

Tjänsteutveckling för en tillgänglig och patientcentrerad vård

Om utvecklingskraft i landsting och regioner

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2017-5-18

Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2017

Förord

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att följa, analysera och stödja landstingens arbete mot en mer tillgänglig och patientcentrerad vård. Denna rapport redovisar uppdragets genomförande och är ett kunskapsunderlag riktat till regeringen samt landsting och regioner för det fortsatta arbetet med att utveckla vården så att den blir mer tillgänglig och patientcentrerad.

Denna rapport beskriver och analyserar strategiskt utvecklingsarbete utifrån ett systemsynsätt. Detta görs genom en systematisk kartläggning och analys av ett antal sjukvårdshuvudmäns *utvecklingskraft*.

Projektledaren Martin Jansson har tillsammans med konsulten Dag Norén utfört uppdraget. Socialstyrelsen vill rikta ett särskilt tack till Landstinget Blekinge och Region Östergötland för värdefulla synpunkter och förslag som på ett betydelsefullt sätt bidragit till kunskapsutvecklingen i detta utvecklingsarbete. Dessutom riktas ett tack till Landstinget Dalarna, Västerbottens läns landsting och Region Skåne för deras engagerade och konstruktiva deltagande. Martin Sparr har varit ansvarig chef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	10
Omställning mot en mer tillgänglig och patientcentrerad vård	10
Nytt perspektiv på strategiskt utvecklingsarbete för ökat lärande	15
Betydelsen av att förstå sjukvårdshuvudmännens förutsättningar att bedriva strategiskt utvecklingsarbete	15
Hur ett systemperspektiv kan öka förståelsen för hälso- och sjukvårdens utveckling mot en mer tillgänglig och patientcentrerad vård	16
Metod och genomförande	20
Utvecklingskraften hos fyra huvudmän – resultatredovisning	24
Landstinget Dalarna	25
Region Skåne	37
Region Östergötland	50
Västerbottens läns landsting	67
Sammanfattande iakttagelser	79
Bilaga 1 – Respondenter	85
Bilaga 2 – Kartläggningsmodell för utvecklingskraft	87
Bilaga 3 – Underlag för intervjusamtal	91
Intervjuguide anpassad till den politiska ledningen	91
Intervjuguide anpassad till tjänstemannaledningen	94

Sammanfattning

Socialstyrelsen har mot bakgrund av överenskommelsen *Tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård* mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) haft i uppdrag att stödja utvecklingen mot en mer tillgänglig och patientcentrerad vård. Utgångspunkten för uppdraget har varit att utifrån ett helhetsperspektiv beskriva och stödja landstingens och regionernas strategiska utvecklingsarbete på området.

I en delrapport till regeringen 2016 presenterades en nulägesbild av huvudmännens utvecklingsarbete utifrån en systematisk sammanställning av de handlingsplaner landstingen och regionerna redovisat som en del av överenskommelsen. Denna sammanställning återspeglade en både motsägelsefull och fragmenterad bild av huvudmännens strategiska utvecklingsarbete. Slutrapporten har därför avgränsats till att fördjupa förståelsen och kunskapen om de förutsättningar och förhållanden som antingen hindrar eller främjar landstingens och regionernas förmåga att uppnå målen i överenskommelsen, det vill säga en mer tillgänglig och patientcentrerad vård. En fördjupad kunskap om dessa förutsättningar och förhållanden bedömdes i större utsträckning ge mer i arbetet med att stödja huvudmännens strategiska utvecklingsarbete än vad en bred uppföljning skulle ha inneburit.

Socialstyrelsen har i ett gemensamt lärande- och utvecklingsprojekt tillsammans med Landstinget Blekinge och Region Östergötland utvecklat en kartläggningsmodell. Därefter prövades modellen i fyra landsting och regioner: Landstinget i Dalarna, Region Skåne, Region Östergötland och Västerbottens läns landsting. Dessa landsting och regioner representerar en bredd av olika förutsättningar som bedöms vara av relevans för övriga hälso- och sjukvårdshuvudmän i Sverige. Kartläggningsmodellen är generisk i sina antaganden varför de iakttagelser som den har genererat kan anses vara användbara även för de landsting och regioner som inte ingått i studien i deras arbete med att utveckla en mer tillgänglig och patientcentrerad vård. Socialstyrelsen kommer att fortsätta dialogen med landstingen och regionerna utifrån den modell som har utvecklats inom ramen för uppdraget.

Studien undersöker utvecklingskraften i landsting och regioner

I Sverige och många andra länder pågår en omfattande omställning av hälso- och sjukvårdssystemet för att bland annat göra vården mer tillgänglig och patientcentrerad, inte minst för personer med kroniska sjukdomar och för multisjuka äldre. För det krävs grundläggande systemförändringar i varje landsting för att utveckla nya arbetssätt och sammanhållna vårdlösningar. För att förstå vilka förändringar som behöver göras måste man dock först förstå dynamiken i det system som ska förändras.

Socialstyrelsen vill öka kunskapen om denna systembundna dynamik i landsting och regioner, så i denna rapport beskriver vi strategiskt utvecklingsarbete ur ett helhetsperspektiv. Resultaten bygger på 57 djupintervjuer med ledningspersoner inom politik och förvaltning i ett urval av fyra lands-

ting. Intervjuerna har syftat till att ge en samlad bild av varje landstings utvecklingskraft, det vill säga förmågan att på ett strukturerat och systematiskt sätt ta tillvara drivkrafter och skapa ett produktivt samspel mellan dessa drivkrafter (bland annat landstingsspecifika förutsättningar och förhållanden), styrning, förmågor (t.ex. ledarskap och verksamhetskultur) och tjänsteutveckling. Utgångspunkten för detta arbete har varit att utvecklingskraften ser olika ut i varje landsting och kan i högre eller lägre grad antingen främja eller hindra utvecklingen mot en mer tillgänglig och patientcentrerad vård som utgår ifrån medborgarnas vårdbehov. Socialstyrelsen vill ge stöd och bidra till utvecklingen genom att synliggöra dynamiken i landstingen och analysera möjliga systemförändringar som är specifika för varje landsting.

Landstingen och regionerna saknar den tjänsteutveckling som behövs

Intervjusamtalen visar att alla fyra landsting och regioner har brister i den tjänsteutveckling som samtliga huvudmän ser som nödvändig. Det kan exempelvis bero på att de har övervikt av kontrollorienterade styrsystem, ett outvecklat omvärldsanalyserarbete och målbilder som inte utgår från befolkningens vårdbehov i tillräcklig utsträckning. Uttrycket tjänsteutveckling belyser i den här rapporten hur landsting och regioner förmår omsätta de övriga systemfaktorerna i kartläggningsmodellen – drivkrafter, styrning och förmågor – i utvecklingen av nya arbetssätt och vårdtjänster. Det är inom tjänsteutveckling som frågor ställs kring hur nya innovationer släpps in, hur befolkningens vårdbehov uttolkas, hur nya arbetssätt implementeras eller hur omvärldsanalyserarbetet bedrivs. Mycket av omställningen från en hälso- och sjukvård med ett produktionssynsätt mot en mer tillgänglig och patientcentrerad vård behöver alltså ske genom tjänsteutvecklingen. Därför har ett särskilt fokus under intervjusamtalen med landstingen och regionerna tagit utgångspunkt i frågan om vårdbehov och hur huvudmännen arbetar för att på ett strukturerat sätt uttolka dessa, men också hur man vinnlägger sig om att göra patienter och brukare mer delaktiga i hur vården planeras och bedrivs.

Dessutom verkar en bristande tillgång till kompetens motverka tjänsteutveckling, liksom avsaknaden av ett systembaserat ledarskap. Om ekonomin är svag tenderar också kostnadskontroll och ekonomistyrning att prioriteras högre än framåtsyftande utvecklingsarbete.

Landstingen och regionerna har olika förutsättningar att arbeta strategiskt

Kartläggningen visar även att huvudmännen har olika förutsättningar att bedriva strategiskt utvecklingsarbete och att de har kommit olika långt i att skapa strukturer som stödjer ett framåtsyftande utvecklingsarbete i form av tjänsteutveckling. Den sammanvägda bedömningen är att alla huvudmännen har svårt att av egen kraft få till den tjänsteutveckling som skulle behövas för att uppnå en mer tillgänglig och patientcentrerad vård. Flera intervjupersoner menar att man saknar forum för att utbyta erfarenheter och kunskaper kring systemövergripande frågor, såväl internt som med andra huvudmän. Det framgår också att landstingen generellt har låg systemkunskap och kompetens för att analysera system, vilket sannolikt försvårar ytterligare.

Landstingen och regionerna behöver stöd för att använda sina resurser rätt

Samtidigt är bilden att huvudmännen är medvetna om utmaningarna och förfogar över stora tillgångar och resurser för att uppnå förändring. Samtliga har också en tydlig vilja att nå resultat i detta svåra arbete. Därmed behöver hälso- och sjukvårdens samtliga aktörer tillsammans hitta sätt att stödja och stärka huvudmännens förmåga att använda dessa tillgångar och resurser, så att de kan uppnå högre nivåer av tjänsteutveckling och en tillgänglig och patientcentrerad vård.

Inledning

Omställning mot en mer tillgänglig och patientcentrerad vård

Problembilden i korthet

I många länder pågår en omställning av hälso- och sjukvårdssystemen som bland annat syftar till att skapa mer sammanhållna vårdprocesser, exempelvis för personer med kroniska sjukdomar och multisjuka äldre.¹ För svensk del pekar flera rapporter på att det finns omotiverade skillnader i både hälsa och vård mellan olika grupper, bl.a. med avseende på kön, socioekonomisk bakgrund eller födelseland.² Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) och andra har i flera rapporter pekat på en central svaghet i svensk hälso- och sjukvård; den är inte tillräckligt patientcentrerad och koordineringen är otillräcklig.³ Det är vidare svårt att se några tydliga tecken på att tillgängligheten överlag förbättras.

Vården organiseras inte utifrån patienternas behov utan utifrån en uppdelad produktionslogik som präglat hälso- och sjukvården under lång tid, vilket leder till att flöden och organisation inte självklart är anpassade till patienternas egenskaper och behov.⁴ Personer med exempelvis kroniska sjukdomar behöver dock en hälso- och sjukvård som är anpassad till långa och icke-linjära sjukdomsförlopp, och den behöver därför präglas av kontinuitet och samverkan mellan vårdaktörer samt förmågan att integrera och göra patienten till en central aktör i vård och behandling. Socialstyrelsen har i en tidigare rapport pekat på tre strukturella förhållanden som över tid påverkat vården för personer med kroniska sjukdomar på ett negativt sätt: betoning på slutenvård, stark koncentration av resurser till sjukhusväsendet och hög grad av specialisering.⁵

Olika patienter med olika diagnoser och olika sjukdomsfaser har behov av olika insatser som behöver koordineras och integreras genom olika typer av organisering. För att uppnå högre nivåer av effektivitet inom hälso- och sjukvården bedömde den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården i sitt betänkande Effektiv vård (SOU 2016:2) att flera så kallade värde-logiker behövs parallellt för att vården på ett bättre sätt än i dag ska kunna möta olika patienter och patientgrupper utifrån deras skiftande vårdbehov.⁶

En tydlig inriktning för utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård är att det finns ett behov av att förstärka primärvården så att ”mer resurser ges till

¹ Int J Integr Care 2015; Special Issue: Integrating Care to Older People and those with Complex Needs: Examining the Lessons from International Case Studies from a Project Funded by the Commonwealth Fund; URN:NBN:NL:UI:10-1-114826.

² Socialstyrelsen (2011), Ojäma villkor för hälsa och vård Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården.

³ Se t.ex. Vårdanalys (2014), Vården ur patienternas perspektiv - Jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder.

⁴ Effektiv vård (SOU 2016:2).

⁵ Socialstyrelsen (2015), Utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar – lägesrapport 2015.

⁶ Effektiv vård (SOU 2016:2), s. 131-132.

de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd.”⁷

Regeringens initiativ

År 2015 träffade regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) överenskommelsen *Tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård – insatser inom hälso- och sjukvården*. I övergripande ordalag kan överenskommelsen ses som en reaktion på den problembild som beskrivits ovan. För att möta denna utveckling identifierade regeringen och SKL en rad förbättrings- och utvecklingsområden för en mer tillgänglig och patientcentrerad vård. Exempelvis ansågs det finnas ett behov av att utveckla sammanhållna vårdprocesser som tydligare utgår från patientens behov. Detta förutsätter i sin tur en mer omfattande samordning av vårdinsatser mellan olika delar av vården, och mellan kommuner och landsting. Dessutom gjorde regeringen tillsammans med SKL bedömningen att patienterna behöver bättre möjligheter att vara aktiva medskapare i sin egen vård.

Ledningens roll i att utveckla hälso- och sjukvården i denna riktning lyfts fram i överenskommelsen, liksom huvudmännens och vårdgivarnas särskilda ansvar för att vårdens organisation och strukturer främjar utvecklingen mot en mer tillgänglig och patientcentrerad vård.

