

TJP

TEGLE JANSSON
& PARTNERS AB

Kommundoktorerna

Granskning av ekonomin på sjukhusen i Lund, Malmö och Helsingborg

Granskningsrapport mars 2010

Björn Jansson
Thomas Nerd
Gert Paulsson
Anders Anell

Innehållsförteckning

1. SAMMANFATTNING OCH IMPULSER TILL FÖRBÄTTRINGAR	3
1.1. SAMMANFATTANDE SVAR PÅ REVISIONSFRÅGORNA	3
1.2. FÖRBÄTTRINGAR SOM GRANSKNINGEN VISAR BEHOV AV	6
2. BAKGRUND, SYFTE OCH METOD	6
3. REVISIONSFRÅGORNA OCH DERAS BESVARANDE.....	7
3.1 REVISIONSFRÅGA 1.....	7
3.2 REVISIONSFRÅGA 2.....	9
3.3 REVISIONSFRÅGA 3.....	13
3.4 REVISIONSFRÅGA 4.....	15
3.5 REVISIONSFRÅGA 5.....	16
3.6 REVISIONSFRÅGA 6.....	17
3.7 REVISIONSFRÅGA 7.....	18
3.8 REVISIONSFRÅGA 8.....	19
4. UPPFÖLJNING AV DEN TIDIGARE GRANSKNINGEN "GRANSKNING AV EKONOMIN INOM VÅRDSEKTORN" (32/2007)	20
5. SAMLAD BEDÖMNING	21
BILAGOR.....	23
BILAGA 1 REVISIONSFRÅGORNA.....	23
BILAGA 2 REFERENSER.....	25
BILAGA 3 UTVECKLINGEN VAD GÄLLER EKONOMI OCH PERSONAL.....	28
BILAGA 4 EKONOMIN PÅ DE TRE STORA SJUKHUSEN – GENOMGÅNG AV DOKUMENT.....	37
BILAGA 5 RESULTAT AV WEB-ENKÄT	45
BILAGA 6 STYRNING AV SJUKVÅRD – STORA MULTIPROFESSIONELLA ORGANISATIONER.....	73

Kommundoktorerna

1. Sammanfattning och impulser till förbättringar

Styrning av sjukvård och stora akutsjukhus är ett problem i de flesta OECD-länder. Stora professionella organisationer är av flera skäl svåra att styra. Ett skäl är de professionella gruppernas starka engagemang för verksamheten - patientens intressen prioriteras före formella styrmedel, detta är dock också i många fall garanten för en god vård. Ett annat skäl är behoven av nära samverkan mellan olika professioner såväl i vårdprocesser som i styrning och ledning. Ett tredje skäl är de etiska perspektiv, konflikter och frågor som ställs vid prioriteringar inom sjukvård. Ett fjärde skäl är storleken på organisationen och komplexiteten i verksamheten.

Mot denna bakgrund är vår samlade bedömning att regionen arbetar professionellt och målmedvetet för att utveckla styrningen av de granskade sjukhusen, såväl centralt i regionen som inom sjukhusen. Vi bedömer att den utveckling av dialog och uppdragsstyrning som utgör viktiga delar i regionens strategi för att stärka styrningen är en riktig väg att gå. Dock finner vi samtidigt klara brister som riskerar att leda ökad till obalans i ekonomin.

Styrningen utvecklas på ett sätt som är väl i linje med kunskapsfronten kring styrning av sjukvård liksom med den praktiska erfarenheten från andra regioner/landsting. Styrningen från den centrala politiska och administrativa nivån har utvecklats i positiv riktning, det finns anledning att fortsätta på den inslagna vägen. De brister vi noterat är främst att styrningen inte når ut till de direkt ansvariga verksamhetscheferna och första linjens chefer i sjukhusen. Brister finns också i det övergripande systemet för ekonomistyrningen. En samlad översyn av uppdrag, volymer och ekonomi för sjukhusen, kopplad till de förändringar av uppdrag som skett till följd av bl.a. Skånsk Livskraft, kan vara lämplig.

Sammanläggningen av USIL och UMAS samt lönerörelsen kan ledat till överraskningar på kostnadssidan 2010. Ett memento är vidare att ökade volymer som överstiger uppdragen, leder till kostnadsproblem trots en god utveckling på effektivitetssidan.

1.1. Sammanfattande svar på revisionsfrågorna

1. *Övergripande fråga: Organiserar, planeras och genomförs arbetet med att uppnå ekonomisk balans inom sjukhusen i Malmö, Lund och Helsingborg på ett sådant sätt att det kan ge det resultat som förväntas och är önskvärt utifrån olika regelverk och Regionens politiska beslut?*

Utvecklingen av en mer uppdrags- och dialogorienterad styrning är bra och har förutsättningar att göra budgetar mer realistiska och stärka styrverkan. Kopplingen mellan den faktiska produktionen och ersättningen bör dock vara tydligare. Regionen centralt arbetar målmedvetet för att förstärka organisation och styrning av de stora sjukhusen.

Modellen med resultatkrav kan stärka styrverkan av budgeten, men det förutsätter att resultatkraven hålls. Utvecklingen av styrningens former centralt och i sjukhusen har lett till bättre förutsättningar för styrning. Uppföljningen har skärpts väsentligt under de senaste åren.

Vi bedömer att inget av de tre sjukhusen utan betydande ekonomiska tillskott kommer att uppnå ekonomisk balans 2010 eller 2011. Helsingborg har däremot förutsättningar att nå sitt resultatkrav 2010. Det nya Skånska universitetssjukhusets möjligheter att åstadkomma motsvarande förbättring är p.g.a. den pågående organisationssammanslagningen mer osäkra.

Kommundoktorerna

Första linjens chefer misstror både sjukhusledningarnas och den egna förmågan att uppnå ekonomisk balans.

- 2. I vilken eller vilka delar av styrkedjan från övergripande politisk ledning via central tjänstemannaledning och förvaltningschef ner till verksamhetschefer på olika nivåer finns orsakerna till den rådande situationen inom de aktuella sjukhusen, och varför är problemen så stora just i Malmö, Lund och Helsingborg?*

Den centrala nivåns styrning har förbättrats vad avser dialogen mellan olika förtroendevalda organ, mellan politiker och tjänstemän samt mellan central nivå och sjukhusens ledningar.

På sjukhusnivån har styrningen förbättrats mellan sjukhusen centralt och divisioner/verksamheter. Dialogen och arbetssättet når dock inte ut till de direkt ansvariga i olika verksamheter. Den länk i styrkedjan som behöver fokuseras är den mellan divisioner/verksamheter och första linjens chefer. Vi bedömer detta som en helt avgörande framgångsfaktor för att komma tillrätta med obalanserna i ekonomin.

- 3. Hur bedrivs arbetet på olika nivåer för att uppnå ekonomisk balans, vad sker konkret för att säkerställa en önskad utveckling?*

Arbetet på central nivå bedrivs med ett långsiktigt perspektiv och i dialog med sjukhusens ledningar samt med växande tydlighet i organisation, ansvar och process. En viktig fråga framöver är hur ansvarsutkrävande kan förstärkas.

En viktig fråga är vidare om olika aktörer uppfattar de ekonomiska styrinstrumenten som realistiska och styrande för verksamheten eller om verksamhetsmässiga mål har större styrverkan. Modellen med resultatkrav kan öka budgetens styrverkan, men då krävs det att den centrala nivån är mycket tydlig med att resultatkravet skall nås och är beredd att utkräva ansvar om så inte sker.

Bland första linjens chefer finns det en betydande kritik mot ekonomistyrningen i vid mening. Organisationen har inte lyckats skapa ett ekonomistyrssystem som är väl förankrat och har organisationens förtroende ända till första linjens chefer. Med ekonomistyrssystem avses här t.ex. hur dialog har utformats, hur uppföljningen går till samt vilka sanktioner som används mot enheter som inte klarar sin budget.

- 4. I vilken utsträckning har externa konsultinsatser bidragit till lösningsförslag som inte tidigare var kända för ansvariga på olika nivåer, vilka belopp rör det sig om och hur används dessa förslag i praktiken?*

Vid Helsingborgs lasarett används McKinseys förslag i sjukhusets budgetarbete och beräknas kunna ge bedömda besparingar. Konsultens förslag har gett sjukhusledningen idéer och förslag att arbeta med. Utgångspunkten är att sjukhuset skall nå sitt resultatkrav 2010.

Konsultinsatserna har varit nyttiga både för sjukhusledningarna och för regionledningen. De har gett sjukhusledningarna konkreta förslag och underlättat genomförande av besparingar. Konsultinsatserna är kända i organisationen men väcker många frågor kring inriktning och ändamålsenlighet bland första linjens chefer. Uppenbarligen är det även här en brist på

Kommundoktorerna

delaktighet och brist på helhet som gör att konsulternas arbete i många fall, oavsett kvalitet, saknar den förankring ute i verksamheten som skulle underlätta framgång i förändringsarbetet.

Vid UMAS har Arthur D. Little (ADL) genomfört ett större projekt. Arbetet med att genomföra de förändringar ADL föreslagit, bl.a. för att bidra till ekonomisk balans är i full gång på UMAS. De slutliga effekterna av det arbetet påverkas dock av den pågående sammanslagningen mellan UMAS och USIL.

5. *Hur stor andel och vilka av planerade åtgärder faller inom ramen för tjänstemannaorganisationens beslutskompetens respektive kräver nya politiska beslut?*

Huvuddelen av åtgärderna ligger inom förvaltningschefernas beslutskompetens. Bland frågor som ligger utanför denna kompetens är bl a strukturella frågor och frågor kring investeringar i lokaler. Detta påverkar förutsättningarna för ekonomisk balans i ett längre perspektiv.

6. *Hur stor andel och vilka, om någon/några, av åtgärderna skulle kunna ha genomförts redan förra året, året innan etc, dvs hur mycket, om något, orsakas av onödig och undvikbar tidsfördröjning?*

De flesta av de åtgärder som genomförts under 2009 och som planeras att genomföras under 2010 hade kunnat genomföras tidigare. En begränsande faktor är sjukhus- och verksamhetsledningars kapacitet att genomföra förändringar i dialog med personalen. Andra reformer, t.ex. PROLUMA och Lean har under vissa perioder prioriterats högre.

7. *Finns det tydliga skillnader i arbetet med att uppnå ekonomisk balans mellan de olika sjukhusen, och vilka är, i förekommande fall, de huvudsakliga förklaringarna till dessa?*

Arbetet med att nå ekonomisk balans förefaller vara mer decentraliserat i USIL än i UMAS och Helsingborg. UMAS och Helsingborg arbetar med tydliga beslut på central nivå kring vilka åtgärder som skall genomföras och vilken kostnadsbesparande effekt de förväntas ge. Vid USIL är arbetet huvudsakligen utformat som ett beting som enheterna skall uppnå.

I Helsingborg har verksamhetscheferna engagerats mer i genomförande av förändringar bl a genom att sjukhuschefens stab avskaffats och ledningsgruppen blivit aktivare. I Helsingborg har vidare controllerfunktionen en mycket aktiv roll i dialogen med och stöd till verksamhetscheferna.

8. *Finns det åtgärder inom de enskilda sjukhusen som borde vidtas över hela Region Skåne, vilka framgångsfaktorer och goda exempel kan lyftas fram i detta sammanhang och hur säkerställs att goda exempel sprids och används i hela regionen?*

Regionen skulle ha mycket att vinna på att sjukhusen mer målmedvetet jämför sig med och lär av varandra. Dessa jämförelser skulle mycket väl kunna omfatta också sjukhus i andra regioner/landsting. Mycket skulle kunna vinnas vid mer systematiska jämförelser som syftar till lärande och förnyelse.

Vid förfrågan till första linjens chefer om det finns exempel på verksamheter inom Regionen som är framgångsrika inom området ekonomi och styrning så nämns få sådana exempel.

Kommundoktorerna

9. Uppföljning av den tidigare granskningen ”Granskning av ekonomin inom vårdsektorn” (32/2007 jan 2008)

De frågor som aktualiserades i den tidigare granskningen har lett till åtgärder. Även om vi bedömer att organisation och styrning utvecklats positivt och flera av de åtgärder som lyftes fram i den tidigare granskningen genomförts, är det ännu för tidigt att bedöma om avsedda effekter på ekonomistyrningen uppnåtts.

1.2. Förbättringar som granskningen visar behov av

Konsekvenserna av Skånsk Livskraft bör studeras vidare, så att en samlad bedömning kan göras av reformens konsekvenser för sjukhusens möjligheter att uppnå ekonomisk balans. Schemaläggning, bemanning och kapacitetsutnyttjande är viktiga aspekter att studera, inte minst på de stora akutsjukhusen. En viktig fråga är vidare hur prioritering och resursfördelning samlat ser ut när sjukhusens uppdrag blir mer renodlade enligt Skånsk Livskraft.

Ekonomistyrning med fokus på dialog och uppdragsstyrning är enligt vår bedömning en riktig modell. Denna styrning behöver ges tid att utvecklas och fördjupas så att den dels ger en god koppling mellan resurser och uppdrag, dels når första linjens chefer i sjukhusen.

Sammanslagningen av UMAS och USIL innebär stora risker att fokus på kostnadsstyrningen försvagas i det korta perspektivet, men skapar också goda möjligheter till lärande och en långsiktigt positiv utveckling då man i många fall arbetar olika. Det är viktigt att regionen centralt fokuserar på dessa risker och möjligheter.

Konsultinsatser har gett sjukhusledningarna vid UMAS och Helsingborgs lasarett värdefullt stöd genom analyser. Det kan vara viktigt att uppmuntra denna typ av insatser.

Regionen kan ha stor nytta av att utveckla modeller för att stimulera jämförelser och lärande mellan sjukhusen, med syfte att nå ”best practice”. Detta kan gälla såväl mellan sjukhus inom regionen som med sjukhus i andra landsting/regioner eller internationellt.

Ekonomiska incitament för de vårdproducerande enheterna bör utvecklas så att de återspeglar den egna enhetens ekonomiska och verksamhetsmässiga resultat.

2. Bakgrund, syfte och metod

Granskningen syftar till att ge revisorerna ett underlag för att bedöma om arbetet med att uppnå ekonomisk balans inom sjukhusen i Malmö, Lund och Helsingborg organiseras, planeras och genomförs på ett sätt som kan ge det resultat som förväntas och är önskvärt utifrån olika regelverk och Regionens politiska beslut. Granskningen har genomförts av Björn Jansson (projektledare), Gert Paulsson, Thomas Nerd och Anders Anell (kvalitetssäkring och forskningsanknytning),

Inom ramen för granskningen har ett antal dokument analyserats och 42 personer intervjuats under december 2009 och januari 2010 (se bilaga 1). En webbenkät har genomförts med företrädare för regionen centralt (både politiker och tjänstemän) samt befattningshavare på de granskade sjukhusen (med olika uppgifter och på olika nivåer). Totalt tillställdes ca 500

Kommundoktorerna

personer enkäten. Enkäten genomfördes under tiden 11/1 – 31/1 2010 Total svarsfrekvens var 72 %. Anställdas svarsfrekvens var 80 % (Helsingborg 93 %, Lund 74 % och Malmö 82 %) Förtroendevaldas svarsfrekvens var 45 %. (Resultatet av enkäten sammanfattas i bilaga 5.)

Ett avstämningsmöte har genomförts 2 februari. Sakgranskning har skett med de intervjuade, per mail vecka 6.

3. Revisionsfrågorna och deras besvarande

3.1 Revisionsfråga 1

Övergripande fråga: Organiserar, planeras och genomförs arbetet med att uppnå ekonomisk balans inom sjukhusen i Malmö, Lund och Helsingborg på ett sådant sätt att det kan ge det resultat som förväntas och är önskvärt utifrån olika regelverk och Regionens politiska beslut?

Iakttagelser

Central nivå

Såväl tjänstemän som politiker på central nivå i regionen anger att den centrala nivåns styrning och ledning av verksamheten har förbättrats. Detta gäller bl a samverkan mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Vårdproduktionsberedningen samt mellan politiska organ och tjänstemän. Viktigt är vidare att man nu anger sig ha ett gemensamt budskap till sjukhusen. Dialogen mellan regionledningen och ledningen för sjukhusen anges också ha utvecklats. Regionledning har dialog med samtliga förvaltningar varje månad och fördjupar uppföljningarna i samband med tertial- och årsuppföljningarna. Samtliga sjukhus har regelbundna träffar med Vårdproduktionsberedningen. På central nivå anger man att ledningarna för de stora sjukhusen numera är klara över sitt uppdrag och sitt ansvar för det ekonomiska resultatet.

De stora sjukhusens ekonomiska obalanser anges av central nivå i regionen vara förorsakade av ett antal generella företeelser:

- Underfinansiering i relation till uppdragen.
- Vårdproduktion som är större än uppdragen.
- Snabb ökning av akutvården.
- Styrningen i uppdragskedjan från förvaltningsledning till första linjen kan brista.
- Storleken på sjukhusen, med ökande komplexitet och växande styrsvårigheter.

Vidare anger centralt placerade aktörer ett antal specifika problem för de olika sjukhusen:

- **UMAS**
 - Primärvården har varit dåligt utbyggd i Malmö.
 - Strukturen på lokalerna är inte ändamålsenlig.
 - Sjukhuset är stort, komplext och svårstyrt.
- **USIL**
 - Sjukhuset är stort, komplext och svårstyrt.
 - Avgränsningen mellan klinisk verksamhet och forskning är inte alltid tydlig.
- **Helsingborg**
 - Lokalbrist och brist på vårdplatser.
 - Dyra avtal med personalen sedan bolagstiden.
 - Genom omstrukturering har andelen akutsjukvård blivit mycket stor.
 - Samarbetet med primärvård svagt, få primärvårdsenheter ingår i Hälsovalet.

Kommundoktorerna

De centrala aktörerna bedömer inte att ekonomisk balans kan uppnås i sjukhusen 2010 eller 2011. Det sjukhus som har störst möjlighet att nå ekonomisk balans anges vara Helsingborg.

De flesta centrala aktörer anger att ekonomisk balans kräver;

- att anslagen ökar, och
- att styrningen förbättras

Flera centralt placerade intervjupersoner anger oklarheter mellan olika centrala perspektiv som en förklaring till problemen:

- Ekonomisk balans
- Ökad produktion, t ex kopplad till ”kö-miljarden”
- Personalpolitiska frågor, t ex uppsägning av personal

Centralt placerade intervjupersoner anger också att nyligen genomförda omorganisationer i Region Skåne påverkar jämförbarhet och utvärdering av det ekonomiska resultatet 2009 – bl.a. vad avser laboratorieförvaltningen och psykiatrin. Sammanslagningarna av UMAS och USIL uppges också riskera påverka det ekonomiska utfallet under 2010.

Sjukhusnivån

Enligt intervjupersoner på sjukhusnivå finns det vissa externa faktorer som påverkar möjligheterna att uppnå ekonomisk balans och som skiljer de stora akutsjukhusen från de mindre sjukhusen. Storleken på organisationen anges vara av betydelse, man anger att överblicken försämras och att allting tar längre tid att förändra på stora enheter.

Intervjupersoner på sjukhusen anger att ny teknologi och nya dyra läkemedel introduceras på de stora akutsjukhusen innan de når de mindre sjukhusen vilket driver kostnader. Vidare är komplexiteten i verksamheten är betydligt större i de stora akutsjukhusen än på övriga sjukhus, även detta fördyrar verksamheten.

Skånsk livskraft är enligt intervjupersonerna på sjukhusnivån i allt väsentligt rätt tänkt, men reformen har inneburit att den planerade verksamheten har överförs till de mindre sjukhusen, medan den akuta och ofta mer komplicerade verksamheten har koncentrerats till de stora akutsjukhusen. Därmed anser intervjupersonerna att merparten av verksamheten vid de stora akutsjukhusen återfinns i den högra delen av normalfördelningskurvan per DRG, medan verksamheten vid de mindre sjukhusen återfinns i den vänstra delen av kurvan. Om prissättningen per DRG baseras på en genomsnittskostnad per DRG kommer de stora akutsjukhusens ekonomiska resultat att påverkas negativt. Avknoppningen av laboratoriemedicin och den gemensamma prissättningen av röntgenverksamhet har också bidragit till främst UMAS ekonomiska problem under de senaste åren.

Flera intervjupersoner på sjukhusnivån pekar på att ledarskapet är viktigt för möjligheterna att nå ekonomisk balans och en effektiv verksamhet. Man menar att det finns en betydande utvecklingspotential vid de stora akutsjukhusen. Man anger att det är en generationsväxling på gång bland chefer som leder till att dessa frågor hanteras. Cheferna på sjukhusen anges alltmer vara beredda att ta obekväma beslut t ex vad avser frågor om bemanning och schema. Det anses vidare ibland vara svårt att uppnå sina uppdrag vad gäller produktion eftersom det finns flaskhalsar i verksamheten. Exempelvis står det ibland operationssalar tomma på UMAS

Kommundoktorerna

trots att det finns både patienter och personal som kan operera.

Många verksamheter i de stora akutsjukhusen har en överproduktion som man har rörliga kostnader för, men som man inte får några intäkter för. Detta förklarar en del av underskotten vid dessa sjukhus. Exempelvis anger Helsingborgs lasarett att produktionen 2009 motsvarade 1182 DRG poäng mer än vad sjukhuset fick ersättning för. Detta motsvarar för låg ersättning med ca 40 Mkr 2009. Liknande uppgifter finns för övriga stora akutsjukhus i regionen.

Första linjens chefer

Ur resultatet av vår webbenkät (se bilaga 5) kan noteras att första linjens chefer anger som viktiga orsaker till sjukhusens ekonomiska problem att de ekonomiska styrsystemen inte fungerar tillfredsställande, att organisationen är stor och svårstyrbar samt att det saknas sanktions- och belöningssystem för att artikulera ledningens syn på resultatet. Från de verksamma i sjukhusen anges också att budgetprocessen har ett ovanifrånperspektiv och att budgeten är orealistisk. På sjukhusen anges vidare behov av ökat stöd från sjukhusledningen när det gäller att hantera konflikter mellan verksamhetsmässiga mål och ekonomiska mål.

Bedömning

Utvecklingen av en mer dialog- och uppdragsorienterad styrning är bra och har förutsättningar att göra budgetar mer realistiska och stärka styrverkan. Regionen centralt arbetar målmedvetet för att förstärka organisation och styrning av de stora sjukhusen.

Modellen med resultatkrav kan stärka styrverkan av budgeten, men det förutsätter att resultatkraven hålls. Utvecklingen av styrningen inom regionen centralt och på sjukhusnivån har lett till bättre förutsättningar för styrning. Uppföljningen har skärpts väsentligt de senaste åren.

Konsekvenserna av Skånsk livskraft bör studeras vidare, så att en samlad bedömning kan göras av reformens konsekvenser för sjukhusens möjligheter att uppnå ekonomisk balans.

Arbetet med att uppnå ekonomisk balans inom sjukhusen i Malmö, Lund och Helsingborg organiseras, planeras och genomförs på ett ändamålsenligt sätt. Att uppnå ekonomisk balans 2010 eller 2011 är inte möjligt utan betydande ekonomiska tillskott. Helsingborg har dock förutsättningar att nå sitt resultatkrav 2010.

Första linjens chefer uttrycker en stor misstro mot det sätt som arbetet med att nå ekonomisk balans bedrivs. Personalen misstror både sjukhusledningarna och den egna förmågan att komma tillrätta med problematiken.

3.2 Revisionsfråga 2

I vilken eller vilka delar av styrkedjan från övergripande politisk ledning via central tjänstemannaledning och förvaltningschefer ner till verksamhetschefer på olika nivåer finns orsakerna till den rådande situationen inom de aktuella sjukhusen, och varför är problemen så stora just i Malmö, Lund och Helsingborg?

Iakttagelser

Central nivå

Kommundoktorerna

Den övergripande ansvarsfördelningen mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden, Vårdproduktionsberedningen m.fl. anges av centralt placerade personer vara tydlig och klar. Dialogen mellan olika aktörer på den nivån anges också ha förbättrats, liksom vårdproduktionsberedningens styrning som anges ha fått en starkare roll genom att Hälso- och sjukvårdsnämnden lägger beställningar på övergripande nivå.

Centrala aktörer anger att den övergripande ansvarsfördelningen mellan tjänstemän på central nivå i regionen är klar och tydlig och i allt väsentligt väl fungerande. Det anges dock finnas behov av att ytterligare tydliggöra rollerna som beställare respektive producent både bland politiker och tjänstemän. Ansvarsfördelningen mellan politiker och tjänstemän anses dock vara tydlig och etablerad.

Uppdragsstyrningen anges av centrala aktörer vara tydlig, men i vissa avseenden komplicerad och i behov av utveckling. Uppföljningen av uppdragen anses ha blivit mycket bättre, vilket ökar uppdragsstyrningens effektivitet.

Centrala aktörer betonar att strukturen på sjukvården i Skåne gör det svårt för lokala chefer att påverka sina kostnader på kort sikt eftersom de i hög grad är fasta och därmed inte påverkbara. Det innebär att besparingar ofta fokuseras på direkt patientrelaterade funktioner, och då sällan på processorienterade aspekter.

Både tjänstemän och politiker på central nivå betonar behovet av en större långsiktighet i styrningen. Den nuvarande styrningen beskrivs som alltför mycket kalenderårsorienterad.

Det anges av både politiker och tjänstemän på central nivå i regionen att det kommer att krävas större förändringar av strukturell karaktär för att långsiktigt och hållbart klara uppdrag och budget.

En viktig förändring anses vara att sjukhusen numera producerar motsvarande det uppdrag man har, ofta mer. Tidigare var ofta de ökade kostnaderna en följd av dyrare produktion, men nu anser centralt placerade tjänstemän att produktiviteten ökar och de ökade kostnaderna är en följd av ökad produktion.

Sjukhusen har genom ett negativt resultatkrav fått medgivande att överskrida sin budget. Underbalanserade budgetar anges på central nivå inte vara ett problem så länge de hålls.

Budgetprocessen anses av centralt placerade intervjupersoner ha blivit starkare och mer effektiv eftersom den omfattar en tydlig dialog mellan olika nivåer och ett tydligare uppdrag. Tidigare var budgetarbetet mer en uppifrån och ner process utan förankring på sjukhusen.

Sjukhusnivån

Den formella styrningen anges fungera relativt bra. Det anses dock vara angeläget att begränsa antalet mål och uppdrag eftersom det annars leder till otydlighet i styrningen.

Problem med prioriteringar har lyfts fram på sjukhusen. Vissa typer av prioriteringar görs dock, t.ex. när det gäller vårdgarantin. Den nuvarande uppdragsstyrningen anses kräva ett mera aktivt prioriteringsarbete på central nivå i regionen, och ett ersättningssystem som är anpassat för uppdragsstyrning. Olika typer av prioriteringar måste dock hanteras på olika

Kommundoktorerna

nivåer och av olika aktörer. När det gäller prioriteringar som skall göras lokalt betonas att vårdpersonal inte är bra på att prioritera eftersom man ser till varje patients bästa. När det gäller dessa prioriteringar betonas att verksamhetscheferna har ett stort ansvar.

Ett problem som lyfts fram är att uppdragen inte uppfattas som tak av vare sig verksamhetsföreträdare eller politiker. Man sätter inte stopp för den akuta vården när man nått sitt uppdrag. Det finns dock stora skillnader i hur man uppfattar uppdragen i regionen.

Det anges vidare att det generellt sett är svårare att få styrkedjan att fungera längre ut i verksamheten, särskilt mellan verksamhetsområden och förstalinjens chefer. En orsak till det är att uppdragen måste formuleras om när de ska brytas ned till första linjens chefer. Det anges också att man på vissa kliniker inte har brutit ned ekonomiska ramar på avdelningsnivå. Det anges vidare i vissa fall ha varit svårt att få fram relevanta uppföljningsdata under löpande verksamhetsår. Det anges också brister i dialogen kring överenskommelser, uppdrag m.m. på den nivån.

Det betonas vid intervjuer att det med nuvarande ersättningsmodell och uppdragsbeskrivningar saknas incitament att producera mer än vad uppdraget anger, även om man skulle kunna göra det på ett kostnadseffektivt sätt.

Ett problem som lyfts fram på sjukhusnivån är att budgeten i praktiken baseras på budgeten och utfallet två år tidigare. Detta skapar problem när verksamheten utvidgas eller organisationen förändras.

Uppföljningen anges ha skärpts under senare år. Det redovisas vid intervjuerna en allmän uppfattning i organisationen att man numera inte kommer undan med stora budgetöverdrag. Någon sådan insikt uppges inte ha funnits tidigare. Regelbundna uppföljningar, ingen acceptans för större avvikelser mot plan samt krav på handlingsplaner vid eventuella avvikelser har inskräpvt betydelsen av att man ska klara budget och verksamhetsmål. Vi noterar att det på några enheter bildats "task forces" med bl.a. ekonomer och controllers som ansvarar för att handlingsplanerna genomförs. Tidigare anges det ha varit en "låt-gå-mentalitet" där det t.o.m. kunde löna sig att vara lite "olydig". Nu anges det att den medicinska professionen i ökande utsträckning accepterar att det finns ekonomiska restriktioner som man måste hålla sig inom.

Vid intervjuer på UMAS anges att både budget- och utfallsinformation ibland kommer för sent för att det ska vara möjligt att vidta åtgärder som får effekter under aktuella året. Detta försvåras ytterligare eftersom åtgärder för att hålla budget kräver en viss framförhållning.

Ständiga sparbetning anges vid intervjuer leda till att man saknar incitament att göra kontinuerliga förbättringar i verksamheten. Kommer man på någon sådan förbättring är det bättre att "spara" den till nästa sparbetning, som man ändå kommer att tvingas delta i. När sparbetningen kommer ges verksamheterna i uppdrag att ta fram handlingsplaner som sedan följs upp månadsvis.

Vår web-enkät visar att första linjens chefer i de tre granskade sjukhusen inte känner sig delaktiga i ekonomistyrningens nya form med dialog och uppdragsstyrning. Budgetprocessen anges kännetecknas av ett uppifrån perspektiv (43 % av första linjens chefer), arbetet med att uppnå ekonomisk balans uppfattas vara utan långsiktigt hållbar inriktning (36 %) och de prioriteringar som görs upplevs som svåra att förstå (38 %). Stödet från sjukhusledningen vid

Kommundoktorerna

konflikter mellan verksamhetsmål och resurser upplever första linjens chefer har påtagliga brister (35 %) eller att det finns utrymme för att förbättra stöd och dialog (31 %).

Bedömning

Samspelet mellan olika centrala organ i regionen har förstärkts. Den centrala nivåns budgetarbete har förbättrats och utvecklats vad avser dels dialogen mellan förtroendevalda organ dels, dialogen mellan politiker och tjänstemän. Dialogen mellan regionen centralt och sjukhusledningarna har förbättrats och kommer att förbättras ytterligare 2010.

På sjukhusnivån har budgetarbetet förbättrats, särskilt mellan sjukhusledningarna och divisionerna. Dialogen når inte på alla ställen ut till första linjens chefer. Det är främst den länken i styrkedjan som måste vidareutvecklas.

Kvarstående problem kring styrning kan främst vara följande:

- Uppdragets realism och tydlighet.
- Strukturella förändringar och omorganisationer.
- Avgränsning klinisk verksamhet - forskning.
- En styrning som når alla nivåer i organisationen, främst första linjens chefer.

Det finns en tendens att arbete med en ekonomi i balans blir väl kortsiktig. Nationella studier har visat att det finns mycket stora belopp att spara om man kan bringa ned antalet undvikbara skador i vården, t.ex. vårdrelaterade infektioner och fallskador. Ska man få till stånd en sådan utveckling krävs dock att man satsar på dessa frågor, vilket kostar mer i början men leder till besparingar på längre sikt. Problemet är dels kortsiktigheten i arbetet, dels att de långsiktiga vinsterna inte syns på något tydligt sätt i den ekonomiska redovisningen.

Vår bedömning är att det är helt avgörande för att på sikt nå balans i sjukhusens ekonomi att man fokuserar relationen mellan sjukhusledningen och första linjens chefer. Det dialogorienterade arbetssättet vinner resultat först när det även fungerar i denna relation.

3.3 Revisionsfråga 3

Hur bedrivs arbetet på olika nivåer för att uppnå ekonomisk balans, vad sker konkret för att säkerställa en önskad utveckling?

Iakttagelser

Central nivå

På central nivå betonas uppdragskedjan och dess betydelse. Vidare betonas behovet av långsiktighet, ett uttryck för detta anges vara det system med resultatkrav som skall förstärka styrningen. Tanken anges vara att budgeten, om den inte anses vara möjlig att hålla tappar i styrverkan. För att få bättre styrverkan har därför en modell med resultatkrav utarbetats som anger att vissa förvaltningar har rätt att redovisa ett negativt resultat av en viss storlek medan andra förvaltningar skall redovisa ett positivt resultat. Totalt för sjukvården uppges resultatkravet för 2009 vara 179 Mkr.

