppfyllda då minst hälften av de samlade indikatorerna under respektive mål är uppfyllda. De nedbrutna målen anses uppfyllda då minst hälften av de underliggande indikatorerna är uppfyllda.

Ett delmål är ”hög effektivitet” med två nyckeltal; andel invånare som har invånarkonto och andel husläkarmottagningar som bedriver förebyggande arbete.

I intervjuer framkom att SLL använder sig av Socialstyrelsens definition av produktivitet och effektivitet. Förståelsen för att effektivitet är ett komplext begrepp och kräver en rad olika åtgärder och olika mått för att följas upp lyfts fram. Effektivitet bör ”angripas” på tre nivåer; systemnivå (till exempel vad bör prioriteras och ersättningsmodeller), vårdgivarnivå (smidiga vårdkedjor) och individnivå (undvikande av dubbeldokumentation med mera).

Verksamhetsstatistik, vårdkonsumtion, olika nyckeltal (kvalitet, medelvårdtid, förtroende för värden, tillgänglighet och dylikt) följs upp löpande.

I hälso- och sjukvårdens budget framgår flera områden, viktiga för att nå en ökad effektiv användning av vårdens resurser, till exempel följande;

- Strukturerat patientsäkerhetsarbete
- Införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF)
- Rätt vård på rätt nivå
- Utskiftning av vård från akutsjukhusen
- Ökad användning av effektiva verktyg i vården (e-tjänster mm)
- Effektiva hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder
- Uppföljning benchmarking och revision
- Utveckling av beskrivningssystem och ersättningsmodeller
- Utveckling av styrformer (olika piloter pågår som sedan följs upp)
- Effektiv hantering av läkemedel

Inom vårdval har ersättningsmodellerna förändrats till en högre grad kapitering baserat på vårdtyngd och socioekonomiska faktorer på motsvarande sätt som i Region Skåne. SLL prövar också nya styrformer och ersättningsmodeller som utvärderas för att införas under 2017 (som till exempel främjar eHälsa och innovation). SLL har tidigare infört värdebaserade ersättningsmodeller inom bland annat knä och höftledsoperationer där vårdgivaren får betalt för en hel vårdkedja och sanktioner vid omoperationer. Dessa har varit mycket framgångsrika ur ett effektivitetsperspektiv men utgör samtidigt endast en liten del av den totala hälso- och sjukvården.

Extraordinära investeringsperioder i samband med byggandet av Nya Karolinska och utbyggnad av en rad andra lokaler har lett till beslut om en starkt ägarstyrning. I intervjuer betonades att sjukhusen i kraft av omställningsavtalen nu har större frihetsgrader att organisera vården och incidenter att föra över vård från slutenvård till öppenvård. Samtidigt har uppföljningen stärkts och arbetet med att fokusera på att få ner kostnadsmassan intensifierats.

Sammanfattningsvis utgör Framtidsplanen en ram och struktur för effektivitetsarbetet inom Stockholms läns landsting med ett antal fokusområden för ökad effektivitet. Omställningsavtalen till sjukhusen är en förändring mot tidigare ”pinnstatistik” till ”utfall och resultat” parat med en starkt ägarstyrning, fokus på kostnadskontroll och ett ökat ansvar för sjukhusen att själva utforma verksamheten. Kostnadsutvecklingstakten har sjunkit de senaste åren för sjukhusen.

Capio St Görans sjukhus i Stockholm¹⁹

St Görans Sjukhus i Stockholm bolagiserades inför verksamhetsåret 1994 som ett helägt aktiebolag inom Stockholms läns landsting. I december 1999 upphandlades verksamheten och sjukhuset såldes²⁰ till Capio AB som sedan dess driver verksamheten i hyrda lokaler.

Sjukhuset verkar i ett område i centrala Stockholm med drygt 300 000 invånare. Antal patienter är årligen ca 187 000 varav 77 000 är akutpatienter. Sjukhuset har 310 vårdplatser, cirka 1 850 anställda och erbjuder 31 medicinska specialiteter.

Capio har utvecklat en egen modell för effektivitet och produktivitet som beskrivs i årsredovisningen för 2015 på följande sätt: (citrat) ”Genom att införa Modern Medicin kan vårdtiderna kortas då det leder till snabbare återhämtning efter behandling. Kortare vårdtider innebär att patienten i mindre utsträckning exponeras för sjukhusmiljön och i ökad utsträckning kan lämna sjukhuset redan samma dag som ingreppet utförs”.