För att ta del av medel inom överenskommelsen skulle landstingen bl.a. ta fram en handlingsplan samt redovisa vilka insatser inom ramen för överenskommelsen som genomfördes under 2015.

Om uppdraget – överväganden och avgränsningar

Den 25 juni 2015 beslutade regeringen att ge Socialstyrelsen följande uppdrag:

Socialstyrelsen ska följa, analysera och stödja utvecklingen mot en mer tillgänglig och patientcentrerad vård med utgångspunkt i den överenskommelse som regeringen slutit med Sveriges Kommuner och Landsting (dnr 2015/3210/FS). I uppdraget ingår bland annat att utifrån ett helhetsperspektiv beskriva landstingens strategiska utvecklingsarbete, vilka utmaningar som lyfts fram samt eventuella förändringar som planeras och genomförs, till exempel vad avser organisation, kommunikation, tjänsteutformning och ersättningsystem. I uppdraget ingår särskilt att stödja utvecklingen mot ökad tillgänglighet med utgångspunkt i invånarnas vårdbehov. En första delrapport som rör dessa delar ska redovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2016. En slutrapport som omfattar landstingens arbete med överenskommelsen ska redovisas senast den 30 april 2017.

Socialstyrelsen redovisade 31 mars 2016 en delrapport där en nulägesbild presenterades i form av en systematisk genomlysning och sammanställning av landstingens och regionernas handlingsplaner inom ramen för överenskommelsen *Tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård 2015*. Delrapporten beskrivs utförligare i nästa avsnitt. Sammanfattningsvis

⁷ Dir. 2017:24 Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården, s. 3.

återgav landstingens och regionernas handlingsplaner en motsägelsefull och fragmenterad bild av deras utvecklingsarbete på området. Mot den bakgrunden beslutade Socialstyrelsen att i det fortsatta arbetet genomföra ett gemensamt lärandeprojekt tillsammans med landsting och regioner i syfte att stödja deras arbete med att utveckla och stärka förutsättningarna att bedriva ett strategiskt utvecklingsarbete för att uppnå en mer tillgänglig och patientcentrerad vård. Utgångspunkten för myndighetens slutrapport har därför varit att beskriva och analysera det strategiska utvecklingsarbetet utifrån ett helhetsperspektiv med fokus på fyra landsting och regioner. Dessa landstings och regioners utmaningar och förutsättningar för att uppnå en mer tillgänglig och patientcentrerad vård överensstämmer i stora delar med hur det ser ut i övriga landsting och regioner.

Slutrapporten beskriver och analyserar således sjukvårdshuvudmännens förutsättningar att utveckla sitt strategiska utvecklingsarbete. Därutöver har övergripande fokus för uppdragets genomförande varit att stödja landstingen och regionerna i arbetet med att uppnå målen med överenskommelsen.

Genom att utgå från ett helhetsperspektiv i arbetet med att stödja huvudmännen i deras strategiska utvecklingsarbete har myndigheten valt att fokusera på ett djup i uppföljningen och analysen, snarare än en bred och översiktlig beskrivning av landstingens och regionernas arbete med överenskommelsen. En bredare uppföljning och analys hade inneburit att varje landsting och region hade belysts på ett liknande sätt som i myndighetens delrapport med hög sannolikhet för att resultaten från denna i allt väsentligt hade återupprepats. Det hade inte varit till gagn för sjukvårdshuvudmännens fortsatta utvecklingsarbete. Dessutom gjordes bedömningen att tiden mellan redovisningen av handlingsplanerna och slutdatum för uppdraget var för kort för att de skulle vara realistiskt att kunna identifiera några genomgripande effekter av huvudmännens insatser och åtgärder. Som nämns ovan valde därför Socialstyrelsen att i samverkan med huvudmännen utveckla en kartläggningsmodell som bidrar till en fördjupad förståelse för och kunskap om de förutsättningar och förhållanden som bedöms påverka landstingens och regionernas arbete med att uppnå målen i överenskommelsen.

Sammanfattningsvis har studien inneburit att myndigheten har kunnat identifiera och beskriva grundläggande förutsättningar och förhållanden på ett sätt som inte hade varit möjligt att genomföra i en uppföljning som hade fokuserat på de aktiviteter som landstingen och regionerna tog initiativ till som en följd av överenskommelsen. Då den framtagna kartläggningsmodellen bygger på och utgår ifrån generiska antaganden om förhållanden i hälso- och sjukvårdens struktur anses den förståelse och kunskap som kartläggningen har genererat vara användbar och tillämpbar även för de landsting och regioner som inte ingått i myndighetens kartläggning. Socialstyrelsen överväger därför hur former för fortsatt dialog med även dessa sjukvårdshuvudmän kan utvecklas.

Huvudmännens handlingsplaner för en mer tillgänglig och patientcentrerad vård – delrapport

I den delrapport som Socialstyrelsen lämnade till regeringen 2016 finns en sammanställning och analys av de handlingsplaner som överenskommelsen

ställde krav på att landstingen och regionerna skulle upprätta. Analysen utgick från ett övergripande ramverk för att illustrera olika aspekter av landstingens och regionernas arbete inom överenskommelsen. Ramverket syftade till att skapa en övergripande och sammanhållen bild av landstingens och regionernas beskrivning av sin nuvarande situation och sina viktigaste utmaningar, de mål man satt upp inom överenskommelsens områden, de aktiviteter och förändringar som pågår eller planeras och de resurser och den organisation som man har avsatt eller planerat för arbetet inom ramen för överenskommelsen.

Ett antal olika utmaningar lyfts i handlingsplanerna och de överensstämmen i hög grad med den problembild som ligger till grund för överenskommelsen. Det som Socialstyrelsen särskilt tagit fasta på är landstingens och regionernas beskrivning av de centrala utmaningarna: synsätt och kultur, behov av att göra eller organisera saker annorlunda och bättre förståelse för patienternas behov. Ungefär hälften av landstingen och regionerna anger också att de bedriver någon form av innovationssamarbete med ett lärosäte. Samtliga utmaningar har nära koppling till ledarskap och styrning, vilket är områden som berörs knapphändigt i endast ett par handlingsplaner. Den del av styrningen som lyfts fram i ett antal handlingsplaner är resurs- och kapacitetsplaneringen.

Sammantaget ger denna genomlysning av landstingens och regionernas handlingsplaner en till viss del både motsägelsefull och fragmenterad bild. Å ena sidan är landsting och regioner överens om att hälso- och sjukvården behöver öka tillgängligheten och göra vården mer patientcentrerad. Å andra sidan förefaller landstingens och regionernas arbete överlag planeras och genomföras utifrån befintliga strukturer och samarbeten för utvecklingsarbete, snarare än utifrån nya lösningar och angreppssätt.

Rapportens disposition

För att nyansera delrapportens fragmenterade bild görs i den här rapporten ett försök att uttolka och ge ökad kunskap om de faktorer som på systemnivå ligger till grund för landstingens och regionernas strategiska utvecklingsarbete med att uppnå målen i överenskommelsen. Först betonas betydelsen av att förstå sjukvårdshuvudmännens specifika förutsättningar för att bedriva ett strategiskt utvecklingsarbete. I avsnittet efter beskrivs sedan varför denna förståelse behöver utgå från ett systemperspektiv. Kapitlet avslutas med en genomgång av den kunskapsresa Socialstyrelsen genom detta projekt har gjort tillsammans med ett antal landsting och regioner och den metod och kartläggningsmodell som varit vägledande.

I efterföljande kapitel beskrivs de utvalda landstingens strategiska utvecklingsarbete, de utmaningar som lyfts fram och eventuella förändringar som planeras och genomförs, till exempel vad avser organisation, kommunikation, tjänsteutformning och ersättningsystem. Här redovisas Socialstyrelsens iakttagelser och slutsatser för vart och ett av de fyra landsting som ingår i denna rapport.

Avslutningsvis förs en diskussion om de övergripande iakttagelser som gjorts i kartläggningen och hur dessa kan stödja landstingens och regionernas

fortsatta arbete med strategiskt utvecklingsarbete mot en mer tillgänglig och patientcentrerad vård.

Nytt perspektiv på strategiskt utvecklingsarbete för ökat lärande

Betydelsen av att förstå sjukvårdshuvudmännens förutsättningar att bedriva strategiskt utvecklingsarbete

Det är intressant att öka kunskapen om de omständigheter och förhållanden som bidrar till den delvis fragmenterade bild som framträder vid en genomlysning av landstingens och regionernas handlingsplaner, och inte bara intressant utifrån regeringens direktiv för detta uppdrag. Socialstyrelsen bedömer även att huvudmännens ofta skiftande förutsättningar för att bedriva strategiskt utvecklingsarbete behöver uppmärksammas i en bredare mening. Det främsta skälet är behovet av att öka förståelsen för och kunskapen om hälso- och sjukvårdssystemens komplexitet och hur den kan uttolkas, beskrivas och ligga till grund för ett fördjupat lärande om förändringsarbete inom hälso- och sjukvården på systemnivå. Detta bedöms vidare vara en förutsättning för att uppnå målen i överenskommelsen.

Den medicinska och medicintekniska utvecklingen inom hälso- och sjukvård går fort och är i vissa delar möjlig att följa och analysera genom exempelvis hälsodataregister och nationella kvalitetsregister. Däremot är det svårare att beskriva utvecklingen av hälso- och sjukvårdssystemen och deras processer mot en mer tillgänglig och patientcentrerad vård, av åtminstone två skäl. Det första är att dessa system behöver förstås i relation till huvudmännens specifika förutsättningar som de dessutom i endast begränsad omfattning kan påverka. Det kan exempelvis handla om geografiska och demografiska förhållanden, eller huvudmannens tillgång eller närhet till forskningsmiljöer och näringsliv. Det andra skälet handlar om att hälso- och sjukvårdssystemen griper in i, samspelar med och i hög utsträckning påverkas av strukturer som går utöver hälso- och sjukvårdens uppdrag att vårda och behandla. Därmed behöver kunskapen om hälso- och sjukvårdens utveckling mot en mer tillgänglig och patientcentrerad vård utgå ifrån ett brett perspektiv som tar hänsyn till hälso- och sjukvårdssystemens komplexitet, exempelvis genom att öka förståelsen för hur styrmodeller och ersättnings- och uppföljningssystem behöver förändras för att stödja utvecklingen av patientcentrerade arbetsätt.

Det går att undersöka hur tillgänglig vården är utifrån exempelvis ledtider eller tillgången till en given kompetens vid ett givet tillfälle. Men om vi med tillgänglighet menar rätt vård, till rätt patient, på rätt nivå i rätt tid framträder en kontext där komplexa processer måste samspela och stödja varandra för att tillgänglighet ska kunna uppnås. Hur patientcentrerad vården är går också att i viss utsträckning beskriva med hjälp av patientenkäter, fokusgrupper, nöjdhetsundersökningar etc. Men om ett patientcentrerat förhållningssätt ska präglade mötet mellan vårdens personal och patienten genom hela vårdkedjan

behöver hälso- och sjukvårdssystemen och deras vårdprocesser vara uppbyggda för att understödja ett sådant förhållningssätt. Då behövs mer kunskap om i vilken utsträckning hälso- och sjukvårdssystemen förmår stödja utvecklingen mot sammanhängande vårdprocesser och patientcentrerade arbetssätt.

Att förstå hälso- och sjukvårdens utveckling mot ökad tillgänglighet och patientcentrerad vård handlar i denna mening därför om att öka kunskapen om huvudmännens förmåga och förutsättningar att mobilisera tillgängliga resurser för att uppnå utvecklingskraft, i syfte att nå dessa mål. Syftet med denna rapport är att bidra till den kunskapsutvecklingen.

Hur ett systemperspektiv kan öka förståelsen för hälso- och sjukvårdens utveckling mot en mer tillgänglig och patientcentrerad vård

Som nämnts har Socialstyrelsen särskilt beaktat betydelsen av att på systemnivå fördjupa kunskapen om huvudmännens förutsättningar och förmågor när det gäller att bedriva strategiskt utvecklingsarbete. En sådan kunskapsutveckling kan antas bidra med nya angreppssätt och perspektiv för hur svensk hälso- och sjukvård kan möta och hantera sina utmaningar. Den kan även antas bidra med nya insikter om och fördjupad förståelse för landstingens och regionernas lärande om hälso- och sjukvårdens komplexitet.

Hälso- och sjukvård som komplexa adaptiva system

Systemtänkandet inom vård och omsorg har utvecklats avsevärt under senaste decenniet. Sedan början av 2000-talet har WHO och andra aktörer och organisationer i ökande grad betonat vikten av att förstå hälsosystemens komplexitet utifrån ett systemtänkande.⁸ Många väljer att beskriva hälso- och sjukvård som komplexa och adaptiva system.⁹ Typiska egenskaper för dessa system är att de kontinuerligt förändras, att utfallet – exempelvis i form av medicinska resultat, tillgänglighet eller förmåga att arbeta patientcentrerat – uppstår genom ett komplicerat samspel mellan människor (patient, professioner, politik, administration), ledarskap, teknik, regler, styrsystem med mera.