De senaste åren anges styrprocessen ha utvecklats från en top-down orienterad styrning till en budgetdialog. Detta kombineras med betydligt tuffare och tätare uppföljning av både ekonomi och verksamhet. Utvecklingen av processerna anges ha lett till ett betydligt bättre underlag för analys på central nivå. Processerna är dessutom tidigarelagda på central nivå, med planeringsdirektiv i juni. Man betonar att sjukhusen skall ha möjlighet att ta sin internbudget i december. Omorganisationen när distriktsnämnderna togs bort anges förbättra förutsättningarna för ekonomisk styrning. Ett problem som anges är att frekventa förändringar i styrning och organisation försvårar jämförbarhet, styrning och uppföljning.

Sjukhusnivån

Sjukhusen arbetar sedan flera år med uppdrag, verksamhetsplaner och budgetar. Dessa bryts sedan ned till motsvarande dokument på divisionsnivå och verksamhetsnivå. Vid UMAS och USIL anges att sjukhusledningen har mycket kommunikation med divisionsnivån.

Divisionscheferna har sedan i uppgift att bryta ned uppdragen till verksamhetsnivån. Det senare sker dock i varierande omfattning och med varierande kvalitet, även om man på många håll arbetar aktivt med att utveckla styrningen i denna del. Detta arbete anges vara prioriterat när det gäller utvecklingen av styrningen på det nya Skånska Universitetssjukhuset.

Vid Helsingborgs lasarett är verksamhetschefer direkt engagerade i budgetarbetet och budgeten läggs efter samma mönster internt som beställningen från regionen centralt.

Regelbundna uppföljningar har införts vid sjukhusen, och det finns inte längre acceptans för större avvikelser mot plan. Avvikelse leder till krav på handlingsplaner, vilket ytterligare inskräper betydelsen av att man ska klara sin budget och andra mål. I vissa delar av de stora sjukhusen har man dessutom valt att visualisera resultatet så att personalen kan se hur verksamheten fungerar.

Sjukhusledningen vid USIL har starkt bidragit till det ökade ansvarstagandet genom att ha som ständigt mantra att ”du kan inte använda pengar som du inte har”. Vid UMAS har man förstärkt ansvarsutkrävandet ytterligare genom att byta ut några divisions chefer som inte klarat sin budget.

I vissa delar av verksamheten på de stora sjukhusen gör man jämförelser internt eller med

Kommundoktorerna

andra sjukhus i landet, vilket skapar en form av tävlingsinstinkt bland medarbetare och chefer. Jämförelser har dock inte fått någon stor spridning. En orsak till det är att det p.g.a. skillnader i organisation, kostnadsfördelning m.m. anges som svårt att lära av sådana jämförelser.

LEAN- och annat processororienterat synsätt har utvecklats och man arbetar med implementering av det nya tänkesättet i en eller annan form på olika nivåer på samtliga stora akutsjukhus. LEAN presenteras inte som ett besparingsprojekt, men kan naturligtvis i praktiken bidra till både rena besparingar och effektiviseringar. Utveckling av bredare processororienterat arbetet, t ex strokeprocessen, kan förväntas få besparingseffekter, men också i det fallet längre fram i tiden.

Sjukhusen anges i många verksamheter arbeta med genomlysning av hur mycket medicinsk diagnostik man använder. Bildandet av en egen laboratorieförvaltning har också bidragit till det eftersom kostnader för deras verksamhet numera betraktas som extern i förvaltningarna. Det anges exempel på verksamheter där man systematiskt utvärderar nya läkemedel. Ansvariga på olika nivåer i sjukhusen är ofta nöjda med det stöd de får av sina controllers, och efterlyser i många fall ett liknande aktivt stöd av personalspecialister.

Bedömning

Arbetet på central nivå i regionen bedrivs med ett långsiktigt perspektiv och i dialog med sjukhusens ledningar samt med växande tydlighet i organisation. Ytterligare utveckling av styrningen är angelägen. En viktig fråga i det sammanhanget är hur ansvarsutkrävande ska utformas.

En annan viktig fråga är om aktörerna uppfattar ekonomin som styrande eller om verksamhetsmässiga mål har större styrverkan. Vår uppfattning är att man i ökande utsträckning uppfattar ekonomin som en tydlig restriktion för verksamheten.

Modellen med resultatkrav kan leda till förstärkt styrverkan av budgeten, men det kräver att den centrala nivån är tydlig med att resultatkravet skall nås och är beredd att vidta åtgärder för att utkräva ansvar om så inte sker.

UMAS och USIL arbetar med uppdragsstyrningen, men når ännu inte ut till alla första linjens chefer. Sammanslagningen av UMAS och USIL ger stora möjligheter till lärande då man i många fall arbetar olika. På kort sikt kan sammanslagningen leda till att minskat fokus kostnadsstyrningen. Aktiv uppdragsstyrning ut till första linjens chefer är högprioriterat i utvecklingen av styrningen på det nya Skånska universitetssjukhuset.

Helsingborg arbetar aktivt med uppdragsstyrningen och har större förutsättningar att nå längre ut i organisationen än UMAS och USIL. Helsingborg har stärkt styrningen genom att ledningsgruppen tar ett större ansvar. I Helsingborg når ledningen bättre ut till verksamhets-, sektions- och avdelningsansvariga. Helsingborg har förutsättningar att nå sitt resultatkrav 2010.

Första linjens chefer är starkt kritiska mot att budgetprocessen, enligt deras mening, har ett ovanfrånperspektiv och att de som arbetar i verksamheten är för lite inblandade i budgetprocessen. Det är en nyckelfråga om sjukhusledningarna framöver kan fokusera på att hantera detta på ett konstruktivt sätt.

Kommundoktorerna

3.4 Revisionsfråga 4

I vilken utsträckning har externa konsultinsatser bidragit till lösningsförslag som inte tidigare var kända för ansvariga på olika nivåer, vilka belopp rör det sig om och hur används dessa förslag i praktiken?

Iakttagelser

Central nivå

Konsultinsatserna anges ha hjälpt sjukhuscheferna med idéer, stöd och konkreta förslag när det gäller förändringsarbete. Centralt betonas det att konsulterna med externa erfarenheter kan visa hur frågor lösts i andra sjukhus och vilka effekter det haft.

Konsulterna McKinsey och Arthur D. Little (ADL) har i Helsingborg respektive Malmö visat på rationaliseringspotentialer t ex i form av bättre flöden, produktionsplanering och annan schemaläggning (t ex att arbeta varannan helg). Centrala nivåer anger att dialogen med förvaltningscheferna har blivit bättre och mer konstruktiva med de underlag konsulterna tagit fram.

Sjukhusnivån

ADL har i sitt arbete på UMAS under 2009 lyckats få tillstånd ett åtagande om kostnadsbesparingar. ADL tog dessutom fram mycket konkreta förslag med nivåer på olika besparingar. Det sammanlagda besparingsförslaget de lämnade var på 126 Mkr. Därutöver hade divisionerna själva arbetat fram besparingsförslag på motsvarande 90 Mkr. ADL bedömde också att de sammanlagda besparingsmöjligheterna låg omkring 200 Mkr. Vid intervjuerna betonas att det var viktigt att konsulterna hade medicinsk kompetens och stor erfarenhet av hälso- och sjukvård.

McKinseys rapport från "Projekt Helhet" (2009) har gett sjukhuset underlag för utformning av strategi för utveckling och effektivisering enligt den s.k. "trendbrottstrappan" som innefattar bl.a. arbete "varannan helg", minskade kostnader för läkare, tillsättning av nya chefer för vissa områden, införande av resursteam för att arbeta med bemanningen (bemanningstal med minimibemanning som resurstal per enhet skall införas i stället för dispensprövning vid tillsättning av lediga tjänster). Helsingborgs lasarets kostnad för McKinseys insats var 10 Mkr.

Verksamhetsanpassade scheman och andra förslag från McKinsey minskar kostnaderna med ca 20 Mkr (helårseffekt). "Trendbrottstrappan" med bl a "varannan helg" innebär en beräknad besparing av ca 40 helårsresurser (helårseffekt, varav 13 resurser beräknats för 2009). Vid införande av de nya arbetstiderna uppstår kostnader genom "inrangeringsavtal" om ca 7 Mkr (helårseffekt). Detta förorsakas av att personalens arbetstid förlängs (i relation till det tidigare lokala avtalet som slöts när sjukhuset var bolagiserat – personalen har då inte fått full kompensation för den ökade arbetstiden, därav besparingen). Ett inrangeringstillägg införs som en kompensation för det ändrade arbetstidsmättet men innehåller också ett nattillägg.

USIL har inte haft några mer omfattande och övergripande konsultinsatser under de senaste åren.

Väldigt många av de anställda har kommit i kontakt med konsulternas insatser. Övervägande delen av första linjens chefer är starkt kritiska mot konsulternas arbete. Noterbart är att i Helsingborg är de anställda mest negativa till konsulternas insatser.

Kommundoktorerna

Bedömning

Konsultinsatserna vid UMAS och Helsingborg har varit nyttiga för såväl respektive sjukhusledning som för regionen centralt. Konsulterna har gett sjukhusledningarna konkreta förslag och underlättat genomförande av dem genom sina analyser. Det utifrånperspektiv som konsulterna bidragit med har varit värdefullt för sjukhusens eget arbete.

Vid USIL har man valt att istället arbeta med utvecklingsarbetet kring t.ex. LEAN med hjälp av interna resurser.

De olika uppfattningar som finns mellan sjukhusledningen och första linjens chefer i andra frågor återfinns även i bedömningen av det bidrag som konsulter gett när det gäller att komma tillrätta med de ekonomiska problemen.

3.5 Revisionsfråga 5

Hur stor andel och vilka av planerade åtgärder faller inom ramen för tjänstemannaorganisationens beslutskompetens respektive kräver nya politiska beslut?

Iakttagelser

Central nivå

Förvaltningscheferna anges ha stor frihet och stora befogenheter enligt regionens chefsinstruktion. De flesta besparingsförslag som är aktuella anges ligga inom chefernas beslutskompetens. Bland frågor som inte gör det nämns frågor av strukturkaraktär, t ex investeringar i lokaler för att få effektivare flöden och personalanvändning.

Vid intervjuerna betonas från tjänstemän också att frågan om vilken beslutskompetens man har som chef dock har en formell och en informell aspekt:

- Tjänstemännen har ofta formellt relativt sett stora befogenheter enligt regionens chefsinstruktion.
- Om politiker engagerar sig i frågor som formellt ligger inom en chefs beslutskompetens anges att det kan leda till att chefen inte agerar med brist på styrning som följd.

Av vår web-enkät framgår däremot att uppfattningen att det behövs politiska beslut för att komma tillrätta med problem i ekonomin är vanlig i organisationen.

Sjukhusnivån

Cheferna, särskilt förvaltningscheferna, anger vid intervjuerna att de har relativt stort mandat. Problemen är i detta avseende uppges vara marginella och avser främst strukturfrågor och investeringar. Vårdproduktionsberedningen hålls informerad vid större beslut, men det mesta man behöver göra kan göras utan politiska beslut.

Bland problem anges t ex att det på UMAS har funnits situationer där man velat varsla 2008, vilket politiken inte gick med på. Mycket av rationaliseringsarbetet handlar om personalåtgärder och där anger man vid intervjuer att det saknas en tydlig politik.

Behov av bättre samordning mellan akutsjukhus och övriga sjukhus i anslutning till Skånsk Livskraft anges vid intervjuer på sjukhusen. Bakgrunden är att man menar att belastningen på

Kommundoktorerna

de stora sjukhusen vad avser ökad volym vid diagnoser med hög prioritet leder till problem prioriteringsmässigt i relation till diagnoser med lägre prioritet i de mindre sjukhusen.

Vid intervjuer anges att politiker inte riktigt tar i problemen med ökat tryck p.g.a. ökande befolkning, ändrad åldersstruktur, förbättrade behandlingsmetoder m.m. Det uppges därför finnas ett problem i styrningen eftersom man inte på något bra sätt kan koppla resurser, verksamhet och mål.

Bedömning

Huvuddelen av besparingsförslagen ligger inom förvaltningschefernas och andra chefers beslutskompetens. Bland frågor som inte gör det hör bl.a. strukturella frågor och frågor kring investeringar i lokaler. De granskade sjukhusen har en delvis föråldrad infrastruktur, främst på lokalsidan, som försvårar besparings- och effektiviseringsåtgärder. Om infrastrukturen ska kunna utvecklas krävs investeringsbeslut som fattas på politisk nivå.

Chefer undviker ibland också att agera i frågor inom sin beslutskompetens när frågan upplevs ha blivit politisk. Det är något som är svårt att undvika i politiska organisationer.

En bredare processorientering, i enlighet med t ex stroke-processen, kräver sannolikt politiska beslut eftersom en sådan styrning kan vara organisationsöverskridande.

3.6 Revisionsfråga 6

Hur stor andel och vilka, om någon/några, av åtgärderna skulle kunna ha genomförts redan förra året, året innan etc, dvs hur mycket, om något, orsakas av onödigt och undvikbar tidsfördröjning?

Iakttagelser

Central nivå

De åtgärder som nu diskuteras anges genomgående kunna ha genomförts tidigare. En förklaring som nämns är att kapaciteten att genomföra förändringar är begränsade på sjukhusen.

Beslut som bedöms som politiskt känsliga anger chefer att det är svårare att gå fram med ju närmare ett val man kommer.

Sjukhusnivån

Det flesta åtgärderna anges ha kunnat göras tidigare på samtliga granskade sjukhus. Anledningen till att alla åtgärder inte redan har genomförts är bl.a. att man arbetat med andra frågor som varit högre prioriterade, t.ex. PROLUMA, LEAN och sedermera bildandet av SUS. När det gäller förändring av processer och arbetsmetoder betonas att kapaciteten är att driva förändringar är begränsad och att personalen måste få tid att ta till sig vissa förändringar innan nya kommer.

En faktor som anges i intervjuerna är att det är svårt att genomföra förändringar eftersom professionen är konservativ och värnar de arbetsformer man är vanda vid.

Svårigheter att få acceptans politiskt för att minska personalen genom att varsla anges som ett problem vid UMAS. Personalminskning anges dessutom vara en mödosam process.

Kommundoktorerna

En fråga som lyfts är att sjukhusen inte i tid känner till förutsättningarna när det görs organisationsförändringar på högre nivå. På UMAS anges t ex att man hade kunnat anpassa sig bättre till de nya förutsättningarna som följde med den nya lab-förvaltningen, den gemensamma prislistan för röntgen och flytten av rikssjukvård av brännskador till Linköping om man känt till dessa tidigare.

Bedömning

De flesta av de åtgärder som genomförts under 2009 liksom de som planeras genomföras under 2010 hade kunnat genomföras tidigare. En begränsande faktor är sjukhus- och verksamhetsledningars kapacitet att på ett bra sätt samtidigt genomföra ett stort antal förändringar i dialog med verksamheter.

När det gäller frågor av strukturell karaktär krävs beslut på central nivå. Vad avser infrastruktur finns också en tidsfördröjning i beslutssystem som inte bara beror på regionens beslutsprocess.

3.7 Revisionsfråga 7

Finns det tydliga skillnader i arbetet med att uppnå ekonomisk balans mellan de olika sjukhusen, och vilka är, i förekommande fall, de huvudsakliga förklaringarna till dessa?

Iakttagelser

Central nivå

På central nivå betonas att det inte enkelt går att kopiera lösningar från ett sjukhus till ett annat. Det betonas att det krävs idogt arbete och en gedigen process i verksamheterna för att förändringar skall genomföras på ett bra sätt.

Man anger vidare att arbete ofta pågår med samma ansats i olika sjukhus trots att de benämns olika. Alla sjukhus arbetar t ex med processer, men kallar det olika.

På central nivå anger man att man uppfattar att UMAS arbetar mer strukturerat och listar åtgärder centralt på sjukhuset medan USIL arbetar mer decentraliserat där genomförandet av ett utdelat ekonomiskt beting sker mer lokalt i organisationen.

Vid intervjuer på central nivå anges att det viktiga är uppföljning av åtgärder och resultat lokalt i sjukhusen, och där uppfattar man att det har brutit. Detta anges vara ett av de viktigaste skälen till att UMAS och USIL har ökat sina underskott.

Sjukhusnivån

Det anges att arbetet varit något mera centraliserat och top-down i Malmö och tidigare Helsingborg och något mera decentraliserat i på senare tid i Lund.

Både UMAS och Helsingborg anges att man på sjukhusnivå arbetar med konkreta förslag till besparingar som skall genomföras medan man på USIL anger att arbetet mer utformas som beting att uppnå för verksamheterna. I båda sjukhusen anges att man här haft stor nytta av de förslag som utarbetats av konsulter.

I Helsingborg anges att ledningsgruppen har fått en aktivare roll och att verksamhetscheferna mer har involverats i arbetet bl a genom att sjukhuschefens stab avskaffats.

Kommundoktorerna

Bedömningar

USIL:s arbete för att nå ekonomisk balans är mer decentraliserat än i UMAS och Helsingborg. UMAS och Helsingborg arbetar med relativt tydliga beslut på central nivå kring vilka åtgärder som skall genomföras och vilken kostnadsbesparande effekt de förväntas ge. Vid USIL är arbetet huvudsakligen mer utformat som ett beting som enheterna skall uppnå.

I Helsingborg har verksamhetscheferna engagerats mer i genomförande av förändringar bl a genom att sjukhuschefens stab avskaffats och ledningsgruppen blivit aktivare. I Helsingborg har vidare controllerfunktionen en mycket aktiv roll i dialogen med och stöd till verksamhetscheferna.

3.8 Revisionsfråga 8

Finns det åtgärder inom de enskilda sjukhusen som borde vidtagas över hela Region Skåne, vilka framgångsfaktorer och goda exempel kan lyftas fram i detta sammanhang och hur säkerställs att goda exempel sprids och används i hela regionen?

Iakttagelser

Central nivå

Bland centrala aktörer anges att de flesta sjukhus arbetar med någon form av flödesoptimering samt att här borde finnas stora möjligheter att lära och benchmarka (med sjukhus i regionen och andra sjukhus som är bra). Inget av regionens sjukhus anges totalt sett ha utmärkt sig mer än andra.

Bland åtgärder som lyfts fram i de centrala intervjuerna märks

- ”Nisse-projektet” UMAS (Guldskalpellen)
- ”Bättre läkemedelsjournaler” USIL (Guldskalpellen)
- Produktionsplanering USIL
- Lean-projektet vid USIL
- Bröstcancer där diagnostik och behandling tidigare samordnats i Malmö (och Helsingborg)
- Bemanningsarbetet i Helsingborg

Det anges vidare att vissa saker behöver formas lokalt för att öka delaktigheten och därvid också genomföras bättre. Det anses dock att vissa frågor på ett tydligare sätt borde hanteras gemensamt för hela regionen. Det gäller t.ex. läkarnas arbetstider och översyn av jourlinjer.

Vissa projekt har utvecklats centralt med stor betydelse för utvecklingen på sjukhusen. Ett sådant viktigt projekt är Förnyelseprojektet, som har flera viktiga delprojekt. Av vår webenkät framgår att organisationen efterfrågar mer jämförelser (se fråga 13).

Sjukhusnivån

Arbetet med bemanning, produktionsplanering och hantering av överproduktion samt Lean-arbetet på USIL kan spridas bättre i regionen. Likaså diskussionerna om hur ekonomifunktionen ska organiseras. Inom det senare området har även Helsingborgs lasarets aktiva controllerfunktion goda förutsättningar att fungera som rollmodell för övriga sjukhus.

Kommundoktorerna

Fler mötesplatser mellan förvaltningschefer skulle kunna innebära att man lärde mer av varandra. Detsamma anges gälla för ansvariga för olika verksamheter inom sjukhusen.

Det anges vid intervjuerna att man gör det mesta olika i Lund och Malmö, och att Helsingborg i sin tur har ett annat arbetssätt. Det anges dock att det nu finns en vilja att lära av varandra. Det anges också att man är beredd att dela med sig av sina erfarenheter och berätta om det man gjort som gått bra. Chefer på sjukhusen efterlyser mer av utbyte och jämförelser mellan sjukhusen. Det anges emellertid att intresset från andra är svagt.

Det anges i Helsingborg och Malmö att processen kring bröstcancer, där diagnostik och behandling tidigare samordnats, är ett exempel som skulle kunna leda till lärande. Genom samordning av diagnostik och behandling fick man effektivare processer, kortare väntetider och bättre behandlingsresultat men också högre effektivitet. Denna modell har nu måst ändras då delar av diagnostiken lagts på en extern utförare.

Bedömningar

Regionen har mycket att vinna på att sjukhusen mer målmedvetet jämför sig och lära av varandra. Dessa jämförelser skulle även kunna omfatta andra sjukhus i andra regioner/landsting. Mycket skulle stå att vinna vid mer av systematiskt lärande och jämförelser som syftar till förnyelse och ”best practice”.

Vi noterar att vid sammanslagningen av USIL och UMAS det är viktigt att lära av varandra och ta vara på de erfarenheter som finns. Skillnaderna i arbetssätt mellan USIL och UMAS är ofta stora. Det skapar möjlighet till utveckling och lärande inom SUS.

4. Uppföljning av den tidigare granskningen ”Granskning av ekonomin inom vårdsektorn” (32/2007)

Iakttagelser

Vid intervjuer anges att kostnaderna till följd av ökad volym inom hälso- och sjukvården efter regeringssatsningar 2006 nu i huvudsak har hämtats hem.

Förstärkning av controllerfunktion är nu införd och dialogen med sjukhusen har förstärkts. Vårdproduktionsberedningen (VPB) träffar regelbundet förvaltningscheferna. Avrapporteringen till Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) och VPB har förbättrats. Ekonomidirektören kommer från 2010 att regelbundet träffa ekonomicheferna på sjukhusen för att följa ekonomin. För att få en starkare uppföljning träffar även VPB förvaltningscheferna. Avrapportering till HSN och VPB uppges ha utvecklats.

Det anges vid intervjuerna att ersättningssystem har utvecklats, bl.a. på följande sätt:

- Nord DRG uppdateras varje år
- Akutstrukturen har gjorts om och ersättningen till akutsjukhusen har arbetats om
- Den rörliga ersättningen till förvaltningarna har ökat från 40 % till 60 %
- System har införts för att lyfta av förvaltningarna den rörliga delen till i den utsträckning man inte klarar produktionen
- Produktiviteten har ökat

Kommundoktorerna

- Andra parametrar har förts in i ersättningssystemet t ex kvalitet och patientsäkerhet

Vid intervjuer anges att dialogen har genomgått en kraftig förstärkning. På central nivå i regionen anges att dialogen gått från en ytterlighet – ingen dialog, styrning top-down, till en annan ytterlighet med en mycket bred dialog. Dialogen innefattar både politik och förvaltning, även mellan politik och förvaltning har dialogen förbättrats.

Vid intervjuer centralt anges att uppföljning och jämförelser har förbättrats, bl a genom:

- Öppna jämförelser har utvecklats och man nu har gått över till SKL:s öppna jämförelser.
- Det arbetas aktivt med KPP.
- Totalkostnadskontrollen har förstärkts.
- LIS (ledningsinformations system) är en föregångslösning.

Alla sjukhus anges vid intervjuer på central nivå i regionen ha utarbetat incitamentsystem. På sjukhusen är inte bilden lika entydig.

Vid intervju på central nivå i regionen anges att förvaltningarna nu har uppdragen klara för sig tidigare och därmed får bättre möjligheter att utarbeta internbudgetar före budgetårets början. Detta bekräftas vid intervjuer på sjukhusen. 2009 var rörigt p.g.a. omorganisationer men internbudgeten för 2010 har man haft mer tid för. Regionen centralt begär nu in resultatbudgetar från alla förvaltningar i februari månad i form av periodiserade produktionsbudgetar.

Vid intervjuer på sjukhusen anges att framförhållning och möjlighet att i tid kunna utarbeta internbudgetar har förbättrats, men att fortsatt arbete krävs. Det betonas vid intervjuer på sjukhusen att det är viktigt för den lokala delaktigheten i verksamheterna att dialogen hinner ända ut i organisationen innan internbudgeten färdigställs.

Incitamentprogram har testats men det anges vid intervjuer att intresset för att införa sådana program är begränsat. Vid intervjuer på sjukhusen anges att ekonomiska incitament inte sänder rätt signaler så länge sjukhuset totalt går med underskott. Incitament anges till viss del finnas i lönesystemet, men med en viss otydlighet eftersom det anges vara svårt att följa påverkbarhetsprincipen. Likaså uppges det vara svårt se hur styrkortet ska hanteras.

Bedömning

Besparingsarbetet bedrevs inte tillräckligt 2006 – 2007. Sedan dess har arbetssätt och styrning utvecklats. Samtidigt har omorganisationerna varit stora (t ex laboratorie- och psyk-förvaltning). Regiondirektören har vidare nu en tydligare relation till UMAS och USIL.

De frågor som aktualiserades i den tidigare granskningen har lett till åtgärder. Även om vi bedömer att organisation och styrning utvecklats positivt och flera av de åtgärder som lyftes fram i den tidigare granskningen genomförts, är det ännu för tidigt att bedöma om avsedda effekter på ekonomistyrningen uppnåtts.

5. Samlad bedömning

Styrning av stora akutsjukhus utgör ett problem i de flesta OECD-länder. Professionella organisationer som akutsjukhus är av flera skäl svåra att styra. Mot denna bakgrund är vår samlade bedömning att regionen arbetar professionellt och målmedvetet för att utveckla

Kommundoktorerna

styrningen av sjukhusen, såväl centralt i regionen som på sjukhusnivån. Vi bedömer att den utveckling av dialog och uppdragsstyrning som är en viktig del i regionens strategi för att stärka styrningen är en riktig väg att gå.

Styrningen har förbättrats såväl centralt från regionen som i de granskade sjukhusen. Utveckling av styrningen sker på ett sätt som är väl i linje med kunskapsfronten kring styrning av sjukvård och praktiska erfarenheten från andra regioner/landsting.

De brister vi noterat är främst att styrningen inte når ut till verksamhetschefer och första linjens chefer. Därutöver finns det skäl att konstatera att förändringar i synsätt när det gäller, t.ex. de ekonomiska restriktionernas betydelse tar tid, speciellt i en multiprofessionellorganisation.

Den förbättrade styrningen har dock ännu inte, annat än marginellt, lett till bättre ekonomisk följsamhet mot budget. De ekonomiska obalanserna vid UMAS och USIL har ökat 2009 i jämförelse med 2008. En samlad översyn av uppdrag, volymer och ekonomi för sjukhusen, kopplad till de förändringar som skett till följd av bl a Skånsk Livskraft, kan vara lämplig.

Sammanläggningen av USIL och UMAS samt lönerörelsen kan leda till överraskningar på kostnadssidan 2010. Ett memento är vidare ökningen av volymerna som överstiger uppdragen och som leder till kostnadsproblem trots en god utveckling på effektivitetssidan.

Ekonomiska incitament för de direkta vårdproducerande enheterna bör utvecklas och sådana bör återspegla den egna enhetens resultat ekonomiskt och verksamhetsmässigt och utan att påverkas av hur enheter på högre nivå (sjukhus/division etc) når sina mål.

Ekonomistyrningen i form av dialog och uppdragsstyrning når inte ännu ut till första linjens chefer i de granskade sjukhusen. Det är en absolut framgångsfaktor att hela organisationen inklusive första linjens chefer är delaktiga i styrning genom dialog och uppdrag. Den övergripande nivån måste också agera tydligt när ekonomistyrningen inte fungerar och budget inte följs.

Bilagor

Bilaga 1 Revisionsfrågorna

1. Övergripande fråga: Organiseras, planeras och genomförs arbetet med att uppnå ekonomisk balans inom sjukhusen i Malmö, Lund och Helsingborg på ett sådant sätt att det kan ge det resultat som förväntas och är önskvärt utifrån olika regelverk och Regionens politiska beslut?
2. I vilken eller vilka delar av styrkedjan från övergripande politisk ledning via central tjänstemannaledning och förvaltningschef ner till verksamhetschefer på olika nivåer finns orsakerna till den rådande situationen inom de aktuella sjukhusen, och varför är problemen så stora just i Malmö, Lund och Helsingborg?
3. Hur bedrivs arbetet på olika nivåer för att uppnå ekonomisk balans, vad sker konkret för att säkerställa en önskad utveckling?
4. I vilken utsträckning har externa konsultinsatser bidragit till lösningsförslag som inte tidigare var kända för ansvariga på olika nivåer, vilka belopp rör det sig om och hur används dessa förslag i praktiken?
5. Hur stor andel och vilka av planerade åtgärder faller inom ramen för tjänstemannaorganisationens beslutskompetens respektive kräver nya politiska beslut?
6. Hur stor andel och vilka, om någon/några, av åtgärderna skulle kunna ha genomförts redan förra året, året innan etc, dvs hur mycket, om något, orsakas av onödig och undvikbar tidsfördröjning?
7. Finns det tydliga skillnader i arbetet med att uppnå ekonomisk balans mellan de olika sjukhusen, och vilka är, i förekommande fall, de huvudsakliga förklaringarna till dessa?
8. Finns det åtgärder inom de enskilda sjukhusen som borde vidtas över hela Region Skåne, vilka framgångsfaktorer och goda exempel kan lyftas fram i detta sammanhang och hur säkerställs att goda exempel sprids och används i hela regionen?
9. Uppföljning av den tidigare granskningen ”Granskning av ekonomin inom vårdsektorn” (32/2007 jan 2008)
I denna rapport lyftes bl a följande frågor fram:
 - a. Att 2005 års satsning på ökad tillgänglighet, som i enlighet med de politiska intentionerna gav ökad uppdragsvolym samt ökat antal anställda, genomdrevs utan täckning för kostnadsökningarna i budget för 2006.

Kommundoktorerna

- b. Att de samtidiga förändringarna av struktur, ersättningsmodell och uppdrag som genomfördes under 2006 gjorde det svårare än tidigare att förutse och följa kostnadsutvecklingen, särskilt inom de större förvaltningarna.
- c. Att koncernledningen under 2006 och början av 2007 inte drev på besparingsarbetet med den interna dialog och intensitet som var nödvändig.
- d. Att de större förvaltningarna agerade reaktivt och utan långsiktigt hållbar inriktning på besparingsarbetet under 2006 och särskilt under början av 2007, trots att det i slutet av 2006 stod klart att stora överskridanden skulle ske.

I rapporten lyftes följande rekommendationer fram:

- a. Förstärka controllerfunktionen inom koncernledningen och tydliggöra kraven på förvaltningarnas besparingsarbete, särskilt vad gäller realism, långsiktighet och förväntad omfattning.
- b. Utveckla ersättningsystemet så att kostnadseffektivitet kan premieras.
- c. Utveckla dialogen mellan koncernledningen och förvaltningsledningar i budgetprocess och uppföljning.
- d. Ge förvaltningarna tid att förbereda förändringar före budgetårets början.
- e. Utveckla uppföljningen inom förvaltningarna och jämförelser mellan förvaltningarna.
- f. Utveckla tydliga individuella incitament för chefer och medarbetare.