Den vetenskapliga bakgrunden till ”Modern Medicin” framhåller Capio, utvecklades för 20 år sedan och utgick från att många behandlingar har biverkningar som påverkar kroppens funktionalitet och leder till långsammare återhämtning. Om dessa biverkningar kan minskas kommer kroppen att återfå sin funktionalitet betydligt snabbare och kriterier för utskrivning av patienten kan uppnås tidigare. Produktivitetsvinsterna kan antingen användas till att behandla fler patienter i samma antal bäddar eller till att reducera resurserna.

Capio S:t Görans redovisar resultatet i form av kortare medelvårdtider i alla segment under andra kvartalet 2016. Det gäller exempelvis för höft- och knäprotesoperationer då kunskapsutbytet med de bästa franska läkarteamen ger en tydlig effekt.

Förändringsarbetet bygger på en decentraliserad och självständig organisation med starka lokala chefer, där läkare, sjuksköterskor och annan medicinsk personal har fullt fokus på patientarbetet och har resurser och befogenheter att driva utvecklingen, vilket också ökar takten i förändringsarbetet. Det betonas att på 2000-talet kan inte högt utbildad och motiverad personal kommenderas från ett överbemannat huvudkontor eller ledas genom ett distanserat administrativt ledarskap.

Som ett exempel uppvisar Capio S:t Görans Sjukhus högre kvalitet än jämförbara sjukhus i Stockholm med 10 till 15 procent lägre kostnad för landstinget och med personal som rapporterar en högre medarbetarnöjdhet.

En viktig aspekt av att uppnå högre kvalitet inom Capio är att göra rätt från början med genomtänkta vårdprogram och arbetsflöden. På detta sätt driver också kvalitet en högre produktivitet, menar Capio.

Patienternas behov och livssituation formar innehållet i kvalitetsambitionerna och hur vårdarbetet organiseras. Resultat mäts och följs upp för att ständigt förbättra kvalitet och processer. Capio mäter kvalitet genom olika Kvalitetsindikatorer (QPI – Quality Performance Indicators). Dessa täcker tre områden:

- Kliniskt observerbart resultat, CROM (Clinical Reported Outcome Measurement),
- Patientens upplevda resultat, PROM (Patient Reported Outcome Measurement) och patientens upplevelse av behandlingen,
- PREM (Patient Reported Experience Measurement).

Tillsammans ger dessa mått en heltäckande bild av såväl medicinska resultat som patientnöjdhet.

Mätresultaten används för att skapa och genomföra förbättringsplaner som följs upp mot uppställda mål. Capio mäter också sina resurser genom KPI-mått (Key Performance Indicators). Dessa är väldefinierade mått för produktion, produktivitet och resurser (personal och materiella resurser). Genom QPI-måtten utvecklas kvaliteten och driver produktiviteten medan KPI-måtten är länken till ekonomisk redovisning, uppföljning och resultat.

¹⁹ Källor: Årsbokslut 2015 samt intervjuer.

²⁰ Landstinget har återköpsrätt till sjukhusfastigheten som har status som ett eget aktiebolag.

Det sista steget i Capio-modellen är ekonomiska resultat och utfall. Genom att vården håller en hög kvalitet från början kan behandlingsresultaten förbättras och kostnaderna kontrolleras. Capio menar att man utnyttjar sina resurser mer effektivt, kan ta hand om patienter med sin personal och i sina lokaler samt blir bättre på att utföra vård till sina patienter. Citat: ”Kvalitet driver produktivitet.” Genom att kontinuerligt mäta och föra ut det ekonomiska resultatet till cheferna närmast patienten så skapas en ständig återkoppling på de finansiella konsekvenserna av verksamheten. Sjukhuset säger sig kunna snabbt sätta in åtgärder för att säkerställa den bästa möjliga vården till patienterna. Överskotten menar Capio återinvesteras till övervägande del i personal, byggnader och utrustning för att ständigt kunna tillgodose patienternas behov av sjukvård över tid.

Intermountain Healthcare, USA – arbete för en effektiv vårdorganisation²¹

Intermountain Healthcare är en icke vinstdrivande hälso- och sjukvårdsorganisation som är verksam i Utah och sydöstra Idaho i USA. Ett brett utbud av vårdtjänster inkluderande primärvård, psykiatri, sjukhusvård och enheter för dagkirurgi erbjuds till 600 000 försäkringstagare i den egna försäkringsorganisationen. Intermountain ger också sjukvård till grupper med annan försäkring (ett så kallat open system). Totalt betjänas ca hälften av Utah's 2,6 miljoner invånare. Organisationen har sina rötter i Mormonkyrkan men är sedan 1976 en fristående HMO (Health Maintenance Organisation).