Synsättet innebär också att varje system är ett resultat av sin specifika historik, sambanden mellan input, processer, output och outcome är icke-linjära, system är motståndskraftiga mot förändringar samt att varje system utgör en del av andra system. Systemen består vidare av ett stort antal intressenter, intressekonflikter och målkonflikter som också bidrar till

⁸ WHO (2009), *Systems thinking for health systems strengthening*. Nilsson, F., Den komplexa vården – om komplexitet och komplexa processer inom hälso- och sjukvården (Region Skåne 2007).

⁹ Se t.ex. Institute of medicine (2001), *Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century*, s.63–66; WHO (2009), *Systems thinking for health systems strengthening*; Edgren, L./Barnard, K., (2012) "Complex Adaptive Systems for Management of Integrated Care", *Leadership in Health Services* 25(1): 39-51, Luke, D.A. & Stamatakis, K.A. (2012), *Systems Science Methods in Public Health: Dynamics, Networks, and Agents* och Peters, D. (2014), *The application of systems thinking in health: why use systems thinking?*

komplexiteten, och det råder ofta stora avstånd i tid och rum mellan beslut och effekterna av dessa beslut.¹⁰ Svårigheter att förändra hälso- och sjukvården kan exempelvis bero på det spänningsfält som kan finnas mellan de tre domänerna: profession, administration och politik. De kan nämligen ha olika logik, mål, incitament och förutsättningar.¹¹

Förändring av utfallet av komplexa system kan ses som något som uppstår, emergerar, som en konsekvens av systemets funktion och dynamik snarare än något som planeras och styrs fram, vare sig det gäller önskade utfall (t.ex. ökad tillgänglighet) eller oönskade utfall (t.ex. vårdskador). Detta har också uttryckts som att varje system är perfekt designat för att ge de resultat det ger.¹² Den som vill förändra ett systems utfall – inom ramen för detta uppdrag i form av en mer tillgänglig och patientcentrerad vård – behöver också förstå hur det specifika system som ska förändras fungerar och vilket samspel mellan olika faktorer och system som ger det befintliga utfallet. Förändringar uppstår successivt, exempelvis när ny kunskap appliceras, när medarbetares motivation ökar eller sjunker, när personal omsätts eller när regler och tekniska system förändras. Sektorn påverkas också av ett komplicerat samspel mellan staten, regionala huvudmän och professioner. Patienter, närstående och patientorganisationer medverkar också i varierande grad i utvecklingen av sjukvården, och därtill finns också industrin och privata utförare.

Det är svårt att åstadkomma en planerad förändring av dessa system då det inte finns någon fast utgångspunkt för de tänkta interventionerna. Fokus på lärande, lokal anpassning och prototyper, snarare än projekt, nämns i litteraturen som viktiga strategier för att uppnå en eftersträvd förändring.¹³ Andra pekar på vikten av att hitta rätt balans mellan central planering och lokal autonomi, behovet av att upprätthålla ett systemperspektiv och behovet av att hitta grundorsaker snarare än att åtgärda symtom.¹⁴ I ett omfattande kanadensiskt forskningsprojekt (Leadership in Health System Redesign) var ett av huvudresultaten att systemtänkande hos ledningen hade en bärande betydelse för förändringsarbetet mot en mer integrerad vård.¹⁵

Utvecklingskraft som beskrivning av hälso- och sjukvårdens systembundna komplexitet

Att tillämpa det ovan beskrivna synsättet får vissa konsekvenser för genomförandet av myndighetens uppdrag. Synsättet ligger till grund för metodvalet för uppdragets genomförande att i ett lärande tillsammans med huvudmännen

¹⁰ WHO 2009, Atun R, Menabde N, "Health Systems and Systems Thinking", ur *Health Systems and the Challenge of Communicable Diseases: Experiences from Europe and Latin America* (Open University Press, McGraw Hill Education 2008), Plsek, P & Greenhalgh, T., "The challenge of complexity in health care" (BMJ 2001), Lipsitz, L. A., "Understanding health care as a complex system: The foundation for unintended consequences", *American Medical Association* 308 (2012).

¹¹ Berlin, J. & Carlström, E., "Trender som utmanar traditioner. En hälso- och sjukvård i metamorfos", *Scandinavian Journal of Public Administration* Vol 16, No 2 (2012).

¹² Uttrycket är vanligt förekommande i hälso- och sjukvårdens förbättringsarbete och bakgrunden till uttrycket beskrivs närmare av Earl Conway och Paul Batalden på webbplatsen för Institute for Healthcare Improvement, www.ihc.org/communities/blogs/_layouts/15/ihc/community/blog/itemview.aspx?List=7d1126ec-8f63-4a3b-9926-c44ea3036813&ID=159 (hämtad 2017-04-21).

¹³ Holmes, B. m.fl., *Mobilising knowledge in complex health systems: a call to action*, Evidence and policy (2016).

¹⁴ Atkinson, J. m.fl., *Drivers of large-scale change in complex health systems: a rapid review* (Saxinstitute 2013).

¹⁵ Marchildon, G m.fl. "Systems thinking and the leadership conundrum in health care", *Evidence and Policy* 2015.

försöka förstå utvecklingskraften i olika landsting och regioner. Det blir viktigt att hitta ett sätt att fördjupa förståelsen av det enskilda landstingets förutsättningar, utmaningar, inneboende dynamik och adaptiva förmåga när det gäller att möta förändringar och förändra utifrån ett helhetsperspektiv. Det är svårt att fastställa vad som ger ökad tillgänglighet och patientcentrering, och därmed är det inte heller meningsfullt att kartlägga enskilda aktiviteter eller organisationsförändringar i ett landsting och tro att dessa är jämförbara eller överförbara till ett annat landsting.

I denna rapport anlägger Socialstyrelsen ett systemsynsätt för att motsvara uppdragets helhetsperspektiv. Metodologiskt innebär det bland annat att en grundläggande utgångspunkt är att det som initialt ses som ett problem inte är individuellt eller enskilt utan en del av en större helhet. Delarna i systemet kan bäst förstås genom att se och förstå relationerna mellan de olika delarna samt hur systemet samverkar med, påverkas av och påverkar andra system. Några av systemets delar pekas ut i uppdraget (organisation, kommunikation, tjänsteutformning och ersättningsystem). Men systemsynsättet som metod innebär också att de som verkar inom systemet är med och beskriver hur det ser ut och fungerar. Arbetet har därför genomförts som ett lärande i nära samarbete med flera landsting och regioner. Av litteraturen framgår att det inte nödvändigtvis är pedagogiskt att prata om komplexa system när man försöker förstå komplexa system.¹⁶ Arbetet kom därför att utgå från begreppet utvecklingskraft, vilket förklaras nedan.

Om begreppet utvecklingskraft

Begreppet utvecklingskraft är inte entydigt definierat och förekommer dessutom ofta i vardagligt tal för att beskriva exempelvis en organisations förmåga att mobilisera och påverka utvecklingen av hälso- och sjukvården i en riktning. Begreppet är centralt i Ansvarskommitténs del- och slutbetänkande (SOU 2003:123, SOU 2007:10) [2, 3] även om det endast får en översiktlig beskrivning och ett generellt innehåll. Begreppet utvecklingskraft behöver dock preciseras tydligare och mer detaljerat för att en fördjupad analys av ett landstings eller en regions utvecklingskraft ska kunna bidra till ökad kunskap och förståelse om förutsättningarna för strategiskt utvecklingsarbete mot exempelvis en mer tillgänglig och patientcentrerad vård.

Arbetet med en ram för kartläggning och analys av landstingens och regionernas utvecklingskraft bygger på följande definition:

Utvecklingskraft uttrycker en organisations adaptiva förmåga att på ett strukturerat och systematiskt sätt ta till vara och skapa ett produktivt samspel mellan drivkrafter, styrning, förmågor och tjänsteutveckling. Ett samspel som, i sin tur, genererar effektiva lösningar för hur resurser och tillgångar utnyttjas för att uppnå en god vård för hela befolkningen på lika villkor, här främst en tillgänglig och patientcentrerad vård.

Två delar i definitionen är särskilt viktiga. För det första finns de övergripande systemfaktorer som legat till grund för den kartläggningsmodell som

¹⁶ Holmes, B. m.fl., Mobilising knowledge in complex health systems: a call to action, Evidence and policy (2016), s. 11.

tagits fram – drivkrafter, styrning, förmågor och tjänsteutveckling. Särskilt fokus ligger på relationerna mellan dessa faktorer och deras inbördes påverkan. Det är nämligen, för det andra, styrkan, tätheten och graden av samspel mellan dessa systemfaktorer som hjälper oss att säga något om hur etablerad utvecklingskraften är i ett landsting eller en region.

Denna definition ska primärt ses som ett försök att skapa en analytisk utgångspunkt som gör det möjligt att tolka och göra reda i den systembundna komplexitet som är inneboende i hälso- och sjukvårdens organisationer och verksamheter.

Hur kan utvecklingskraft beskrivas?

Utvecklingskraften i ett landsting eller en region kan beskrivas på flera olika sätt utifrån olika perspektiv och angreppssätt. Socialstyrelsen vill beskriva landstingens strategiska utvecklingsarbete utifrån ett helhetsperspektiv, vilket medför teoretiska och empiriska överväganden, avgränsningsproblem och vägval. Samtidigt skulle det vara mycket svårt att beskriva utvecklingskraften utifrån endast en abstrakt, språkligt teknisk och komprimerad definition. Därför har vi, för att ta nästa steg i metodutvecklingsarbetet, tagit fram en systematisk kartläggningsmodell.

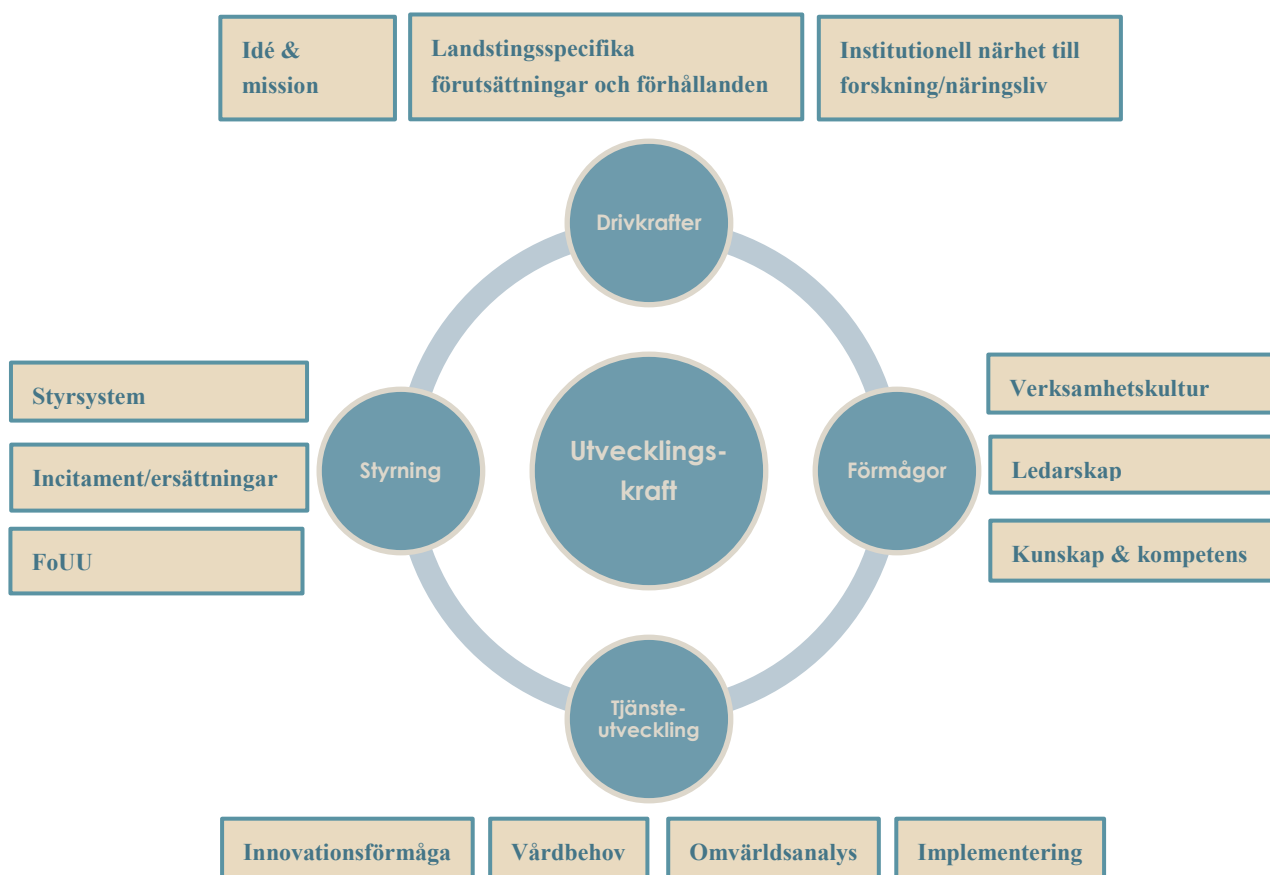


Fig. 1 Modell över utvecklingskraft.