Bilaga 2 Referenser**Skriftliga källor (urval)**

- Arthur D. Little (2009) Genomlysning av universitetssjukhuset MAS
- Ledningsbolaget (2009) Genomlysning av sjukvården i Nordvästra Skåne 2006 års verksamhet
- McKinsey (2009) ”Projekt Helhet” – En beskrivning av utmaningar och förändringsarbete i Helsingborgs lasarett.
- Deloitte Granskning av ekonomin inom vårdsektorn (januari 2008)
- Månadsrapport november 2009 (USIL)
- Månadsrapport november 2009 (UMAS)
- Månadsrapport november 2009 (Helsingborgs lasarett)
- Norbäck, Targama, Det komplexa sjukhuset – Att leda djupgående förändring i en multiprofessionell verksamhet (Studentlitteratur 2009)
- Werkö, Lars Läkarna inte längre herre på sjukvårdstappan (Läkartidningen Nr 28-29 2003 volym 100)
- Årsredovisning 2008 (USIL)
- Årsredovisning 2008 (UMAS)
- Årsredovisning 2008 (Helsingborgs lasarett)

Kommundoktorerna

Intervjuer

Regionnivån – förtroendevalda

Jerker Swanstein, ordförande i Regionstyrelsen
Henrik Hammar, ordförande i Hälso- och sjukvårdsnämnden
Chatarina Blixen-Finecke, ordförande i Vårdproduktionsberedningen
Rikard Larsson, 2:e vice ordförande i Vårdproduktionsberedningen

Regionnivån – tjänstemän

Ingrid Bengtsson-Rijavec, Ekonomidirektör
Karin Christensson, Hälso- och sjukvårdsdirektör
Charlotte Karbassi, Budgetchef CVPA
Sören Olofsson, Regiondirektör
Lars Åke Rudin, Chef Förnyelsekontoret
Harald Lindström, tidigare ekonomidirektör

Universitetssjukhuset MAS (befattningarna avser UMAS t.o.m. 2009)

Jan-Eric Andersson, Ekonomichef
Ann Sofie Benheden, Sjukhusdirektör
Thomas Ekström, Planeringsdirektör
Martin Hjort, Ekonom, bl.a. akuten och invärtesmedicin
Bo Israelsson, verksamhetschef invärtesmedicin
Ingrid Mattiasson, Chefläkare
Lars Erik Stavenow, Verksamhetschef bl.a. akuten och invärtesmedicin
Henry Svensson, Verksamhetschef, plastikkirurgen
Andreas Wohlquist, Ekonom, bl.a. ögonkliniken och plastikkirurgi

Universitetssjukhuset i Lund (befattningarna avser USIL t.o.m 2009)

Claes Aren, Utvecklingschef
Håkan Cederholm, Ekonomichef
Bent Christensson, Sjukhusdirektör
Hans Friberg, verksamhetschef, akuten
Ivar Grünthal, Redovisningschef
Maria Gustavsson, ekonom akuten
Marcus Madsen, ekonom akuten
Eva Ranklev Twetman, Chefläkare
Staffan Rehnberg, ekonom onkologi
Harald Roos, Divisionschef, akuten
Carsten Rose, Divisionschef onkologi och hematologi
Gun Tranström, verksamhetschef hematologi

Kommundoktorerna

Helsingborgs lasarett

Lisbeth Cederwald, sjukhuschef

Stefan Schultz, ekonomichef

Kerstin Kamleh, biträdande ekonomichef

Sven Oredsson, chefsläkare

Bo Ervander, verksamhetschef invärtes medicin

Pernilla Sommelius, controller (invärtes medicin)

Kjell Ivarsson, verksamhetschef akutcentrum

Lisbeth Rosén, controller (akutcentrum)

Per-Ebbe Jönsson, tidigare sektionschef (bröstcancer)

Ewa Persson, controller (bröstcancer)

Anders Lindahl, personalchef

Christina Nordqvist, personalspecialist

Bilaga 3 Utvecklingen vad gäller ekonomi och personal

Hälso- och sjukvård i Region Skåne övergripande

År	Budget (resultat)	Utfall (resultat)	Bruttokostnad
2007		-631	18871
2008	-432	-559	19420
2009	-198	-619	20152
2010	-80	--	--

Kommentar:

Tabellen visar kostnadsutveckling inom hälso- och sjukvård i Region Skåne (avser offentliga vårdproducenter inom Region Skåne dvs sjukhus och primärvård, värden i Mkr). I tabellen har selekterats bort poster som p g a strukturförändringar av organisationen varierat mellan interna och externa poster. Därmed är värdena i huvudsak jämförbara mellan åren (mindre poster som påverkar jämförbarheten kan kvarstå).

Universitetssjukhuset MAS

Uppföljning av tidigare granskning "Granskning av ekonomin inom vårdsektorn" (32/2007 jan 2008)

Besparingsförslag enl. Deloitte rapport				Utfall bedömt jan 2010	
Besparingsförslag	Planerad besparing Mkr	Deloitte bedömnin g %	Deloitte "Realistisk besparing" Mkr	Bedömning %	Bedömning Mkr
Plusjobbare, prövning av vakanser, övertid	105	50%	52,5	6,7%	7
Läkemedelsförskrivning	5	75%	3,75	?	?
Diverse omkostnader	40	25%	10	?	?
Summa	150		66,25		

Kommentar:

Tabellen baseras på "Granskning av Ekonomin inom vårdsektorn" (Nr 32 februari 08)
Bedömningen är gjord i januari 2010 och avser i vilken grad helårseffekter hämtats in senast 2009.

Plusjobbare: Kostnaderna för plusjobbare minskade med 7,5 mkr mellan 2007 och 2008, men samtidigt minskade bidraget lika mycket.

Kommundoktorerna

Prövning av vakanser: Effekten har inte gått att mäta.

Övertid: Övertidskostnaderna minskade med c:a 4,5 mkr (inkl AGA) mellan 2006 och 2008.

Under 2009 har kostnaderna minskat med ytterligare c:a 2,5 mkr.

Läkemedelsförskrivning: Någon besparing har inte gjorts, tvärtom har kostnaderna ökat totalt. Eventuella kostnadsminskningar på enskilda kliniker har mötts av kostnadsökningar på andra.

Diverse omkostnader: Någon total kostnadseffekt har inte märkts. Eventuella specifika kostnadsminskningar har mötts av öknings totalt.

Planerade besparingar 2010

Kommentar:

Skånes universitetssjukhus decentraliserade styrmodell innebär med utgångspunkt från chefsuppdraget ett tydligt uttalat budgetansvar för chefer på alla nivåer inom sjukhuset. Uppföljning och dialog mellan sjukhuschef, divisionschef och ekonomichef sker regelbundet då divisionens kostnads- och resursutveckling analyseras i relation till planerade anpassningar till divisionens budgetram. Motsvarande dialog sker inom respektive division med divisionsledning, verksamhetschefer och avdelningschefer. Divisioner och verksamhetsområden rapporterar regelbundet prognos med kommentarer till större avvikelser mot budget.

UMAS sparkrav för 2010 beräknades uppgå till c:a 225 mkr.

För att förbättra styrningen av sjukhuset och anpassa kostnadsnivån till gällande förutsättningar har sjukhusledningen under 2009 med hjälp av konsultfirman Arthur D. Little, ADL, låtit genomföra en genomlysning av sjukhuset, med särskilt fokus på verksamheter med särskilt stora behov av förbättringar av styrning och ekonomi. Rapporten, som lämnades i juni, har sedan under hösten varit underlag för ett fortsatt förbättringsarbete på sjukhuset. Också detta arbete har skett med stöd från ADL. Detta arbete har resulterat i konkreta förbättringsförslag med åtgärder för att sänka UMAS kostnader med 126 miljoner kronor, utöver redan framtagna åtgärdsförslag, totalt drygt 200 miljoner kronor.

Ekonomisk utveckling Mkr

År	Brutto-kostnad	Brutto-kostnad (exkl Psyk o BUP)	Resultatkrav (medgivet överskridande)	Utfall	Kommentar
2007	4594	4096	0	4742	
2008	4907	4345	105	4895	
2009	4320	4320	105	4424	
2010	4441	4441	50		

Kommentar:

Förvaltningens kostnadsansvar inom läkemedelsförmånen har utökats mellan 2008 och 2010, vilket påverkar jämförbarheten. Budgeten för 2009 är inte justerad utifrån Proluma.

Personal

År	Antal anställda (omräknat till heltidstjänster) exkl lab och psyk	Kommentar
2007	5 682	2007-12-31
2008	5 693	2008-12-31
2009	5 280	2009-12-31

Kommentar:

Antalet för 2009 är inkl Proluma-effekter.

Universitetssjukhuset i Lund

Uppföljning av tidigare granskning "Granskning av ekonomin inom vårdsektorn" (32/2007 jan 2008)

Besparingsförslag enl. Deloitte rapport				Utfall bedömt jan 2010	
Besparingsförslag	Planerad besparing Mkr	Deloitte bedömnin g %	Deloitte "Realistisk besparing" Mkr	Bedömning %	Bedömning Mkr
Jour- och kompensättning i tid	58	50%	29	17 %	10
Övertidsersättning uttag i tid	42	50%	21	4 %	1,5
Generell besparing 1%	52	25%	13	?	?
Jobbkom Bemanningsservice	12	100%	12		30
IT	10	75%	7,5	100 %	10
Övriga externa kostnader	5	0%	0	?	?
Extra anslag läkemedel	15	100%	15	0 %	0
Ofördelat	16	0%	0	?	?
Summa	210		97,5		

Kommentar:

Tabellen baseras på "Granskning av Ekonomin inom vårdsektorn" (Nr 32 februari 08).
Bedömningen är gjord i januari 2010 och avser i vilken grad helårseffekter hämtats in senast 2009.

Jour- och kompensättning: Kostnaderna minskade med ca 10 mkr (inkl AGA) mellan 2006 och 2008. Kostnaderna har sedan ökat något från 2008 till 2009. Om ökningen är PROLUMA-relaterad eller beror på andra orsaker har inte analyserats.

Övertidsersättning: Kostnaderna minskade med ca 1,5 mkr (inkl AGA) mellan 2006 och 2008. Kostnaderna har sedan fortsatt att minska med ytterligare 1,5 mkr mellan 2008 och 2009. Om minskningen mellan 2008 och 2009 är PROLUMA-relaterad har inte analyserats.

Generell besparing: Effekten har inte gått att mäta.

Jobbkom: Kostnaderna för Jobbkoms bemanningsservice, där kostnaden bokfördes sjukhusövergripande, har minskat med ca 30 mkr sedan 2006. Huruvida nedläggningen av den interna bemanningen har inneburit ökade personalkostnader ute i verksamheten har inte gått att mäta.

IT: IT-kostnaderna har minskat med ca 7 mkr (i löpande priser) sedan 2006, vilket justerat för prisuppräknig, innebär att sparmålet har uppnåtts.

Kommundoktorerna

Övriga externa kostnader: Effekten har inte gått att mäta.

Extra anslag läkemedel: 2007 erhöll sjukhuset en obudgeterad ersättning för nya, dyra läkemedel som påverkade resultatet positivt med 15 mkr. Efter 2007 har denna ersättning lagts in i budget och någon bestående resultateffekt förekommer således inte.

Ofördelat: Effekten har inte gått att mäta.

Planerade besparingar 2010

Kommentar:

Skånes universitetssjukhus decentraliserade styrmodell innebär med utgångspunkt från chefsuppdraget ett tydligt uttalat budgetansvar för chefer på alla nivåer inom sjukhuset. Uppföljning och dialog mellan sjukhuschef, divisionschef och ekonomichef sker regelbundet då divisionens kostnads- och resursutveckling analyseras i relation till planerade anpassningar till divisionens budgetram. Motsvarande dialog sker inom respektive division med divisionsledning, verksamhetschefer och avdelningschefer. Divisioner och verksamhetsområden rapporterar regelbundet prognos med kommentarer till större avvikelser mot budget.

Vid Universitetssjukhuset i Lund beräknades i mars 2009 ett reduceringsbehov på 170 mkr för att klara budgetförutsättningarna 2009 samt ett ytterligare behov på 80 mkr för att klara ingångna löneavtal 2009 med effekt 2010. I april 2009 ålades divisionscheferna att internt arbeta fram och effektuera åtgärder motsvarande sammanlagt 170 mkr på helårsbasis, och att under hösten förbereda ytterligare åtgärder på sammanlagt 80 mkr att effektuera 2010.

2009 års resultat uppgick till ett underskott på drygt 260 mkr, vilket är 230 mkr sämre än budget och 120 mkr sämre än resultatet för 2008. Överskridandet består i huvudsak av tre delar:

1) Den "skåneinterna" vårdproduktionen översteg uppdraget med 5 %. Merproduktion utöver basuppdraget ersätts inte i enlighet med gällande regelverk. Merkostnaden för utförd produktion utöver uppdraget är beräknat till en marginalkostnad på ca 100 mkr.

2) PROLUMA. I samband med överföring av verksamheter mellan universitetssjukhusen beräknades att USiLs resultat skulle försämrats med 26 mkr. Någon budgetjustering mellan förvaltningarna till följd av verksamhetsöverföringarna är inte gjord. 2009 års slutliga resultat visar att den beräknade resultateffekten sannolikt är undervärderat med i storleksordning 15-30 mkr, vilket för USiL innebar en samlad resultatförsämring med ca 50 mkr.

3) Den resterande avvikelsen på ca 80 mkr är direkt relaterad till att arbetet med kostnadsreduceringar inte gett de helårseffekter som förväntats under innevarande år.

Ytterligare åtgärder, relaterade till produktion utöver uppdragsnivån samt eventuellt kvarvarande PROLUMA-effekter, behöver initieras 2010 inom ramen för Skånes universitetssjukhus som bildats genom sammanslagning av de två sjukhusen i Lund och Malmö. I det fall den höga produktionsnivån

Kommundoktorerna

består även under 2010 förutsätts dialog med koncernledningen avseende utökade uppdragsvolymmer.

Den samlade ekonomiska obalansen för Skånes universitetssjukhus beräknas med utgångspunkt från bokslut 2009 och budgetförutsättningarna 2010 uppgå till 450 mkr, varav delar realiserar genom planerade och redan initierade åtgärder.

Ekonomisk utveckling Mkr

År	Brutto-kostnad (budget)	Brutto-kostnad (exkl Psyk o BUP) (budget)	Resultatkrav (medgivet överskridande)	Utfall	Kommentar
2007	5 524	4 588	0	5 698	
2008	5 881	4 929	106	5 947	
2009	5 357	5 357	33	5 738	
2010	5 566	5 566	35		

Kommentar:

Förvaltningens kostnadsansvar inom läkemedelsförmånen har utökats mellan 2008 och 2010 och påverkar jämförbarheten mellan åren. Kompensation för ökningen har lagts in i budget med ca 200 mkr avseende 2009 och ca 54 mkr för 2010. PROLUMA-överföringarna mellan sjukhusen har inte justerats i förvaltningsbudgeten. Av USiL:s överskridande på kostnadssidan med 381 mkr under 2009 kan ca 100 mkr förklaras som PROLUMA-effekt.

Personal

År	Antal anställda (omräknat till heltidstjänster)	Kommentar
2007	6 321	Avser genomsnitt dec 2007, exkl lab och psykiatri
2008	6 337	Avser genomsnitt dec 2008, exkl lab och psykiatri
2009	6 411	Avser genomsnitt dec 2009, exkl lab och psykiatri och inkl PROLUMA-överföringar

Helsingborgs lasarett

Ekonomi

Uppföljning av tidigare granskning "Granskning av ekonomin inom vårdsektorn" (32/2007, Deloitte jan 2008)

Kommundoktorerna

Besparingar enligt rapport "Granskning av ekonomin inom vårdsektorn"

Besparingsförslag enl. Deloitte rapport				Utfall bedömt jan 2009	
Besparingsförslag	Planerad besparing Mkr	Deloitte bedömnin g %	Deloitte "Realistisk besparing" Mkr	Bedömning %	Bedömning Mkr
Stängning tryckkammare, Kullervillan	9	100	9	0	0
Smärtrehab stänga eller flytta till Orup	4	100	4	100	4
Psykiatri, vårdplatsreduktion, personalreduktion	30	75	22,5	100	>30
Samordning barnmorskemottagning	0,5	100	0,5	0	0
Akutcentrum, reduc vårdplatser, effektivisering	14,4	50	7,2	50	7,2
Internmedicin, reduc vårdplatser och personal	11,6	75	8,7	75	8,7
Planerade operationer, reducering tjänster	7,7	76	5,8	75	5,8
Huvud-hals-hud, diagnostik, support, ledning	14,8	50	7,4	50	7,4
Långt perspektiv, övergripande Regionen	58	0	0	0	0
Summa	150		65,1		63,1

Kommentar:

Tabellen baseras på "Granskning av Ekonomin inom vårdsektorn" (Nr 32 februari 08)

Bedömningen är gjord i januari 2010 och avser i vilken grad helårseffekter hämtats in senast 2009.

Stängning av tryckkammare har inte skett, beslutet ligger på regionnivå. Stängning av Kullervillan har skett men besparingen avser numera annan förvaltning.

Smärtrehab har flyttats till Ängelholm, besparingen avser effekten i Helsingborg.

Psykiatri har bildat en egen förvaltning, och kostnaden ligger inte längre i Helsingborgs lasarett.

Samordning barnmorskemottagning har inte genomförts.

Akutcentrum, planerad besparingar och effektiviseringar har skett enligt bedömningen från 2008.

Dock noteras att det nu råder brist på akutplatser – vilket bedöms öka kostnaderna.

Internmedicin, besparingar har genomförts enligt bedömning 2008.

Planerade operationer är inte möjligt att göra en helt säker jämförelse av på grund av att produktion flyttats mellan Helsingborg och Ängelholm i båda riktningar.

Den ursprungligt planerade totala besparingen var således 150 Mkr. I "Granskning av ekonomin inom vårdsektorn" bedömdes att 65,1 Mkr i besparingar skulle genomföras. Bedömning av besparingarna januari 2010 är 63,1 Mkr. Av dessa besparingar avser 34 Mkr verksamheter som inte längre tillhör Helsingborgs lasarett.

Kommundoktorerna

Planerade besparingar 2010

För 2009 hade Helsingborgs lasarett ett resultatkrav på – 50 Mkr. Prognosen för 2009 är – 110,5 Mkr. Av resultatet 2009 är ca 6 Mkr relaterade till prislstan avseende radiologi, 4,5 Mkr en följd av omorganisation avseende mammografi, 3.5 Mkr en följd av st-bidragets utformning och ca 5 Mkr en följd av att Lab blivit egen förvaltning.

2010 har Helsingborgs lasarett ett resultatkrav på - 35 Mkr. För att nå detta planeras besparingar på 40 Mkr.

Helsingborgs lasarett - Planerade besparingar 2010

Åtgärd	Besparing (nivå Mkr)	Kommentar
Reducering av läkarkåren 5 %	18	Helårseffekt (varav ca 9 Mkr 2010)
Centralkassa	2,5	Helårseffekt netto, ersätter lokala kassor (varav ca 1,25 2010)
McKinseys förslag mm	20	Helårseffekt (varav ca 10 Mkr 2010. 10 Mkr tagits redan 2009)
Utlagt i verksamheten	20	Helårseffekt 20 Mkr
Fastställande av bemanningstal	Ca 5	Helårseffekt varav ca 2,5 Mkr 2010. Förväntad reduktion av kostnad kan inte kvantifieras helt
Summa	60,5	Helårseffekt (varav ca 42,75 Mkr 2010)

Kommentar:

Reducering av läkarkåren avses ske med 5 % av volymen. Besparingen på helår blir ca 18 Mkr. Centralkassa ersätter lokala kassor i sjukhuset och ger besparingar personalmässigt genom ökad effektivitet i kassafunktionen och avlastning på avdelningarna.

McKinseys förslag i rapporten "Projekt Helhet" (april 2009) avser bl a ökat fokus på patientflöden och effektivitet, förbättrad styrning och uppföljning samt stakare ledarskap. McKinseys bedömning är att lasarettet har förutsättningar att nå ett ekonomiskt nollresultat.

Utlagt i verksamheten avser bl a reduktion av kostnader för läkemedel, personalneddragningar (bl a avveckling av sjukhuschefens stab mm som genomförts 2009) samt minskade kostnader för lab.

Bemanningstal avser fastställande av "resurstal" vad avser antal anställda (som heltidsekvivalenter) för främst sjuksköterskor och undersköterskor. Genom att fastställa sådana tal avses personalplaneringen kunna bli effektivare på avdelningsnivå och mer stämma överens med variationer i personalbehov. Härigenom avses kostnaderna kunna minskas dels genom en mindre total personalvolym men också genom att användning av övertid och inhyrd personal kan minska. Denna modell avses ersätta schema med "varannan helg arbete" from 2010-04-01.

Kommundoktorerna

Helsingborgs lasarett - Ekonomisk utveckling Mkr

År	Brutto-kostnad	Brutto-kostnad (exkl Psyk o BUP)	Resultatkrav (medgivet överskridande)	Utfall	Kommentar
2007	2279	1880	-	-158	
2008	2329	1951	-97	-164	
2009	2135	2137	-50	-102,2	28 jan 2010
2010	2150	2150	-35		

Kommentar:

Uppgifter för 2009 är inte helt jämförbara då även andra förändringar än utbrytning av BUP och Psyk skett – bl a lab och röntgen och ett kraftigt utökat uppdrag för ortopedi, vidare har ansvaret för läkemedelsförmånen ökat kostnaderna med ca 50 Mkr. Även i övrigt skedde stora förändringar 2008 – 2009: Läkemedelsförmånen ca 50 Mkr i ökade kostnader, det ökade uppdraget för ortopedi i nordväst ca 50 Mkr i ökade kostnader, Helsingborg tog över röntgenverksamheten från Ängelholm ca 47 Mkr i ökade kostnader. Detta tillsammans blir knappt 150 Mkr i ökade bruttokostnader i jämförelsen mellan 2009 och 2008. Med denna modell införd upphör den centrala dispensprövningsgrupp som hanterar alla uppkomna vakanser och modellen avses fungera som ett stöd till verksamheterna att nå sitt budgeterade resultat.

Personal

Personalvolym 2007 - 2009

År	Antal anställda (omräknat till heltidstjänster)	Kommentar
2007	2667	Exkl Psyk o BUP
2008	2635	Exkl Psyk o BUP
2009	2554	Psyk o BUP annan förvaltning

Bilaga 4 Ekonomin på de tre stora sjukhusen – genomgång av dokument

Övergripande

Ur revisionsberättelsen för 2008

”De upprepade underskotten inom Helsingborgs lasarett, Universitetssjukhuset MAS och Universitetssjukhuset i Lund, anser vi har sin grund i bristande styrning, ledning och uppsikt från både Regionstyrelsen, förvaltningsledningarna och den centrala tjänstemannaledningen. Tjänstemannaorganisationens brister i ledarskap och oförmåga att effektuera de politiska besluten faller tillbaka på den politiska ledningen. Vi vill ånyo framhålla att verksamheterna, oaktat yttre omständigheter, fullt ut bör inrikta kraft och energi på lösningsorienterade åtgärder för att av fullmäktige antagen budget och tilldelade uppdrag skall följas.”

Ur budgetuppföljningen för januari-oktober 2009 för hela Regionen:

<i>Sjukhus</i>	<i>Budgetavvikelse (Mkr)</i>
USiL	-167
CSK	-6,4
UMAS	-130
Helsingborg	-60,5
Ystad	-10
Landskrona	0
Trelleborg	-3
Hässleholm	-14,1
Ängelholm	+8,5

Kommentar: storleken verkar ha betydelse, av det prognostiserade underskottet för sjukhusen på 382,5 Mkr svarar de tre stora sjukhusen för i stort sätt hela underskottet.

Region Skånes resultat 2009

Förvaltning	Ack Utfall 2009	Ack Budget 2009	Bokslut 2008	Prognos 2009	Budget 2009
Universitetssjukhuset i Lund	-264 225 231,6	-33 000 000,0	-142 830 811	-230 000 000	-33 000 000
Centralsjukhuset Kristianstad	-38 491 455,2	-16 000 000,0	-49 944 173	-27 800 000	-16 000 000
Universitetssjukhuset MAS	-226 654 354,7	-105 000 000,0	-140 130 381	-235 000 000	-105 000 000
Helsingborgs Lasarett	-102 216 920,9	-50 000 000,4	-164 012 440	-110 500 000	-50 000 000
Lasarettet i Ystad	-4 307 470,5	0,0	-14 718 646	-10 000 000	0
Lasarettet i Landskrona	-3 560 138,4	0,0	320 394	0	0
Folk tandvården Skåne	20 529 289,0	19 000 000,0	-12 545 638	19 000 000	19 000 000
Habilitering & Hjälpmedel	-38 646 772,4	0,0	-2 966 071	-37 011 000	0
Lasarettet Trelleborg	-3 270 273,4	-3 000 000,0	-6 736 347	-6 000 000	-3 000 000
Hässleholms sjukhusorganisation	-20 832 749,1	0,0	-2 175 764	-18 000 000	0
Tandvårdsnämndens kansli	8 633 394,5	1 000,0	3 803 478	9 999 000	1 000
Labmedicin Skåne	69 961 679,0	30 000 000,0	0	58 000 000	30 000 000
Primärvården Skåne	-31 855 678,1	-0,3	-13 301 573	-33 934 481	0
Psykiatri Skåne	20 147 875,8	0,0	0	11 000 000	0
Ängelholms sjukhus	-9 314 301,6	-21 000 000,0	-22 504 275	-12 500 000	-21 000 000
KAMBER-Skåne	-277 644,8	0,0	-2 655 435	-4 000 000	0
Kultur Skåne	38 662,7	0,0	503 632	0	0
Miljö- och Naturvård	0,0	0,0	0	0	0
Skånetrafiken	1 891 182,0	0,2	7 126 648	0	0
Skåne Tvätt och Transporter	1 513 928,0	-0,2	757 201	700 000	0
MA-Skåne	0,0	0,0	-5 955 584	0	0
RegionFastigheter	42 748 019,5	21 200 003,5	567 629	48 564 950	21 200 003
RS IT	-86 162 047,2	0,0	-14 473 099	-50 000 000	0
Regionkontoret	451 530,6	0,0	635 391	0	0
Regionstyrelsen	372 452 613,1	197 999 999,9	466 837 185	354 000 000	198 000 000
Södra regionvårdsnämnden	0,0	0,0	0	-11 900	0
Hälsa- och sjukvårdsnämnden	153 688 389,0	0,0	159 140 060	37 206 200	0
Regional tillväxtnämnd	128 022,2	0,0	1 728 131	0	0
Patientnämndens kansli	901 612,9	0,0	1 405 581	900 000	0
Revision	918 077,6	0,0	430 692	800 000	0
Finans	426 777 439,8	109 799 999,6	553 311 027	329 410 311	109 800 000
	290 966 677,8	150 001 002,3	601 616 812	94 823 080	150 001 002

Kommentar: De tre granskade sjukhusens resultat avviker negativt från budget/resultatkrav. För UMAS och USIL är dessutom den negativa avvikelserna 2009 större än 2008

Helsingborgs lasarett

Ur årsredovisningen för 2008:

Bruttokostnadsutvecklingen mellan 2007-2008 uppgick till 2,2 procent. Justerat för jämförelsestörande poster uppgick kostnadsutvecklingen till 2,5 procent. Personalkostnaderna ökade med 9 Mkr, läkemedel med 7 Mkr och övriga omkostnader med 34 Mkr. En stor del av

Kommundoktorerna

ökningen 11,4 Mkr beror på ökade lokalhyror, både till Regionfastigheter med 9,3 Mkr, dessa är kopplade till olika ombyggnadsprojekt inom lasarettet men även extern förhyrning inom vuxenpsykiatri med 2,3 Mkr. Laboratorieundersökningar och röntgenundersökningar har jämfört med 2007 ökat med 5,3 Mkr, dessa undersökningar görs till största delen vid USIL och UMAS men även på Ängelholms sjukhus. Kostnaderna för inhyrd personal har under 2008 ökat med 6,3 Mkr, främst avseende läkare inom psykiatri. Kostnaderna för IT ökar jämfört med 2007 med 3,5 Mkr samt det arbete McKinsey & Company utför åt lasarettet ökar kostnaden jämfört med 2007 med 6,1 Mkr.

Helsingborgs lasarett har under flera år haft en betydande ekonomisk obalans.

Invånarna i Helsingborgs upptagningsområde en lägre sjukvårdskonsumtion än snittet i Skåne för den somatiska vården och en något högre konsumtion för den psykiatriska vården. Av kommentarerna till bokslutet framgår att man menar att ersättningsmodellen premierar hög produktion och tar dåligt hänsyn till befolkningens behov(konsumtion) av vård. Den komplexitet som finns inom akutsjukvårdens produktion, menar man vidare, har varit svår att tydliggöra i ersättningsmodellen och kan vara en av förklaringarna till att regionens akutsjukvård under de senaste åren haft stora ekonomiska obalanser. Det finns en förhoppning att ersättningsmodellen fortsätter utvecklas, i syfte att beskriva både produktions- och konsumtionsperspektivet samt akutsjukvårdens komplexitet.

Helsingborgs lasarettets resultatkrav 2008 var -97 Mkr. Förutsättningarna för att klara detta baserades på helårseffekterna av besparingar från 2007 med 33,5 Mkr samt full effekt av nedanstående handlingsplan för 2008 med 41 Mkr.

Resultatet för Helsingborgs lasarett 2008 blev -164 Mkr.

En handlingsplan för att kunna nå det beslutade resultatkravet togs fram. Aktiviteter enligt denna motsvarar kostnadsreduktioner på 41 Mkr. Dessa reduktioner berör åtgärder som kunde beslutas av sjukhuschefen och hanteras inom lasarettet.

- Utbildningskostnaderna reduceras med 25 procent. Effekten beräknades till 4 Mkr.
- Systematiska läkemedelsplaner har införts på samtliga verksamhetsområden. Målet är att uppnå måltalen för läkemedel inom öppen vård samt verksamhetsområdenas egna måltal för läkemedel inom slutenvård. Effekten beräknades till 7 Mkr.
- Rationaliseringskrav motsvarande 30 Mkr ställdes på lasarettets verksamhetsområden.

För att kunna följa aktiviteterna per verksamhetsområde har dessa månatligen redovisats i en loggbok. I denna loggbok har även kostnadsökningar redovisats.

Som ett stöd till verksamhetscheferna har under hela året striktare och strukturerade arbetsformer för vakansprövning och personalomställning tillämpats. Till stöd och samordning för detta arbetar en grupp på sjukhuschefens uppdrag. Budget och uppföljning har utvecklats och kompletterats bl.a. med måltal inom produktion, resurser, ekonomi, läkemedel och tillgänglighet.

Lasarettets besparingsåtgärder har löpande under året redovisats i en loggbok och har bestått av ett åttiotal aktiviteter. Dessa åtgärder är i huvudsak kopplade till reduktion av antalet medarbetare. Exempel på sådana åtgärder är arbete kring verksamhetsanpassade schema, vakanshållning/reduktion av tjänster etc. Antalet tjänster omräknat till heltid har jämfört

Kommundoktorerna

december 2008 med december 2007 reducerats med 99 heltidsanställda och är nu drygt 50 heltidsanställda färre jämfört med december 2005.

För den somatiska vården uppgår effekterna av besparingsåtgärderna till ca 24,5 Mkr. Inom vuxenpsykiatrin uppgår effekterna till ca 25,5 Mkr.

Under hösten konstaterades att lasarettet inte skulle uppnå den effekt som förväntades av de besparingsåtgärder som beslutats, varken för 2008 eller som tidigare beräknats med helårseffekter för 2009. Sjukhusledningen beslöt då, i samråd med regionledningen, att anlita en extern konsult McKinsey & Company, som tillsammans med sjukhusledningen ska kunna identifiera effektiviserings potentialer som är hållbara, inte bara kortsiktigt utan även i framtiden.

Arbetet startade i november månad och beräknas vara slutfört i februari 2009. Arbetet bedrivs i 2 pilotstudier, inom verksamhetsområdena akutcentrum och intern medicin. Arbetet bedrivs i mycket nära samarbete med personalen på berörda verksamhetsområden för att uppnå stor delaktighet och förståelse för de förslag som tas fram. Slutrapport redovisas under februari månad 2009.

Ur månadsuppföljningen november 2009

Helsingborgs lasarett har ett beslutat resultatkrav för 2009 på – 50 Mkr.

För att kunna nå detta resultatkrav krävs att kostnaderna reduceras med ca 40 Mkr. I arbetet med att identifiera hållbara effektiviseringspotentialer har lasarettet anlitat en extern konsult McKinsey & Company. Detta arbete slutfördes i slutet av februari, och en slutrapport lämnades i slutet av april. Det vi redan nu kan se är framtida besparingar/effektiviseringar i storleksordningen ca 40 Mkr, takten för att kunna realisera åtgärderna är fortfarande något osäker och inte i alla delar beroende av lasarettets beslut. Vi bedömer att runt 10 Mkr kan realiseras under 2009.

Kraftfulla åtgärder för att kunna begränsa effekterna för resultatet 2009 och ingångsläget 2010 har diskuterats intensivt. För att få effekt på kostnaderna under 2009 behöver antalet visstidsanställda reduceras. För att genomföra detta på ett balanserat och strukturerat sätt har beslut tagits, att på de arbetsplatser som tillämpar helgtjänstgöring varannan helg under sommaren och där det visat sig kostnadseffektivt, förlängs detta tillsvidare efter sommarperioden. Effekterna av denna åtgärd beräknas till ca 40 helårsresurser, farhågor finns dock att detta ska ”ätas” upp av ökade kostnader för övertid, timanställda och bemanningsföretag på grund av att den nya bemanningen inte tål någon nämnvärd frånvaro utan ersättare.

Helårsprognosen för 2009 pekar mot ett underskott på 110,5 Mkr, vilket motsvarar ett överskridande av resultatkravet med 60,5 Mkr.