Under en följd av år har Intermountain Healthcare fått utmärkelser för hög vårdkvalitet. Intermountain har rankats på plats ett till tre bland sjukvårdsorganisationer i USA varje år under de senaste 10 åren.

I Intermountain's ledningsorganisation ingår en liten forsknings- och utvecklingsenhet med cirka 30 anställda, de flesta med en bakgrund som statistiker och epidemiologer. Framgångarna kom när ledningsarbetet bytte fokus från ”facility management” (inriktning mot ledning av enheter definierade utifrån hus och medicinska specialiteter) till ”Clinical programs” såsom hjärt-/kärl, cancer, psykisk ohälsa, astma bland barn etc.

Syften med Clinical programs är att formulera:

- systemövergripande kliniska och finansiella mål för att nå bästa vårdresultat till minsta nödvändiga resursinsats
- leda nyckelprocesser genom att förbättra och standardisera vården på ett ändamålsenligt sätt
- utarbeta utbildningsprogram för personal och patienter i syfte att stödja bästa praxis
- delta i klinisk forskning

Den grundläggande filosofin är att använda evidensbaserad medicin för att ta fram tydliga, påverkansbara och mätbara mål i syfte att genomföra förändringar. Citat: ”Man leder det man mäter”. I varje program finns en ledningsfunktion, ett utvecklingsteam och ett antal arbetslag. Ledningsfunktionen bygger på ett samspel mellan läkare, sjuksköterska, administratör och företrädare för stödfunktioner. Sjukhuset disponerar kompetens inom ett flertal områden såsom ekonomi, utbildning, IT och analys. Utvecklingsteamet arbetar på uppdrag av ledningsfunktionen med att samordna resurserna i systemet och ansvarar för genomförandet inom varje region och för olika kliniska frågeställningar. Inom arbetslagen görs nödvändiga lokala och kliniska anpassningar.

Engagemanget för vårdkvaliteten är inte något som beordras i olika uppdrag utan det delas konkret av ledningen, vars grad av framgång mäts med patientgruppsrelaterade kvalitetsmått, och verksamheten. Det innebär att ansvaret vid behov av förbättring är gemensamt mellan ledning och verksamhet.

Inom Intermountain Healthcare är mätning och uppföljning av den individuella patientens vårdkostnader i olika led av den beskrivna behandlingsprocessen en hörnsten – parallellt med den detaljerade uppföljningen av kliniska mål, åtgärder och resultat. Detta bygger på den tradition som finns i amerikanska sjukvårdssystem att bokföra den individuella patientens resursförbruk-

²¹ Källa och utdrag ur ”Strategier och ledningsredskap för framgångsrik hälso- och sjukvård och Calltorp, Johan och Maathz Göran.

ning som grund för fakturering. Detta har emellertid förädlats och utvecklats som en löpande del av redovisning och återkoppling. Kostnadsredovisningen utgör en grund som möjliggör bedömningar av kostnadseffektivitet.

De elektroniska redovisningssystemen, såväl avseende resurser som numera också kliniska data, kan användas interaktivt och gör det möjligt att kombinera data såväl för klinisk utveckling och forskning som för ”affärsstrategier”.

Mål och måloppfyllelse för hela vårdorganisationen

Intermountain Healthcare förefaller vara en av de hälso- och sjukvårdsorganisationer som kommit allra längst att beskriva operationella kliniska mål, mäta deras utfall konkret, analysera utfallet och använda denna information som återkoppling och styrning inom organisationen. Analysen och återkopplingen är viktig och inte minst i detta avseende skiljer sig Intermountain från andra.

Institute for Healthcare Delivery Research inom Intermountain leder och koordinerar detta arbete baserat på en betydande metodologisk kunskap och erfarenhet. Arbetet sker fokuserat kring de olika patientgruppsrelaterade huvudprocesserna med team av medicinska/kliniska ledare, statistiker/analytiker och vårdkoordinatorer. Denna uppläggning är viktig för att förankra arbetet som en ansvarsfråga i organisationen på olika nivåer. Riktlinjer och guidelines med kontinuerligt inhämtande av aktuell evidens och metodkunskap är inbyggda som en del i arbetet.