Modellen hjälper till att skapa en överblick över och förståelse för det komplexa system som studeras, och därmed skapar den förutsättningar för att angripa denna komplexitet på ett strukturerat och konsekvent sätt. En modell för att förstå och beskriva utvecklingskraften i ett landsting eller en region ger också förutsättningar för en strukturerad och systematisk datainsamling. Dessutom bidrar modellen till en betydelsefull förståelse för vilka ytterligare kritiska avvägningar som behöver göras för att få en relevant bild av utvecklingskraften i olika landsting och regioner. Sådana avvägningar kan handla om valet av informationsinsamlingsmetod eller sätt att strukturera information på ett meningsfullt och kunskapsgenererande sätt. Gemensamt för dessa avvägningar är att kartläggningsmodellen ger ökad förståelse för de olika hälso- och sjukvårdssystemens komplexitet.

Metod och genomförande

Metodutveckling i nära samarbete med sjukvårdshuvudmännen

En utmaning med kartläggningsmodellen var att den behövde ta hänsyn till och medge en relevant beskrivning av de enskilda landstingen och regionernas specifika förhållanden, samtidigt som den ska vara tillräckligt generell för att kunna tillämpas i beskrivningen av olika sjukvårdshuvudmän. Detta fick två konsekvenser i utvecklingsarbetet. För det första utgick arbetet med att utveckla modellen från ett nära samarbete med sjukvårdshuvudmännen, och för det andra bestämdes att ett tydligt kartläggningsperspektiv skulle genomsyra arbetet. Att lägga sig nära sjukvårdshuvudmännen i utvecklingsfasen bedömdes vara ett sätt att säkerställa igenkänningsfaktorn i modellen och samtidigt bidra till djupare förståelse av det enskilda landstingets förutsättningar, utmaningar och inneboende dynamik utifrån ett helhetsperspektiv.

Det behövs kunskap om hur ledningen tänker kring exempelvis ledning och styrning för att kunna förstå det sammanhang i vilket det strategiska utvecklingsarbetet bedrivs. Under projektets gång har alla huvudmän haft ett påtagligt intresse för att diskutera och reflektera kring verksamheten utifrån ett systemperspektiv.

Dialogdrivet utvecklingsarbete med Landstinget Blekinge och Region Östergötland

I ett första steg tog Socialstyrelsen fram ett utkast till en kartläggningsmodell tillsammans med Landstinget Blekinge och Region Östergötland. Tillsammans diskuterade vi antaganden och överväganden som ligger bakom modellen och huruvida modellen i sig kan anses bidra till att beskriva utvecklingsarbetet i landsting och regioner. I utvecklingsarbetet med Landstinget Blekinge och Region Östergötland gjordes bedömningen att kartläggningsmodellen behöver spegla det faktum att en mer tillgänglig och patientcentrerad vård är beroende av ett bättre samspel mellan viktiga drivkrafter inom landsting eller regioner, en anpassad och samverkande styrning, matchning av förmågor samt hur den jordmån ser ut där nya vårdtjänster ska utvecklas och växa fram.

Därefter har modellen använts för att kartlägga viktiga faktorer för utvecklingskraft i Landstinget Dalarna, Region Skåne och Västerbottens läns landsting. Den samlade bedömningen utifrån landstingens och regionernas återkoppling är att modellen har tagits emot på ett genomgående bra sätt eftersom sjukvårdshuvudmännens representanter anser att den gör det lättare att beskriva och förstå den egna organisationen på systemnivå.

Resultatet av samarbetet med Landstinget Blekinge och Region Östergötland blev en konkret modell för att kartlägga utvecklingskraft, men också valet av datainsamlingsmetod – djupintervjuer. Eftersom begreppet utvecklingskraft gäller något övergripande och abstrakt gjordes samtidigt bedömningen att det är centralt för svars kvaliteten att respondenterna utgörs av personer som är verksamma på strategiska och beslutsfattande positioner.

Pilotstudie i Region Östergötland

Efter det inledande utvecklingsarbetet genomfördes en pilotstudie med Region Östergötland. Det innebar att kartläggningsmodellen prövades i 15 intervjuer med den politiska ledningen och de högsta chefstjänstemännen i Region Östergötland.

Den samlade analysen dokumenterades och diskuterades på ett möte i Linköping där nästan samtliga intervjuade deltog. Socialstyrelsen fick positiv återkoppling på kartläggningsmodellen och intervjuerna samt vikten av att anlägga ett systemperspektiv på frågan om utvecklingskraft.

Resultatet av denna pilotstudie har även redovisats inom ramen för förra årets lägesrapport om utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar,¹⁷ för att understryka kopplingen mellan dessa gruppers vårdbehov och vikten av tillgänglig och patientcentrerad vård.

Intervjusamtal med Dalarna, Skåne och Västerbotten

Socialstyrelsen kontaktade ytterligare ett antal huvudmän för att be dem ingå i denna studie. Djupintervjuer med ledande folkvalda och tjänstemän är av flera skäl en krävande datainsamlingsmetod, så färre landsting och regioner än vad som ursprungligen planerades har kunnat ingå i studien av tidsmässiga skäl. Av den anledningen skedde urvalet utifrån ett sjukvårdsregionsperspektiv, för att säkerställa geografisk och demografisk variation.

Samtliga intervjusamtal utom ett genomfördes via telefon och de tog ca 2 timmar att genomföra. Intervjusamtalen var individuella och respondenternas svar antecknades på i förväg upprättade anteckningsmallar, som senare har legat till grund för redovisningen i nästa kapitel. Inför varje intervjusamtal fick respondenten i god tid ta del av frågeunderlaget som utgår ifrån kartläggningsmodellen i figur 1 ovan (se bilaga 2 och 3). Detta var ett sätt att skapa förståelse hos respondenten så att intervjusamtalet skulle kunna genomföras utifrån en gemensam målbild. Samma förfaringssätt användes i Östergötland.

Sammanlagt genomfördes 57 intervjusamtal i Landstinget Dalarna, Region Skåne, Region Östergötland och Västerbottens läns landsting.

¹⁷ Socialstyrelsen (2016), *Strategiskt utvecklingsarbete i hälso- och sjukvården – pilotstudie av sambandet mellan utvecklingskraft och utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar*.

Dialogdriven metod nödvändig för att förstå utvecklingskraft

Dessa 57 intervjusamtal spände över komplicerade frågeställningar och stora områden. Många av samtalen gick delvis utanför själva frågeunderlaget och berörde aspekter som inte självklart hänger samman med hälso- och sjukvården. Exempelvis blev det under intervjusamtalen uppenbart att kulturella särdrag i det omgivande samhället påverkar förutsättningarna för utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården i stort. Denna kunskap har i och för sig inte påverkat Socialstyrelsens iakttagelser och slutsatser för respektive huvudman, men den har bidragit till djupare förståelse för huvudmännens förutsättningar och samtidigt bekräftat antagandet att förståelsen för strategiskt utvecklingsarbete behöver växa fram genom att beakta såväl generiska som specifika förutsättningar och faktorer.

Intervjusamtalen har också visat hur det politiska och organisatoriska ramverket kring hälso- och sjukvården har förändrats över tid i ett landsting eller region. Det kan handla om att yttre hot mot verksamheten långt tillbaka i tiden fick politiker och tjänstemän att gemensamt utveckla effektivare former för styrning och organisation för att möta detta hot, och att detta arbetssätt lever kvar och påverkar förutsättningarna för strategiskt utvecklingsarbete än i dag.

Respondenterna har en stor bredd när det gäller kompetens och organisatoriska roller, och därigenom har ett stort antal perspektiv tillåtits framträda och bidra till förståelsen av utvecklingskraft. Socialstyrelsen har alltså fått större förståelse för vissa förhållanden inom hälso- och sjukvården genom dessa samtal med personer som diskuterar utifrån sina olika roller och kompetenser. Exempelvis tog i stort sett samtliga upp vikten av spänningsfältet mellan politikens ”vad” och tjänstemannaledningens ”hur”, för att förstå utvecklingskraft. Kunskap om detta spänningsfält har varit avgörande för att vi i nästa steg ska förstå hur processen ser ut när vårdbehov ska fastställas (”vad”) och omsättas i vårduppdrag (”hur”). Detta har, i sin tur, gjort det möjligt att identifiera olika driv- och motkrafter och se på vilket sätt de främjar eller hindrar den utvecklingskraft som ger förutsättningar för utveckling mot en mer tillgänglig och patientcentrerad vård.

Genomgående har respondenterna uppskattat möjligheten att diskutera och reflektera kring den egna organisationen genom dessa samtal. Återkommande nämns att detta saknas såväl inom som mellan huvudmän. Ett flertal respondenter efterlyser även forum där staten deltar aktivt i diskussionen om dessa frågor. Det är uppenbart att intervjusamtalen har väckt och genererat kunskap hos såväl intervjuare som respondenter. På så sätt har denna metod väl mött målet att stimulera till ett ömsesidigt lärande och kunskapsutbyte mellan Socialstyrelsen och huvudmännen. I denna bemärkelse kan metoden som sådan sägas stödja huvudmännens fortsatta strategiska utvecklingsarbete.

Återkoppling – att sluta kunskapscirkeln

Som nämnts ovan har Socialstyrelsen besökt Region Östergötland för en gemensam diskussion om våra iakttagelser från intervjusamtalen i den pilotstudie som genomfördes under hösten 2016. Detta möte gav möjlighet

för Region Östergötland att på ledningsnivå diskutera hur man går vidare i arbetet utifrån dessa resultat. För Socialstyrelsen blev detta ett värdefullt tillfälle att få återkoppling om hur myndigheten kan utveckla nya former för kunskapsöverföring i rollen som kunskapsstyrningsmyndighet. Det positiva utfallet av mötet har gjort att vi överväger samma tillvägagångssätt med de övriga huvudmän som senare ingått i studien. Det blir då ett sätt att stärka dialogen med huvudmännen och det gemensamma lärandet samt återföra nyvunna kunskaper och perspektiv i arbetet med att utveckla nya former för kunskapsöverföring.

Utvecklingskraften hos fyra huvudmän – resultatredovisning

I detta kapitel redovisas en sammanställning och analys utifrån Socialstyrelsens kartläggning av utvecklingskraften i de fyra landsting och regioner som ingår i denna studie.

Landstinget Dalarna

Drivkrafter

Landstinget Dalarna har en komplex situation att hantera: ett omfattande geografiskt område med stora skillnader mellan länsdelarna, från det glesbefolkade Älvdalen i nordväst till stadsområdena i de östra och södra delarna. Vidare beskrivs länet ofta som uppdelat i länsdelar med egna kulturer och förhållningssätt. Återkommande anges att det ännu finns en begränsad ”vikänsla” inom länet. Dalarna beskrivs som ett län som krympt befolkningsmässigt utan att anpassningar har skett därefter. Under en längre period försämrades landstingets ekonomi tills landstinget bestämde sig för att uthålligt ”ta tag i saken”. Följden av detta har blivit skiften på olika ledande poster inom såväl politiken som tjänstemannaleden. I dag bedrivs ett ganska tydligt ekonomiskt omställningsarbete som påverkar utvecklingsfrågorna på ett påtagligt sätt.

Drivkrafterna i det ekonomiska omställningsarbetet

I intervjuerna med företrädare för Landstinget Dalarna är det tydligt att den plan som lanserades 2015 och som syftar till att vända den ekonomiska utvecklingen fram till 2019 påverkar det mesta som berör utvecklingsfrågorna. Enbart under 2017 är målet att reducera kostnaderna med 70 miljoner kronor, och under perioden 2015–2019 ska personalen minska med 500 personer. Bakgrunden med ett stort ekonomiskt underskott, och de strategier landstinget nu arbetar med, utgör den starkaste drivkraften i sammanhanget. Förslag på nya och mer omfattande utvecklingsaktiviteter prövas i de flesta fall utifrån behovet att få ekonomin i balans. Det gäller också när nyanställningar ses som aktuella. Den ekonomiska återhämtningsplanen har inneburit en del utmanande strukturingrepp i verksamheterna, såsom nedläggning av slutenvården vid Borlänge sjukhus under 2015 och minskning av antalet vårdplatser vid lasaretten i Avesta och Ludvika. Vidare har BB-verksamheten på Mora lasarett stängts och antalet vårdcentraler i länet har minskat. Dessa samtidiga strukturförändringar påverkar på olika sätt möjligheterna att lansera och driva utvecklingsarbete i övrigt. Samtidigt anger flera respondenter att den ekonomiska pressen har drivit på utvecklingen. Landstinget tvingas tänka annorlunda och göra nya saker.