Jämfört med periodiserad uppdragsvolym kan efter 11 månader konstateras en kraftigt ökad produktion. Ökningen beror helt på den ökade tillströmningen av akuta patienter. Tillströmningen av akuta patienter har fortsatt att öka. Detta har föranlett behov av ytterligare vårdplatser. I februari skedde en permanent utökning med 6 vårdplatser, under mars/april

Kommundoktorerna

tillkom en ytterligare utökning med 17 vårdplatser, varav 9 var tillfälliga och avslutades 090601. Vårdplatsutökningen har bidragit till att överbeläggningsproblematiken minskat.

Kommentar: Finns det en realistisk plan för att få balans i ekonomin och kraft att genomföra den? Av ovanstående framgår att åtgärderna som McKinsey föreslagit är osäkra. Det framgår också av texten att åtgärderna delvis är sådana som inte sjukhuset själv kan besluta om. Av texterna framgår att man egentligen anser att fördelningsnycklarna för resursfördelningen är fel och att det inte går att påverka underskotten i ngn avgörande grad med besparingar.

USIL

Ur årsredovisningen för 2008

Universitetssjukhuset i Lunds resultat uppgick till ett underskott på 143 Mkr, vilket är 13 bättre än 2007 års resultat men 37 Mkr sämre än det budgeterade resultatet för 2008. Intäkterna blev 29 Mkr högre än budget bland annat beroende på att försäljningen av lab- och röntgentjänster till andra sjukhus och förvaltningar ökade och att intäkterna för externa projektmedel blev större än beräknat. Kostnadssidan överskreds med 66 Mkr - hälften inom personalområdet och hälften på kostnadssidan i övrigt. Den relativt kraftiga produktionsökningen mellan 2007 och 2008 (3,6 %) var den huvudsakliga anledningen till budgetöverskridandet.

De rörliga vårdintäkterna blev 8 Mkr lägre än budget. Bruttokostnadsutvecklingen jämfört med 2007 uppgick till 4,4 %. Motsvarande avvikelser mot budget blev 1,1 %. Bakgrunden till kostnadsutvecklingen berodde i huvudsak på den högre produktionsvolymen som resulterade i en högre förbrukning av dyrare material, implantat samt ökade kostnader för inhyrd personal. De kostnadslag som uppvisade de största ökningarna, kirurg- och laboratoriematerial, var direkt kopplade till den högre produktionsvolymen liksom den högre kostnaden för tolkning. Vårdförbundets konflikt medförde vissa merkostnader i form av extra jourlinjer. Åtgärder för att stävja kostnadsutvecklingen har igångsatts under året. Inom verksamhetsområde Onkologi begränsades exempelvis kostnadsökningen för rekvisitionsläkemedel till 1,8 %. Även inom andra områden har kostnadsbesparande åtgärder prövats med bland annat krav på ökat uttag av jourkomp i ledig tid.

Sjukhusets budget för 2008 fördelades på divisionsnivå och innebar ett krav på kostnadsreduceringar på 196 Mkr, varav 90 Mkr förväntades ge effekt 2008. 2008 års resultat på – 143 Mkr, det vill säga 37 Mkr sämre än budget, visade att den verkliga effekten 2008 blev 53 Mkr. I divisionschefernas chefsuppdrag ingår budgetansvar (kostnadstak) för den egna verksamheten. Uppföljning och dialog mellan sjukhuschef och divisionschef skedde regelbundet där divisionens kostnads- och resursutveckling analyserades och avstämning gjordes av pågående och planerade anpassningar till budgetramen. Sjukhuschefen beslutade 2008-10-06 om tillfälligt anställningsstopp vid hela sjukhuset.

Kommundoktorerna

Ur månadsuppföljningen november 2009

Resultatet för hela året prognostiseras till – 230 Mkr, vilket innebär en negativ budgetavvikelse på 197 Mkr. Hälften av överskridandet orsakas av att den skåneinterna produktionen överstiger uppdraget. De resterande 100 Mkr beror dels på PROLUMA-effekter på 26 Mkr och dels på att arbetet med kostnadsreduceringar inte gett de effekter på resultatet 2009 som förutsattes i budgeten.

Universitetssjukhuset i Lunds ekonomiska situation har försämrats jämfört med bedömningen per oktober – produktionen ligger fortfarande på en hög nivå och divisionernas åtgärdsplaner för att reducera kostnaderna har inte gett ekonomisk effekt tillräckligt snabbt. Kostnadsprognosen har därför höjts med 43 Mkr samtidigt som intäkterna bedöms bli 13 Mkr högre än tidigare beräknat. För att det prognostiserade resultatet skall nås krävs en kraftig återhållsamhet för alla typer av kostnader under december.

Produktionsmixen för perioden visar på en ökning på 6 % jämfört med den periodiserade budgeten. Den skåneinterna vården överstiger uppdraget med ca 7 % medan extern vårdproduktion är ca 5 % lägre än budget.

Antalet använda resurser överstiger den periodiserade budgeten med 206, varav 37 beror på överföring av onkologiverksamheten från UMAS 2009-09-01. Genom att sjukfrånvaron fortsätter att minska ökar antalet använda resurser, vilket ställer ytterligare krav på personalplaneringen.

Resultatet för januari-november 2009 visar på ett underskott på 179 Mkr, vilket är en försämring med 27 Mkr jämfört med resultatet för perioden januari-oktober. Periodutfallet innehåller en hel del rättningar och uppbokningar, på såväl kostnads- som intäktssidan, av belopp knutna till verksamhetsöverföringar i samband med PROLUMA. Alla transaktioner mellan förvaltningarna, relaterade till PROLUMA, har inte fångats i bokföringen, vilket försvårar resultatanalysen.

I periodresultatet ingår merintäkter på ca 85 Mkr jämfört med budget avseende rörlig vårdersättning från HSN. Eftersom det finns ett intäktstak på årsbasis för rörlig vårdersättning kan dessa merintäkter inte inkluderas i helårsprognosen. Sjukhusets andel av Kömiljarden beräknas uppgå till 16,9 Mkr för hela 2009. Delårseffekt av ersättningen, ca 15 Mkr, har inte tagits med i bokföringen per november. Sammantaget innehåller periodresultatet således intäktsposter på ca 70 Mkr som inte kan tillgodoräknas i helårsprognosen. Rensat för dessa belopp är periodutfallet -249 Mkr i stället för -179 Mkr.

Divisionernas åtgärdsplaner för att reducera kostnaderna har dessutom inte gett ekonomisk effekt tillräckligt snabbt och helårsprognosen behöver försämrats med 30 Mkr från -200 Mkr till -230 Mkr. Kostnadssidan har försämrats med 43 Mkr och intäktsprognoisen har höjts med 13 Mkr jämfört med oktoberrapporten. För att det prognostiserade resultatet skall nås krävs en kraftig återhållsamhet för alla typer av kostnader under december. Avvikelsen mot fastställd budget uppgår till -197 Mkr, varav beräknade effekter av PROLUMA etapp 1 a-c är 26 Mkr.

Kommundoktorerna

Kommentarer: organisationen verkar vara utan planer på åtgärder vad gäller obalansen i ekonomin. Ingen samlad bild ges över aktiviteter för att nå balans och divisionerna verkar vara lämnade att själva forma sina besparingar. Inget ansvarutkrävande eller plan för framtiden verkar finnas. Beslut om tillfälligt anställningsstopp togs i oktober 2008 och juli 2009. Trots detta ökar antalet helårsanställda. Av texterna framgår att ”för att det prognostiserade resultatet skall nås krävs en kraftig återhållsamhet för alla typer av kostnader under december”. Inga planer redovisas, inga åtgärder utan allmänna kommentarer om anställningsstopp och återhållsamhet.

UMAS

Ur årsredovisningen för 2008

Årets resultat uppgick till -140,1 Mkr. Underskottet motsvarar 2,9 % av UMAS omsättning. Resultatet är c:a 20 Mkr sämre än föregående år, men något bättre än senast lämnad prognos. Jämfört med budgeterat resultat, -105 Mkr är avvikelserna 0,7 %. Underskottet förklaras framför allt av lägre intäkter än vad som budgeterats. Totalt har intäkterna endast ökat med 2,9 % mellan åren, jämfört med en budgeterad ökning på 3,9 %.

Kostnadsökningen mellan åren uppgår till 3,2 % mot en budget på 3,5 %. Det är framför allt personalkostnaderna som varit lägre än budgeterad nivå, medan bland annat kostnader för läkemedel enligt läkemedelsförmånen, sjukvårdsmaterial och hyror ökat mer än budget.

Förvaltningens budgeterade och godkända bruttokostnadsutveckling uppgår till 3,5 % medan utfallet visade en ökning av bruttokostnaderna med endast 3,2 %. De totala kostnaderna uppgick till 4 895 Mkr, och understeg därmed budgeterad kostnad med c:a 13 Mkr. Bidragande orsaker till den lägre kostnadsutvecklingen är dels sänkta arbetsgivaravgifter, dels lägre lönekostnader än budgeterat på grund av vårdförbundets konflikt samt senareläggning av datum för vårdförbundets nya avtal samt högre läkemedelsrabatter än budgeterat. Även de lägre kostnaderna för avskrivningar och internränta kopplade till investeringsvolymen har påverkat kostnadsutvecklingen positivt.

Årets kostnadsutveckling är betydligt lägre än för de två föregående åren, då den legat på över 6 % årligen.

I det pågående arbetet med att uppnå årets budgeterade resultat och ekonomisk balans 2009 har samtliga divisioner och verksamheter tagit fram åtgärder för att sänka kostnaderna. Utgångspunkt för arbetet med att ta fram åtgärder för att sänka kostnaderna har varit UMAS Verksamhetsplan & Budget 2008. För ett stort antal åtgärder har genomförandeprocessen tagit längre tid än ursprungligen antagits. Föreslagna åtgärder har fastställts av sjukhuschefen i samband med att verksamheternas verksamhetsöverenskommelser undertecknats. Detta har skett för samtliga divisioner.

Under året har också särskilda åtgärdsplaner inhämtat från några divisioner.

Kommundoktorerna

Ny divisionsorganisation har införts från och med den 1 oktober. Den nya organisationen innebär att tidigare 4 somatiska divisioner nu är 3 och att ett antal verksamheter har bytt divisionstillhörighet. Utlagda uppdrag att reducera kostnader har vid denna förändring följt med respektive verksamheter in i de nya divisionerna.

Då förutsättningarna för 2009 i stort var klara i slutet på hösten har samtliga divisioner då påbörjat arbetet med att ta fram en budget. Detta arbete påverkas nu även av bokfört resultat samt det faktum att produktionstakten minskat något jämfört med budget. Upprätthållen och ökad produktion kommer att vara än mer angeläget under 2009 då prestationsdelen av ersättningen utgör 60 % och inte som under 2008 endast 40 %.

Utöver ovan nämnda åtgärder pågår ett fortsatt arbete med att ta fram och implementera ytterligare åtgärder för att reducera sjukhusets kostnader samt därmed ytterligare minska kostnadsutvecklingstakten. Detta arbete förväntas dock att ge effekt på något längre sikt.

Ur månadsuppföljningen november 2009

Det bokförda resultatet per november månad uppgår till -261,2 Mkr. Resultatet är 33,8 Mkr sämre än föregående månad och 123 Mkr sämre än föregående år. Jämförelsen mot föregående år haltar dock pga. stora verksamhetsförändringar. Resultatet är 163,4 Mkr sämre än det budgeterade resultatet som är -97,8 Mkr.

Den fortsatt höga kostnadsutvecklingen avseende framför allt personal är mycket oroande och de åtgärder som tagits fram för att minska antalet förbrukade resurser och personalkostnader har hitintills visat sig otillräckliga och ger inte ekonomisk effekt tillräckligt snabbt. Efter 11 månader kan konstateras att ytterligare åtgärder är nödvändiga.

Det har därför pågått ett arbete under hösten, med stöd av ADL, för att ta fram ytterligare åtgärder för att minska kostnaderna samt även skynda på processen. Helårsprognosen ligger dock kvar på -235 Mkr.

Bruttokostnadsutvecklingen uppgår till +10,6 % jämfört med budgeterade 7,1 %. Den totala kostnadsutvecklingen är alltför hög och beror till stor del på att lönekostnadsutvecklingen ligger över budgeterad utveckling.

Kommentar: UMAS visar i stort samma problematik som i Lund. Här nämns dock överenskommelser mellan sjukhuschefen och budgetansvariga, vilket kan vara intressant att studera närmare som ett styrinstrument. En viss misströstan och brist på idéer verkar råda när man detaljstuderar texterna. I vilken grad som sjukhusledningen arbetar med underskotten eller om det är divisionerna som ensamma har ansvaret går inte att klargöra. Brist på planering för det fortsatta balansarbetet 2010 verkar råda.

Bilaga 5 Resultat av web-enkät

Allmänt

Enkäten tillställdes förtroendevalda i Regionfullmäktige och till anställda på sjukhusen i Helsingborg, Lund och Malmö. 10 förtroendevalda har fått enkäten sig tillsänd med post. Alla övriga respondenter har fått enkäten via de e-mail adresser som finns tillgängliga på respektive sjukhus eller hemsidor. Totalt ca 500 personer har haft möjlighet att besvara enkäten. De anställda var företrädesvis "första linjens chefer". Varje respondent definierade själv sin position i organisationen genom att ange lämplig tjänstebestämmelse. Enkäten genomfördes under tiden 11/1 – 31/1 2010.

Den total svarsfrekvens var 72 %. De anställdas svarsfrekvens var 80 % (Helsingborg 93 %, Lund 74 % och Malmö 82 %) och de förtroendevaldas svarsfrekvens 45 %. Sammanlagt fjorton frågor ställdes med nära anknytning till revisionens övergripande frågeställningar kring ekonomin på de tre stora sjukhusen i Skåne, två av frågorna var "frisvar" medan de till resterande frågor gavs svarsalternativ men även möjlighet att svara öppet utan svarsalternativ. Frågorna hade diskuterats med revisionskontoret som också godkände det principiella urvalet av respondenterna.

Resultaten av enkäten redovisas här så att först kommer en verbal redovisning och kommentar fråga för fråga därefter redovisas svaren på frågorna i form av diagram och sammanställning av öppna svar.

Fråga 1: På vilket sätt är du (huvudsakligen) verksam i Region Skåne?

Frågeställningen är en bakgrundsvariabel till övriga frågor. Den total svarsfrekvens var 72 %. Anställdas svarsfrekvens 80 % medan de förtroendevaldas svarsfrekvens var 45 %. Det är en mycket hög svarsfrekvens bland anställda och en betydligt lägre bland förtroendevalda. Orsakerna till detta kan vara flera, t ex att frågeställningen upplevs mer påtagligt mer aktuell för de anställda och möjligen att de anställda svarat på arbetstid kan ha spelat in. Tio förtroendevalda har inte uppgett e-mail adresser på regionens hemsida, dessa har därför fått en skriftlig enkät hemsänd till sig, med frankerat svarskuvert. Den relativt låga svarsfrekvensen bland förtroendevalda gör att materialet inte är fullt ut tillförlitligt i denna del. Ingen registrering av partitillhörighet gjorts.

Fråga 2: Vad har du för typ av befattning?

Frågeställningen är en bakgrundsvariabel till övriga frågor. Frågan gavs bara till de som angett att man är "anställd". Det är övervägande andel (40 %) avdelningschefer (första linjens chefer) som besvarat enkäten. Dessutom har administratörer (19 %) och verksamhetschefer (17 %) besvarat enkäten. Med hänsyn till frågeställningarna har enkäten nått och besvarats av, för enkäten, adekvata grupper anställda. De som i hög grad kommer i kontakt med problemområdet i sitt dagliga arbete.

Fråga 3: På vilket sjukhus är du verksam?

Frågeställningen är en bakgrunds variabel till övriga frågor. Fråga gavs bara till de som valt alternativet "anställd" på fråga 1. Anställdas svarsfrekvens var 80 % (Helsingborg 93 %, Lund 74 % och Malmö 82 %). Det är en mycket god svarsfrekvens på alla tre sjukhusen.

Kommundoktorerna

Fråga 4: Vilka när de tre viktigaste orsakerna till de ekonomiska problemen inom sjukvården?

De vanligaste svaren bland "anställda" är:

1. *Det ekonomiska styrsystemet fungerar inte tillfredställande*
2. *Resurser används inte på mest effektiva sätt*
3. *Det finns inga sanktioner mot enheter som inte följer budget och inte några belöningar till enheter som gör det, samt*
4. *Organisationen är stor och svårstyrd*

De vanligaste svaren bland "förtroendevalda" är:

1. *Brister i styrning och ledning av den dagliga verksamheten*
2. *Resurserna används inte på mest effektiva sätt*
3. *Organisationen är stor och svårstyrd*
4. *Brister i den politiska styrningen*

De anställda pekar visserligen ut briser i den politiska ledningen som en av orsakerna, men den förklaringen kommer först på 5:e plats, däremot påtalar de förtroendevalda tydligt att det finns brister i den dagliga ledningen av verksamheten och att resurserna inte används på mest effektiva sätt. Förtroendevald är i hög grad kritiska till den politiska styrningen. Anställda fäster större vikt vid styrsystemen och sanktioner/belöningar än vad förtroendevalda gör. Intressekonflikter och kulturfrågor som argument spelar en mindre roll än. Av frisvaren framgår en mängd bedömningar som kan vara relevanta att analysera vidare.

Fråga 5: Vilka två påståenden stämmer bäst med din uppfattning om varför budgeten inte följs?

De vanligaste svaren bland "anställda" är:

1. *Budgetprocessen har ett ovanifrån perspektiv och de som arbetar i verksamheten är för lite involverade i budgetprocessen.*
2. *De ekonomiska resurserna är för små och därmed är budgeten orealistisk*

De vanligaste svaren bland "förtroendevalda" är:

1. *Budgetprocessen har ett ovanifrån perspektiv och de som arbetar i verksamheten är för lite involverade i budgetprocessen.*
2. *De ekonomiska resurserna är för små och därmed är budgeten orealistisk*

Anställda och förtroendevalda samma bedömning, dock med den skillnaden att de förtroendevalda är mycket tydligare i sitt svar och bedömningen av att det är själva budgetprocessen som är orsaken till att budgeten inte hålls.

Kommundoktorerna

Fråga 6: I vilken del av organisationen finns den huvudsakliga orsaken till rådande ekonomiska situation på sjukhusen?

Det gavs i denna fråga 5 svarsalternativ: övergripande politisk ledning, central tjänstemannaledning, sjukhusledning, verksamhetsledning eller annat. Den, för både anställda och förtroendevalda, absolut och tydligast uttalade nivån är den övergripande politiska ledningen som huvudsakligen ansvarig.

Intressant att notera är att övriga nivåer i organisationen bedöms ha ungefär lika stor del i den rådande ekonomiska situationen. De förtroendevalda är något mindre kritiska till den övergripande politiska ledningen och något mer kritiska till sjukhusledningen.

Fråga 7: Vad anser du om det arbete som bedrivs för att konkret uppnå ekonomisk balans?

De vanligaste svaren bland "anställda" är:

- *Det är utan långsiktigt hållbar inriktning, samt att*
- *Det är svårt att förstå det arbetet och de prioriteringar som görs i besparingssyfte*

De vanligaste svaren bland "förtroendevalda" är:

- *Det är målinriktat och bra*
- *Det är utan långsiktigt hållbar*

Uppenbarligen har "besparingsarbetet" inte den förankring i organisationen som borde ha varit fallet för att nå framgång. Av frisvaren framgår att det handlar om brist på kommunikation mellan den politiska strukturen och verksamheterna. Detta får bedömas som en grundläggande förutsättning för att kunna få lojalitet kring genomförande av impopulära besparingar. Vidare framgår det att besparingsarbetet brister i styrning och ledning. Förtroendevaldas svar är divergerande. Möjligen kan det handla om vilket block man tillhör politiskt?

Fråga 8: I vilken utsträckning har externa konsulter bidragit till att finna lösningar på ekonomiska problem?

Bakgrunden till frågeställningen handlar om att regionen anlitat konsultinsatser i samband med genomgång och förändring av organisationen på sjukhusen samt till att ta fram konkreta sparförslag. Sambandet till besparingar, förändringar och ekonomi kan därför antas vara starkt i dessa konsultinsatser.

De vanligaste svaren bland "anställda" är:

- *Knappast bidragit till något väsentligt i detta sammanhang, eller så svarar man*
- *Jag har ingen information om sådana externa konsultinsatser*

De vanligaste svaren bland "förtroendevalda" är:

- *Knappast bidragit till något väsentligt i detta sammanhang*

Kommundoktorerna

Ca 2/3 av de anställda har på något sätt kommit i kontakt med konsulternas arbete och kunnat ta ställning till det. Det kan bedömas som en relativt hög siffra med hänsyn till att t ex första linjens chefer var de mest frekventa bland respondenterna. Av dem som känner till konsulternas arbete så har övervägande delen en kritisk hållning. Bland förtroendevalda är kännedomen väldigt hög, endast ett fåtal säger sig inte känna till dessa konsultinsatser. Förtroendevalda är än mer kritiska i sin bedömning av konsultinsatsernas värde för besparingsarbetet. Noterbart är att bland de anställda är man mest negativ i Helsingborg medan de anställda i Lund säger sig till stor del inte ha information om sådana konsultinsatser. Det kan bero på att konsulterna varit mer direkt inblandade i besparingsarbetet i Helsingborg av vad som framgår i uppföljningar och analyser.

Fråga 9: Har organisationen full beslutskompetens när det gäller att komma tillrätta med problemen i ekonomin?

Frågeställningen har sin grund i antagandet att det kan finnas brister i delegationer eller styrinstrument och kunnande som förhindrar att man aktivt tar tag i obalanser gentemot budget.

De vanligaste svaren bland "anställda" är:

- *Vet inte, och*
- *Nej, tjänstemännen klarar inte den uppgiften utan det krävs politiska beslut för att nå balans i ekonomin*

De vanligaste svaren bland "förtroendevalda" är:

- *Nej, tjänstemännen klarar inte den uppgiften utan det krävs politiska beslut för att nå balans i ekonomin*

De anställda tvekar uppenbarligen om den kompetensen finns, bl a ger man den egna sjukhusledningen ganska lågt förtroende. Lägst är förtroendet för sjukhusledningen i Malmö och högst i Helsingborg. De förtroendevalda är mer säkra på sin sak, nämligen att tjänstemanna organisationen inte klarar av uppgiften.

Fråga 10: Hur agerar organisationen då det uppstår målkonflikt mellan resurser och verksamhetsmål?

Frågeställningen har sin grund i konflikten mellan ekonomi, patientintresset, verksamheten.

De förtroendevalda svarar att det är verksamheten som prioriteras och de anställda svarar att det är ekonomin som styr. Av frisvaren kan noteras uppfattningen att "*Det finns ingen enhetlig hållning när väl beslut tas*". "*Verksamheten behöver stöd när besluten ska effektueras*." Det verkar råda olika uppfattningar mellan anställda och förtroendevalda i denna väsentliga frågeställning.

Kommundoktorerna

Fråga 11: Finns det något regelverk som anger hur organisationen ska agera vid målkonflikt mellan resurser och verksamhetsmål?

Frågeställningen är en följdfråga till fråga 10. Vid målkonflikt finns det något regelverks som styr hur organisationen ska hantera denna konflikt?

Hälften av alla anställda och hälften av alla förtroendevalda svarar: *Vet ej*. Det bör vara ett område för förbättring och förtydligande från central nivå att kommunicera med organisationen vilka rutiner och regelverk som gäller vid målkonflikt. Det måste vara otillfredsställande ur en mängd synvinklar att personal som har att hantera ekonomi och verksamhet inte vet om det finns regler för målkonflikt eller inte och att det därmed kan finnas osäkerhet kring resursutnyttjandet satt i relation till målen.

Fråga 12: Ger sjukhusledningen tillräckligt med stöd när det gäller att hantera målkonflikt mellan resurser och verksamhetsmål?

Även denna frågeställning är en följdfråga till fråga 10 och 11. Om det nu inte finns ett uttalat regelverk eller vetskapen om detta är dålig-finns det då ett stöd i det dagliga arbetet från sjukhusledningen?

Både anställda och förtroendevalda svarar entydigt att *Det finns utrymme för att förbättra stödet och dialogen*. Avdelningschefer och verksamhetschefer är än tydligare i sin kritik och uttalar: *Nej det brister påtagligt i stödet från centralt håll*.

Fråga 13: Förekommer det något utbyte med andra sjukhus avseende nyckeltal eller andra jämförelser, för ekonomi och verksamhet?

Frågeställningen handlar om erfarenhetsutbyte och jämförelser för att förändra och förbättra den egna verksamheten.

Av svaren framgår entydigt att *Det finns en del jämförelsematerial men det kunde varit mer utvecklat*. Men anmärkningsvärt är även i denna fråga att så många svarar *Vet ej*, närmare bestämt ca 30 % anger detta som svarsalternativ. Här finns uppenbarligen ett förbättringsområde.

Fråga 14: Ge exempel på någon verksamhet inom Region Skåne som du tycker kan tjäna som föredöme och gott exempel vad gäller styrning av verksamhet och ekonomi?

Syftet med frågeställningen är att se om organisationen har identifierat verksamheter som är eller kan bli förebilder för andra.

Av svaren framgår att det inte finns så många verksamheter som kan uppfylla kraven i frågan. Det verkar faktiskt inte finnas verksamheter som i någon högre grad är bättre än någon annan och det nämns också att det knappast finns någon verksamhet som inte samtidigt uppvisar brister. Av frisvaren framgår att alla har egentligen hanterat lika och därmed har det inte varit möjligt för någon verksamhet att utvecklas mer inom styrning och ekonomi.

Några som dock nämns i svaren är verksamheter som genomfört leanprojekt eller är lean styrda.

TJP

TEGLE JANSSON
& PARTNERS AB

Kommundoktorerna

TJP

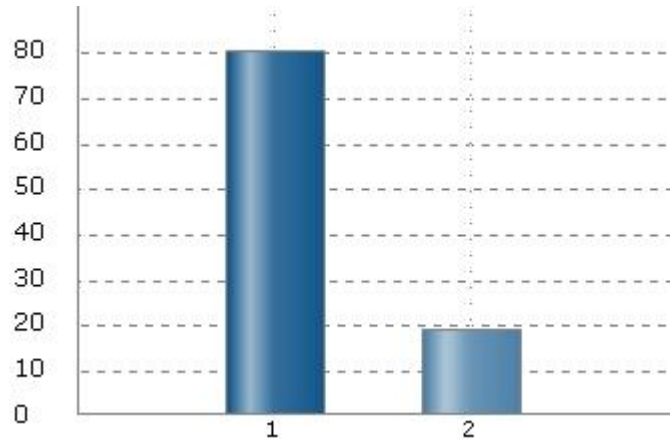
TEGLE JANSSON
& PARTNERS AB

Kommundoktorerna

Webbenkät – redovisning av svar

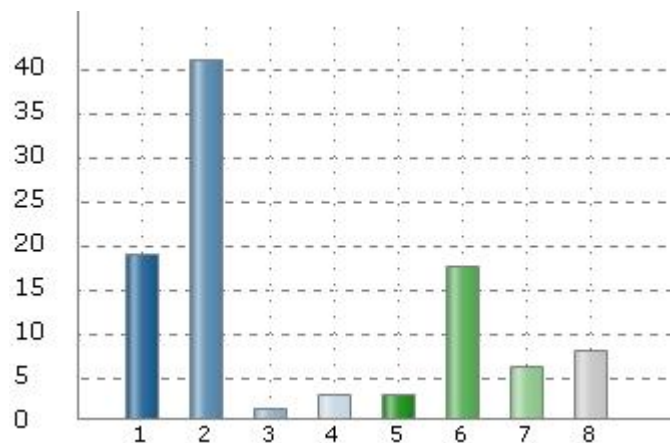
1. På vilket sätt är du (huvudsakligen) verksam i Region Skåne?

1	Anställd	285 (81%)
2	Förtroendevald	68 (19 %)



2. Vad har du för typ av befattning?

1	Administratör (t ex ekonom)	54 (19%)
2	Avdelningschef (s k första linjens chef)	117 (41%)
3	Läkare	4 (1%)
4	Sjuksköterska	9 (3%)
5	Sjukhusledning	9 (3%)
6	Verksamhetschef	50 (18%)
7	Vårdchef	18 (6%)
8	Annat, nämligen	23 (8%)



"Sektionsledare"

"Med. sekr."

"Divisionschef"

"stf verksamhetschef"

"chefläkare"

"chefssekreterare"

"Verksamhetschef"

Kommundoktorerna

"div chef"

"Områdeschef"

"verksamhetsansvarig/chef"

"Professor/överläkare"

"enhetschef rehab personal"

"biomedicinsk analytiker"

"Områdeschef"

"Div. chef"

"områdesspecialist"

"VC-sekr/Samordnare"

"Biträdande verksamhetschef"

"stabschef"

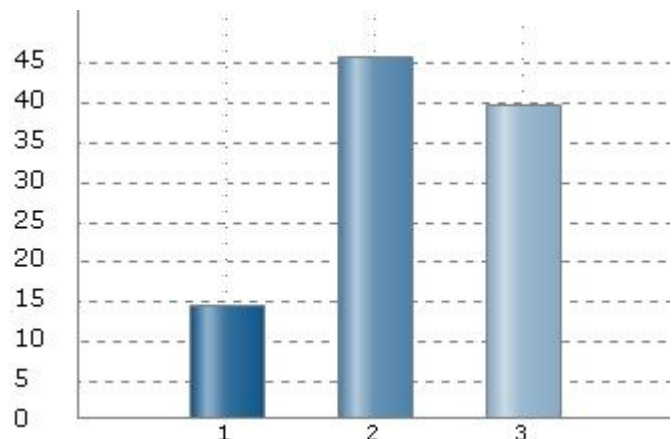
"arbetsterapeut"

"handläggare fd vårdchef"

"Samordnare"

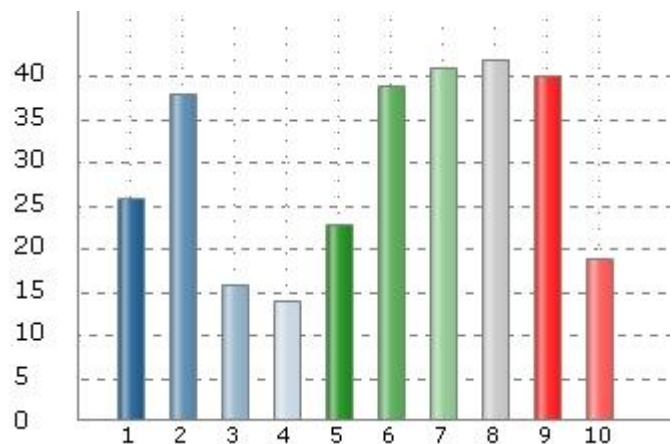
3. På vilket sjukhus är du verksam?

1	Helsingborg	41 (15%)
2	Lund	129 (46%)
3	Malmö	112 (40%)



4. Vilka är de tre viktigaste orsakerna till de ekonomiska problemen inom sjukvården?

1	Brister i styrning och ledning av den dagliga verksamheten	88 (26%)
2	Brister i den politiska styrningen	128 (38%)
3	Tekniska briser i IT- och ekonomisystemen	55 (16%)
4	Kulturfrågor, det sitter i	47 (14%)



Kommundoktorerna

	väggarna.	
5	Intressekonflikter mellan olika professioner om resurser är kostnadsdrivande	78 (23%)
6	Det finns inga sanktioner mot de enheter som inte följer budget och inte några belöningar till enheter som gör det.	130 (39%)
7	Den ekonomiska styrsystemet fungerar inte tillfredställande	139 (41%)
8	Resurserna används inte på mest effektiva sätt	142 (42%)
9	Organisationen är stor och svårstyrd	135 (40%)
10	Annat, nämligen	63 (19%)

annat" angav:

"Avsaknad av intäktsfinansierad budget!!!!!"

"Tätare och regelbundna uppföljningar"

"Läkarna gör mer eller mindre som de själv vill - ingen chef står över dem."

"Vi får budget för sent på året"

"Dagens samhällsstruktur/utveckling ger accelererande resurskrav som är större än finansieringen"

"dålig kontakt med ekonom"

"Brist på prioriteringar"

"otydligt budskap till allmh att resurser ej räcker till allt"

"Underfinansiering av hälso- och sjukvården sedan 2006"

"För dålig tillgång på verksamhetschefer i pipelines"

"Brister i styrning och ledning generellt"

"dåliga upphandlingar i det mesta, ej professionellt skött"

"sjukvårdsbehovet större än budget"

"Tillgången/Behovet är större än ekonomin tillåter."