En viktig del i arbetet är att fastställa konkreta mål – inte bara följa upp. För varje arbetsår fastställs mål för hela organisationen i en process där den verkställande ledningen (och Intermountain styrelse) fattar beslut utifrån en summerad matris. En kultur av mål, mätning och uppföljning genomsyrar hela organisationen. De finansiella målen är traditionellt starkt etablerade i amerikansk sjukvårdskultur och omfattas av en väl etablerad process för uppföljning och redovisning. Den kliniska, medicinska och kvalitetsmässiga uppföljningen konkretiseras och utvecklas med samma styrka. Återkopplingen sker parallellt av dessa dimensioner på alla nivåer av organisationen – från enskild läkarnivå till Intermountain ledningsnivå.

I princip återfinns man likartade modeller för målbeskrivning och uppföljning hos flera integrerade sjukvårdssystem i USA, exempelvis Kaisersystemet, Group Health Cooperative och Geisingersystemet.

Slutsatser och bedömningar utifrån externa erfarenheter

Gemensamt för de exempel på organisationer som arbetar med att mäta och förbättra produktivitet och effektivitet som beskrivs i detta avsnitt är:

- fokus på patienterna i olika behovsgrupper
- bäst möjliga kvalitet och resultat för respektive patientgrupp
- systematiskt arbete i hela organisationen med kvalitetsförbättringar av patientresultat och av patientprocesserna inklusive stödprocesser
- forskning med evidensbaserade metoder under ständig utveckling
- kompetenta medarbetare i verksamhetsutveckling, metodutveckling, utbildningar och processförbättringar
- tidiga och regelbundna uppföljningar ofta interaktiva med relevanta IT-system
- ett dedikerat och involverat ledarskap som ger mål och riktning, skapar engagemang och stödjer medarbetare och chefer i deras arbete genom att bland annat skapa en förbättringskultur och ge tid för förbättringsarbeten.

6 Slutsatser – övergripande revisionsfrågor

Denna granskning ska belysa och bedöma den övergripande revisionsfrågan *om hälso- och sjukvården i Region Skåne styrs på ett sätt som främjar effektivitet och produktivitet*. Granskningen omfattar hur Region Skåne centralt och hur Skånes Universitetssjukvård, Skånevård Kryh och Skånevård Sund, inkluderande primärvård, lever upp till kraven på effektivitet och produktivitet i hälso- och sjukvården.

6.1 Slutsatser och bedömningar

Kraven på effektivitet är höga

Utifrån gällande regelverk såsom hälso- och sjukvårdslagen och kommunallagen ställs höga krav på att hälso- och sjukvårdsorganisationen ska vara effektiv. Verksamheten ska vara ekonomiskt balanserad, tillgodose hög patientsäkerhet, vara av god kvalitet samt bedrivas kostnadseffektivt. Sett till den utveckling som sker och olika framtidsscenarios för hälso- och sjukvården tydliggörs kraven på effektivitet än mer. Hälso- och sjukvården har under en lång följd av år haft en kostnadsökningstakt som överstiger kostnadsökningen i samhället i övrigt. I förening med en lägre produktivitetsutveckling skapas en stor press på hälso- och sjukvårdens finansiering. SKL²² förutsätter ett behov av skattehöjningar i storleksordning fyra till fem kronor fram till år 2035 för att klara nuvarande ambitioner. SKL framhåller att det krävs "väsentligt större effektivitetsökningar" för att klara av utvecklingen.

Socialstyrelsen pekar på starka behov av innovationer för att klara hälso- och sjukvårdens utmaningar. Socialstyrelsen nämner även behovet "att förändra organisationskulturer och att skapa förutsättningar att föra vidare kunskap från utvecklingsprojekt till ordinarie strukturer. Att tänka nytt kring hur vårdens och omsorgens utförare ska ersättas är en annan utmaning."²³ Socialstyrelsen lyfter även fram talrika exempel på områden där det existerar effektiviseringsmöjligheter. Ett grundläggande sådant är att bringa ner antalet vårdskador. Socialstyrelsen varnar samtidigt för ett antal globala hälsoutmaningar som den svenska sjukvården ska kunna möta.