Enligt en del intervjupersoner upplevde många invånare att landstinget lade ned sjukhusen på grund av brist på pengar medan landstingsledningen ville kommunicera att de anpassar sjukhusens resurser och utbud enligt ett länsövergripande perspektiv med fokus på bäst användning av resurserna och på kvalitetssäkring. Det är utgångspunkten för arbetet med att få ett mer ”gemensamt Dalarna” och skapa en ny samsyn om utvecklingen framåt. Det finns förhoppningar om att en ny regionbildning i Dalarna, som nu är på gång, kan bidra till att hantera denna utmaning och även kan involvera kommunerna på nya sätt.

Landstingsspecifika förutsättningar: geografin skapar utmaningar

En drivkraft som ofta nämns under intervjusamtalen är behovet av att hantera den ”svåra” geografi som hälso- och sjukvården ska försörja med tjänster. Dalarnas län är till ytan något mindre än Belgien och större än Stockholm, Uppsala, Västmanlands och Södermanlands län tillsammans, men det har en befolkning på knappt 300 000 invånare. I de glesbefolkade delarna dominerar en äldre befolkning. Länet anses av de flesta respondenter som ganska splittrat med olika länsdelar som har skiftande förutsättningar och synsätt. Ett flertal respondenter pekar på att det finns starka inslag av ”bypolitik” som många gånger försvårar samarbetet och minskar utvecklingskraften inom hälso- och sjukvården. Detta blir ännu mer påtagligt när landstinget försöker samverka med kommunerna. Samtidigt finns det goda exempel på samarbeten, exempelvis de familjecentraler som bildats på olika håll med både kommunala och landstingsverksamheter. Dessa framgångsrika exempel tycks dock ha svårt att få en vidare spridning eller översättas i bredare utvecklingsinitiativ eller strategier som ett sätt att hantera länets olika förutsättningar.

Utvecklingsarbete som drivs utifrån idéer och en mission

Flertalet respondenter anger att avståndet till ledande forskning och utveckling länge har påverkat verksamheterna inom Landstinget Dalarna. Traditionellt har de medicinska forskningsrelationerna varit kopplade till Uppsala men under senare år har Örebro blivit en stark forskningskontakt. Trots de löpande kontakterna är det uppenbart att avståndet påverkar utvecklingsarbetet. Forskningskopplingarna i närmiljön i Dalarna ökar dock hela tiden genom Högskolan Dalarna (där landstingets forskningschef också har en professur) och genom Centrum för Klinisk Forskning Dalarna.

Den svagare kopplingen till mer omfattande forskningsmiljöer lokalt har enligt flera respondenter troligen påverkat hur utvecklingsarbetet bedrivs. Strukturerna för det har inte byggts upp ordentligt, vilket inneburit att verksamheterna inte fått med sig den kultur av problemformulering, styrning och uppföljning som starka kunskapsdrivna verksamheter ofta utmärks av. Drivkrafter för utvecklingsarbete har dock funnits i spridda verksamhetsområden, men bristen på starkare strukturer gör att individer har fått ett relativt stort utrymme för att driva egna idéer. Det gäller särskilt starka professionsdrivna grupperingar såsom läkarna. Enligt en respondent ”har det varit lite upp till var och en att arbeta med utveckling”. Konsekvensen kan ha blivit att satsningarna inte varit samordnade och uthålliga.

Flera respondenter betonar vidare att ett bra utvecklingsarbete med starka drivkrafter är beroende av en form av ”infrastruktur” som också organiserar bra mötesplatser inom verksamheter och över verksamhetsgränser. Dessa arbetssätt menar respondenterna har en stor potential för kunskapsutveckling men kan också vara ett konkret och praktiskt stöd för utvecklingsarbetet – även om denna ”kultur” inte är tillräcklig omfattande i dagsläget. Det finns dock pågående program som kan utgöra exempel på hur man kan sätta utvecklingen av nya arbetssätt i system. I det sammanhanget nämner flera respondenter att programmet om personcentrerad vård inom landstinget är en stark utvecklingsaktivitet.

En satsning på dessa former för systematiskt utvecklingsarbete ses i många av intervjuerna som en stor potential och resurs för framtiden. Flera betonar dock att den största drivkraften i sammanhanget är medarbetarnas vilja att erbjuda en god och patientsäker vård med hög kvalitet. För att ta tillvara och få utväxling av denna drivkraft som resurs är det viktigt att ge rätt stöd. Det är dock en stor utmaning för ledningen att tillhandahålla ett sådant stöd i ett läge när ekonomisk återhämtning enligt liggande plan kanske är den tydligaste drivkraften i dag inom landstinget.

Styrning

Frågorna om styrning är mycket centrala för det utvecklingsarbete som nu bedrivs inom Landstinget Dalarna. Enligt de flesta intervjupersoner beror också den ekonomiska krisen till allra största delen på bristande styrning och en alltför ”platt” organisation som var svår att styra på ett effektivt och tydligt sätt. Planen för arbetet med att få ekonomin i balans och anpassa verksamheterna efter resurserna är för närvarande det starkaste och klart dominerande styrsystemet i verksamheterna. I övrigt beskrivs i intervjuerna att den politiska styrningen är under utveckling, i kombination med nya planeringsverktyg såsom ett ”planeringshjul” m.m. Detta förväntas underlätta samspelen i styrningen mellan de politiska företrädarna och tjänstemannaledningen. Nya former av ersättningssystem eller andra incitamentsformer är inte aktuella i utvecklingsarbetet och framträder inte som prioriterat på agendan. I övrigt anses kunskapsstyrningen fungera väl, men flera respondenter anger att utbildningar inte används särskilt strategiskt för att styra mot utveckling. Ett undantag är satsningen på ST-läkartjänster som bedrivs inom primärvården; den ses som mycket viktig för att utveckla ett långsiktigt bra samspel mellan specialist- och primärvård.

Det ekonomiska omställningsarbetet som ett styrsystem

Planen för omställningsarbetet 2015–2019 med målsättningar och strategier för att nå en ekonomi i balans kan ses som ett kraftfullt och dominerande styrsystem för verksamheterna. Kopplat till detta arbete är den befintliga organisationen för hälso- och sjukvården med en förvaltningschef för området, som också är landstingsdirektör, och fyra divisioner ledda av divisionschefer som sitter intill varandra och som driver ett koncerninriktat arbete. Det är en tydlig koncentration av tjänstemannaledningen för hälso- och sjukvården och det står i starkt kontrast till den tidigare organisationsmodellen.

Den så kallade ägarstyrningen från den politiska ledningen beskrivs som under utveckling efter att tidigare ha varit svag. Exempelvis nämns att det finns ökad tydlighet och gemensam riktning i hur man ska hantera utmaningen med stöd av planen för omställningsarbetet. Utvecklingen av den politiska styrningen uppfattas som positiv och som ett viktigt stöd i omställningsarbetet, som enligt intervjupersonerna är tufft och utsatt. Samverkan mellan politiken och tjänstemännen underlättas därutöver av den gemensamma bild som finns av verksamhetens grundläggande uppdrag. Detta gäller främst på de högsta ledningsnivåerna. Djupare in i organisationen och dess verksamheter anser de respondenter som reflekterat kring frågan att bilden inte är särskilt gemensam ännu. Flera intervjupersoner säger att den politiska

processen behöver utvecklas och att det finns kontrollbehov som påtagligt försvårar utvecklingsarbetet och ibland skapar motkrafter. Tilliten behöver hänga ihop hela vägen för att utvecklingsarbetet ska kunna fungera bättre, och för detta finns ännu inga tydliga idéer om vilka insatser eller åtgärder som kan passa.

Utvecklingen av styrsystem

Det anges återkommande under intervjusamtalen att Landstinget Dalarna har begränsad erfarenhet av att arbeta med en systematisk styrning och uppföljning som också stödjer utvecklingskraften. Det finns dock styrsystem som håller på att byggas upp och implementeras. Samtliga intervjurespondenter uttrycker dock stor tilltro till det planeringshjul som nyligen införts och som förväntas öka tydligheten och ge fastare rutiner för styrning och uppföljning. Sedan tidigare används också balanserade styrkort i verksamheterna men dessa nämns inte särskilt ofta när styrsystem diskuteras.

Intervjupersonerna ser gärna mer raffinerade styrformer som också kan bidra till att styra verksamheterna djupare in i organisationerna på ett effektivare sätt. Det gäller även att skapa en gemensam riktning i utvecklingsarbetet som bättre kan förena Dalarna. Respondenterna anger att det i dag saknas styrstrukturer för detta och nämner att de vill se mer av styrning som underlättar samverkan: exempelvis mötesforum, målbildsdialoger och andra styrformer som kan engagera och leda till samsyn och förtroende. Även utbildningsprogram skulle kunna bidra till detta, men när de kommer på tal anges ofta att det inte finns något fokus på detta och att det ofta ”snålas” med den typen av insatser. I stället domineras all styrning av koncernstyrningen med fokus på omställningsplanen. För att lyckas framåt och uthålligt med stora beslut som nu tas betonar flera intervjupersoner att man måste sprida uppföljningsarbetet och kommunicera målbilder på ett bredare sätt ute i verksamheterna än vad som sker i dag.

Som nämnts tidigare bedömer respondenterna att den politiska styrningen håller på att förbättras med tydligare samspelsformer med tjänstemannaledningen i fokus. Förutsättningarna för denna styrning problematiseras dock från och till i intervjuerna där respondenterna anser att det kan vara bra med politiska majoritetsskiftet ibland, samtidigt som de vet att andra landsting och regioner kan ha problem med tvära kast mellan olika majoriteters synsätt och ideologiska förtecken avseende styrningen av hälso- och sjukvården.

Kunskapsstyrningen anses av respondenterna fungera väl med olika rådsgrupper som är drivande och har inflytande på alla nivåer. Tidigare involverades inte politiken i detta, vilket nu håller på att förändras. Samverkan i sjukvårdsregionen om kunskapsstyrningen nämns inte så ofta i intervjusamtalen men i några framkommer en önskan om mer utvecklingskraft inom detta område. I detta sammanhang pekas samverkansnämnden ut som en särskilt viktig aktör.

När det gäller ersättningssystem och andra incitamentslösningar framkommer inga särskilda tankar om hur sådana kan användas för att få ut mer av styrningen i fråga om utvecklingskraft. Den specialiserade vården är anslagsfinansierad och primärvården har en fast ersättning till 70 procent (med inslag av ACG och CNI) och övrigt rörlig ersättning utifrån täcknings-

grad, kvalitet och besöksersättningar. Det nämns att man måste ha mycket mer på fötterna innan man är redo att ta tag i dessa frågor. Lönesättningar används strategiskt för att få personal att stanna kvar på sina tjänster, men i övrigt nämns inga särskilda incitamentssystem. Vissa intervjupersoner är intresserade av om värdebaserad vård kan utvecklas till nya ersättningsmodeller. Vidare för några respondenter resonemang som går ut på att landstinget skulle kunna ersätta team som helhet för att få en bättre samverkan.

Förmågor

När systemfaktorn ”förmågor” kartläggs inom Landstinget Dalarna framträder ett område som tycks vara under utveckling, med nya inslag av kunskaper och förmågor. I arbetet med att få ökad kontroll över den ekonomiska utvecklingen har Dalarna inledningsvis tittat på åtgärder i andra landsting och regioner som bedöms ha hanterat utvecklingen bättre. Exempelvis försöker man nu införa en starkare verksamhetskultur med fokus på styrning och uppföljning. Dessutom har nya utvecklingsmöjligheter och tillgångar identifierats genom att tillämpa en mer kvalificerad och systematisk ”systemanalys” på den övergripande hälso- och sjukvårdsverksamheten. Perspektiven och ”identitetskulturen” skiftar dock eftersom Dalarna allttjämt är ganska splittrat och uppdelat i olika länsdelar.

Finns en framväxt av en ny verksamhetskultur som bättre stödjer utvecklingskraft?

De intervjuade företrädarna för Landstinget Dalarna bedömer att verksamhetskulturen måste förändras för att uppnå högre utvecklingskraft. Det anges i de flesta sammanhang att denna förändring är på gång men att det är ”en väg att gå”. Den tidigare verksamhetskulturen anges som mycket öppen och inflytelserika individer hade stor frihet att påverka den i olika riktningar. Den tidigare organisationen beskrevs av flera respondenter som ”superplatt” med många chefer på samma nivåer, och därmed var det svårt att få överblick och att styra på ett effektivt och tydligt sätt. Samtidigt kunde denna öppenhet leda till att Landstinget Dalarna var tidigt ute med exempelvis nya behandlingsmetoder. Utvecklingen inom landstinget gick dock i olika takt och i vissa fall suboptimerades verksamheterna. I senare genomlysningar och jämförelser med andra huvudmän fann landstinget exempelvis att det fanns inslag av ”extra allt” i många verksamheter, som en av respondenterna uttryckte det.