Kommundoktorerna

"Fel budget från början I/t svårighet att hålla sig inom ramarna. Samt ökat antal pat I/t försämrad budget. Akutsjukvård behöver vidare ramar"

"Alltför sen budget"

"Ersättningssystemet för produktion"

"Patientavgifterna är för låga"

"Dåliga leverantörsavtal"

"Inget samband mellan budget, uppdrag och verklighet. Generella spar läggs ut utan att se till resp. verksamhet. Har alla verksamheter samma utgångsläge när vissa kan spara miljoner när andra haft underskott i flera års tid??"

"Proaktivitet. Alla system är inriktade på att följa upp det som hänt. Då är det för sent. Ge oss system som hjälper oss att simulera vad som händer när olika beslut tas."

"Det behövs en övergripande medicinsk-etisk styrgrupp som värderar och beslutar om behandlingsprinciper, ffa inom högspecialiserad vård. "

"Tilldelningen av resurser är inte anpassad till behovet av vård"

"Uppdraget illa anpassat till resurserna"

"för dåliga uppföljningsverktyg på verksamhets/avds nivå"

"Orealistiska sparbetning."

"Allt för stora variationer i månatliga redovisningen per enhet relaterat till viken ekonom du just för tillfället har tillgång till. Skulle finnas ett standardutbud av redovisningsunderlag som varje 1:linjens chef ska hantera var månad"

"saknas budget resultaträkning/månad"

"Finansiering av sjukvården. Det finns en övertro att det går att spara, effektivisera vården, hur mkt som helst. "

"Alla dessa dyra externa konsultbolag som tagits in sista åren, vad har det gett? Har vi ens en gång fått se resultaten av det? Vad gav det ena konsultbolaget som det andra inte gav?"

"Otillräckliga resurser, särskilt akutvård"

"Stora skillnader på kunskapsnivåer på tex ekonom, hög högsta nivå men också låg lägsta nivå. Man delar inte med sig av kunskaper som kunde effektivisera. Många förstår inte helheten och hur de är en del av den."

"För många "styrande principer""

"Vården är underfinansierad relativt behovet"

"Generellt problem internationellt - resurserna motsvarar inte den tekniska och demografiska utvecklingen"

"dålig och sen information om vilken budget du har att röra dig med"

"Vilka ekonomiska problem syftas där på?"

"Slarv, kompetensbrist"

"Det utlovas mer än vad vi har råd med"

"budget historisk betingad med liten koppling till uppdrag + att efterfrågan vida överstiger det vi har råd att utföra"

"brist på långsiktighet"

"Budgeten är inte klar i tid och sällan nedbruten på avd nivå"

"Underfinansiering"

"Det finns grupper som inte fokuserar på det arbete man har i sin tjänst utan är mer intresserade av att berika sig själv med extraarbete privat."

"läkarstyrd vård, läkaren i centrum och inte patienten"

"Otillräcklig finansiering"

Kommundoktorerna

"Alla är duktiga och får inte kritiseras. Chefer och ekonomer håller på sin verksamhet. De är bäst. Det är en skam att vilja rationalisera. Det har ju prövats förut. Ge dem mera pengar så ska ni se att de kan hålla budget. :-) "

"Uppdragen följs inte, överskrids"

"Schemalägg läkarkåren"

"Brister i kopplingen mellan uppdrag och budget där uppdraget upplevs mer exklusivt än budgeten tillåter, detta ger en spridd attityd att "Vård skall kosta". Vidare känner ingen i systemet ansvar, det är inte "mina" pengar och när det äntligen lyckas med att få några pengar så slösar vi hellre för annars försvinner de tillbaka, det säger ryktet.. Frågar vi ekonomerna hur mkt pengar som finns kvar för en speciell kostnad får man inga klara svar, oftast får vi "det beror på vad som belastar det kontot" Vem kan sköta ekonomi på ett sådan information? Undrar hur många svenskar som klarat av sin privat ekonomi om de stått så på bankomatuttagslappen... "

"En oändlig efterfrågan"

"Brist på en tydlig prioritering inom såväl som mellan verksamheter"

"Resurser inte samordnade, tillgång - efterfrågan/behov av vård och ekonomi för denna hänger inte ihop"

"uppdrag motsvarar inte prognos och behov inom akut och oavvisliga patienter"

"Otydliga uppdragsbeskrivningar, produktion utöver uppdrag leder till kostnader man ej får ersättning för..."

"Resurserna har inte ökat i takt med patientflödet"

"Stora problem med tvärstopp i t ex anställning även för de som håller budget"

"konkurrens leder till kostnad, saknar samarbete"

"ökad efterfrågan ökad produktion under många år som gör att det är svårare att uppnå målen då verksamheterna är redan effektuerade i hög grad. Förväntningarna är övermäktiga."

"Överdriven dokumentation av lindrig sjukdom, läkare tvingas till onödigt arbete åt Försäkringskassans byråkrati"

"professionen har för lite inflytande"

"felaktig fördelning av resurser mellan olika discipliner. Vissa enheter som kan begränsa sig håller budget och sorterar bort patientkategorier. dessa patienter spiller över på andra enheter som inte vill eller kan prioritera bort dem vilket får till följd att de inte kan hålla sin budget. "

"En generell underfinansiering"

"Sjukvården är underfinansierad"

"Centrala upphandlingar och avtal som är styrande och bindande. Dessutom tar de administrativa delarna tid och viktiga personalresurser i anspråk. Om varje enhet hade fått sköta sin egen budget som ett eget företag hade man haft en bättre insyn och översikt över kostnader."

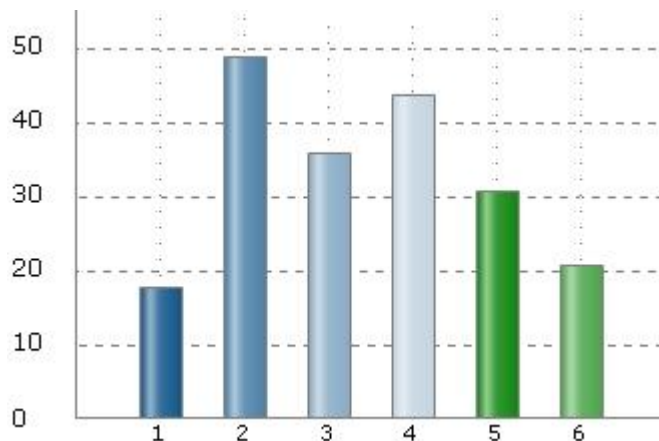
"fördröjning av ex bemanningskostnader, behov av ett styrsystem för mer omedelbar uppföljning"

"För stort fackligt inflytande. Fackets tolkning vinner nästan alltid över arbetsgivaren. Dåligt stöd från sjukhusledningen."

5. Vilka två påståenden stämmer bäst med din uppfattning om varför budgeten inte följs?

Kommundoktorerna

1	Generellt är budget inget bra styrinstrument av sjukvård, vårdbehov måste gå före ekonomi	60 (18 %)
2	Budgetprocessen har ett ovanifrån perspektiv och de som arbetar i verksamheten är för lite involverade i budgetprocessen.	163 (49 %)
3	Det finns inga sanktioner mot de enheter som inte följer budget och inte några belöningar till enheter som gör det.	120 (36 %)
4	De ekonomiska resurserna är för små och därmed är budgeten orealistisk	145 (44 %)
5	Organisationen hinner inte förbereda förändringar före budgetårets början	104 (31 %)
6	Annat, nämligen	70 (21 %)



"Budgeten relaterar på intet sätt till den verkliga produktionen!"

"Saknas tätare uppföljningar under året"

"Varje enhet är sig själv närmast - kämpar för sin verksamhet - beslut som måste vara väl grundade måste tas på politisk nivå."

"Sjukvårdskulturen - ekonomin är sekundär"

"Otydlighet i vad som ingår i uppdraget och finansieringen"

"Budgeten är inte anpassad till det som verksamheten presterar/producerar. Man tar inte hänsyn till de "specialfunktionerna" som utförs vid ett universitetssjukhus. "

"bristande motivation att pröva sin egen verksamhet"

"I verksamheter där behovet överstiger uppdraget och vårdköer inte är möjligt måste det bli överskridande"

"Brister i styrning och ledning generellt"

"kan endast påverka budgeten på avd i liten utsträckning, olika pat kostar olika mkt-ingen hänsyn till vad som finns på avd, upphandlingar med dyra avtal, framför allt flyttas enheter och byggs om alltför ofta, dålig logistik, dålig personalpolitik - kostar med hela tiden ny personal -upplärning- stannar kort tid m.m "

"vi får budgeten mycket sent och förutsättningarna förändras under tiden vilket blir svårt att hantera"

"Ersättningssystemet gör att budget för intäkter och därmed totalekonomin blir felaktig."

"dåligt genomförda förändringar som inte visar budget effekt."

"Det finns inget samband mellan budget och uppdrag. Svårt att styra mot något som inte är anpassat till verksamheten."

"Budgeten är inte realistisk i förhållande till uppdrag och verksamhet. Väldigt många budgetar är inte uträknade på grundval av vilka resurser som den aktuella verksamheten faktiskt behöver"

"Budgeten är vanligtvis inte klar förrän en bra bit in på året vilket gör att man tappar

Kommundoktorerna

- kontrollen i början sen kan det vara svårt att hämta igen "
- "Resurserna ok, uppdragen för stora"
- "Vill visa att budgeten är otillräcklig för att få mer nästa år"
- "Budgeten beslutas alldeles för sent, under påbörjat verksamhetsår, helt omöjligt att ställa om verksamheten då"
- "Vi har egentligen aldrig i svensk sjukvård på allvar arbetat med att ta fram budget, följa den och justera efter behov/utfall"
- "Politikerna måste tydligt uttrycka vad pengarna ska bekosta, dvs prioritera!"
- "Svårstyrd org då vi inte alltid styr våra flöden (akuta pat) Hierakier motverkar samarbete som skapar ineffektivitet= dyra lösningar."
- "Ersättningssystemet måste ändras"
- "ex akutverksamheten är under budgeterad efter uppdraget."
- "Alla är inte medvetna om vad det innebär att arbeta i en politiskt styrd organisation utan driver sitt jobb som om dom själva fick bestämma innehållet."
- "Dubbla budskap: håll budget/korta köer"
- "Kunskap saknas om hur man själv kan påverka kostnader och vilka alternativ det finns."
- "System och uppf svåröverskådliga"
- "Budgeten på klinisknivå är klar för sent"
- "Dåliga kunskaper om ekonomi och helhetsperspektiv hos cheferna"
- "alla chefer ute i verksamheten har helt enkelt inte den koll på sin ekonomi som krävs för att kunna planera för ett optimalt resursutnyttjande och därmed öka förutsättningen att hålla budget."
- "Budget avstämt mot verksamhetsuppdraget?"
- "Har man en hög akut verksamhet med från början begränsade ekonomiska ramar så är det svårt att hålla budgeten "
- "Chefer saknar kompetens inom ekonomi"
- "budget läggs för sent"
- "Brist på lojalitet hos läkarna"
- "Att överproducera vård som det finns ett behov av leder för verksamheten till att den givna budgeten inte kan hållas, vilket leder till besparingskrav."
- "Budgeten baseras på historik och inte på framtid."
- "Bristar i ledarskapet"
- "Det går att hålla budget men ej att ta hand om alla problem samtidigt"
- "Arbetar osmart"
- " ledarrollen på olika nivåer behöver stärkas"
- "Brist på mål, styrning och kontroll"
- "Budgeten sällan klar förrän i slutet på året"
- "Bristen på förståelse för att något måste tas bort det går inte att skära överallt hela tiden."
- "beställaren (politikerna) vet inte vad de vill ha (kunskapsbrist) och beställer fel uppdrag"
- "Det saknas vilja och kunskap (erfarenhet från andra verksamheter)"
- "Den regionala fördelningen av medel mellan sjukhusen"
- "inga kopplingar mellan uppdrag och budget"
- "Beslut fattas på samtliga nivåer, som inte har ekonomisk täckning eller är sanktionerade"
- "Budget måste ses på sjukhus nivå, inte på klinisknivå."
- "Det akuta inflödet av patienter är större än ekonomin tillåter, samtidigt som uppdragen till

Kommundoktorerna

sjukhuset fokuserar mer på elektiva patienter, ofta med medicinskt låg prioritet."

"Budgeten bygger på historisk fördelning och hänger inte med i vårdens förändringar"

"Budgeten är ett år kommer för sent, oftast redan när året börjat, hur kan man då planera?"

"Budgeten på de stora sjukhusen påverkas av en rad faktorer, - antalet "utomlänspatienter", DRG-priser, etc som inte direkt har att göra med om uppdragen är realistiska eller inte. I den meningen är budgeten interna medel, som delvis visar resursfördelningen inom Region Skåne, men som inte säger hur väl förvaltningarna har klarat sina uppdrag."

"Brist på ett tydlig/realistiskt uppdrag på verksamhetsnivå."

"Kvalitet kostar!!!"

"Svårigheter att se hela flödet från A-Ö"

"Dålig ekonomisk tänkande när det avser offentliga pengar, man vet att det går att gå back."

"Budgeten för många enheter saknar tydlig koppling till uppdraget"

"Styrsystemen för budget ändras och personalen i organisationen har svårt att hänga med och lära sig förstå. Det man inte förstår har man svårt att påverka och man får en utmattningsskänsla. Det spelar ingen roll vad man gör. Om man sedan sparar så räcker det aldrig ändå. "

"dålig följsamhet pga bristande ,otydlig styrning från politiskt håll (systemfel) som motverkar effektiv styrning på förvaltningsnivå "

"Svårt att få ekonomisk överblick och planera"

"Kopplingen mellan budget och verksamhet är svår att beskriva på ett förståligt sätt."

"Det finns en dålig förståelse för att det finns en kostnadsram"

"det skulle behövas flerårsbudgetar/ ta med överskott och underskott"

"felaktiga prioriteringar, inte rätt utbildade chefer"

"ekonomiska styrsystemet borde vara enklare, tydligare och snabbare visa resultat/uppföljning"

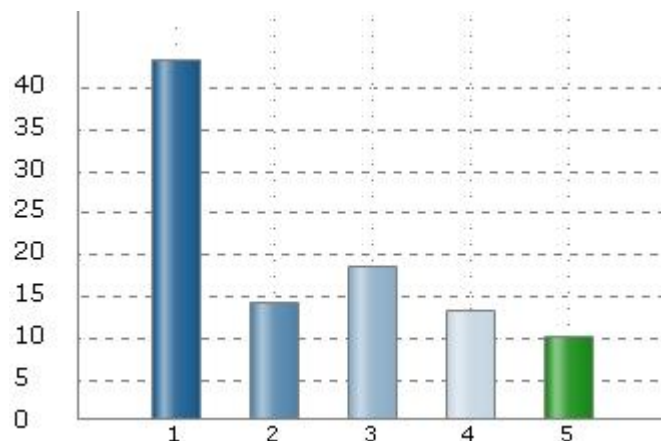
"konsekvensanalys saknas. "

"avsaknad av anpassning uppdrag/ budget."

"Inget IT system kan hålla reda på antalet anställda. Nya befattningar genereras hela tiden pga. trygghetssystemen och det fackliga inflytandet."

6. I vilken del av organisationen finns den huvudsakliga orsaken till rådande ekonomiska situation på sjukhuset?

1	Övergripande politisk ledning	143 (43%)
2	Central tjänstemannaledning	47 (14%)
3	Sjukhusledning	61 (19%)
4	Verksamhetsledning	44 (13%)
5	Annan, nämligen	34 (10%)



Kommundoktorerna

annat" angav:

"Bristande kommunikation mellan "budgetsättarna" och "budgetmottagarna" Bestäms uppifrån"

"Svårt att svara på, men jag menar att det är det ekonomiska systemet."

"Politikerna. Vågar inte tala om för väljarna att det är pengar som fattas. Se t ex så otroligt mycket mer pengar Rigshospitalet får för färre anställda och färre operationer."

"vet ej"

"Inga incitament för att utöka vården"

"Vet inte har inte denna överblicken"

"Bristande budgetanalys "

"Är en kombination av ovanstående då verksamheten måste ha mandatet att beskriva verkligheten och koppla uppdraget till rimlig ekon.ersättning samtidigt som verksamheten måste verkligen ta ett ansvar för sitt uppdrag och fullfölja detta med respekt."

"Finansiering kontra nivå på vården"

"En kombination av olika instanser där brist på insikt hos politiker och dåligt ledarskap inom verksamhetsområden bidrar till fel utnyttjande av våra ekonomiska resurser."

"medarbetares tendens till att inte ta personligt ansvar för ekonomiska frågor. Det blir lätt "nån annan" som ska ta ansvar eller ställas till ansvar för att saker inte funkar."

""hela vägen""

"Alla delar!"

"Problemet finns på olika nivå med olika perspektiv"

"organisationsförändringar inom RS"

"flera olika delar"

"akutsjukvård"

"Orättvis ekonomisk fördelning mellan sjukhusen"

"Vi arbetar i en politiskt styrd organisation och det är svårt för framför allt läkarna att acceptera."

"Ledningsgruppen (jag tror att det har blivit bättre på sistone, vissa har bytts ut)"

"alla"

"samtliga"

"Kombination av all förslag ovan"

"Kombination av samtliga ovan"

"Samtliga nivåer"

"De som styr uppdragen till sjukhusen. Är det politiken eller tjänstemännen?"

"Samtliga ovanstående och tidigare företrädare har lika stor del"

"Samstämmighet mellan alla ovanstående behövs - för många tuppar i hönsgården, alla vill säga sitt och de faktiska behoven & kostnaderna bagatelliseras till förmån för intresse. Behövs att alla i organisationen är eniga om gapanalysen och hur vi skall nå våra mål och varför."

"se föregående svar"

"ökat patientflöde"

"Kombination av flera"

"Det tar tid att ställa om , finns inget quick fix"

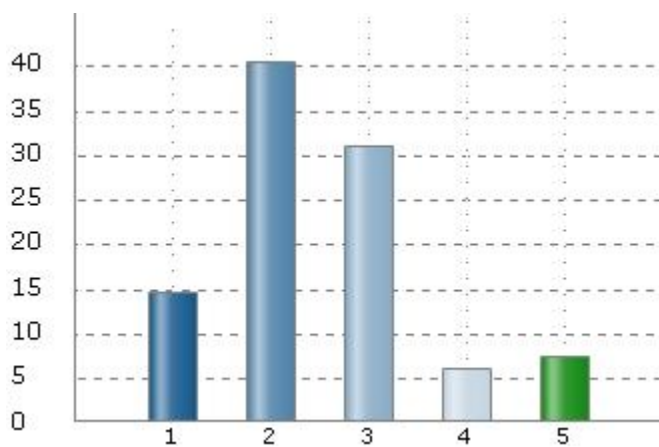
"styrsystemet"

"En kombination av ovanstående"

7. Vad anser du om det arbete som bedrivs för att konkret uppnå ekonomisk

balans?

1	Det är målinriktat och bra	48 (15%)
2	Det är utan långsiktigt hållbar inriktning	133 (41%)
3	Det är svårt att förstå det arbetet och de prioriteringar som görs i besparingssyfte	102 (31%)
4	Jag har ingen eller bristande information om sådant arbete	20 (6%)
5	Annat, nämligen	25 (8%)



De som svarat "annat" angav:

"Målinriktat på lång sikt, men ostadigt på kort"

"spelreglerna är otydliga"

"Tar inte hänsyn till verksamheter som inte kan bygga kösystem"

"Det är utan styrning o ledning"

"alla konsulter har kostat allt för mkt pengar! man harvar med "små" belopp istället för att ta ett stort helhetsgrepp."

"Vi är i händerna på externas konsulter som gör (för sig själva lönsamma) punktinsatser och lägger fram rapporter som till 90 procent består av självklarheter, ogrundade antaganden och politiskt korrekt svammel."

"Man vågar ej ta beslut om vad som är viktigast att göra i verksamheterna och att man inte vågar ta bort sådana saker som vi inte skall syssla med."

"Kan aldrig fungera då vi aldrig har en klar budget när vi börjar det nya året i bästa fall är det klar i Mars"

"Det präglas av att man jobbar i stängda boxar, fördelningen mellan divisionerna förutsätts vara i balans. Dålig anpassning till t förändrat sjukvårdspanorama. Vis hög spec. vård kostar mer liksom i stor utsträckning Akutsjukvård."

"Det är nödvändigt!"

"Är vi överens om vad som ska prioriteras och vem bestämmer detta?"

"Det finns behov av ökad kommunikation mellan den politiska strukturen och verksamheterna. Verksamheterna är i behov av handfast uppbackning och lojalitet om impopulära prioriteringar ska kunna genomdrivas."

"det finns långsiktigt bra arbete, t ex lean. Tyvärr görs det ofta "akutbesparingar/restriktioner" som troligen gör mer skada/merarbete än nytta.."

"ok m givna förutsättningar"

"Det är nödvändigt att både ha ekonomi i balans och realistiska krav på vad som kan utkrävas."

"Fel fokus"

"Det är målinriktat, statuerar exempel. Att ta bort staben har nog större betydelse"

"För lite fokus på mål "

Kommundoktorerna

"Orsakerna till obalans skall först visas, enhetliga system krävs o. inga förändringar efter ingångna avtal"

"Inga konkreta beslut som sedan följs"

"ibland får man intryck av att man inte lever som man lär vilket sänker tilltro till allt arbete och alla prioriteringar"

"tydlig kvalitets och evidensprocesser på varje klinik måste göras kontinuerligt."

"ett sisyfusarbete på lokal nivå"

"alldeles för stora besparingar har lagts på personal närmast patienten, vårdkvaliteten brister och arbetsmiljön blir lidande, stor risk för personalflykt"

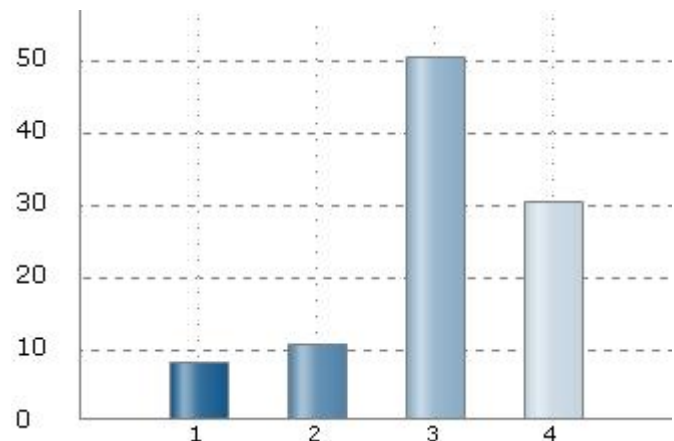
8. I vilken utsträckning har externa konsultinsatser bidragit till att finna lösningar på ekonomiska problem?

1 ■ De har gjort att vi konstruktivt diskuterar ekonomin 27 (8%)

2 ■ De har bidragit till att vi konkret hittat lösningar på frågor som har effekt på ekonomin 35 (11%)

3 ■ Knappast bidragit till något väsentligt i detta sammanhang 165 (50%)

4 ■ Jag har ingen information om sådana externa konsultinsatser 100 (31%)



9. Har organisationen full beslutskompetens när det gäller att komma tillrätta med problem i ekonomin?

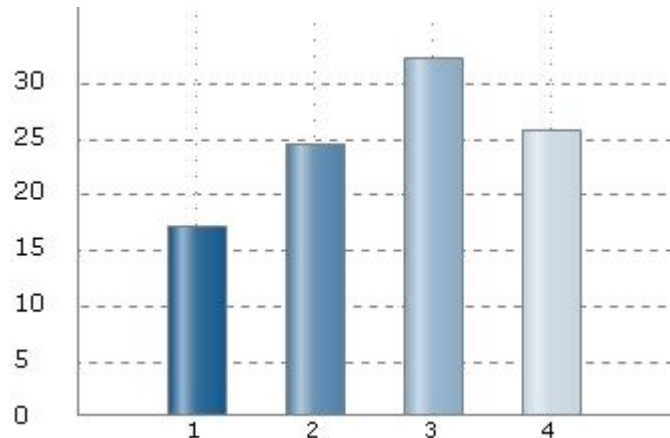
Kommundoktorerna

1 ■ Ja, den kompetensen finns i sjukhusledningen 56 (17%)

2 ■ Ja, den kompetensen finns huvudsakligen ute i organisationen 80 (25%)

3 ■ Nej, tjänstemännen klarar inte den uppgiften utan det krävs politiska beslut för att nå balans i ekonomin 105 (32%)

4 ■ Vet inte 84 (26%)



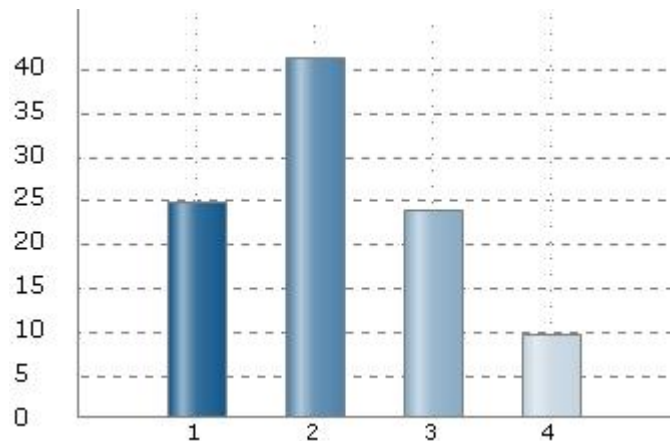
10. Hur agerar organisationen då det uppstår målkonflikt mellan resurser och verksamhetsmål?

1 ■ I den målkonflikten prioriteras verksamheten 81 (25%)

2 ■ Ekonomin styr hur verksamheten utformas 135 (41%)

3 ■ Patientintresset går före i alla målkonflikter oavsett ekonomi 78 (24%)

4 ■ Annat, nämligen 32 (10%)



annat" angav:

"Eftersom produktionen inte är styrbar upplevs detta som en stor frustration när man måste prioritera bort möjligheter till adekvat resurstillgång"

"Både alternativ 1 och 2; kan vara olika."

"Varierar mellan allt ovan"

"vet ej"

"Glidning"

"Man stoppar huvudet i sanden och hoppas att det skall lösa sig"

"Organisationsförändringar utan belägg för ökad effektivitet"

"Vet ej hur man tänker"

"De ekonomiska tillgångarna sätts aldrig i samband med vad organisationen kan och skall göra."

"patienterna går före i den bemärkelsen att vårdpersonalen får springa fortare, slutar sina anställningar pga. arbetet är tungt och upplevs som meningslöst att inte hinna med alla"

Kommundoktorerna

arbetsuppgifterna. Arbetstiderna har spelat roll på min arbetsplats, 5 sjuksköterskor slutar pga. varannan helg schemat och allt för tungt och krävande arbetsinsats. Annars satsas det lika mycket på forskning och behandlingar. Läkarna prioriterar alltid i förhållande till patientens behov/önskemål. Sällan ser jag ett beslut om att avstå behandling som kanske inte botar eller förlänger livet. Dyra läkemedelskostnader är ett exempel på detta. Obalans finns också på sjukhusets akuta uppdrag och det elektiva uppdraget som läkarna föredrar att arbeta med. Om avdelningen fylls med akuta patienter så har vi flera verksamheter som inte kan jobba som planerat, operations avd, anesthesi osv. "

"Beror på hur viktig frågan är för patienterna handlar hela tiden om vilken kvalitet på vården som patienterna har rätt till"

"resurserna styr vilken verksamhet vi kan bedriva"

"Det finns ingen enhetlig hållning när väl beslut tas. Verksamheten behöver stöd när besluten ska effektueras."

"vet ej"

"komplext"

"Patientfokus är alltid nummer ett! Men vårdpersonalen orkar inte med det ökade tempot pga. indragningar och schemaändringar, dåliga arbetsförhållande. Detta ser vi konsekvenserna av nu när vi har ett stort antal, framförallt sjuksköterskor, söker sig andra arbete. Detta blir för verksamheten en stor kompetensflykt!"

"punkt 2 och 3"

"Det är knappast antingen eller utan snarare frågan om en ständig avvägning av olika behov."

"Balans ekonomi verksam eftersträvas"

"Verksamhet enligt tradition"

"prioriteringsgraden. Akut verksamhet går före ekonomi. Mindre akut - tillåter ekonomin att styra mer."

"kompromisser"

"säkert olika vid olika tillfällen"

"En blandning av ovan"

"Eftersom det saknas ett tydligt och realistiskt uppdrag anpassas verksamheten till det vi tror är vårt uppdrag. Detta görs utifrån patientbehov och de ekonomiska förutsättningar som vi tilldelats. "

"inget val eftersom uppdrag inte motsvarar behov inom oavvisliga patientgruppen"

"genomtänkt kompromiss ekonomi -verksamhet"

"då det är möjligt styr ekonomin annars det som är bäst för verksamheten. "

"panik"

"En mix av ovanstående"

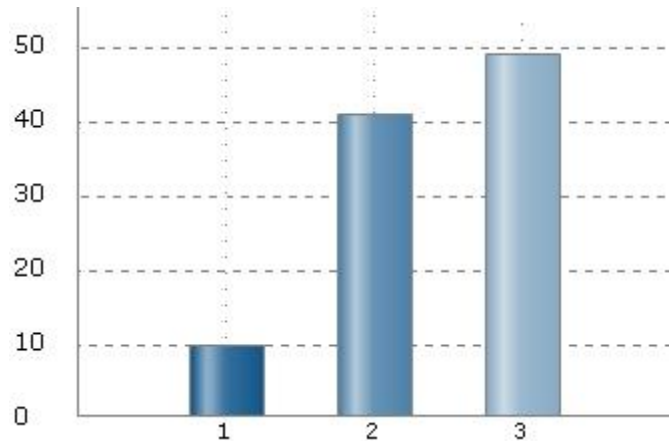
"cynismen brer ut sig"

"Olika intressen styr, ibland patienten och ibland ekonomin"

11. Finns det något regelverk som anger hur organisationen ska agera vid målkonflikt mellan resurser och verksamhetsmål?

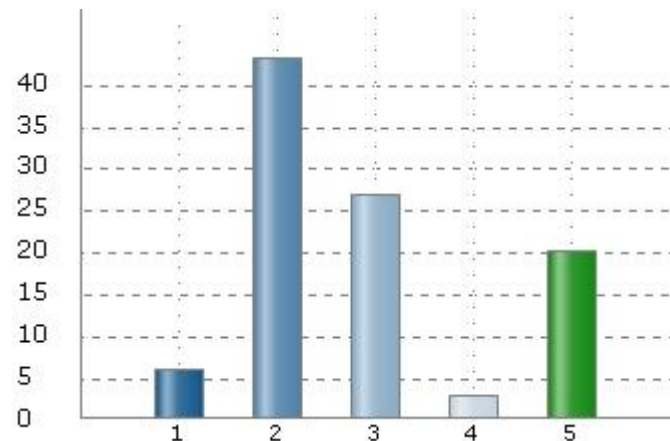
Kommundoktorerna

1	Ja	32 (10%)
2	Nej	134 (41%)
3	Vet inte	160 (49%)



12. Ger sjukhusledningen tillräckligt stöd när det gäller att hantera målkonflikten mellan resurser och verksamhetsmål?

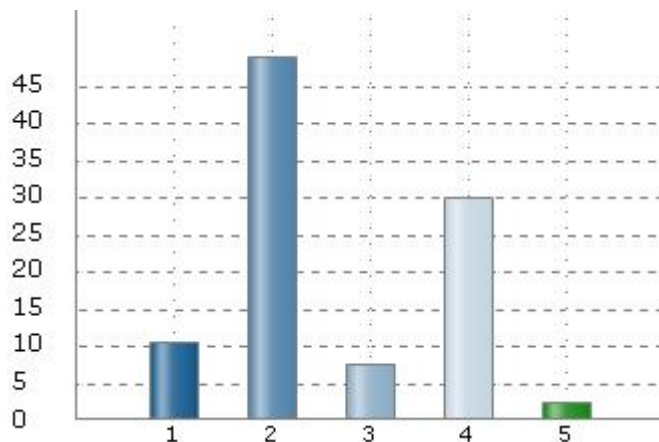
1	Ja, de bidrar konstruktivt i processen	20 (6%)
2	Det finns utrymme för att förbättra stödet och dialogen	141 (43%)
3	Nej, det brister påtagligt i stödet från centralt håll	88 (27%)
4	Nej, det sköter vi bättre själva ute i organisationen	10 (3%)
5	Vet inte	66 (20%)



13. Förekommer det något utbyte om med andra sjukhus avseende nyckeltal, eller andra jämförelser, för ekonomi och verksamhet?