Läget i Region Skåne

Det sker i huvudsak ingen strukturerad eller kvalitetssäkrad mätning av varken produktivitet eller effektivitet inom den skånska hälso- och sjukvården. Läget vad gäller produktivitet och effektivitet inom hälso- och sjukvården i Skåne är därför oklart. Det finns vissa positiva indikationer såsom relativt låga totala kostnader per invånare (så kallad strukturjusterad kostnad). Universitetssjukvården i Skåne är enligt en jämförande analys av universitetssjukhusen (oktober 2015) mindre kostsam än i andra delar av landet. Andra jämförelser pekar på att Region Skåne har höga kostnader per utförd insats.

Omfattande insatser sker

Region Skåne arbetar enligt vad som framkommit aktivt för att åstadkomma en ekonomi i balans, bland annat genom olika effektiviseringsåtgärder. Dessa sker både på kort sikt – såsom rullande handlingsplaner som utformas inom respektive förvaltning med bred ansats – och på lång sikt. Ambitionerna för den längre sikten upptar frågor såsom värdebaserad vård, utveckling av hem-sjukvård, eHälsa, avlastning och effektivisering av administrativa tjänster och utvecklad styrning inom exempelvis produktionsplanering.

Fokus för arbetet särskilt på kort sikt är kostnadsreduktion. I denna och även andra genomförda granskningar har det framkommit att vissa av åtgärderna har varit kontraproduktiva och på flera håll motverkat ett konstruktivt förändringsklimat. Bland de anställda finns upplevelser av försämrad arbetsmiljö och Region Skånes hälso- och sjukvård brottas med en kompetensförsörjningsproblematik som motverkar flera av effektiviseringsambitionerna.

²² Sveriges kommuner och landsting

²³ Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, Socialstyrelsen, hösten 2015

I granskningen har det framkommit ett flertal uttalanden om att sjukvården är underfinansierad. Dessa signaler riskerar att leda till en förväntan hos verksamheterna att nya pengar kommer och därmed riskerar drivkrafterna till förbättringar att avta påtagligt.

Ersättningsmodellen

Nuvarande ersättningsmodell infördes till stora delar med syftet att underlätta utveckling av öppna vårdformer och andra strukturella förändringar. Till dels har detta syfte uppnåtts. Det har samtidigt framkommit synpunkter att modellen inte befrämjar produktivitet och att incitamenten för ökad effektivitet är svaga. Det har bland annat fått till effekt att särskilda medel för ökad tillgänglighet har skjutits till.

Bedömning avseende övergripande revisionsfråga

I granskningen har det framkommit att Region- och koncernledning har en hög ambition och är aktiv för att stävja kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården. För att insatserna ska kunna beskrivas som systematiska krävs dock ett ställningstagande om vad som läggs in i begreppet effektivisering. Det krävs också mätningar och uppföljningar för hur effektiviteten och produktiviteten utvecklas. Jämförelser bör möjliggöras i högre utsträckning. Region Skåne har inte heller klargjort för sina anställda vilka långsiktiga mål och visioner som Regionen arbetar emot. Enligt våra iakttagelser existerar strategier inom flera områden, men en sammanhållen bild hur Region Skåne avser hantera hälso- och sjukvårdens effektivitetsutmaningar har inte kommunicerats på ett tydligt sätt. Det finns inom organisationen en vanlig uppfattning att många av åtgärderna som bedrivs sker *ad hoc* utan tydligt sammanhang.

Vår samlade bedömning är att arbetet för att främja effektivitet och produktivitet inom hälso- och sjukvården i Region Skåne har en hög ambition. Arbetet saknar dock den systematik som krävs för att få ett hållbart genomslag i verksamheten. Ansvar för dessa brister delas av flera beslutande organ i Region Skåne. Det operativa ansvaret för ökad produktivitet och effektivitet vilar i nuvarande organisation på driftledningsnämnderna. Ansvar för att utveckla en sammanhållen regiongemensam strategi och adekvata styrinstrument för ökad effektivitet ligger hos regionstyrelse och hälso- och sjukvårdsnämnd.