När det gäller behovet av en ny och stark verksamhetskultur, som kan stödja samarbete mot ökad utvecklingskraft, nämns ofta att det också behövs en gemensam kultur i Dalarna. I stort sett samtliga respondenter anger splittringen mellan länets olika delar som starkt hämmande för utvecklingskraften. Uttryck som ”bypolitik” och ”vi-och-dom-kultur” förekommer vid ett flertal tillfällen under intervjuerna. Som exempel finns det enligt respondenterna olika kulturer vid de olika sjukhusen som motverkar möjligheten att få ihop en förenande ”Dalakultur”. När landstinget försöker samarbeta med kommunerna blir det gemensamma sammanhang som eftersträvas ännu mer splittrat. Respondenterna är mycket medvetna om vikten av att lösa detta problem. För att stimulera gemensamhetskapande insatser har exempelvis värdegrundsarbetet blivit tydligare och mer påtagligt. Det framkommer dock

inga tydliga strategier eller gemensamma tankar om nya arbetssätt för att bättre bygga och stödja en gemensam ”Dalakultur”, som i sin tur kan leda till en större utvecklingskraft. Några intervjupersoner hoppas att ett förnyat regionuppdrag kan påverka detta utvecklingsbehov i positiv riktning.

Det avgörande ledarskapet

Bättre ledarskap pekas i intervjuerna ut som oerhört viktigt för att öka utvecklingskraften i Landstinget Dalarna. Ledarskapet ses också som nyckeln i den utvecklingsfas som landstinget befinner sig i, med ett omställningsarbete enligt en samordnad plan mot bättre ekonomi och handlingskraft. Detta ledarskap har präglats av fragmentering men behöver stödja en helhet och ett koncerntänkande. Angreppssättet är att inrätta en ny divisionsindelning som ska samordna viktiga kärnprocesser och samtidigt vara slagkraftig inåt i organisationen genom fyra divisionschefer med väl förankrade professionsbakgrunder. Ledarskapet fokuserar tydligt på de mål som är satta enligt ”återhämtningsplanen” med bl.a. 70 miljoner kronor i minskade kostnader under 2017. Exempel på åtgärder i detta arbete är att

- överpröva nyanställningar efter avgångar
- fokusera på prioriteringar
- införa ”task shifting” i form av exempelvis bättre fördelning av arbetsuppgifter mellan sjuksköterskor, undersköterskor och vårdnära service.

Vissa av respondenterna pekar på en risk för att nya idéer och lösningar får svårt att komma in samtidigt som detta rationaliseringsarbete pågår.

I intervjuerna beskrivs att det inte är så lätt att leda detta ekonomiskt målriktade förändringsarbete in i organisationerna. De är ofta överens på högre chefsnivåer men det blir allt svårare att få till samsyn djupare in i verksamheterna. Professionsleden beskrivs som vaksamma och avvaktande. Läkarkåren tenderar att betrakta sin uppgift som medicinsk och med patientfokus medan den överordnade chefen får ta ansvar för de ekonomiska frågorna. Som påpekats i flera andra avsnitt i denna rapport uppfattas det som svårt att leda omställningsarbetet på djupet in i organisationerna.

Det samspelande ledarskapet mellan politiken och tjänstemannaledningen beskrivs i allmänhet som klart bättre än tidigare. Det finns sedan hösten 2016 en delvis ny politisk majoritetsledning och förhoppningarna har ökat om förbättrat samspel såväl mellan politiken och tjänstemannaledningen som inom politiken. Det finns tecken på en tydligare uppdelning av rollerna i ledarskapet mellan den politiska ledningen och tjänstemannaledningen, som tidigare nämnts, men det är fortfarande oklart exempelvis hur långt politiken sträcker sig i ”hur-frågor” som rör verksamheten. Viljan att klara målen fram till 2019 enligt den liggande omställningsplanen kan vara både en tillgång och en osäkerhet för denna uppdelning av ledarskapet. Allt för mycket fokus på att nå särskilda mål kan göra att uppgiftsrollerna blir otydligare i stället. Sammantaget söker Landstinget Dalarna fortfarande efter de verktyg som ska bidra till utvecklingen av ledarskapet. Mot bakgrund av den tidigare fragmenterade ledningen av landstinget behöver landstinget arbeta intensivt med att skapa en helhetsbild (”koncerntänket”) med stöd av ledarskapet. Allt detta är i stort sett nya inslag som måste byggas upp från grunden och parallellt

med genomförandet av ”omställningsplanen”. Det nya styrningssystem som utvecklats med inspiration från andra huvudmän behöver också anpassas till det praktiska ledarskap som råder i Dalarna.

Nya kunskaper och kompetenser

Avståndet till lärosäten och tyngre forskningsinstitutioner har, som påtalats tidigare, hindrat utvecklingskraften enligt flera av respondenterna. Närheten till sådana miljöer försämrar möjligheterna att aktivt ta till sig nya kunskaper och kompetenser. Däremot har det länge funnits en ambition om att Landstinget Dalarna ska vara i fronten när det gäller att föra in nya kunskaper och angreppssätt. Samtidigt har Dalarna, som några respondenter uttryckte det, alltid varit något av ett symboliskt landskap präglat av tradition och gamla kulturbetingelser. Den tidigare Dalamodellen beskrivs av flera respondenter som ett tidigt experiment och en föregångare till de styrmodeller som brukar refereras till som New Public Management. Dalarna var också bland de första landstingen att ta sig till nya behandlingsmetoder, exempelvis ballongvidgning inom hjärtkirurgi, vilket även har nämnts tidigare. Flera respondenter pekar vidare på att landstinget har ett starkt program för personcentrerade arbetssätt. Som nämnts tidigare ökar den regionala forskningen i betydelse genom Högskolan i Dalarna och Centrum för Klinisk Forskning Dalarna.

En ny analysenhet bildades inom landstinget i samband med att hela landstingets verksamhet genomlystes som ett led i att sätta upp ”omställningsplanen”. Det arbetssätt som utvecklades där bidrog till att såväl den politiska ledningen som tjänstemannaledningen fick upp ögonen för vad sådana analyser kan bidra med. Bland annat användes jämförande analyser (benchmarking) och nyckeltal för att utvärdera landstingets egna resurser och effektiviteten i dem i jämförelse med andra landsting och regioner. Detta arbetssätt hade inte bedrivits systematiskt tidigare och det bygger på en analytisk kompetens som man tidigare saknat tillgång till. Analysenhetens arbete beskrivs av flera respondenter som mycket viktigt för det omställnings- och utvecklingsarbete som nu bedrivs och enheten växer med fler medarbetare.

Det finns även flera andra områden med kunskaper och kompetenser som enligt respondenterna är viktiga och behöver stärkas för att öka utvecklingskraften. Kapacitets- och produktionsplanering är ett sådant större kompetensområde där respondenterna ser ett behov av mer kunskaper, exempelvis kompetens inom flödestänkande och logistisk. Respondenterna bedömer att sådan kunskap och kompetens skulle bidra till bättre sätt att hantera fluktuationer i verksamheterna eller till att utveckla ”hängrännor” mellan ”stuprören”.

I några av samtalen framförs tankar om att vården borde kunna ta till vara och få ännu mer nytta av de kunskaper och kompetenser som redan finns inom verksamheterna. Då behövs ett tydligare strategiskt fokus på denna fråga, enligt respondenterna. Exempelvis skulle det interna utbildningssystemet kunna bidra till större nytta, men då måste landstingsledningen betrakta det som ett viktigt verktyg i sammanhanget. I dagsläget ges chefsutbildningar huvudsakligen som en introduktion till personer som tillträder en tjänst och sedan blir det vanligen inte mer. Någon nämner även att det skulle behövas

en ”personalchefernas personalchef” för att få till den strategiska HR-inriktning som bedöms kunna få större effekt på organisationens befintliga kunskaper och kompetenser.

Tjänsteutveckling

Systemfaktorn tjänsteutveckling anses av respondenterna som mycket viktig för utvecklingskraften samtidigt som den är svår att relatera till i intervjusamtalen. Flera respondenter säger att det finns stora resurs- och kvalitetsvinster att göra om mer fokus kan läggas på tjänsteutvecklingen och då särskilt en bättre samordning mellan olika vårdinsatser för patientgrupper med stora behov. Respondenterna har dock svårt att identifiera konkreta sätt att komma framåt inom området, och detta är en situation som Dalarna delar med många andra sjukvårdshuvudmän. Framför allt är det två huvudfrågor som kommer fram i intervjusamtalen om tjänsteutveckling: hur man ska få till ett bättre fokus på samverkan, och hur stöd som underlättar för denna samverkan kan utvecklas.

Den svåra samverkansutmaningen

Planen för den ekonomiska återhämtningen och omställningen skapar ett tydligt fokus på rationalisering och prioriteringar inom befintliga strukturer. Planen inbegriper rationaliseringar i bemanningen och utbudet i första fasen och därefter ytterligare effektiviseringar genom exempelvis bättre behovsanalyser och uppgifts- och arbetsfördelning bland befintlig personal. Att utveckla nya tjänster framträder inte särskilt tydligt, vilket också har sina förklaringar. I jämförande analyser med andra landsting har det exempelvis framkommit att Landstinget Dalarnas utbudsstrukturer kan effektiviseras och att kostnadsreduceringar då ligger närmast till hands. Det mer komplexa arbetet med att utveckla nya tjänster, som potentiellt kan medföra stora resursvinster, är något man inte ger sig in i för närvarande. Tidsplanen med målsättningar om stora kostnadsreduceringar innebär en press som bidrar till att fokus riktas mot de arbetssätt och angreppssätt man bäst förfogar över.

Ett undantag från detta angreppssätt är den närsjukvårdsutredning som Landstinget Dalarna genomfört, där tjänsteutveckling intar en central roll och funktion. Det är dock osäkert huruvida landstinget förmår att omsätta intentionerna i denna utredning i praktisk handling. Det finns även ytterligare exempel på verksamhet som är inriktad mot tjänsteutveckling, och i ett flertal intervjusamtal nämns att Landstinget Dalarna har ett ambitiöst program för kunskapspridning om patientcentrerade vårdformer. Samverkan mellan vårdgivare anges av samtliga respondenter som svår att få till på samma gång som respondenterna är medvetna om potentialen i detta område. När kommunerna involveras beskrivs utmaningen närmast som för stor för att hantera i nuläget. Det beror på en ovana vid mer gränsöverskridande samverkan och dessutom en ovilja att släppa den egna kontrollen, vilket ofta anges som en förutsättning för att komma framåt.

Bättre stöd för tjänsteutvecklingen

I ett flertal intervjusamtal uppges att begränsade kunskaper om att arbeta med tjänsteutveckling är ett hinder för utvecklingskraften. När initiativ till tjänsteutveckling tas resulterar det allt som oftast i diskussioner om gränsdrag-

ningar och millimeterrättvisa. En viktig fråga blir då hur landstinget kan komma förbi detta låsta läge och i stället verka för att mer verksamhetsspecifikt definiera ömsesidiga vinster av nya och fördjupade former av samverkan.

I några samtal nämns att den nya analysenheten används allt mer för att få en bättre bild av vårdkonsumtionen. Detta kan bidra till nya utvecklingsmöjligheter utifrån ”bilder” som tidigare inte gick att utgå ifrån. Enligt intervjupersonerna arbetar man inte systematiskt med omvärldsanalyser och framtidsbilder, men enligt flera skulle ett sådant arbete kunna bidra väsentligt till att komma framåt i dessa utvecklingsmöjligheter. Ytterligare en möjlighet som nämns i detta sammanhang är att skapa en tydligare politisk inriktning för nya samverkansformer, och särskilt när det gäller vissa patientgrupper med stora behov.

Med bättre stödformer för arbetet behöver landstinget inte ”famla i mörkret” varje gång ett försök initieras. Vidare bedömer ett flertal respondenter att det finns ett behov av mer systematiskt lärande av de som har liknande erfarenheter och lyckats överkomma dessa svårigheter helt eller delvis. Avslutningsvis bedömer respondenterna att landstingets egen utvecklingsenhet skulle behöva stärkas för att ta vara på dessa möjligheter till vad som kan göras och hur det kan göras.

Sammanfattande iakttagelser om utvecklingskraften i Landstinget Dalarna

I detta avsnitt summeras några av de viktigaste iakttagelserna från intervju-samtalen om Landstinget Dalarnas utvecklingskraft. Kartläggningen utifrån de fyra systemfaktorerna är utgångspunkt för ett antal slutsatser om landstingets särskilda förutsättningar och möjligheter i ett fortsatt utvecklingsarbete.

Drivkrafterna: de särskilda förhållandena i länet

Dalarna omfattar ett stort område med låg befolkningstäthet i stora delar av länet och länsdelar som har markant olika karaktär. Landstinget har därmed andra förutsättningar för att bedriva utvecklingsarbete än t.ex. mindre regioner som är mer sammanhängande med tätare befolkningsstrukturer. Detta är viktigt att förstå och hantera när utvecklingskraft granskas, och dessa förhållanden påverkar effekten av idéer om hur denna kraft kan stödjas.