Kommundoktorerna

1	Ja, jag har tillgång till jämförelser sådana jämförelser inom mitt verksamhetsområde	35 (11 %)
2	Det finns en del jämförelsematerial men det kunde varit mer utvecklat	159 (49 %)
3	Nej	25 (8 %)
4	Vet inte	98 (30 %)
5	Annat, nämligen	8 (2 %)



De som svarat "annat" angav:

"man mäter olika på sjukhusen. Mkt svårt att jämföra tal t ex Lund- Malmö"

"endast företagen som anlätades för att granska verksamheterna, deras jämförelse siffror gick inte att använda mot vårt demografiska uppdrag i Malmö. Dåligt genomfört arbete som kändes onödigt och som dessutom inte ledde till något konkret ute i verksamheten."

"Ett av konsultbolagen kom med nyckeltal rörande antal anställda per patient, och vad gav det? Vi jämfördes med något litet sjukhus uppåt landet, som inte bedriver den högspecialiserade vård som vi gör. Det säger heller inget om vårdtyngden eller vad det ligger för patienter i sängarna."

"Svårt att hitta exakt liknande verksamhet"

"Om vi själva söker informationen"

"För dålig datakvalité"

"Det har vi själva fått jobba med. Ingen hjälp från centralt håll."

"Region Skåne borde gå med i Nysam. Vi är med som klinik vilket är ovärderligt."

14. Ge exempel på någon verksamhet inom Region Skåne som du tycker kan tjäna som föredöme och gott exempel vad gäller styrning av verksamhet och ekonomi?

Förslag

"VO Thoraxkirurgi, Anestesi och Intensivvård och även andra delar av den tidigare hjärt- och lungdivisionen, USiL"

"Vet ej"

"Medicinsk teknik i Lund"

"Infektionskliniken Lund"

"Finns det någon i dag? Det spelar ingen roll om man har ekonomi i balans. Alla drabbas av den ekonomiska turbulensen."

"Vet ej"

"Bättre kontakt mellan ex HSN o liknande beslutsfattare ger bättre underlag för realistiska budgetar."

"Sjukvården går o kommer att gå med flera hundratals milj i underskott vilket gör att

Kommundoktorerna

*budgeterna inte blir realistiska o därför uppfattas att budgeten alltid inte kan följas
Förtroende måste skapas omgående"*

*"de mindre enheterna, T EX Hässleholm ÄR FÖREDÖME Vad gäller att både klara verksamheten
och ekonomin. Du hittar numera även enheter inom SUS som efter Leanaktiviter klarar
bådadera"*

"Neurologiska kliniken Malmö, SUS"

"Hässleholms sjukhus med dess ledning"

"Inga förslag"

"Tyvärr inga goda förslag.

*Många enheter kostar mkt pga att man måste göra om och flytta hela tiden. Väggar sätts upp
och rivs ner, fönster installeras och tas bort. Dyra operationer planeras men med problem med
uppföljning.*

Generellt dålig logistik på sjukhuset och ibland brist på kommunikation. "

"Akutcentrum Malmö"

"Koncernledningen"

"har inget förslag"

"Neurologen Lund"

"Lung och allergi sjukdomar."

"LEAN"

*"Någon avdelning ha lyckats med att minimera vårdköerna kraftigt till ett minimum genom att
ändra rutinerna i arbetssättet på avdelningen.*

*Just nu minns jag inte vilken avdelning,
men det var antingen i Lund eller Malmö."*

*"Jag saknar insyn i andra verksamheters styrning och budget, har inte möjlighet att sätta mig
in i de frågorna när vardagen stryper oss.*

*Dessutom har ledningen för sjukhuset behandlat alla lika när det gäller besparingarna. De
stora klinikerna så som oss själva kirurgiska kliniken, ortopederna och medicinen är däremot
kliniker med jätte uppdrag mot medborgarna i denna stad, underskott i budget är ett ständigt
återkommande problem, är det ingen som kan räkna fram hur mycket pengar som behövs för
att driva vår verksamhet? Mas som sjukhus är underbudgeterad, detta har berott på mycket
dålig ledning av tidigare sjukhuschef. Hon har saknat kraft och förmåga att föra vår talan till
politiska ledningen.*

*Nu hoppas jag mycket på nya chefen på SuS Bent Christensen, han har visat tydligt vad han
vill uppnå och leder det till bättre ekonomi för Malmö delen av SUS är det värt att lyfta fram
som ett fantastiskt exempel."*

"Har ingen kunskap om andra verksamheter inom Region Skåne."

*"verksamhetsutveckling enligt lean styrd utifrån de enskilda medarbetarnas kunskap om vad
som är bäst för patienterna; målet måste vara att aktivt uppmuntra dialog med alla
yrkeskategorier"*

"Centralsjukhuset i Kristianstad"

"kommer inte på något"

"HLD i Lund"

"Handkirurgiska kliniken."

"Jag kan inte komma på något riktigt bra exempel just nu."

"Har lite för dålig inblick för att kunna föreslå."

"Har inget konkret förslag"

*"Har inte hört att någon verksamhet varit bättre än den andra. Vi har alla blivit generellt
behandlade. Även om vissa av oss hållit tex personalbudgeten, har vi på intet sätt fått någon
credit för det. Vi har fått nya sparbetning igen oavsett."*

Kommundoktorerna

"HLD Lund"

"Jag är tveksam om det finns något exempel som inte också uppvisar klara brister."

"Leanprojekten på Usil

Budgetdisciplin Hässleholms sjukhus

Läkemedel Kristianstad

Vårdinriktning Tåbylunds hälsovalsenshet"

"HLD, Lund"

"Intensivvårdskliniken Malmö"

"Verksamhetsutveckling på UMAS där jag fått inblick som tf utvecklingschef."

"Vet inte någon"

"Mitt eget verksamhetsområde Bild- och Funktionsdiagnostiskt centrum på
Universitetssjukhuset i Lund. "

"Ortopediska kliniken, Skånes universitetssjukhus"

Känner inte till någon sådan.

Skulle kunna vara Skånetrafiken

Lägg ner Region Skåne och utveckla Länsstyrelsens roll"

"I verksamhetsområdet Akutcentrum i Malmö finns medicinavdelning 4 som är ett bra
föredöme."

"Ingen

"Endokrinologiska kliniken i Malmö."

"Lean-projekten t.ex i Lund"

"Känner inte till något"

"Verksamheten bör få sin budget nedbruten på avdelningsnivå i början av året
Budgeten bör innehålla mer än personalkostnader. Som det är nu finns inga medel avsatta för
ev nyanskaffningar eller renoveringar utan det sägs att man får ta det på driften."

"?"

"Kristianstads sjukhus verkar alltid vara i balans när vi andra aldrig håller budgeten."

"Helsingborgs lasarett"

"Min divisionschef samlade samtliga chefer under 8 timmar och vi var tvungna att komma fram
till ekonomi i balans. Md alla chefer och resurspersoner (HR, ekonom, osv) så var det enkelt att
ta diskussioner. Vi sparade mycket pengar om än bara kortsiktigt."

"Perinatalmedicin Helsingborgs lasarett"

"VC Eden i Malmö"

"Finns säkert men jag har inget konkret exempel"

"Planerad verksamhet med ett LEAN perspektiv och koncerntänk. Ex ortopedi i Trelleborg och
Hässleholm."

"Förmätet att föreslå egen verksamhet"

"Tycker Lean-arbetet i Lund gett många positiva erfarenheter.

De mindre sjukhusen har lättare att hålla sin ekonomi i balans - går det att ta lärdom
därifrån?"

"Usil har börjat men det finns en lång väg kvar och det krävs åtgärder inte bara på en
förvaltning utan hela vägen uppifrån och ner."

"Hudkliniken i Lund"

"Den palliativa verksamheten i sydöstra Skåne-"

"Finns det någon verksamhet som liknar det banksystemet i Indien eller var det var, det som
fick Nobelpriset för några år sedan, vet ni vad jag talar om? Där man lånade ut pengar till
kvinnor så de kunde starta eget. I så fall röstar jag på denna verksamhet."

Kommundoktorerna

"Lean Helth är ett kvalitetssystem som verkar effektivt på verksamheterna."

"En tidigare version av ögonkliniken i Lund som var ett föredöme, men som idag är söndersplittrad."

"Handkirurgiska kliniken Malmö-Lund"

"Hässleholms sjukvårdsförvaltning"

"Inför ett bättre bokningssystem för undersökningar och åtgärder. Det finns exempel från utv chef på Usil. Hitta vägarna fram till effektivare snabbare och bättre vård. Anställ mer kvalificerade ledare/chefer. "

"På samtliga sjukhus kan numera klinikerna månad för månad följa ekonomi och verksamhet och gemensamt med sjukhuschef diskutera vad och varför. "

"När man på sjukhusen fick betalt för vad man gjorde. Då ansträngde sig alla för att både sköta ekonomi och patienterna."

"Rehab (Lund o Orup) är ett bra exempel. De har dock planerat verksamhet och kan därför lättare anpassa sig.

Många verksamheter som arbetar enl Lean förefaller ha förbättrat sin målluppfyllelse - ekonomi o effektivitet."

"Urologiska kliniken på USIL var tidigare ett föredöme."

"Handkirurgiska kliniken Malmö"

Har under många år bidragit med en god styrning och en positiv ekonomi."

"-se över hur fördelningen mellan divisioner sker. det som sparas på ett ställe kanske hamnar på ett annat och ger ingen besparing. tex helgstängningar ger överbeläggningar på ett annat ställe. "

"De delar av USIL där man etablerat LEAN"

"Regionledningen delar ut uppdrag. Detta omfördelas på sjukhus nivå där man lägger till en besparingsprocess. Dessa två processer är inte koordinerade. Är man duktig att hitta på nya uppdrag får man inte någon budget för detta utan tvingas spara ihop till rationaliseringar. Dessutom läggs det ut orealistiska besparingar.

Resurserna borde anpassas till befolkningsutvecklingen. Detta är en politisk fråga.

Någon bra styrning av ekonomin i Region Skåne har jag aldrig hört talas om."

"Lung- och Allergimottagningen i Helsingborg"

Motivering

"Jag representera själv den organisationen. Vi har infört daglig styrning och uppföljning av verksamheten, regelbunden ekonomisk uppföljning och fortlöpande analyser av flödet för att optimera resursutnyttjandet, vilket redan har gett resultat i form av en effektiviserad produktion. Vi har kommit en bit på väg i införandet av lean i sjukvården."

"Problemet med budgeten är till stor del brist på kommunikation mellan nivåerna, liksom avsaknad av intäktsfinansiering i högre grad. Dessutom behövs övergripande prioriteringar mellan verksamheter - alla försvarar naturligtvis sitt, varje enhet tycker att det de bedriver är det viktigaste, men övergripande sjukvårdsrelaterade prioriteringar behövs verkligen, men saknas,. Viktigt i en situation där det finns ett ändligt antal pengar.

Obs frågan : Har organisationen full beslutskompetens när det gäller att komma tillrätta med problem i ekonomin? ...omöjlig att besvara p.g.a. felaktigt utformad fråga."

"Vet ej"

"Har god koll på sitt uppdrag och följer upp verksamheten på individnivå."

"Haft budget i balans under flera år. Noggrann uppföljning på kliniken och oerhört väl använda resurser. Flexibilitet i verksamheten. Öppenvård med intrigerad akut verksamhet vilket gör det lätt att använda resurser på ett effektivt sätt."

"Ex har under åren 2007, 2008 o 2009 inget enda besök gjorts ute i organisationen o/e sjukhus förvaltningar gjorts av HSN!"

Kommundoktorerna

Hur kan en beslutande församling överhuvudtaget i en sådan svår fråga som att fördela över 22 Milj kr till 1.2 Milj innevånare, fatta beslut?

Frågan måste ställas omgående.

"

"Bra ledarskap och att våga bryta gamla strukturer är grunden för framgång på detta område."

"Långsiktigt arbete med prioriteringar och tydliga budskap om ekonomiska frågor till medarbetare"

"Här styrs med både morot och piska "

"Detaljerad uppföljning på avdelningsnivå avseende kostnader, verksamhetsmått, flöde etc"

"Välutvecklad förmåga att effektivt avveckla chefer och högre tjänstemän som misslyckats i sina uppdrag"

"En verksamhet med en mycket ansvarsfull och informativ verksamhetschef som dessutom sköter budget på bästa sätt. "

"Här har man under 2009 gått igenom hela ekonomin och anpassat sin verksamhet efter de resurser man har."

"LEAN-kultur (vilket är ett decentraliserat tankesätt) tror jag skulle bidra i stor utsträckning att få ekonomin i balans. Det kräver långsiktighet."

"Verksamhetsledningen på avdelningen hade själv kommit fram till att de skulle kunna arbeta bättre och effektivare om man ändrade arbetsrutinerna på avdelningen"

"Tydlig ledare med mål i siktet!"

"det är endast genom att chefer på alla nivåer lämnar utrymme för, tar initiativ till och stödjer verksamhetsutveckling som sätter patientens mervärde i centrum som en reell effektivisering kan uppnås; detta leder i sin tur till sänkta kostnader och undanröjer krav på ytterligare besparingar eller hot om uppsägningar."

"Bra dialog mellan sjukhusets ledning och verksamheterna. Har klarat mycket stora neddragningar. I nordöstra Skåne kostar invånarnas hälso- och sjukvård mindre per invånare än i övriga Skåne - ca 96 % av genomsnittet i Skåne enligt totalkostnadsbokslut."

"Kliniken använder sina resurser väl, följer produktions tal och ligger bra till i jämförelse med andra verksamheter. Kliniken har följt sin budget mycket väl de sista 20 åren .All personal informeras om målpuppfyllelse 2 gånger per år på en klinikfrukost för all personal där man känner stor delaktighet i verksamheten."

"Bra och tydlig ledning med klara mål!"

"De verkar ha bra koll på produktion"

"Verksamhetsstyrd bemanning och arbetstider.

Multiprofessionella team.

Ständigt lärande och flödesorienterade verksamhetsprocesser.

Tillämpad Leanmetodik.

Kontinuerlig resurs och resultatuppföljning

Rapportering av vårdresultat i relation till använda resurser.

Avvikelsehantering som kvalitetssäkringsverktyg

"

"Koll på läget!"

"Vi håller budget, vi följer regelverket som kommer från sjukhusledningen. Chefsgruppen har utvecklat arbetssätt där vi alltid diskuterar möjligheten att omfördela resurser inom BFC, vilket vi ofta gör. Detta skapar engagemang och arbetsglädje. Vår verksamhetschef Peter Hochbergs har en tydlig mötesstruktur där han lyfter ekonomi varje månad så att samtliga medarbetare får info. Vår personalspecialist Katarina Brugge bevakar och utbildar oss på ett positivt sätt så påbud och regelverk efterföljs. "

"Stor arbete pågående med och utan konsulter i alla led."

Kommundoktorerna

*För många kockar i "Skånes soppa"
Det räcker med kommun och stat"*

"Avdelningens mål är att ha patienten i centrum. Kompetens och resurser nyttjas vilket har gett positiv effekt på avdelningens ekonomi. Tydlig struktur och mål och bekräftelse av medarbetares kompetens har lett till att medarbetarna är engagerade och lojala trots omorganisation och det kritiska ekonomiska läget."

"Har kontroll över situationen."

"Om budget är klar redan i början på året får verksamheten möjlighet att styra och följa framför allt sin personalbudget. Man får dessutom möjlighet att relatera den till produktion. Detta skulle sannolikt leda till en bättre förståelse för medarbetarna vad gäller kopplingen ekonomi och produktion."

"Politikerna måste våga lägga ner sjukhus, väldigt tätt med sjukhus här i Skåne, se på Norrland, de klarar sig!"

"Sedan bolagstiden utvecklat en styrmodell för produktion och ekonomi som har en verklighetsanknytning"

"Bra utfall gällande medicinska nyckeltal

Kund nöjdheten (mäts kontinuerligt)

Personal relativt nöjd enl Springlife (BB bästa utfallet på Lasarettet)

Kostnadseffektiv verksamhet enligt de granskningar som har gjorts nyligen (Genomlysningen och Helseplans granskning)"

"God tillgänglighet kostnadsmedvetande sätter patienten i centrum."

"De har en verksamhet som sätter patienten i fokus samt ett gediget intresse för sin roll som utförare, de har även ett väl utbyggt samarbete gällande smärtledning. Ekonomin kan ibland bli en sekundär sak, men trots detta så fungerar verksamheten efter de satta ekonomiska ramar. "

"På detta sätt får alla verksamheter en känsla av att det är deras pengar och då tänker man till lite extra innan man spenderar. Vidare får man det vi saknar idag nämligen feedback, tex. att om vi lever lite fattigt ett tag så har vi råd att anställa/utbilda imorgon. Så som det är idag upplevs morötterna som tomma löften/plastmorötter, då alla är vana vid att aldrig få dem för nästa år är det alltid något annat som dykt upp, finanskris i världen, ny politisk organisation, allt man kan tänka sig. "

"Felbeslut i sjukhusledning."

"Har alltid spelat efter spelreglerna trots att det många gånger påverkat kliniken negativt!"

"God ekonomisk hushållning

God tillgänglighet

God kvalitet

"Idag går det alldeles för mycket tid och resurser till spillo avseende inställda besök, undersökningar och operationer. Man måste få ett bättre patientfokus. Sjukvården finns till för patienterna och inte endast för att professionen skall få utlopp för sina behov!

Även om man är en riktigt duktig läkare betyder inte det att man är en duktig ledare/chef."

"Verksamheter som inte bara kör på i gamla hjulspår utan tänker nytt, t ex arbetar enl lean, är de som lyckas bäst. Det är mitt intryck.

Det är inte alltid extra resurser som är den optimala lösningen. Men verksamheter som trots effektiviseringar m h j a bl a Lean ändå inte klarar sitt uppdrag bör få extra resurser. Smärtverksamheten har kunnat minska sina köer m bl a extra medel

"Man arbetade målmedvetet med effektivisering av verksamheten inom ekonomiska ramar och kunde behålla /förstärka kvaliteten. men också här har gränsen nåtts, och ekonomiska ramar leder till nerdragningar där kvaliteten blir lidande. "

"Ett sätt att optimera effektiv verksamhet är att koncentrera den till vardagar, det ger stora fördelar både ekonomiskt och arbetsmiljömässigt i form av bra arbetstider för de anställda samt god ekonomi till de enheter som kan styra sin verksamhet. De enheter som ej kan styra sin verksamhet på samma sätt hamnar då i ett svartepetter läge med överbelagda avdelningar / dåliga scheman som leder till sjukskrivningar och personalomsättning / samt budgetöverdrag."

"LEAN är ett ledningssystem som prioriterar effektiva patientflöden. Det ger hög kvalitet till patienten samtidigt som det hushållar med resurserna."

"Osäkerhet ang ekonomin råder men respekt och mottagande av patient och anhörig kan inte vara bättre"

TJP

TEGLE JANSSON
& PARTNERS AB

Kommundoktorerna

Bilaga 6 Styrning av sjukvård – stora multiprofessionella organisationer

Bakgrund

Svensk hälso- och sjukvård står inför stora utmaningar när det gäller struktur, organisation och styrning. Svensk hälso- och sjukvård har också genomgått osedvanligt många strukturella och organisatoriska förändringar, trots detta finns allvarliga eller t o m tilltagande brister.¹ Med utgångspunkt från en översiktlig ”avscanning” av bl a forskning har vi noterat ett antal viktiga frågor för hälso- och sjukvård i Sverige.

- *Organisation och ledning av sjukhus*
Organisation och ledning av sjukhus är en komplex fråga som bl a måste förstås mot bakgrund av att de är multiprofessionella organisationer – med många starka professionella grupper. De professionella gruppernas engagemang och värderingar är ett viktigt inslag i sjukvården. Vägen mot en bättre fungerande organisation och en bättre styrning kan vara ett ökat fokus på dialog och långsiktighet med syfte att skapa förståelse. Den drivkraft som ligger i professionens utvecklingsinriktning bör då bejakas.
- *Universitetssjukhus har särskilda förutsättningar*
Universitetssjukhus har speciella förutsättningar dels genom sina uppdrag rörande forskning och utbildning dels genom att man håller kapacitet för att ta hand om särskilt komplexa fall. Detta leder till kostnader som till viss del i realiteten får bäras av den vanliga vårdproduktionen vid sjukhuset då ersättningarna för dessa uppdrag inte täcker kostnaderna.
- *Sverige satsar lite resurser på hälso- och sjukvård*
Sverige satsar idag ca 9 % av BNP på hälso- och sjukvård. Sverige har också få vårdplatser i relation till befolkning och vårdbehov med många äldre som genererar en hög vårdkonsumtion. Detta kan också innebära att vårdproduktion ”trycks över” från sjukhus till primärvård – där vi har en mycket liten andel av vårdresurserna. Mycket tyder på att vi i Sverige kan behöva satsa en större andel av vår ekonomi på hälso- och sjukvård samt att antalet vårdplatser kan behöva öka.
- *Sverige satsar liten andel av sjukvårdens resurser på primärvård.*
England tillhör de länder som satsar mest på primärvård. Många länder satsar betydligt mer av sjukvårdsresurserna på primärvården än Sverige. Sverige har alltså en kombination där vi dels satsar liten andel av vår BNP på hälso- och sjukvård dels satsar en liten andel av våra sjukvårdsresurser på primärvård.
- *Primärvårdens samverkan med slutenvård och kommunal vård och omsorg.*
Hur vårdkedjan fungerar är avgörande för hur vården fungerar – särskilt för multisjuka, kroniker och äldre. Kommunerna i Sverige svarar för en stor andel av omsorger för äldre. Detta område har varit föremål för många utredningar, huvudmannaskapsförändringar har delvis motiverats med sådana skäl. De stora effekterna av dessa reformer har ifrågasatts, problemen verkar kvarstå, frågorna drivs i dag bl a som betalningsansvarsfrågor.

¹ Anell 2004.

Kommundoktorerna

- *Primärvårdens roll och status i sjukvårdssystemet.*

I Sverige är primärvårdens och allmänläkarnas ”status” lägre än i många andra länder och låg i relation till sjukhusens specialiteter. Politiskt har mycket sagts om att primärvården behöver byggas ut och få en mer central roll i sjukvårdssystemet, dessa intentioner verkar dock inte leda till någon handling, t ex när resurser fördelas inom hälso- och sjukvård. Är det så att utbyggnad av primärvård får stå tillbaka när de stora sjukhusens underskott skall betalas? Leder primärvårdens svaga status också till att primärvården får ta över det andra specialiteter inte vill, orkar, anser sig ha råd eller inte tycker är tillräckligt fint?
- *Behovet av bred kompetens inom primärvården.*

Behovet av bred kompetens inom primärvården betonas av flera aktörer. Särkilt uppmärksammas behovet av team med bred kompetens inom primärvården. Denna kompetens bör kanske främst inriktas mot problem hos multisjuka, kroniker och äldre.
- *Kulturella frågor avgör ofta vilka diagnoser och patienter som prioriteras .*

Synen på vad som är viktigt (vilka diagnoser) och vilka som är viktiga (vilka patienter) avgör ofta hur resurser styrs och prioriteras inom hälso- och sjukvård. Här är det kanske så att t ex primärvård och geriatrik inte är det som har högst status när det är konkurrens om resurser. En viktig fråga är också hur vården kan möta en åldrande befolkning med fler äldre patienter, ibland ur en annan kultur och med ett annat modersmål.
- *Helhetssyn i vården*

Helhetssyn betonas i debatten, bl a multisjuka och kroniskt sjuka drar ofta en stor andel av sjukvårdsresurserna. Denna helhetssyn bör även innefatta bl a rehabilitering och fysisk aktivitet. Vårdplanering med primärvården som ansvarig i samverkan med kommunal omsorg som villkor för utskrivning från sjukhus är en modell som skulle kunna leda till bättre samordning och helhetssyn på vårdinsatser.
- *Tillgänglighet i vården*

Tillgänglighet i vården betonas politiskt och även av olika pensionärs-, patient- och intressegrupper. Här lyfts fram både att det skall vara lätt att få tid och att det skall vara korta geografiska avstånd till vårdcentralen.
- *Kontinuitet i vården*

Kontinuitet lyfts fram av många aktörer som avgörande för vård, särskilt för multisjuka och kroniskt sjuka. Denna aspekt kopplas även ofta till frågan om helhetssyn i vården (se ovan). Viktigt är att primärvården har både kontinuitet och helhetssyn för att kunna ställa bättre diagnoser och samordna vården inklusive medicineringen.
- *Finansiering och organisering*

Finansiering och organisering av hälso- och sjukvård är en viktig fråga som kan ha koppling till en många andra frågor ovan. Finansieringssystemen bör utformas så att de styr prioriteringarna av vården rätt. Viktigt är också olika sätt att utforma vårdvalsmodeller och finansiering av vårdproduktionen. Effekterna av ersättningsmodeller för utformning av vården samt för

Kommundoktorerna

effektiviteten i vården har också varit föremål för en omfattande debatt².

Organisation och styrning av sjukhus

Utvecklingen av och förståelsen för organisation och styrning av sjukhus har i många delar sökt bilder och kunskap från olika ämnen och teorier men också från styrning av andra typer av verksamhet. En ansats har varit att betona olika former av starkare ekonomistyrning, fokus kan då ha varit olika former för redovisning och budgetering. Ett annat fokus inom denna ansats har varit utveckling av modeller baserad på ersättning för produktion och i vissa delar söka marknadsliknande modeller. En ansats har varit att betona organisationens och strukturens betydelse. Ytterligare en ansats har varit att betona ansvar och ansvarsutkrävandet. Ännu en ansats har varit att utgå från organisationskulturella perspektiv och skapa förutsättningar för aktörerna själva att styra sin verksamhet enligt samhällets önskemål³. En bild som varit vanligt är också att utgå från de olika professionella aktörernas roller och betydelse i sjukhuset⁴. De ämnen som lämnat bidrag till denna vetenskapliga debatt är bl a företagsekonomi och sociologi, men även t ex nationalekonomi och statsvetenskap ingår i forskningsfältet.

En vanlig ansats i forskningen de senaste åren är att betona komplexiteten i de stora multiprofessionella organisationer som större sjukhus utgör. En vanlig bild är därvid att beskriva sjukhuset som bestående av ”fyra världar”⁵. Ett gemensamt drag för dessa ansatser i forskningen är sökande efter ny förståelse och nya tankemodeller som förklarar och gör det som uppfattas som svårstyrbart förståeligt och styrbart.

Werkö (2003) konstaterar t ex att kommunikationen mellan hälso- och sjukvårdens aktörer (politiker, tjänstemän, professionella) är bristfällig. Han betonar att detta sannolikt beror på att man saknar förtroende för varandra. Problemen blir då att ”alla skyller på alla” samt ”vattentäta skott” mellan politiker/tjänstemän/professionen.

När det gäller hur ansvar organiseras och fördelas har det bl a framförts behov av tydligare ansvar för strukturfrågor på politisk nivå – särskilt sjukhusstrukturen, tydligare prioriteringar från politisk nivå, större frihet för professionella grupper när det gäller frågor rörande den dagliga driften, större betoning av att administrativa nivåer ger professionella ledningsnivåer bättre underlag samt behov av bättre dialog mellan politiken och professionella grupper inom sjukhusen⁶.

Figur: Sjukhusets fyra världar

(Efter Norbäck, Targama (2009), baserad på Glouberman, Mintzberg(2001))

Community Det allmänna, politik, styrelse, ägare	Control Professionell management, chefer, administratörer
Cure Läkare	Care Sjuksköterskor, omvårdnad

² Se t ex Bergman & Dahlbäck (2001).

³ Se t ex Ragneklint och Jansson (2003).

⁴ Se t ex Werkö (2003).

⁵ Se t ex Glouberman och Mintzberg (2001) samt Norbäck och Targama (2009). De senare tillämpar Glouberman och Mintzberg på svenska förhållanden och ett svenskt sjukhus.

⁶ Se t ex Werkö (2003) och Ragneklint och Jansson (2003).

Kommundoktorerna

Iden bakom denna uppdelning är att försöka göra sjukhusets komplexitet hanterbar och ge ett språk för att beskriva problem vid styrning, ledning och organisering. Utgångspunkten är då att beskriva sjukhuset som bestående av fyra ”världar” med olika personalkategorier där varje ”värld” styrs av sin egen logik, kultur eller värderingar. En viktig del av förståelse för styrning av sjukhus utgörs också av hur dessa ”världar” samverkar. ”Cure” beskrivs som läkarnas revir, här ligger ansvaret för medicinska beslut och medicinsk behandling. Bilden kompliceras av att ”cure” i många fall består av olika specialiteter och subspecialiteter med värderingar och ”logiker” som i vissa fall avviker från varandra och kan komma i konflikt med varandra på ett sätt som ibland är medvetet men ofta omedvetet för deltagarna⁷. Här är den egna specialitetens utveckling och forskningsfront ofta en viktig styrande faktor. Med den ökande specialiseringen, med utgångspunkt från kunskapsfält mer än vårdrelaterad logik, ökar sannolikt problemen med styrning och samordning. ”Care” är sjuksköterskornas domän och avser omvårdnad och vård i komplexa flöden runt patienter och anhöriga. Här är en viktig faktor samspelet med läkare (”cure”) och administration (”control”).

”Control” är administratörernas professionella område, ofta fokuserat kring personal, ekonomi, it etc. Här återfinns chefer med administrativa funktioner och administrativa stöd samt stabsfunktioner som inte kräver medicinsk kompetens. ”Control” har ofta rollen av att vara en ”gatekeeper” i det ekonomiadministrativa och administrativa systemet med roll att samspela med såväl ”cure” och ”care” som ”community” (politiken) i administrativa frågor kring budget, resursfördelning, investeringar etc. Med ”community” avses representanter för samhället (”ägarna”) i det svenska systemet politiker och politiska organ. Men hit räknas även andra myndigheter (t ex socialstyrelsen), intresseorganisationer (t ex patientorganisationer) och lokala intressen (t ex kommuner).

Viktigt att notera är att de fyra världarna var för sig också är uppdelade horisontellt (mellan olika specialiteter och kompetenser) och vertikalt (i olika nivåer). I litteraturen beskrivs utvecklingen ofta så att ”community” ökat sin beslutsfär medan ”cure” minskat sitt beslutsutrymme. Om detta är en riktig beskrivning kan diskuteras men uppfattningen är viktig att notera för att förstå systemet. I litteraturen beskrivs också motsättningen mellan ”cure” och ”control” ibland som ett krig mellan ”doctors” och ”managers”.

”Community” och ”control” har ofta drivit fram olika typer av reformer inom organisation och styrningsformer. Oavsett innehåll i dessa reformer är oberoende utvärderare eniga om att dessa reformer ofta haft begränsad effekt i relation till intentionerna⁸. En viktig insikt som vuxit fram i forskningen de senaste decennierna är att förståelse och acceptans måste finnas brett i de fyra världarna och kanske främst inom ”cure” och ”care” – som ju svarar för själva verksamheten – för att nya mål, organisations- och styrsätt skall fungera i praktiken. Utan denna förutsättning kan initiativ från ”community” och ”control” leda till starkt motstånd inom ”cure” och ”care”, ett motstånd som ibland maskeras genom formell anpassning.

Under de senaste åren har ”organisationskultur” varit ett viktigt begrepp för att beskriva och förstå styrning av sjukhus. Logiken i ”de fyra världarna” kan därför också förstås som uttryck för olika organisationskulturer. Uppfattat på detta sätt blir frågan om att styra sjukhus mycket en fråga om hur man kan åstadkomma en kulturförändring eller en kulturutveckling. En sådan förändring har ofta som sin viktigaste bas en förändrad förståelse hos de berörda grupperna inom ”cure” och ”care”.

⁷ Norbäck och Targaman (2009) anger att det från 1 juli 2006 finns 56 specialiteter för läkare.

⁸ Norbäck och Targama (2009) sid 19.

Kommundoktorerna

En viktig utgångspunkt för att förstå ledning och styrning av sjukhus är ofta en insikt av hur multiprofessionella organisationer styrs och utvecklas. Speciellt för ett sjukhus är att arbetsfördelningen till stor del styrs av att verksamheten utförs av flera professionella yrkesgrupper – som genom sin profession ”vet” sin roll och vad de skall göra, men också ”vet” vad andra grupper skall göra och vilka roller de skall ha. Detta är ofta den form för ledning och samordning som i praktiken styr sjukhus – inte cheferna eller de formella besluten. En viktig aspekt är vidare att man de senaste 10-15 åren sett en växande grad av missnöje och utanförskap i sjukhus i västvärlden⁹. En viktig bakgrund till detta kan vara att den kultur eller etik som bär läkarkåren (med nyckelvärden som handlar om professionell autonomi, fokus på den enskilde patienten, evidensbaserad praktik) kolliderat med försök att styra läkarnas arbete med administrativa metoder (”control”). Resultatet av en sådan kollision kan bli ömsesidigt misstroende och antagonism. Vägen ur en sådan kollision kan vara ett ökat fokus på dialog och långsiktighet med syfte att skapa förståelse. ”Den drivkraft som ligger i professionens utvecklingsinriktning måste bejakas”¹⁰. En aspekt på detta växande misstro kan vara att chefer i vården i ökande utsträckning inte längre är läkare¹¹.