6.2 Förbättringsområden

Granskningen har föranlett impulser till följande förbättringsförslag:

- En samlad strategi för effektivisering som omfattar både det kortsiktiga och långsiktiga perspektivet bör tas fram. Strategin bör tydliggöra hur Region Skåne avser att hantera de stora utmaningar som gäller för hälso- och sjukvården för att åstadkomma en jämlik hälsa inom beslutade ekonomiska ramar.
- Tydliga mål och index bör utvecklas för att följa utvecklingen av effektivitet och produktivitet. Regiongemensamma och ändamålsenliga uppföljningsinstrument och stöd för alla nivåer i organisationen bör parallellt utvecklas.
- Resultatmål bör införas per patientgrupp där medicinska-, omvårdnads-/patientnytt-, ekonomiska- och livskvalitetsmått definieras istället för mål för enskilda verksamheter och delprocessmått.
- En mer lyhörd och öppen organisation bör skapas som befrämjar innovationer och horisontellt lärande. Tillika bör omvärldsbevakning och benchmarking förstärkas vad gäller patientprocessperspektivet och hur detta kan gynnas genom rätt incitament.
- Det bör tydliggöras var det politiska och operativa ansvaret ligger dels för effektivitetsfrågor (vad som ska åstadkommas) och produktivitetsfrågor (hur det ska åstadkommas).
- Ersättningsmodellerna med högre inslag av målrelaterad ersättning bör utvecklas. Arbetet med att utveckla värdebaserade ersättningsmodeller bör intensifieras.
- Organisationskulturen bör utvecklas och stärkas för att skapa förutsättningar för större delaktighet och helhetstänkande samt att föra vidare kunskap från utvecklingsprojekt till ordinarie strukturer.

Bilaga 2. Om effektivitet i vårdorganisationen

Hälso- och sjukvården som kunskapsorganisation

Hälso- och sjukvården är ett av de mest professionella systemen i samhället. Andelen högutbildade i personalstyrkan är stor. Forskningsintensiteten och därmed kunskapsbildningen är omfattande och nya metoder introduceras i snabb takt. En professionell kunskapsorganisation präglas normalt av en utveckling mot allt större specialisering vilket i hög grad gäller inom hälso- och sjukvården.

Styrsystem för en effektiv hälso- och sjukvård bör ta hänsyn till de faktorer som skapar kvalitet för patienterna och de kostnader detta medför. Särskilt viktigt är att professionella system ofta utvecklar en lojalitet mot kunder/patienter och den egna professionen i större grad än med helheten, organisationen, management eller andra styrfunktioner.

Kostnaderna i hälso- och sjukvården byggs till stor del upp av en omfattande mängd detaljbeslut av medarbetare i kontakt med patienterna. Den viktigaste faktorn är läkares och andra professioners beslut om och genomförande av olika åtgärder inom diagnostik, behandling, vård och rehabilitering eller eftervård i akuta eller planerade situationer. Kopplingen mellan verksamhetens innehåll och bedrivande och ekonomiska konsekvenser är stark. En effektiv styrning tydliggör denna koppling och riktar mål och medel för ständig förbättring av verksamhetens uppdrag och resultat, arbetsvillkor, utveckling, kvalitet och ekonomi.

Kostnad och kvalitet

Det framhålls, bland annat i utredningen ”Effektiv vård” (SoU 2016:2) om effektiv vård att det finns ytterst svagt eller inget samband mellan höga kostnader och goda resultat. Det är snarare så att erfarenheterna inom nationell och internationell hälso- och sjukvård under senare år visar att styrningen mot bättre patientkvalitet ofta leder till högre kostnadseffektivitet. Utgångspunkten för en sådan styrning är *patientperspektivet* med definierade mål för kvalitet, snarare än *produktionsperspektivet* med mål för ökad produktion såsom antal vård dagar, patienter och operationer.

En högre produktivitet kan bidra till ökad effektivitet genom bättre resursutnyttjande med till exempel större patientunderlag eller ökad tillgänglighet. En central aktivitet är att identifiera aktiviteter som inte bidrar till bättre kvalitet eller till och med kan utgöra hinder för kvalitetsutveckling. Särskilt fruktbart är det att analysera patienternas flöden genom hälso- och sjukvårdens olika verksamheter, enheter och kompetenser. I sådana analyser tydliggörs exempelvis förekomsten av onödiga aktiviteter som dubbelarbete, omarbete, väntan, onödiga transporter, onödiga kontroller och variationer i processerna mera beroende på produktionsorganisationens villkor än patientens behov.

Ledning av hälso- och sjukvård

Organisation och ledarskap för en effektiv hälso- och sjukvårdsorganisation bygger på kunskaper och insikter i hur komplexa kunskapsorganisationer bäst kan fungera. Fokus på patientkvalitet och kostnadseffektivitet är väsentliga utgångspunkter för ansvarstagande för patienter, medarbetare, verksamhet och ekonomi. Således är det som hälso- och sjukvårdslagen framhåller verksamhetscheferna som har nyckelrollen i dessa perspektiv. En decentraliserad organisation med tydligt ansvarstagande med relevanta befogenheter för verksamhetscheferna är avgörande för framgång.