Det är uppenbart att Landstinget Dalarna har en särskilt komplex situation i detta sammanhang. Landstinget har begränsat med resurser för att öka den forskning och det arbete som fokuserar på omständigheter som har specifik betydelse för utvecklingskraften inom hälso- och sjukvården. Detta gör det svårt att få grepp om viktiga frågor, såsom hur utvecklingskraften ska öka i nästa steg (exempelvis tjänsteinnovationer). Dessutom befinner man sig i en fas med prioriterade strukturrationaliseringar som är utmanande i sig och som i stora drag dikterar villkoren för utvecklingsarbetet. I korthet verkar landstinget ännu sakna många av de kunskaper och angreppssätt som förmodligen är viktiga i nästa utvecklingsfas.

Samspelet mellan den koncerninriktade styrningen och verksamhetskulturen

Den ekonomiska omställnings- och återhämtningsplan som gäller etappvisa mål 2015–2019 är central i allt utvecklingsarbete inom landstinget. Planen har blivit en stark förenande kraft på ledningsnivå i en radikal omställning från många olika ”verksamhetsöar” till en tydlig koncerninriktad kraft. Planen har skapat ett nytt samspel mellan de ledande politiska företrädarna och de ledande tjänstemännen och fungerar som en grund och förklaring till varför man gör relativt stora ingrepp i utbudsstrukturerna. Med planen kommer en ny typ av starkare styrningsmodeller såsom ”planeringshjulet”, som infördes under 2016, som skapar mer av ett helhetsgrepp mellan koordinerade insatser steg för steg. Dessutom tillförs en plan för löpande uppföljningar och resultatutvärderingar. Det grepp och den allt starkare landstingsövergripande styrning som nu utvecklas ser ut att ha förändrat verksamhetskulturen inom landstinget. Det genomgripande omställningsarbetet har också bidragit till en ny syn på vad andra kompetenser än de traditionella verksamhetskompetenserna kan bidra med, exempelvis en mer fördjupande kompetens att analysera effektivitet inom verksamheterna.

Den nya koncerninriktade styrningen bedöms vara ett viktigt steg för att kunna fokusera och ytterligare professionalisera utvecklingsarbetet inom Landstinget Dalarna och därmed få ut mer av kommande insatser. Skiftet mot en mer centraliserad styrning är nyligen genomfört och det finns tydliga hinder för att den ska kunna nå längre ut i verksamheterna, och därigenom bidra till mer innovativt utvecklingsarbete med exempelvis nya arbetssätt och vårdtjänster.

Tjänsteutvecklingen: ett svårt område

Det är svårt att identifiera lämpliga strategier för att komma vidare i arbetet med tjänsteutveckling, vilket också pekas ut som en viktig del av utvecklingskraften. Enligt respondenterna talar mycket för att detta är nästa steg i utvecklingen, och det stämmer med utredningar såsom Effektiv vård (SOU 2016:2) som det finns god kännedom om. Det egna programmet för personcentrerad vårdutveckling är också en satsning som visar vad en ny våg av tjänsteutveckling kan utgå ifrån. Tjänsteutveckling innebär nya möjligheter, med fokus på ökad tillgänglighet och patientcentrering för grupper med större behov, och för att utnyttja dem behöver man i de flesta fall förfoga över hela vårdkedjan. Denna kedja av insatser är i dag fördelad över tre olika utförarorganisationer: sjukhusbaserad vård, primärvård och kommunal hemsjukvård. Dessutom är Dalarna ännu ett ganska splittrat län som spiller över på de geografiskt fördelade verksamheterna inom landstinget.

Landstinget Dalarna har nyligen lagt grunderna för en mer koncerngemensam styrning men mycket återstår för att fördjupa detta synsätt och föra ut det till utförarverksamheterna och länets olika delar. Av dessa skäl framstår en tjänsteutveckling utifrån mer innovativa grunder som svårtillgänglig och detta får för närvarande inte plats på agendan för utvecklingstänkande och utvecklingsinitiativ.

Möjligheterna till fortsatt utvecklingskraft inom Landstinget Dalarna

Det omställningsarbete som pågått inom Landstinget Dalarna sedan 2015 ser ut att redan ha påverkat verksamhetskulturen. I stort sett samtliga respondenter beskriver, på något olika sätt, att verksamheterna har blivit mer effektivitetsanalyserande och fått ett större planeringsfokus och en mer samordnad ledning med mer systematiska uppföljningar. Detta fokus på systemanalys, planering och tydlig ledning fanns inte på samma sätt tidigare. Det omställningsarbete som nu utförs beskrivs som ett viktigt steg för ökad utvecklingskraft, men samtidigt menar flera respondenter att det krävs ytterligare förnyelse för att tjänsteprocesserna ska bli mer patientcentrerade och därmed samordnade.

Några företrädare för landstinget efterlyser mer nationellt stöd för dessa, som man menar svårare, utvecklingsfrågor. Man har regelbundna nationella möten, exempelvis i SKL:s nätverksträffar för landstingsdirektörer, hälso- och sjukvårdsdirektörer och andra ledande befattningsgrupper, och respondenterna anger att huvudmännens ledande företrädare ofta ser liknande utmaningar för att komma vidare med exempelvis mer samordnad vård. Detta kan gälla svårigheterna att hitta bättre samverkansformer mellan sjukhusbaserad vård och primärvård, och när kommunerna kommer på tal blir utmaningen betydligt större. Flera intervjupersoner anger att ett mer gemensamt och kanske nationellt ordnat lärande om dessa frågor skulle underlätta och även inspirera regionalt och lokalt.

Landstinget Dalarna ser ut att ha kommit rätt i sitt utvecklingsarbete efter en svår ekonomisk situation. Arbetet med rationaliseringar tycks ha utförts metodiskt och, utifrån förutsättningarna relativt välorganiserat. Samtidigt gäller det att inför nästa steg kunna utveckla arbetssätt som inte bara fokuserar på rationaliseringar i utbudsstrukturer och bemanning. År 2019 ska omställningsplanen vara uppfylld. Det är ännu oklart vad som följer där efter men flera respondenter anger att nästa steg borde vara en ny våg av samverkan kring patientgrupper med stora behov, vilket delvis är i linje med de utvecklingsförsök som påbörjats på andra håll – exempelvis i Västra Götalandsregionen som nämns i några intervjusammanhang.

Utmaningen för Landstinget Dalarna, när det gäller att öka utvecklingskraften, är att identifiera och bygga upp nya styrningsmetoder som stödjer nästa utvecklingsfas. Denna fas kommer antagligen att präglas av mer samsyn och större möjligheter till samverkan över gränser för att skapa effektiva vårdprocesser. Vissa andra utvecklingsorienterade landsting och regioner, som studerats inom ramen för denna studie, har kommit längre i detta arbete. Exempel på sådana viktiga nya styrningsmetoder är olika former av slagkraftiga ”strategiska forum” eller andra typer av inspirerande möten samt landstingsövergripande program som driver på den praktiska vårdutvecklingen inom och mellan olika verksamheter. Det finns också exempel på olika testbäddar eller innovationszoner som används mer systematiskt än vad som hittills har provats i Dalarna.

Landstinget Dalarna har satsat på att skapa en hållbar grund för effektivare utvecklingsarbete genom att inrätta en mer koncerngemensam styrning, och

denna styrning blir ett sätt att på systemnivå öka förmågan till analys, planering, genomförande och uppföljning. Nästa steg bör förmodligen ha ett större styrningsinslag som ”lyfter” medarbetare och politiska företrädare mot ökad utvecklingskraft, i form av engagerande och Dalaövergripande målbilder och nya former av möten. Sådana möten kan exempelvis vara s.k. strategiska forum och skräddarsydda utbildnings- och utvecklingsprogram.

Region Skåne

Drivkrafter

Region Skåne är en av Sveriges större regioner med en befolkning på drygt 1,3 miljoner. Befolkningen förväntas öka med omkring 12 procent till år 2025, och ökningen gäller främst barn och personer äldre än 80 år. Regionen innehåller dock många olikheter och omfattar både landsbygd och storstadsmiljöer samt avancerade forsknings- och kunskapskluster. Ett särdrag för regionen i ett svenskt perspektiv är den i dag relativt tydliga arbetsmarknadsintegrationen inom Öresundsområdet som på kort tid har förändrat förutsättningarna för stora delar av Skåne.

Den skånska hälso- och sjukvården omsätter under 2017 cirka 32 miljarder kronor. Det finns 33 kommuner som Region Skåne har att samverka med inom främst hemsjukvården genom det hälso- och sjukvårdsavtal (HS-avtalet) som beslutades 2016. Verksamhetssystemen är relativt komplexa och har under 2000-talet flera gånger förändrats grundligt i sina strukturer och ledningssystem. Detta gäller även ledarstilar inom politiken och tjänstemannaledningarna.

Sammantaget finns det många drivkrafter, såväl yttre som inre, som under årens lopp har format regionbildningen. Den blev verklighet 1999 då landstingen Kristianstads läns landsting och Malmöhus läns landsting slogs samman med Malmö kommun som då hade eget huvudmannaansvar för hälso- och sjukvården.

Regionspecifika förhållanden

Skåne har varit med om en påtaglig förändringsresa under minst tre decennier, från en ekonomisk tyngdpunkt med framför allt Malmö som en större industri- och hamnstad till ett Skåne som alltmer expanderar sina kunskapskluster ut från Lunds universitet till andra delar av regionen. Dessutom har man en begynnande samverkan med danska motsvarigheter på andra sidan Öresund. En bred bas av forskning och näringslivskluster finns inom bl.a. medicinsk utveckling, läkemedel och medicinsk teknik samt på senare tid även inom vissa delar av mobilt internet och telekom. Från forskningen finns det i Lundområdet många kommersiella avknoppningsföretag genom lokal FoU. Lunds universitet har också en tyngdpunkt inom många humanistiska utbildningar och forskning.

Regionen är samtidigt Sveriges enda påtagligt transnationella arbetsmarknad med goda kommunikationer inom Öresundsområdet. Vissa intervjupersoner påpekar att övriga Sverige kanske inte har förstått fulla implikationen av detta och hur det påverkar tänkandet och strategierna inom Region Skåne. Ett exempel är diskussionerna om att flytta EU-organet European Medicines Agency (EMA) från England (efter Brexit): Region Skåne står här bakom Köpenhamns kandidatur och inte Sveriges.

Vissa av respondenterna påpekar att regionen går igenom något som närmast kan liknas en omvandling i flera dimensioner av samhället: ekonomiskt, socialt och kulturellt. Regionens stadsområden har länge haft ett löpande inflöde av migranter men 2016 var exceptionellt. Den mångkulturella profilen i städerna är påtaglig och där finns även en jämförelsevis yngre

befolkning. Samtidigt finns det en relativt oförändrad landsbygd där äldre personer utgör en större grupp än i städerna i de västra och sydliga regiondelarna.

Region Skåne brottas alltså med en låg förvärvsfrekvens inom befolkningen och hög arbetslöshet. Skatteunderlaget bekymrar och respondenterna anser att hälso- och sjukvården har stora finansieringsproblem. För närvarande ser utvecklingen ut att gå mot ett mycket stort ekonomiskt underskott med en preliminär prognos på över en miljard kronor för 2017.

Parallellt med detta pekar respondenterna på att den medicinska utvecklingen går i en rasande fart och skapar allt större möjligheter till medicinska behandlingar och preventiva vårdinsatser. Enligt en av respondenterna med särskild insyn i den högspecialiserade vården ”vill ingen [som har insikt i detta] ha den vård som gjordes för två år sedan”. I intervjuerna framförs att organisationen i stort har bristande förmåga att prioritera och att pengarna inte räcker till, vilket i kombination skapar frustration.

Den starka forskningen inom regionen

Forskningen inom Region Skåne beskrivs i intervjuerna som en av de starkare drivkrafterna för hälso- och sjukvården. Vissa beskriver den som osedvanligt stark i landet och att man är ledande inom ett flertal områden. Några få respondenter anger att Skåne kanske har de bästa förutsättningarna i landet för en nära samverkan mellan främst medicinsk eller medicinskrelaterad forskning och hälso- och sjukvårdsverksamheterna. Samtidigt finns det kritiska röster i intervjusamtalen om detta tema. I några samtal framförs att man borde kunna göra mer med denna stora forskningsbas: ”det är mest prat”. En annan respondent påpekar att det finns världsledande diabetesforskning i Skåne men att Region Skåne ändå hör till de sämre huvudmännen inom diabetesvård, och att det finns fler exempel på detta fenomen.

Några intervjupersoner tar upp att universitetssjukhuset har en särställning i regionen med sin starka samverkan mellan forskning och klinisk verksamhet – men att det stannar där. Universitetssjukvården har en egen förvaltning, vilket dessa respondenter anser bidrar till denna situation.