Detta är inte heller ett individfenomen – framgångsrika professionella organisationer arbetar ofta med den styrka som den professionella kulturen ger som en viktig del i ledningen av verksamheten. Basen i detta är att utvecklingen av en profession just är att skapa en inlärd kapacitet att agera och självständigt hantera ett problem eller en fråga på ett sätt som stämmer överens med vad andra i professionen uppfattar som riktigt. Detta påverkar i sin tur innebörden av chefskapet i professionella organisationer.

Organisationskulturen och de professionella kraven som bär den är en viktig faktor i alla professionella organisationer. Det är genom den som man vet sin roll och vad som är en bra insats. Det är med dessa värderingar som gemensam bas man för det dagliga samtalet med kollegor och chef. De värderingar som ligger i de professionella normerna är styrande för medarbetarna och innebär att de vet vad som ska göras och hur utan att diskutera detaljer. Denna organisationskultur och de professionella värderingarna är det som gör att platta organisationer med självständiga medarbetare fungerar bäst i dessa typer av verksamheter. Detta skapar också specifika förutsättningar vid utveckling och förändring.

Det som bär en långsiktig förändring måste baseras på en omfattande dialog med de professionella grupperna om hur deras professionella insats skall utvecklas och att de själva är delaktiga i att definiera detta arbete. Denna tankemodell kolliderar ofta med perspektivet i ”världen control” där legitimiteten är hierarkisk och härstammar från ett beslut på högre nivå. Så frågan kan formuleras ”vem tar initiativet till att jämka ihop professionerna?”¹².

Universitetssjukhus särskilda förutsättningar

De insatser som universitetssjukhus har till följd av sina uppdrag rörande forskning och utbildning är ofta svårt att avgränsa tids- och kostnadsmässigt, volymen är också svår att bedöma. Debatten om kostnaderna för de uppdrag universitetssjukhus har för forskning och utbildning kan inte heller

⁹ Stolt (2005).

¹⁰ Norbäck och Targama (2009) sid 67.

¹¹ Werkö (2003) menar t ex att reformen med införande av verksamhetschef (som inte behöver ha medicinsk kompetens) i stället för chefsöverläkare inneburit att en viktig karriärtjänst försvunnit för läkarkåren samtidigt som avståndet mellan chef och läkare vuxit.

¹² Werkö (2003).

Kommundoktorerna

frikopplas från att universitetssjukhus också håller en kapacitet att ta hand om särskilt svåra och komplexa fall. Den internationella debatten, starkt influerad från USA, påminner mycket om den svenska. Den allmänna bilden är att merkostnader hänförliga till forskning och utbildning samt att hålla kapacitet att ta hand om särskilt komplexa fall får bäras av den ordinära vårdproduktionen vid sjukhuset.

En allmän studie visar att universitetssjukhus har högre kostnader per behandling och att detta till stor del beror på att utbildningsverksamhet leder till lägre intensitet och lägre effektivitet i produktionstermer i behandlingen av patienterna¹³. Detta kompenseras inte heller genom andra intäkter. En studie rörande kirurgi visar t ex att kostnaderna förenade med utbildning och forskning endast till viss del täcktes av anslag avsedda för utbildning utan till icke obetydlig del täcktes av högre kostnader för genomförda operationer¹⁴. Därvid efterlyses ersättningsystem som mer korrekt täcker kostnaderna förenade med utbildningen.

Universitetssjukhusens komplexa uppdrag med forskning och utbildning är ett växande problem när ekonomistyrningen utvecklas och kontrollen av kostnaderna förfinas inom hälso- och sjukvården. En oro har uttryckts för att om ekonomistyrningen i sjukvården förbättras utan att samtidigt frågan om finansiering av utbildningsuppdraget i universitetssjukhusen lösts problemen för utbildningen kan bli mycket svåra med följder för sjukvårdens utveckling¹⁵.

Försök har gjorts att uppskatta värdet av de extra insatser som universitetssjukhus gör för utbildning, forskning och för att man har en beredskap att ta hand om extra komplicerade fall. Detta har notoriskt visat sig svårt. Slutsatsen av flera studier är dock att dessa extra insatser vid universitetssjukhusen är viktiga och värdefulla och väl motiverade de extra kostnaderna vid universitetssjukhusens ordinära vårdproduktion – men att det vore önskvärt att hitta bättre former för finansiering¹⁶.

Sjukvårdens resurser

I OECD-länderna uppgick kostnaderna för hälso- och sjukvård 2006 till knappt 9 % av BNP (att jämföra med ca 5 % 1970 och ca 7 % 1990)¹⁷. Under 1990-talet växte kostnaderna för hälso- och sjukvård inom OECD nästan dubbelt så snabbt som ekonomin i sin helhet. Enligt OECD:s prognoser kommer trycket uppåt på sjukvårdskostnaderna att fortsätta öka. OECD anger vidare att Sverige (tillsammans med Nederländerna, och Turkiet) utmärker sig genom att det är sjukhuskostnaderna som ökat medan primärvårdens kostnader inte alls vuxit på samma sätt. Sverige anges också som ett land som har höga kostnader för vårdinsatser på sjukhus (tillsammans med USA, Frankrike och Australien) medan Finland, United Kingdom och Danmark har låga kostnader för vårdinsatser på sjukhus.

Sverige satsar förhållandevis lite resurser på hälso- och sjukvård i jämförelse med andra industrialiserade länder. Sverige satsar ca 9 % av BNP på hälso- och sjukvård. Många bedömare anser att Sverige på sikt behöver satsa en större andel av BNP på hälso- och sjukvård. Att resursbehovet inom sjukvården skulle komma att öka är naturligt och en följd av flera processer, dels förändringar i

¹³ Newhouse (2003)

¹⁴ Williams mfl (2007). Enligt denna studie tog operationer vid universitetssjukhus i genomsnitt 36 minuter längre än i icke universitetssjukhus. Skillnaden motsvarar en ökning i tid med 60 % och avsåg ett stort antal operationer av olika typ. För vissa enskilda typer av operationer noterades dock kortare tid på universitetssjukhus.

¹⁵ Se t ex Gbadeb och Reihardt (2001).

¹⁶ Se t ex Koenig (2003).

¹⁷ OECD (2009).

Kommundoktorerna

efterfrågan på sjukvård av flera olika skäl dels att den relativa kostnaden för sjukvård i jämförelse med industrivaror i sig ökar¹⁸.

IHE¹⁹ har jämfört resurserna till sjukvård i sju länder (Sverige, Danmark, Frankrike, Norge, Storbritannien, Tyskland och USA) och dragit slutsatsen att de svenska sjukvårdsutgifternas andel av BNP är högre än i de länder i som finansierar hälso- och sjukvården med skatter (Danmark, Norge och Storbritannien), men lägre än de länder som finansierar vården genom obligatoriska eller privata försäkringar (Frankrike, Tyskland och USA). Mätt som sjukvårdsutgifter per invånare är det dock bara Storbritannien, av de sju länderna, som tilldelar hälso- och sjukvården mindre resurser än Sverige.

Sett till reala resurser har den totala sysselsättningen i hälso- och sjukvården minskat i Sverige, medan antalet läkare och sjuksköterskor ökat. Antalet läkare och sjuksköterskor ökar i samtliga sju länder som studerats²⁰. Denna utveckling bör ses mot bakgrund av investeringar i ny medicinsk teknologi, farmakologiska framsteg och en allmän överföring av vård till öppna former. Beträffande antalet vårdplatser för korttidsvård per invånare noteras att Sverige har en lägre nivå än Danmark, Frankrike, Norge, Storbritannien, Tyskland och USA.

¹⁸ Generellt gäller att tjänster (som t ex sjukvård) vid samma innehåll, har sämre förutsättningar att rationaliseras än varuproduktion. Detta innebär att priset på sjukvård kommer att öka på sikt. Se t ex Baumol (1967).

¹⁹ Anell, Hjalte (2004).

²⁰ Sverige, Danmark, Frankrike, Norge, Storbritannien, Tyskland och USA

Kommundoktorerna

Tabell: Kostnader för sjukvård i Sverige 1980 – 2002 ²¹

Expenditure	1980	1985	1990	1995	2000	2002
Total health expenditure (per capita, US\$ purchasing power parity)	924	1247	1566	1733	2243	2517
Total health expenditure (% of GDP)	9.1	8.7	8.4	8.1	8.4	9.2
Public expenditure on health (% of total expenditure on health)	92.5	90.4	89.9	86.6	84.9	85.3
Private expenditure on health (% of total expenditure on health)	7.5	8.6	10.1	13.4	15.1	14.7
	1980–1985	1985–1990	1990–1995	1995–2002		
Mean annual real growth in total expenditure on health	1.7	1.2	0.3	4.3		
Mean annual real growth in GDP ^a	1.8	2.4	0.7	2.8		

Source: Organisation for Economic Co-operation and Development (2004).

^a Mean of annual growth rates (in SKr) at 1995 GDP prices.

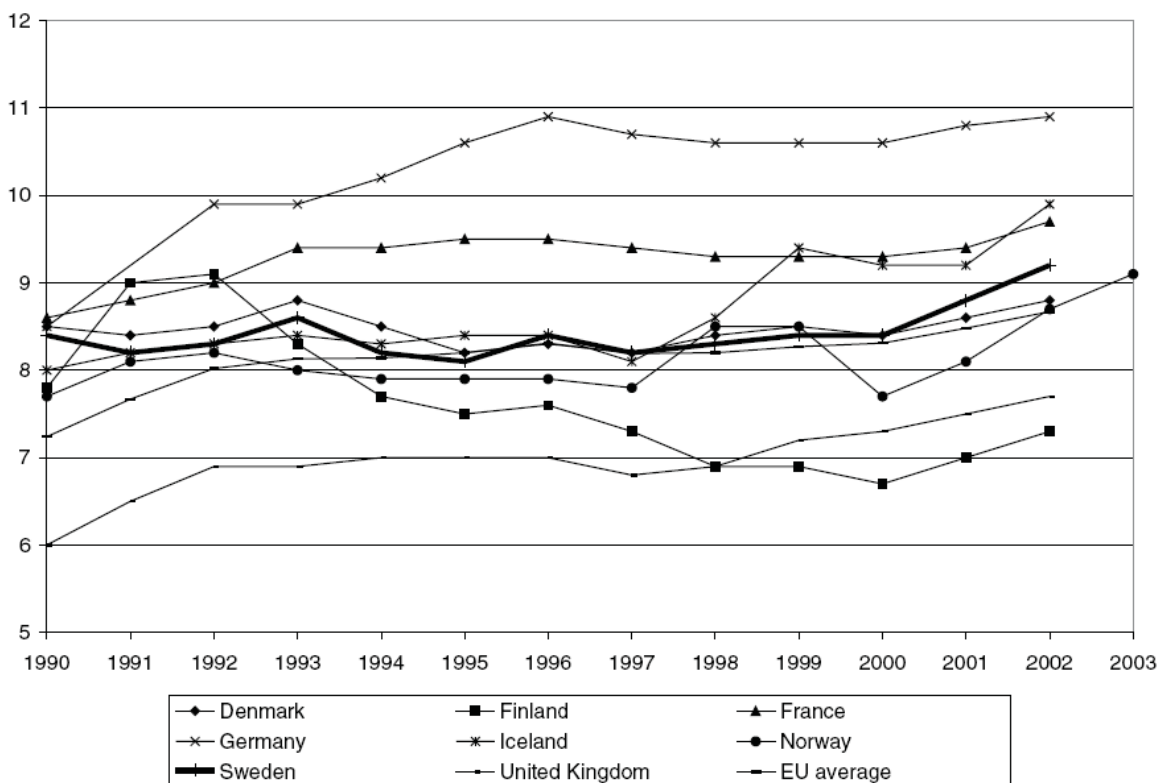
De flesta OECD länder möter en växande efterfrågan på sjukvård på grund av en äldre befolkning men framför allt som konsekvens av ny medicinsk teknologi och farmakologiska framsteg. ”Det är tveksamt om fortsatta omstruktureringar i svensk sjukvård kan frigöra lika mycket resurser som under 1990-talet för att möta dessa framtida krav. Det innebär i så fall att den ekonomiska tillväxten tillsammans med förmågan att prioritera kommer att få större betydelse för framtida möjligheter att tillhandahålla en god vård.”²²

²¹ Bankauskaite (2005).

²² Anell, Hjalte (2004).

Kommundoktorerna

Figur: Kostnader för sjukvård i Sverige och några andra länder (% av BNP)²³



Behovet av resurser kan förväntas öka, särskilt för vård av äldre. ”Antalet äldre ökar när den stora fyrtiotalistgenerationen nu blir ålderspensionärer. Inget tyder på att tidigare positiva hälsoförbättringar fortsätter, vilket innebär att ökning av antal äldre också innebär en ökning av behov av hälso- och sjukvård. Framsteg inom sjukvården innebär att andelen multisjuka ökar då fler lever längre och med många sjukdomar.”²⁴ Detta innebär sammantaget att trycket på resurser inom hälso- och sjukvård ökar men också att typen av sjukdomar, diagnoser och patienter förskjuts – mot fler äldre multisjuka och långtidsjuka – vilket också kräver en annan utformning av vårdorganisationen och vårdens sätt att arbeta. Notabelt är också att Sverige har en högre andel äldre äldre i befolkningen än de flesta länder som vi här jämför med.²⁵

Samma bild ger socialstyrelsen²⁶: Man konstaterar att ”allt fler äldre rapporterar hälsoproblem och besvär av olika slag. Den tidigare positiva bilden av utvecklingen av de äldres hälsa är alltså inte längre så entydig. Detta får naturligtvis konsekvenser när det gäller resurserna som behövs för att tillgodose en åldrande befolknings behov av vård och omsorg.”

Sverige har också få vårdplatser i relation till befolkning och vårdbehov - om man jämför med andra industrialiserade länder. Antalet vårdplatser har också minskat kraftigt de senaste åren. I Sverige har vi på några år avvecklat mer än 90 % av alla slutenvårdsplatser i geriatrisk. Detta har delvis inneburit att vård ”tryckts över från sjukhus till primärvården”. Detta har i sin tur bidragit till att primärvården haft

²³ Bankauskaite (2005)

²⁴ Törnkvist Wånell (2008).

²⁵ Detta påverkas över tid och beror bl a på årskullarnas storlek i olika länder, Sverige har t ex relativt små kullar på 30-talet och stora kullar på 40-talet. En annan faktor som påverkar detta är vilka länder som deltog i 2:a världskriget.

²⁶ Socialstyrelsen (2007).

Kommundoktorerna

svårt att klara sin uppgift, särskilt som utbyggnaden av primärvården och utbildningen av allmänläkare släpar efter. Fler läkarutbildade, särskilt allmänläkare och geriatriker, behövs enligt många bedömare.

Neddragningen av antalet vårdplatser på sjukhusen sedan början av 1990-talet har inte följts av tillräckliga satsningar inom primärvård och kommunal vård och omsorg.²⁷ Antalet platser i särskilt boende i kommunerna fortsätter också att minska, betonar socialstyrelsen²⁸, samtidigt som antalet personer som beviljas hemtjänst ökar. Satsningen på ”kvarboende går dock inte att entydigt avläsa när det gäller utvecklingen av stödjande insatser som korttidsboende, dagvård och anhörigstöd”. Antalet personer som har både hemtjänst och kommunal hemsjukvård ökar, detta ställer ökade krav på samverkan. Denna utveckling tyder också på att fler äldre med mer sammansatta behov vårdas hemma, bl a som en följd av minskat antal vårdplatser på sjukhusen.

Olika försök har gjorts med att forma team som ska kunna tillgodose såväl hög tillgänglighet som en sammanhållen vård för denna grupp, som exempel kan nämnas närvårdcentral, äldreteam och äldrevårdscentral. Flera av försöksverksamheterna har varit kortlivade utan att resultaten och erfarenheterna tagits tillvara på ett strukturerat sätt²⁹. Detta har inte främjat utvecklingen av hälso- och sjukvård för äldre.

Konsekvenserna av det minskade antalet platser på sjukhus och i särskilt boende blir allt mer synliga enligt socialstyrelsen³⁰. Kortare vårdtider, ökad genomströmning av äldre patienter på sjukhus, och ett ökat antal utskrivningsklara personer inom akutsjukvården är exempel på detta menar socialstyrelsen.

En annan indikation på det ansträngda läget i många kommuner är att korttidsvården tycks bli allt mer fylld av personer som väntar på en plats i särskilt boende. Boende/vistelseiderna inom korttidsvården blir allt längre. Socialstyrelsen menar att korttidsvården många gånger inte kan erbjuda tillfredsställande säkerhet i det medicinska omhändertagandet. Läget i korttidsvården innebär också att möjligheterna att nyttja korttidsvården för avlösning och rehabilitering försämrats. Det drabbar både den äldre själv och deras anhöriga. Hemtjänsten får därmed också ta över uppgifter eller bära konsekvenserna av att korttidsvården inte fungerar, menar socialstyrelsen³¹.

Fördelningen av resurser mellan slutenvård och primärvård

Sverige satsar enligt jämförande studier en relativt liten andel av sjukvårdens resurser på primärvård – och en relativt stor andel av sjukvårdsresurserna på slutenvård³². Storbritannien redovisar som en kontrast en mycket hög andel av sjukvårdskostnaderna för primärvården. Kostnaderna för den specialiserade somatiska och psykiatriska vården utgjorde drygt 61 % av landstingens totala nettokostnader 2007, medan primärvårdens andel uppgick till drygt 16 %³³. Resursfördelningen mellan primärvård och sjukhusvård ses också relativt väl i jämförelser av antal primärvårdsläkare i olika länder (se figur).

²⁷ Anell (2004).

²⁸ Socialstyrelsen, Vård och omsorg om äldre lägesrapport (2007).

²⁹ Se Törnkvist Wånell (2008).

³⁰ Socialstyrelsen (2007).

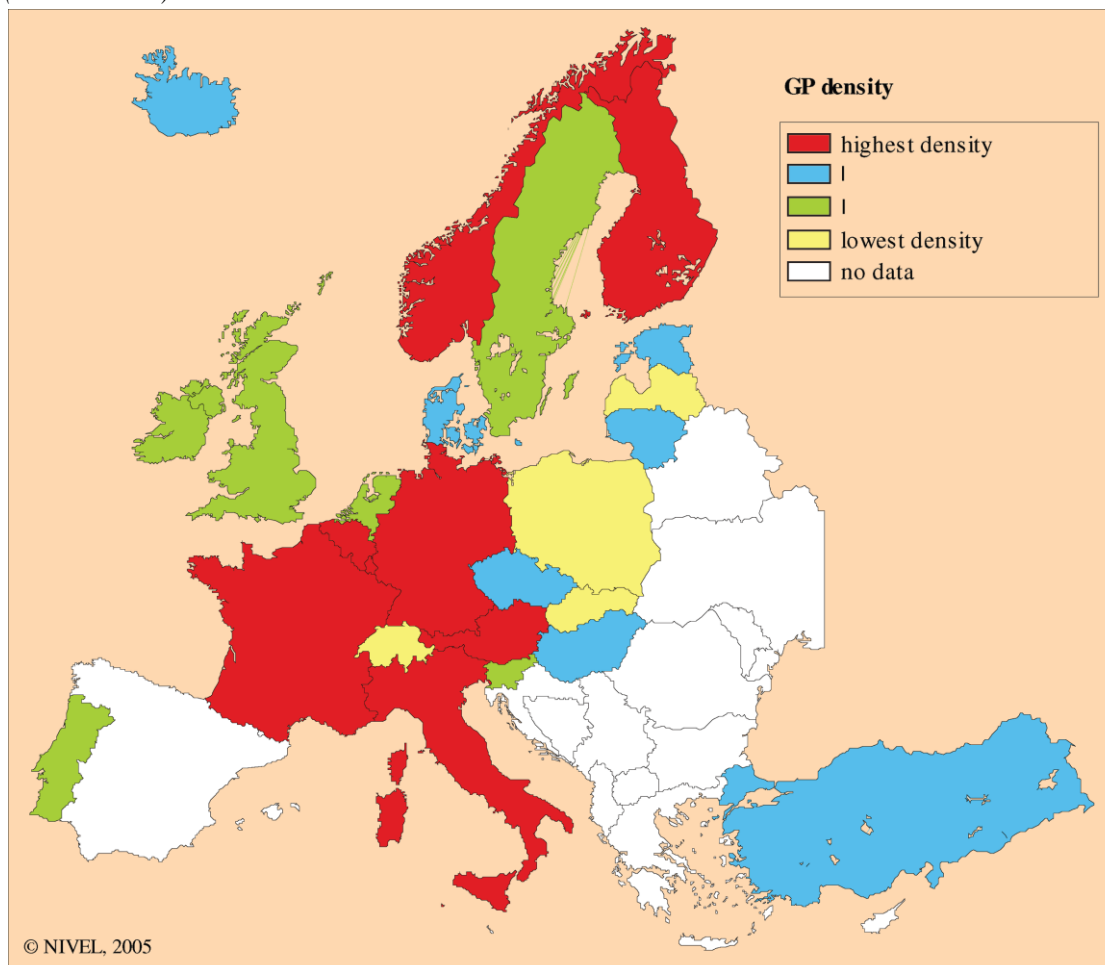
³¹ Socialstyrelsen (2007).

³² Bankauskaite (2005).

³³ Budgetpropositionen 2008

Kommundoktorerna

Figur: Antal primärvårdsläkare (GP-täthet per 1000 inv) jämförelse mellan några europeiska länder (Saltman 2006)



I internationell jämförelse har Sverige en mindre utbyggd primärvård än jämförbara länder. Sverige har därför också relativt få besök i primärvården per medborgare (ca 2,8 besök per medborgare och år, denna besöksfrekvens är relativt stabil). Traditionen i Sverige har varit att satsa på sjukhusen, primärvården har därför, särskilt i storstäderna, inte fått tillräckligt med resurser och byggts ut på ett behövligt sätt. Nackdelen med detta system är att det i Sverige (särskilt i storstäderna) är vanligt att patienterna ofta söker sig direkt till sjukhusen och deras akutmottagningar, och inte går till primärvården. Detta problem som i debatten anges vara en följd av brist på resurser och politisk vilja förvärras också av brist på specialister i allmänmedicin.³⁴

Primärvården i Sverige har dessutom under tiden från 1990 i allt större utsträckning tagit sig an uppgifter som tidigare sköttes av sjukhusklinikerna. Detta utan att man fått motsvarande resursförstärkning.³⁵ Detta har kallats ”den ofullgångna strukturomvandlingen” – primärvården har inte byggts ut i takt med att sjukhusen minskat antal vårdplatser och fört över en större del av ansvaret för t ex kroniskt sjuka, som ofta är äldre, till primärvården.³⁶

³⁴ Bankauskaite (2005).

³⁵ Anell (2004).

³⁶ Se t ex Anell (2005).

Kommundoktorerna

I mer än 30 år har det funnits en politisk ambition i Sverige att föra över resurser från sjukhusvården till primärvården, eller i vart fall att låta primärvårdens resurser växa snabbare än sjukhusens resurser. Trots detta har mycket lite gjorts för att stärka primärvårdens resursandel och roll i sjukvården.

Ett flertal studier visar också att en mycket stor del av dem som söker vård akut vid sjukhus lika bra eller bättre skulle kunnat tas om hand av primärvården eller i vissa fall t o m klarats med egenvård³⁷. Viktigt här är naturligtvis att kostnaderna skulle blivit lägre om dessa patienter sökt sig till primärvården i stället för till sjukhus, men också att primärvårdsläkarens kunskap om patienten ofta kan leda till en bättre vård, mer helhetssyn på patienten och t ex undvika onödig medikalisering. En faktor som också lyfts fram är att en utbyggd primärvård också leder till en rättvisare fördelning av vårdresurserna, eftersom högutbildade, höginkomsttagare samt yngre och medelålders människor i större utsträckning söker vård direkt vid sjukhusen än lågutbildade, låginkomsttagare och äldre.

Primärvårdens samverkan med slutenvård och kommunal vård och omsorg

Frågan om samverkan mellan slutenvård, primärvård och kommunal vård och omsorg för äldre har varit föremål för många utredningar, också huvudmannaskapsförändringar har delvis motiverats med sådana skäl, de stora effekterna av dessa reformer är tveksamma, problemen verkar kvarstå, frågorna drivs kanske mest som betalningsansvarsfrågor.

Samverkan mellan sjukhus och kommunal vård- och omsorg i Skåne har granskats när det gäller frågor av betydelse för bl a äldre (t ex samordning av vård då patienter skrivs ut från sjukhus men har behov av fortsatt vård) av revisionen i Region Skåne i samverkan med revisionen i berörda kommuner. Slutsatsen var bl a att samverkan fungerade bättre mellan sjukhus och kommunal vård- och omsorg där sjukhusen utsett en särskild ansvarig att driva frågan om samverkan med kommunernas vård- och omsorg.

Samverkan mellan sjukhusen och den kommunala vården fungerar ofta bättre än samverkan mellan sjukhus och primärvård – detta trots det gemensamma huvudmannskapet för primärvård och sjukhus. Från allmänläkarnas sida påtalas en allmänt dålig information till primärvården vid utskrivning av patienter från sjukhusen, detta trots att det är samma huvudman och trots att sjukhusen i t ex Stockholm kan se hos vilken vårdcentral patienten är listad. Det finns anledning befara att detta kan vara ännu sämre där tekniska lösningar för information mellan slutenvård och primärvård inte finns. Behovet av bra och upparbetade kanaler mellan vårdcentraler och sjukhus betonas i debatten. Risken är annars stor att primärvården skickar patienten till sjukhus (för att minimera risken med feldiagnos), med mindre kontinuitet i behandlingen och dyrare vård som följd, och att primärvården inte fått tillräcklig information om en äldre som skrivits ut.

³⁷ Se t ex Anell (2005), som hänvisar till undersökningar enligt vilket 30 % av akutmottagningens patienter och 85 % av akuta öronpatienter skulle kunna tagits omhand av primärvården.

Kommundoktorerna

Bra exempel samarbete primärvård-äldreomsorg noteras i bl a Katrineholm, Norrtälje, Eksjö och Lidköpings Sjukhus³⁸:

- *Katrineholm*
Katrineholm har haft primärkommunal primärvård på försök till 2005. Man har samlat hemsjukvård inkl rehab i en organisation.
- *Norrtälje*
Norrtälje kommun har en gemensam primärvårdsnämnd landsting-kommun med en chef (projekt ”tiohundra”).
- *Eksjö*
Eksjö kommun driver projekt ”Ester”, ett bra samarbete sjukhus – kommunal vård o omsorg.
- *Lidköpings sjukhus*
Lidköpings sjukhus har bra samarbete med de sex kommunerna i sitt område.

Problem påtalas med sekretess för information (journaldata) mellan huvudmän, här hoppas många att den nya lagstiftning som trätt ikraft 1 juli 08 skall underlätta informationsöverföring. Det finns vidare ett projekt ”Nationell patientöversikt” som avses förbättra situationen vad gäller information mellan olika specialiteter rörande en viss patient.

Socialstyrelsen betonar behovet av ökad samverkan mellan huvudmän³⁹. Socialstyrelsen betonar vidare att samverkan mellan verksamheter och professioner är centralt i vården och omsorgen om de äldre, som ofta handlar om att tillgodose sammansatta och snabbt föränderliga behov av vård och omsorg. Socialstyrelsen betonar särskilt att samverkan i samband med utskrivning från sjukhus måste förbättras. Socialstyrelsen menar att det främst handlar om att utveckla kvaliteten i vårdplaneringen, men också att garantera nödvändig uppföljning efter sjukhusvistelsen. För att skapa bättre förutsättningar för samverkan är det nödvändigt att undanröja strukturella hinder. I det perspektivet betonar socialstyrelsen att det är ”angeläget att förtydliga ansvaret för hälso- och sjukvården utanför sjukhus, framförallt när det gäller rehabilitering och hemsjukvård”.

Akner⁴⁰ menar att uppdelningen av det finansiella ansvaret för äldrevården på medicinskt ansvar (landstingen) och socialt ansvar (kommunerna) leder till ständiga gränsdragningsproblem, med försök att övervältra kostnader och förhandlingar om ansvarsområden. Akner föreslår därför en samlad finansiering inom ramen för ett närsjukvårdskoncept, med fokus på öppenvård. Han menar att en sådan modell, förutom bättre vård för äldre, troligen skulle leda till stora besparingar. En komplicerande faktor menar Akner är att kommunerna inte får anställa läkare, detta leder till att läkarna i kommunernas äldreboenden fungerar som konsulter, som i teorin har det medicinska ansvaret men utan förutsättningar att ta detta ansvar i praktiken – eftersom de inte är ansvariga för t ex organisation, dokumentation eller personalutbildning och inte heller är chefer över kommunalt anställda som medverkar i vården.

Sverige uppges i debatten ha bättre samverkan mellan sjukvård och kommunal omsorg än de flesta andra länder – vilket inte behöver innebära att samverkan fungerar bra. I många länder är en viktig indikator på kontinuitet i vården hur vanligt det är att primärvårdsläkaren besöker sin patient på

³⁸ PRO (2009).

³⁹ Socialstyrelsen (2007).

⁴⁰ Akner (2004).

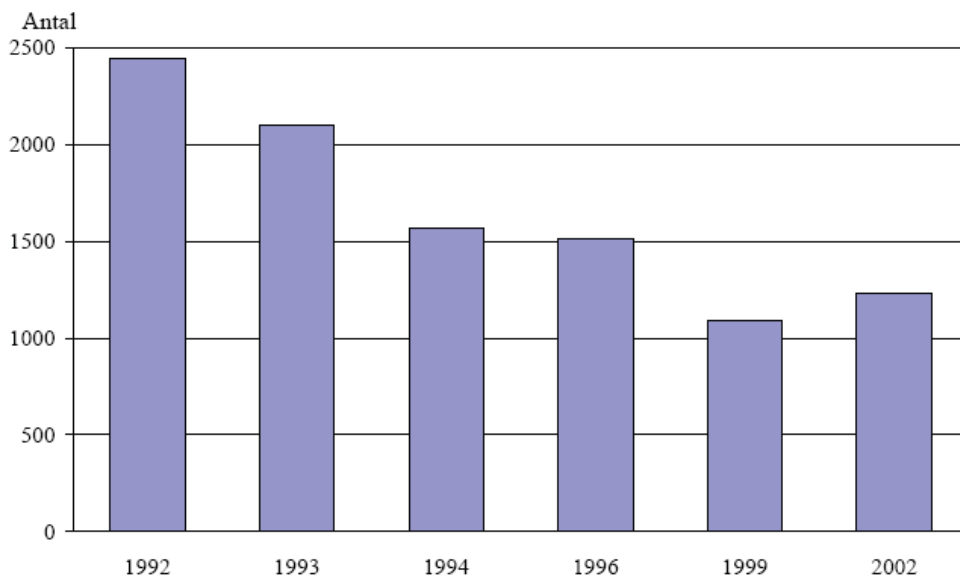
Kommundoktorerna

sjukhuset. Sådana besök är vanliga i många länder men förekommer nästan inte alls i Sverige⁴¹. En viktig indikator på hur samverkan mellan olika led i vårdkedjan fungerar är antalet utskrivningsklara patienter, detta inventeras av socialstyrelsen och SKL⁴². De senaste inventeringarna tyder på att antalet utskrivningsklara (medicinskt färdigbehandlade patienter) har stabiliserats på en nivå om 1 100–1 300 patienter en viss mättdag. Något fler vårdplaner upprättades år 2007 jämfört med mätningen 2004. I övrigt verkar det enligt socialstyrelsen och SKL inte ha skett några större förändringar.

Tillgången till korttidsboende spelar fortfarande en avgörande roll i samspelet med slutenvården, eftersom nästan varannan utskrivningsklar patient planeras att få fortsatta insatser i den typen av verksamhet. Frågan är vilken typ av verksamhet ett korttidsboende är - En tillfällig boendeform eller en verksamhet för eftervård efter sjukhusvistelser, undrar SKL och socialstyrelsen.

Man betonar vidare att det behövs ”ett fortsatt lokalt utvecklingsarbete för att vårdplanerna ska motsvara lagens intentioner och Socialstyrelsens föreskrifter”. Man framhåller att innehållet i vårdplanerna behöver struktureras och att det i många fall saknas mål och uppföljning av planen⁴³.