Detta betyder att en förvaltningsledning endast har styrförmåga så länge det professionella systemet ser att dess frihet och möjligheter bibehålls eller ökar. När legitimiteten minskar blir ledningen marginaliserad, resultaten försämrade, risken för suboptimering ökar och kompetensflykt uppstår. Det blir dessutom ofta kontraproduktivt att föra upp beslutsbefogenheter högre i hierarkierna. Risken är att så kallade ”pyramidorganisationer” uppstår och problemlösningen tenderar att läggas på allt högre nivåer. Det är snarare med tydliga resultatmål och uppdrag i en transparent organisation som tydliggör patientansvariga chefers ansvar och befogenheter, som en kontinuerlig kvalitetsförbättring och effektivisering bäst kan genomföras.

För förvaltningsledningar blir externa förändringar, som inte kan förklaras inåt organisationen och som hotar ansvarstagande och möjligheter till professionell utveckling, något som undergräver möjligheterna att styra.

En central del av den moderna hälso- och sjukvårdens ledarskap är att skapa integration mellan olika specialiteter, kompetenser och delar av systemet. Kraven på integration kring patienternas behov ökar i takt med verksamheternas fördjupade specialisering. Nyckelord är således helhets-syn, innovationsfrämjande klimat samt förmåga att fördela ansvar och befogenheter långt ner i organisationen. Ständiga icke förankrade förändringar i styrsystemen riskerar att öka avstånd och misstro mellan den politiska organisationen, administrationen och det professionella systemet.

Förutsättningar nationellt och regionalt

Nationellt genomförda utredningar och analyser kring produktivitet och effektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården summerar problematiken kring följande tre huvudområden²⁴:

Styrsystemen – dessa upplevs inte som ändamålsenliga då styrningen av hälso- och sjukvården är uppdelade på många aktörer som på olika sätt utövar styrning av vården. Det saknas väsentligen samordning av de styrsignaler som skickas och vanligen också en sammanhållen analys av de konsekvenser som styrningen får.

Verksamhetsstöden/Informationssystemen – det handlar till stor del om brister i de olika informationssystemen men också om avsaknad av kunskapsstöd. Det saknas tydlighet kring grundläggande frågor om varför man ska dokumentera, vad som ska dokumenteras och vem som ska göra det.

Organisation och arbetsätt som stödjer patientens väg genom vården – för att åstadkomma detta krävs en tydlig bild av vilka resultat som ska uppnås, vad som ska göras, hur det ska göras och av vem, det vill säga resultatförbättringar av patientprocesser, produktions- och kapacitetsplanering. Ofta genomförs dessa lokalt på en avdelning eller enhet. Sådana exempel tycks oftast uppstå till följd av ett yttre tryck, till exempel en krissituation, eller initiativ från en ”eldsjäl”. Mer sällan tycks förbättringsarbetet uppstå som ett resultat av ledningens intentioner eller som en förbättringsrutin och inte heller spridas vidare genom ledningens initiativ.

²⁴ Diskussions-PM från utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14)

Bilaga 2– Intervjuade personer

Nedanstående personer har intervjuats i granskningen inom Region Skåne. Därtill har fyra personer från andra landsting, regioner och privata utförare intervjuats gällande liknande frågeställningar kring effektivitet och produktivitet inom Hälso- och sjukvården.

Yvonne Augustin
Åsa Berling
Katarina Bexelius
Anders Dybjer
Karin Ekelund
Jens Enoksson
Jan Eriksson
Anders Fransson
Sergio Garay
Peter Hochbergs
Anna-Lena Hogerud
Pelle Johnsson
Peter Kalén
Charlotte Karbassi
Yvonne Tilly Karlsson
Maria Ivarsson
Daniel Johansson
Stefan Lamme

Gunilla Larsson
Sten Lennström
Frida Lindkvist
Anders Lundin
Göran Magyar
Marcus Riedel
Harald Roos
Lars-Åke Rudin
Joakim Sandell
Jesper Stenberg
Jan Steen
Maria Nyman Stjärnskog
Anna Stålhammar
Gilbert Tribo
Ronny Wain
Fredrik Wiberg