Figur: Antal medicinskt färdigbehandlade inom somatisk vård som väntade på kommunal hälso- och sjukvård 1992 – 2002 (Socialstyrelsen 2008)



Primärvårdens roll och status i sjukvårdssystemet

Politiska ambitioner att primärvården behöver byggas ut och få en mer central/strategisk roll i sjukvårdssystemet, har ofta manifesterats. Detta verkar dock inte leda till handling. Får utbyggnad av primärvård stå tillbaka när de stora sjukhusens underskott skall betalas? Primärvården har också en svag status i Sverige i relation till andra specialiteter. Primärvården fungerar kanske som ”barfotaläkare” som får ta över det andra specialiteter inte vill, orkar, anser sig ha råd med eller inte tycker är tillräckligt fint?⁴⁴

⁴¹ Och är också ovanliga i t ex Danmark, Norge och Slovenien, Saltman (2006).

⁴² Socialstyrelsen (2008)

⁴³ Socialstyrelsen (2008).

⁴⁴ PRO (2009).

Kommundoktorerna

Trots att läkarna i primärvården åtnjuter stort förtroende från patienterna i Sverige har de inte samma status och trovärdighet som läkare i andra specialiteter⁴⁵. Detta är ett problem om primärvårdens läkare skall samordna komplexa vårdinsatser från olika specialiteter och olika vårdgivare i den typ av gränsöverskridande nätverk som behövs för multistjuka och kroniker. Frågan om förtroende, respekt och status i sjukvårdssystemet för primärvårdsläkarna kräver därför stor uppmärksamhet, om man vill förstärka primärvårdens roll i ett alltmer komplex sjukvårdssystem.

Forskning om organisationskultur kan ge intressanta infallsvinklar, då sjukvården har en ovanligt stark organisationskultur som präglar samspelet mellan specialiteter, olika personalkategorier, relationen till patienten men också politikerns och administratörers syn på sjukvården. Allmänläkarna själva uppfattar att primärvården utvecklats till hälso- och sjukvårdens ”slasktratt”.⁴⁶

I debatten betonas vidare att vårdcentraler skall ha tillgång till olika personalgrupper (läkare, sjuksköterskor, psykologer mfl) och erbjuda en fast läkarkontakt/vårdkontakt till den äldre. Problemen i dag beror bl a på brist på allmänläkare. Man betonar också behovet av fast kontakt med distriktssköterska.

Socialstyrelsen menar i en rapport från 2004⁴⁷ att samspelet i vården bara kan utvecklas genom medvetna vårdstrategier för definierade patientsegment på basnivå. Man framhåller att utmaningen att skapa systemeffektivitet inte bara gäller primärvården. ”Men primärvården eller närsjukvården kanske måste ta en ledande roll för många av dessa segment, där flera behovsdimensioner griper in i varandra och där samordning mellan många är nödvändig”. Trots många positiva indikatorer och initiativ till stöd för ett effektivare samspel ”är den sammantagna bilden att man har ganska utvecklade strategier för detta bland huvudmännen”.

PRO⁴⁸ betonar att det finns en internationell trend mot större samordning av uppgifter i primärvården som tar sig olika uttryck: i Storbritannien finns utveckling från enskilda ”GP” till större enheter, i Danmark samarbetar de enskilda familjeläkare allt mer (detta samarbete gäller andra familjeläkare men även andra personalgrupper), i Finland (där sjukvården är primärkommunal – några landsting finns inte) har hälften av kommunerna fört samman primärvård och social omsorg. I Norge bärs dock primärvården upp av auktorisation av enskild läkare (”fastläkare”).

Akner⁴⁹ betonar att den svaga samverkan mellan primärvård och sjukhusvård är en alvarlig svaghet i vården. Han menar att det är angeläget att förbättra sambandet mellan vård av kronisk och akut sjuklighet, dvs i praktiken sambandet mellan öppen vård och slutenvård, så att läkare och annan vårdpersonal får möjlighet att följa upp och anpassa olika behandlingar över tid, beroende på hur hälsotillståndet utvecklas. Vidare betonar Akner att dokumentationen av hälsotillstånd och behandling, inklusive läkemedelsbehandling, är för fragmentiserad. Behovet är stort av att utveckla en ny typ av vårdtagarfokuserad, problembaserad, analysstödjande och sökbar journal, inriktad på äldre vårdtagares hälsoproblem, över tid, och inte uppdelade efter olika specialiteter eller yrkesgrupper.

⁴⁵ Saltman (2006).

⁴⁶ Anell (2004).

⁴⁷ Svalander, socialstyrelsen (2004).

⁴⁸ PRO (2009).

⁴⁹ Akner (2004).

Kommundoktorerna

I Sverige har primärvården och allmänläkarna haft särskilt svårt att etablera sig som en förstahandskontakt för de vårdsökande, särskilt i de större städerna⁵⁰. Skälen till detta kan vara många, bland dem märks bristande utbyggnad av primärvården, primärvårdens låga status och traditionen i de större städerna att gå direkt till sjukhuset.

Primärvårdens kompetenser

Vissa patientgrupper står för en mycket stor del av vårdkonsumtionen, bland dessa märks särskilt äldre, kroniskt sjuka och multisjuka. Handläggningen av dessa individer inom sjukvården kräver därför särskilt hög kompetens och en vårdorganisation som är anpassad till handläggning av komplex sjuklighet. Akner⁵¹ betonar fem aspekter för utveckling av sjukvården särskilt för äldre men som också kan vara relevant för andra kroniskt sjuka och multisjuka;

- 1) analys av hälsoproblemen som skiljer sig från andra patienter och ställer särskilda krav på kompetens, tid och erfarenhet,
- 2) det finns en orsakskedja mellan sjukdomar/skador, funktionsnedsättningar och vårdbehov som skiljer sig från andra patienter
- 3) det är särskilt angeläget att vårdarbetet bedrivs strukturerat, med kritisk utvärdering av effekter av vidtagna behandlingsåtgärder över tid
- 4) behov av journaler som är problembaserad, med en sammanhängande bild av den enskildes problem och effekter av olika behandlingsåtgärder över tid
- 5) behovet av en särskild vårdorganisation anpassad för äldre – Äldrevårdscentral – ÄVC

Pensionärsorganisationer och patientorganisationer betonar behovet av breda team med bred kompetens inom primärvården. Särskilt betonas behovet av geriatrisk kompetens och äldrepsykiatrisk kompetens. SFAM betonar vikten av att det finns geriatrisk kompetens nära en vårdcentral, för billig akutvård och avlastning för hemsjukvård och närstående

Akner föreslår inrättande av särskilda äldrevårdscentraler (ÄVC), i första hand avsedda för multisjuka äldre, men där även äldre med lägre grad av sjuklighet kan lista sig. Syftet med inrättande av särskilda äldrevårdscentraler skulle vara att forma en organisation som optimalt understödjer en kvalificerad handläggning över tid av den ofta komplexa hälsoproblematiken hos äldre. ÄVC skulle innefatta olika vårdyrkesgrupper, både kommunala och landstingskommunala, utifrån ett vårdperspektiv fokuserat på äldre. ÄVC:s uppdrag skulle bestå i förebyggande hälsovård för äldre, reguljär äldresjukvård och klinisk forskning kring äldres hälsa och äldresjukvård.

Ett problem när det gäller kompetensen i vid mening är också att det finns ett underskott av allmänläkare och att många tjänster som allmänläkare i primärvården är obesatta eller upprätthålls med vikarier eller stafettläkare. De brister i kontinuitet som detta leder till får också ses som en kompetensbrist inom primärvården, särskilt för äldre där behovet av kontinuitet är större – eftersom en större andel av de sjuka äldre har multidiagnoser eller är långvarigt-/kroniskt sjuka.

När det gäller den kommunala vården och omsorgen om äldre noteras att enligt en rapport från Sveriges Kommuner och Landsting⁵², har i genomsnitt 64 procent av undersköterskor och vårdbiträden i den kommunala äldreomsorgen och i verksamheter som vänder sig till personer med funktionsnedsättning adekvat utbildning. I mindre kommuner är genomsnittet högre, närmare 70

⁵⁰ Anell (2005).

⁵¹ Akner (2004).

⁵² Öppna jämförelser 2007

Kommundoktorerna

procent. I större kommuner är genomsnittet omkring 60 procent. Det lägsta redovisade värdet är 30 procent och det högsta 90 procent. Av de nyanställda har 58 procent omvårdnadsutbildning.

Kulturella frågor

Kulturella frågor finns av olika karaktär, kanske framförallt organisationskultur (som behandlats i några avsnitt ovan) men även frågor om olika patientgruppers kulturella ursprung (etnicitet och språk är viktiga), tillhörighet till en landsdel och en generation kan också ha stor betydelse kulturellt⁵³. Synen på vad som är viktigt (vilka diagnoser) och vilka som är viktiga (vilka patienter) har stor betydelse för hur prioriteringar görs och vilken vård som patienterna får.

När det gäller personer med olika etnisk bakgrund och vårdens förmåga att anpassa sig till dessa grupper, kan detta komma att bli ett växande problem. Dessa grupper kommer att bli en allt snabbare växande del av patienterna med kroniska sjukdomar, multisjuka och äldre. Kulturella och etniska perspektiv har fått alldeles för litet genomslag i primärvård (liksom i slutenvård) och i äldreomsorg. Problemet med anpassning och hänsyn till etniska minoriteters behov är kanske störst i den kommunala äldreomsorgen⁵⁴ men har även en växande betydelse i sjukvården.

Bland frågor som då ofta lyfts upp⁵⁵ märks bl a att äldreomsorgen och sjukvården inte tar hänsyn till de etniska minoriteternas behov, språkkunnig personal finns ofta inte i äldreomsorg och primärvård, behov av skriftlig och muntlig information på det egna språket i äldreomsorgen och sjukvården är ofta inte tillräckligt tillgodosett.

Helhetssyn

Multisjuka, kronikers och äldres hälsa och sjukdomar måste bedömas utifrån de biologiska förutsättningarna, kroppen är skörare och åldras. Det blir allt vanligare att man har flera sjukdomar och sjukdomar som varar längre över tid. Cancer är främst en sjukdom bland äldre. Två tredjedelar av all cancer inträffar efter 65 års ålder. Även psykisk ohälsa är vanligt bland äldre, vanligare än bland yngre. Vid 75 års ålder har ca 15 procent någon psykiatrisk diagnos. De äldre i Sverige lever annars allt längre och är friska långt upp i hög ålder. De vanligaste långvariga sjukdomarna i åldrarna över 65 år är hjärt- och kärlsjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen. Två tredjedelar av alla dödsolyckor i Sverige sker i åldersgruppen 65 år och äldre och hälften av alla som vårdas på sjukhus till följd av olyckor återfinns bland gruppen äldre. Fallolyckor är den klart största olyckstypen. Mycket tyder på att vi sedan 1990-talets början ser en förändring i trenderna - från "friskare överlevare" till allt "fler sjuka äldre".⁵⁶

⁵³ Så har vi i andra sammanhang noterat att äldre människor, särskilt på landsbygden, har en mycket mer respektfylld syn på läkare, vilket kan innebära att de inte ställer frågor eller berättar om hur de upplever krämpor för att inte "vara till besvär". Detta kan i sin tur påverka vilken vård de får, liksom det faktum att man kan ha en högre tröskel att överhuvud söka vård.

⁵⁴ SOU 2007:37

⁵⁵ SIOS 2003

⁵⁶ Blücher och Graninger (2005).

Kommundoktorerna

Det är främst fyra centrala aktörer som, enligt debatten, borde samarbeta för en bättre sjukvård för kroniskt sjuka och multisjuka: akutsjukhus (internmedicin), primärvård, geriatrik (långvård) samt den kommunala sjukvården. Problemen med brister i samarbete förorsakas bl a av olika ersättningssystem, inom en huvudmans område, mellan olika huvudmän samt mellan offentligt och privat driven vård och omsorg. Om vissa delar privatiserats med oklara uppdrag kring samarbete med andra aktörer och ersättningssystem som inte främjar helhetssyn förvärras problemet. Stockholms vårdvalssystem anges i debatten vara ett exempel på detta.

Situationen när det gäller helhetssyn och samarbete skiljer sig mellan å ena sidan glesbygd ("där alla känner alla") och där också ofta vårdcentralen har extrasängar för viss "minisjukhusbehandling" och å andra sidan främst större städer, där personkännedomen är sämre och kontakterna inte är lika utvecklade. I glesbygd finns å andra sidan geografiskt betingade problem med primärvårdens sjukhuskontakt, eftersom sjukhuset ligger längre bort men främst därför att sjukhuset ofta är litet och inte har tillräckligt med specialister.

Ett problem främst i glesbygd är dessutom att bortåt 50 % av primärvårdsläkartjänsterna vakanta, där tjänsterna bemannas med stafettläkare eller vikarier som inte känner patienten och inte heller har några utarbetade kontakter med sjukhuset. En hög andel stafettläkare och vikarier motverkar uppnåendet av en god helhetssyn och kontinuitet, vilket även försvårar när det gäller diagnostik och att följa läkemedelsbehandlingen.

SBU⁵⁷ framhåller att eftersom många olika yrkesgrupper deltar i handläggningen av den enskilde äldre patienten finns det ett mycket stort behov av samordning både av bedömningen av patienten och i utformningen av behandlingsprogrammet. Dessutom menar man att det behövs ett genomtänkt system för utvärdering av förloppet och effekten av olika behandlingsåtgärder över tid.

Socialstyrelsen har i sin tillsyn betonat flera aspekter som är brister i vården av äldre⁵⁸:

- Patienter med demenssjukdomar bor och vårdas i stor utsträckning i ordinarie äldre-boenden, med låg bemanning och där personalen inte alltid har kompetens för dessa.
- Det finns många brister i läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård.
- Föreskrifter som reglerar samverkan när patienter i slutenvård ska skrivas in eller ut följs inte alltid.
- Dokumentation av vården har brister.
- Akutmottagningarna är inte alltid medvetna om de speciella risker äldre akut sjuka möter (Akutmottagningarna i norra regionen har dock, efter ett särskilt projekt, blivit mer medvetna om riskfaktorerna hos äldre.)

Tillgänglighet

Tillgänglighet betonas särskilt i debatten, man understryker både att det skall vara lätt att få tid och att det skall vara korta geografiska avstånd till vårdcentral. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialstyrelsen har ett utvecklingsarbete som syftar till att möjliggöra öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården. I arbetet redovisas 75 indikatorer inom fyra områden: medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader. Landstingen rangordnas för respektive indikator. Detta underlag menar socialstyrelsen⁵⁹ kan komma att stimulera till en utveckling av hälso- och sjukvården när det gäller kvalitet, kostnader och resultat.

⁵⁷ SBU (2003).

⁵⁸ Socialstyrelsen (2008).

⁵⁹ Socialstyrelsen (2007).

Kommundoktorerna

Socialstyrelsens utvärderingar av vårdens tillgänglighet visar att väntetiderna under 2007 utvecklats mer positivt inom primärvården än inom sjukhusens specialiserade vård. Vårdbarometern visar att 70 till 80 procent av de tillfrågade anser att väntetiden varit rimlig. Dessa nivåer har hållit sig stabila under de senaste åren. Telefonframkomlighet är ett ofta använt mått på tillgänglighet inom vården. I Socialstyrelsens lägesrapport för 2007 konstaterades att det har skett en kontinuerlig förbättring av telefonframkomligheten när det gäller primärvården.⁶⁰

Väntetiderna i primärvården och delar av den planerade specialiserade vården rapporteras av landstingen till den nationella väntetidsdatabasen – Väntetider i vården, som drivs av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Sedan 1997 finns en besöksgaranti, den innebär att primärvården ska erbjuda hjälp, antingen per telefon eller genom besök, samma dag som vården kontaktas. Om kontakt med läkare erfordras ska väntetiden vara högst 7 dagar och den som får remiss till den specialiserade vården ska erbjudas sådant besök inom 90 dagar. Staten och SKL tecknade 2005 en överenskommelse om att utvidga besöksgarantin till en vårdgaranti, som också omfattar väntetid till behandling. Enligt vårdgarantin skall landstingen erbjuda behandling inom 90 dagar från det att beslut om behandling fattats. Garantin gäller i hela landet från och med den 1 november 2005 och omfattar all behandling inom landstingens planerade vård.

Regeringen träffade i januari 2009 en ny överenskommelse med SKL ("kömiljarden"). En förutsättning för att ett landsting ska kunna få del av pengarna är att det rapporterat väntetider till databasen Väntetider i vården. Svarefrekvensen för inrapporteringen måste nå upp till minst 90 procent. Ett landsting ska klara av att erbjuda minst 80 procent av patienterna besök till specialist inom 90 dagar, och minst 80 procent av patienterna behandling inom planerad specialiserad vård inom samma tid. De landsting som klarar detta får vara med och dela på 900 miljoner kronor. Återstående 100 miljoner kronor fördelas mellan de landsting som når en nivå där 90 procent eller fler av patienterna får besök inom specialiserad vård respektive får behandling inom 90 dagar. Särskilda medel avsattes för tillgänglighet för barn och unga med psykisk ohälsa.

Vårdgarantin följs upp av Socialstyrelsen i samverkan med SKL. Socialstyrelsens bedömning är att reformen generellt sett har haft begränsade effekter på väntetiderna. Variationerna i väntetider mellan landstingen är också mycket stora. Andelen patienter som fick tid inom primärvården inom 7 dagar varierade 2007 mellan 79 % och 96 %. Alla landsting klarade kraven för att få ta del av kömiljarden.

Trots att stora insatser alltså gjorts för att förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården, finns det fortfarande "problem där patienter tvingas vänta orimligt länge på nödvändiga behandlingar"⁶¹. Tillgängligheten på vårdinformation på Internet har enligt regeringen⁶² förbättrats och det pågår även ett antal utvecklingsprojekt inom området. I en analys av landstingens hemsidor framkommer dock att den information som ges på Internet i dag i relativt liten utsträckning fokuserar på patienternas behov.

När det gäller högkostnadsskyddet för äldre finns dock tydliga tendenser till kortare handläggningstider vilket är viktigt ur tillgänglighetsperspektiv för de berörda. Handläggningstiden för förhandsprövningsärenden inom högkostnadsskyddet för äldre sjönk under 2007 och ärendebalansen minskade till den lägsta nivån sedan andra halvåret 2002, vilket är positivt ur tillgänglighetssynpunkt.

Landstingens verksamhet för uppsökande "nödvändig tandvård" för vissa äldre har utvecklats. En notabel aspekt är dock skillnaden mellan könen. Skillnaderna mellan könen är generellt relativt små, men i åldersgruppen 80 år och äldre är det en större andel av kvinnorna än av männen som får

⁶⁰ Budgetpropositionen 2008.

⁶¹ Budgetpropositionen 2008

⁶² Budgetpropositionen 2008.

Kommundoktorerna

nödvändig tandvård⁶³. Socialstyrelsen bedömer att de stora riskerna inom tandvården finns inom patientgrupper med ”låg autonomi”, bland dem äldre som inte själva kan påkalla uppmärksamhet omkring sina tandbesvär.

Kontinuitet och kontakt

Betydelsen av kontinuitet i vården betonas, detta gäller särskilt för kroniker, multisjuka och långtidssjuka. Relationer mellan vårdtagare och vårdgivare har förändrats över tiden⁶⁴. Vårdgivaren möter allt oftare en patient med större egen kunskap och tydliga åsikter om vilken vård han/hon skall ha. Brukaren fäster också en allt större vikt vid kontinuitet och kvalitet, dessa faktorer har större betydelse än vem som är utförare av tjänsten.

Socialstyrelsens menar också att det finns alvarliga brister i dokumentationen, informationsöverföringen och i kontinuiteten i läkarkontakterna och att detta är ett problem särskilt för den äldre. ”Sett ur den äldres perspektiv borde den samordnade vårdplaneringen också innebära en garanti om en uppföljande kontakt med den öppna vården.”⁶⁵

Socialstyrelsen⁶⁶ menar också att frånvaron bland personalen är ett problem som ofta leder till lägre kontinuitet genom en hög andel vikarier, inte sällan timavlönade. Detta menar man påverkar kvaliteten negativt. ”Dels begränsas personkontinuiteten, dels har många vikarier inte önskvärd kompetens. Situationen blir inte bättre av att de timanställda får bristfälliga anställningsvillkor.” De problem som ovan lyfts fram som effekter av en hög andel stafettläkare, vikarier och hög personalomsättning (se avsnittet om helhetssyn), har också en stor negativ effekt när det gäller kontinuitet.

Finansiering och organisering av hälso- och sjukvård

Finansiering och organisering av hälso- och sjukvård är en viktig fråga som kan ha koppling till många andra dimensioner/frågor. I debatten betonas att ersättnings- och finansieringssystemen måste utformas så att de styr prioriteringarna av vården rätt. Olika modeller där primärvården ”köper” andra specialistinsatser, inklusive slutna vård och sjukhusinsats har prövats i Sverige, mest känd är kanske ”Dalamodellen”. Dalamodellen innebar att primärvårdsläkaren fick ett helhetsansvar för patientens vård, inklusive budgetansvar även för andra insatser än de primärvården gjorde⁶⁷, men också en ”gate-keeper”⁶⁸ roll i relation till annan vård. Dessa modeller är nu avvecklade och har inte haft någon större effekt på det svenska sjukvårdssystemet. Internationella bedömare har pekat på bristen på gate-keeper funktion som en orsak till att primärvården i Sverige inte utvecklats och fått den roll som man policymässigt ofta angett att primärvården skulle ha⁶⁹. En sådan roll skulle också ge tydligare ansvar för multisjuka och tydligare roller i det komplexa nätverk som sjukvård är. Den stora vinsten med en utveckling av denna roll är dock inte främst ekonomisk utan en förbättring av vårdkvalitet, särskilt för

⁶³ Budgetpropositionen 2008.

⁶⁴ SOU 2007:37

⁶⁵ Socialstyrelsen 2007.

⁶⁶ Socialstyrelsen 2007.

⁶⁷ Det kan uttryckas så att primärvården hade budgetansvar och hela sjukvårdsbudgeten men köpte insatser från andra specialiteter.

⁶⁸ Att primärvården har en ”gate-keeper” funktion är vanligt i länder med en prioritering av primärvård t ex Storbritannien.

⁶⁹ Saltman (2006).

Kommundoktorerna

multisjuka, kroniker och äldre genom en större ”individkompetens”⁷⁰ som möjliggör en helhetssyn på patientens hela situation och vårdbehov, bättre samordning av olika vårdinsatser (inklusive medicinering) samt bättre kontakter med och information till patienten.

Ett viktigt problem i dag är de ersättningssystem som de enskilda vårdcentralerna har. Många ersättningssystem främjar ett stort antal korta besök och behandlingar samt motverkar helhetssyn och kontinuitet. Den nationella taxan liksom flera ersättningsmodeller i familjeläkarsystem premierar många korta besök. Exempel på sådana ersättningssystem som främjar många korta som lyfts fram i debatten är bl a Vårdvalet i Stockholms län och är Region Skånes ersättningsmodell ”generell kravspecifikation” (GK)⁷¹. Dessa ersättningssystem anses i debatten motverka att primärvården tar ett helhetsansvar samt försvåra kontinuitet. Detta motverkar också primärvårdens utveckling mot att på ett bra sätt kunna ta ansvar för den patientens sjukvård, särskilt patienter med kroniska sjukdomar och multidiagnoser. Ett särskilt problem är kontinuitet och kontakter mellan läkare och personer i särskilda boenden.

I debatten framförs att effekterna av andel kapitering (ersättning efter hur medborgarna valt – viktat för att olika kategorier har olika vårdbehov t ex med ålder som bas) och respektive andel ersättning baserat på besök och behandlingar, har stor betydelse. Med hög andel kapitering skapas bättre förutsättningar för äldre, med låg andel kapitering styrs, menar många, vårdresurserna till de friska i medelåldern. Exempel på sådana olikheter i ersättningen är Halland med hög andel kapitering och Stockholm med låg andel kapitering. Skåne är intressant med en kapitering som viktas med socioekonomiska faktorer och hälsotvårfaktorer.

I debatten har betonats i att priset ofta har för stor betydelse vid upphandling av vård, det kan gå ut över kvalitén på vården till den äldre⁷². I debatten lyfts vidare fram att det vid upphandling av vård behövs en lagstiftning som gynnar mångfald och kvalitet.

Risk finns vidare att vårdgivare försöker väja bort patienter som inte är lönsamma, då kan äldre med många sjukdomar, kroniker, psykiskt sjuka, invandrare med språkproblem drabbas. Denna risk kräver en stor eftertanke vid utformning av ersättningssystem inom ramen för vårdval.

I Sverige har landstingens roll när det gäller organisation och finansiering av hälso- och sjukvård snarast stärkts de senaste decennierna genom att statens roll för planering och struktur av sjukvården försvagats. Detta är paradoxalt eftersom kraven på nationell samordning av särskilt den högspecialiserade vården ökat alltmer med den medicinska och tekniska utvecklingen. Landstingen har dessutom och delvis som en följd av detta alltmer kommit att bli en ”sjukhusägarorganisation”, de är i sjukhusen – särskilt de stora sjukhusen – som de stora problemen finns med ekonomi, styrning, samordning och prioriteringar. Sjukhusen har därför kommit i fokus inom landstingens hantering av hälso- och sjukvård, ekonomiskt och ledningsmässigt.

⁷⁰ Anell (2005).

⁷¹ Denna modell ersätts nu med ersättning enligt vårdvalsmodell, i Skåne kallat Hälsoval, men lever kvar i de gamla avtalen för de producenter som inte gått med i hälsovalet.

⁷² PRO menar t ex i sitt handlingsprogram att det finns tendenser som påminner om gamla tiders fattigauktioner.

Kommundoktorerna

När det gäller organisation och finansiering av primärvården i Europa finns många olika modeller. Storbritannien och Spanien anges vara bland de länder som kommit längst med att ordna system för ersättningar som styr den öppna vården i förhållande till prioriteringar och vårdbehov.

Storbritannien samordnar primärvården lokalt genom Primary Care Trusts, som motsvarar ca 80 % av NHS budget. I Tyskland och Holland finansieras vården främst via kollektiva och obligatoriska försäkringar.

När det gäller den ekonomiska styrningen knyts stora förhoppningar till tydligare uppdelning mellan beställare och utförare. Tanken är att rollen som medborgarföreträdare (beställare) skall bli tydligare samtidigt som producentrollen också blir tydligare (med ansvar för kostnadseffektivitet). Denna utveckling som ännu pågår har hittills visat på problem bl a med att det i praktiken kan vara svårt att renodla rollerna – det är lätt att beställaren hamnar i en för omfattande direkt dialog med olika delar av produktionen, prioriteringarna kan lätt bli för kortsiktiga, ansvaret för strukturen kan bli oklart (vem ansvarar för beslut om investeringar som styr den framtida produktionen lång tid och hur stäms detta av mot framtida beställningar). När det gäller ”priset” finns tydliga erfarenheter att prestationsbaserad ersättning kan öka produktiviteten – särskilt om ersättningen inte har ”tak” söker producerande enheter förbättra sitt resultat genom att öka produktionsvolymen. Prestationsbaserad ersättning kan också leda till att enheter söker inrikta sig på ”lönsamma” diagnoser och undvika andra behandlingar.⁷³

Europeisk jämförelse

- Här vill vi ange ett antal länder som det kan vara intressant att analysera närmare för att se likheter och skillnader i europeiska sjukvårdssystem. Dessa länder är framförallt Finland, Danmark, Norge, Frankrike, Storbritannien, Spanien, Tyskland och Nederländerna.
- Problem med kostnadsutveckling vid stora sjukhus finns i de flesta OECD-länder, Finland och Danmark verkar dock ha kostnadseffektivare sjukhus än Sverige
- De nordiska länderna har i mycket samma historiska tradition som Sverige när det gäller den offentliga sektorns roll och välfärdssystemens utveckling
- Finland har aldrig haft en tredje nivå (landsting) utan hälso- och sjukvårdsansvaret ligger på kommunerna
- Danmark och Norge har nyligen genomfört stora reformer som påverkat huvudmannskapet för hälso- och sjukvård
- Några länder har en särskilt väl utbyggd primärvård (t ex Storbritannien, Holland och Danmark)
- Några länder har ett federalt system och betydande inslag av försäkringslösningar när det gäller finansiering av hälso- och sjukvård (t ex Tyskland och Nederländerna)
- Några länder präglas hälso- och sjukvården starkt av den katolska traditionen (t ex Frankrike och Spanien)

⁷³ Bergman Dahlbäck (2001)

Kommundoktorerna

Källor

Akner, Gunnar, Multisjuklighet hos äldre – Analys, handläggning och förslag om Äldrevårdscentral (Liber 2004)

Anell, Anders, Primärvård i förändring, Studentlitteratur 2005

Anell, Anders, Strukturer, Resurser, Drivkrafter – sjukvårdens förutsättningar, Studentlitteratur 2004

Anell, Anders, Hjalte, Frida, Resurser i svensk hälso- och sjukvård - En jämförelse med Danmark, Frankrike, Norge, Storbritannien, Tyskland och USA (IHE e-rapport 2004:4)

Bankauskaite, Vaida (red), Health Systems in Transition Sweden (The European Observatory on Health Systems and Policies, 2005)

Baumol, W J. Macroeconomics of unbalanced growth: The anatomy of urban crises (The American Economic Review 1967)

Bergman, Sven Erik & Dalbäck, Ulla, Ersättningsmodeller en kartläggning inom hälso- och sjukvården (Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys nr 2 2001)

Blücher, G., Graninger, G., Den omvända ålderspyramiden (Stiftelsen Vadstena Forum för samhällsbyggande, 2005)

Budgetpropositionen 2008 (Proposition 2008/09:01)

Gbadebo, A. L., Reihardt, U. E., Economists On Academic Medicine: Elephants In A Porcelain Shop (Health Affairs – Vol 20 N 2, 2001)

Glouberman, Shalom, Mitzberg, Henry, Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part II: Integration (Health Care Management Review Winter 2001 s 70-84)

Koenig, L., Dobson, A., Ho, S., Siegel, J. M., Blumenthal, D., Weissman, J., S., Estimating The Mission-Related Cost of Teaching Hospitals (Health Affairs Vol 22 N 6, 2003)

Newhouse, Joseph P., Accounting For Teaching Hospitals' Higher Costs And What To Do About Them (Health Affairs – Vol 22 N 6, 2003)

Nolte, Knai, McKee, Managing chronic conditions - Experience in eight countries (WHO 2008)

Norbäck, Lars Erik, Targama, Axel, Det komplexa sjukhuset, Att leda djupgående förändring i en multiprofessionell verksamhet (Studentlitteratur 2009)

OECD Achieving better value for money in Health Care (2009)

PRO, Handlingsprogram 2009-2012, antaget vid PROs kongress 19-22 september 2008

Kommundoktorerna

PRO, Vården av äldre - Svensk hälso- och sjukvård ur ett äldreperspektiv:
- en litteraturstudie med fokus på primärvården (2009)

Ragneklint, Robert, Jansson, Björn Sjukvården kan styras bättre –om aktörerna får rätt
förutsättningar (Läkartidningen nr 15 2003, volym 100)

Saltman, Rico och Boerma European Observatory on Health Systems and Policies Series,
Primary care in the driver's seat? (Open University Press 2006)

Samarbetsorgan för etniska organisationer i Sverige – SIOS, Rapport om projektet Nationellt
nätverk för äldre med invandrabakgrund (2003)

SBU, Evidensbaserad äldrevård – En inventering av det vetenskapliga underlaget (April
2003)

Socialstyrelsen, Vård och omsorg om äldre, Lägesrapport 2007 (Socialstyrelsen 2008)

Socialstyrelsen och SKL, Inventering av utskrivningsklara patienter (Socialstyrelsen 2008)

SOU 2007:37 Vård med omsorg – möjligheter och hinder

Statens Beredning (SBU) för medicinsk utvärdering, Evidensbaserad äldrevård 2003.

Stolt, Carl-Magnus, De olyckliga läkarna. Om en medicinsk sociologisk studie
(Socialmedicinsk tidskrift, nr 3 2005, sid 179-186)

Svalander, Per-Axel, Om primärvårdens domän och strategier – Slutrapport för
socialstyrelsens projekt: Primärvårdens roll för hälso- och sjukvårdens systemeffektivitet
(Socialstyrelsen 2004)

Törnkvist, L., Wånell, S-E., Fokusrapport Basal hemsjukvård för äldre personer med
långvariga vårdbehov – hur kan vården förbättras? (Stockholms Läns Landsting, 2008)

Werkö, Lars, Läkarna inte längre herrar på sjukvårdstappan (Läkartidningen nr 28-29 2003,
volym 100)

Williams, Joe R., Matthews, Michael C., Hassan Mahmud, Cost Differences between
Academic and Nonacademic Hospitals: A Case Study of Surgical Procedures (Hospital Topics:
Research and Perspectives on Healthcare, 2007)