Spridningen av forskningen kan i vissa sammanhang möjligen begränsas av den ekonomiska situationen som beskrivits ovan. Samtidigt anger flera respondenter att det finns viktig forskning som också kan effektivisera och rationalisera hälso- och sjukvården samtidigt som den höjer kvaliteten. Digitaliseringen, där vissa anger att Skåne har särskilt stor potential, är ett sådant utvecklingsområde. Att utnyttja denna potential anses ha gått trögt men lyfts i flera intervjusamtal fram som något som kommer att prioriteras med förnyad kraft. Region Skåne har nyligen tillsatt en ny avdelning på koncernkontoret (avdelningen för digitalisering och IT) för att skapa ett tydligare ägarskap och ansvar för denna fråga.

Idéer och missioner som drivande inom Region Skåne

Det har sedan regionbildningen 1999 funnits ett flertal olika regionövergripande idéer och missioner inom Region Skåne som under årens lopp har drivits av starka ledare, både inom politiken och i tjänstemannaledningarna. I början av regionens historia fanns idéramverket Skånsk Livskraft som till stora delar förenade verksamheterna och de politiska företrädarna, även över

de politiska partigränserna. Några av intervjurespondenterna påpekar att ramverket började urholkas gradvis när det väl var bildat, exempelvis ”när vi satte sjukdomsdiagnoser in i bilden”. Dåtidens uppdelningar av hälso- och sjukvården i patient- och produktionsrationella ”vårdlogiker” började då konfronteras med ett mer traditionellt medicinskt ramverk som gjorde bilden otydlig.

Därefter har vissa regiondirektörer haft stort inflytande på organisationerna, och idéerna och missionerna har växlat med tiden med olika betoningar. Större strukturella grepp har också genomförts, från exempelvis att varje sjukhus (tio stycken) utgjorde en egen förvaltning till dagens tre förvaltningar för utförarverksamheterna inom hälso- och sjukvård. Av dem är två geografiskt baserade (Sund respektive Kryh) och en baseras på universitetssjukvården med bas i Skånes Universitetssjukvård (SUS). År 2010 slogs de två separata universitetssjukhusen i Malmö och Lund ihop till SUS, vilket i början skapade en del stridigheter. I intervjusamtalen anges dock att lokaliseringsfrågorna numera handlar om ”var vi gör det bäst”.

Sedan ett och ett halvt år finns en ny koncernledning under en ny regiondirektör, och den beskrivs som engagerad och angelägen om att åstadkomma resultat. Man driver främst frågor som rör kvalitet, digitalisering, kommunsamverkan och resursutmaningen. Någon tydlig mission beskrivs inte i intervjusamtalen men verksamhetsutvecklingen har ett tydligare driftsnära, underifrån-och-upp-perspektiv. Goda konkreta exempel i verksamheterna lyfts upp med fokus på förbättringsarbete och kvalitetsutveckling.

Det påpekas dock i intervjusamtalen att det vore önskvärt med en framtidsinriktad målbild som kan samordna verksamheterna i en gemensam riktning. En sådan målbild kan hålla ihop det som beskrivs som en komplicerad struktur för hälso- och sjukvårdsverksamheterna inom Region Skåne. Flera respondenter hänvisar till en nyligen utförd kartläggning och analys av styrstrukturerna inom Region Skåne som visar att det saknas ett framtidsperspektiv som är kopplat till verksamheterna. Utan en mission eller målbild, och en tillhörande strategisk planering, blir verksamheterna alltför händelse- och ärendestyrd. Viktiga samverkansmöjligheter utnyttjas inte i ett sådant läge, vilket hämmar effektiviteten och även utvecklingen på sikt. Det nya hälso-och sjukvårdsavtalet (HS-avtalet) syftar till samverkan i nya former med kommunernas hemsjukvård, och några respondenter anser att det avtalet är det närmaste man kommer en gemensam framtidsinriktning. Risker med komplexa och omfattande verksamheter likt de i Region Skåne är att de kan dras i olika riktningar och därmed bli mycket svåra att styra och samverka i. I längden blir de till ett resursslukande och ineffektivt vårdssystem.

Styrning

Styrningsfrågorna inom Region Skåne, med sina omfattande och forskningsanknutna verksamheter, är ytterst komplex. Det har under årens lopp sedan regionbildningen löpande sökts efter och prövats olika styrstrukturer och system. Kasten mellan olika idéer och modeller beskrivs i intervjusamtalen som ganska tvära. Det anses finnas en risk för minskat förtroende och engagemang för nya lösningar i en sådan utvecklingsmiljö, vilket kan hämma utvecklingskraften.

Ungefär två tredjedelar av verksamheterna är anslagsfinansierade med uppföljning främst av tillgängligheten. Hälsovalet med vårdvalsmodell är ett eget ersättningsystem för primärvården och upplevs vara svårt att förena med specialistvårdens huvudsakliga anslagsfinansiering.

Med de akademiska traditionerna finns en tydlig professionsstyrning, särskilt inom den högspecialiserade vården, enligt respondenterna. Samtidigt upplevs kunskapsstyrningen som väl utvecklad och i allmänhet välfungerande. Som så ofta gäller för Skåne får dock professionsstyrningen olika uttryck i olika delar av regionen. Det anges finnas väsentligt olika styrningsätt på de tio sjukhusen, vilket också upplevs som skiftande verksamhetskulturer. Dessutom påpekas i intervju samtalen att det finns en god tillgång till utbildningar men att de inte används strategiskt för att skapa styrning. Både i intervjuerna, och i en rapport om strategisk styrning som respondenterna ofta refererar till, uppges det finnas en stor potential för ett mer strategiskt HR-perspektiv på styrning genom kunskaps- och kompetensutveckling.

Stödjer de övergripande styrsystemen utvecklingskraften i Region Skåne?

Verksamheterna styrs övergripande genom de strukturer som tillämpas för den politiska styrningen och tjänstemannastyrningen. Som nämnts tidigare har man haft radikalt olika förvaltningsstrukturer över tid. I dag finns en övergripande strukturstyrning för hälso- och sjukvården genom den regionövergripande hälso- och sjukvårdsnämnden samt en koncernledning med de ledande tjänstemännen.

För utförarverksamheterna (vid sidan av förvaltningarna medicinsk service, habilitering & hjälpmedel, regionservice m.fl.) finns de tre hälso- och sjukvårdsnämnderna med förvaltningarna SUS, Sund (primärvården i västra Skåne och sjukhusen i Ängelholm, Helsingborg, Landskrona och Trelleborg samt psykiatri) och Kryh (primärvården i Östra Skåne och sjukhusen i Ystad, Hässleholm och Kristianstad).

Flertalet respondenter anger att denna förvaltningsstruktur inte bidrar till utvecklingskraft på sikt då den delar upp universitetssjukvården i en egen förvaltning och Skåne i den västra respektive östra delen. De anser att detta minskar samverkanspotentialen och att det är något av en återgång till de tre olika landstingsverksamheterna. Det framhålls vidare att den politiska styrningen kan bli otydlig med en sammanhållen hälso- och sjukvårdsnämnd för hela Skåne som sedan delas upp i ytterligare tre lokala hälso- och sjukvårdsnämnder. I intervju samtalen menar de att det blir en otydlighet mellan styrning på regionövergripande nivå och styrning på lokal nivå. Vidare menar intervju personerna att den politiska styrningen med denna organisering sträcker sig för långt ut i "hur-frågorna" och att förvaltningscheferna med flera har onödigt mycket rapporteringsarbete och måste hantera frågor om måluppfyllelse etc. Det påpekas också att regionrevisorerna har anmärkt på detta.

De respondenter som har andra synpunkter framhåller att de geografiska indelningarna ger bättre möjligheter att ta tillvara förutsättningar i det delregionala sammanhanget; exempelvis råder klart annorlunda förhållanden inom Kryhs område med delvis landsbygdsliknande förhållanden och en

annan befolkningssammansättning än i Sund. Vidare framförs på vissa håll att reglementet inte bör lämna utrymme för några otydligheter.

Styrssystem som skiftar från kontroll till utveckling

Styrsystemen inom Region Skåne hade precis setts över när intervjusamtalen genomfördes. Enligt respondenterna visade genomlysningen att det behövs en mer utvecklingsinriktad styrning och mindre av den styrning som främst bygger på uppföljning och resultatrapportering, med politiken som mottagare.

Det påpekas att behovsstyrningen skulle kunna utvecklas mer i samspel med den övriga kunskapsstyrningen, och att det kan finnas bra grunder för att bygga en god behovsstyrning. Patientråd används löpande utifrån olika teman, exempelvis olika diagnosområden inom cancer, och andra områden såsom framtidens sjukvård, framtidens läkemedel, äldre- och barn- och ungdomsråd. Flera respondenter anser att patientbilder eller beskrivningar av patientprocesser är en intressant möjlighet att föra ihop olika utförverksamheter kring utvecklingsarbete.

Flera intervjupersoner vill också se en starkare styrning mot gemensamma målbilder som visar vad Skåne vill med sin sjukvård. Framtidsbilder eller målbilder är ytterligare ett styrinstrument som anses kunna bidra till mer utvecklingsorientering och bättre samordning av resurserna.

En annan synpunkt om styrning är att det borde finnas mycket mer intressanta och utvecklingsfrämjande analyser att göra med alla de uppgifter som finns i statistik- och rapporteringssystem. Detta tar regionen inte vara på och det går inte heller att tydligt peka på vem som skulle kunna ha ansvaret. ”Vi har jättemycket data men vi är dåliga på att paketera och analysera den”, som en respondent uttryckte det.

I stort sett samtliga anser att de nuvarande styrmodellerna och arbetssätten begränsar utrymmet för den utvecklingsinriktade styrningen. I stället ägnar man sig åt omfattande inrapporteringssystem med historiska data. Detaljstyrda ersättningssystem är ett annat exempel; exempelvis Hälsovalet som anges ha 52 indikatorer att ta hänsyn till. Vidare påpekas att det finns en uppsjö av olika formaliserade processer, bland annat beskrivningar och uppdateringar av arbetsmiljöledningssystem, rutiner för medarbetarsamtal med exempelvis tre möten enligt fastställda rutiner för att besluta om medarbetarens lönenivå etc. Flera respondenter ifrågasätter värdet av de många rutinbestämda styrningsprocesserna.

Andra styrformer med potential för högre utvecklingskraft

Intervjupersonerna framför en del andra exempel på styrformer som kan öka fokus på utvecklingskraft. Att använda utbildningsinsatser, framtidsdialoger och större mötesplatser utifrån strategiska teman borde kunna sättas in i en tydligare systematik. Dessa insatser görs oftast inom dagens förvaltningsgränser, vilket begränsar kunskapsspridning och samverkan inom regionen. I några fall nämns att HR-strategier borde tillämpas utifrån ett styrningstänkande och inte enbart med fokus på kompetensförsörjning och kompetensutveckling. Designade utbildningsinsatser och genomtänkta mötesformer av olika slag kan vara effektiva styrformer. ”Möten är mycket effektivare än

pappersdokument ” som en respondent uttryckte det med hänvisning till resultat av styrning.

I vissa intervjuer nämns också så kallad tillitsstyrning som har prövats under en tid i danska förvaltningsystem. Styrformen kan ha stor potential men kräver förmodligen en kulturförändring och ett mod inom sjukvårdssystemet som inte stämmer med dagens rädsla för att tappa kontrollen över ekonomin.

Slutligen nämner en del intervjupersoner att nya verksamhetsmodeller som integrerar insatser med nya samverkansgränssnitt kan vara en helt ny typ av styrning för att motverka ”stuprörsstyrningen”. Ett exempel är samverkanskonceptet från Hälsostaden i Ängelholm, som nu ska spridas till andra mindre sjukhusområden i Skåne. Arbetsmodellen kan ses som ett nytt styrsystem för att utveckla mer patientcentrerade arbetsformer.

Förmågor

Region Skåne är i grunden ovanligt väl rustat med förmågor. Runt hälso- och sjukvårdsverksamheterna finns många olika kunskaper och kompetenser hos både organisationer och individer, som kan tillföra viktiga värden för den fortsatta utvecklingskraften. Forsknings- och näringslivskluster av olika slag är exempel på detta samt närheten till utbildningsinstitutioner liksom en attraktiv arbetsmarknad i Öresundsområdet som drar till sig välutbildade personer. Inom de omfattande vårdverksamheterna finns många medarbetare med kompetenser som är viktiga för den fortsatta utvecklingen. Av intervjuerna framgår att Region Skånes utmaning är att fånga in och mobilisera de ”kunskapsresurser” som kan bidra till utvecklingskraften.

En annan utmaning är att hitta formerna för en verksamhetskultur som stödjer detta. I dag är det svårt att avgöra om det finns en verksamhetskultur, men det finns inslag som pekar på uppfattningar och förhållningssätt som kan begränsa möjligheterna att nå en ökad utvecklingskraft. Samtidigt framgår det av intervjuerna att detta snart kan förändras till det bättre.

Ledarskapet är enligt många respondenter mycket viktigt för det fortsatta utvecklingsarbetet. De mänskliga resurserna för detta finns förmodligen inom verksamheterna men det saknas både utrymme och arbetssätt för att förlösa ett utvecklingsorienterat ledarskap. Till stora delar hänger detta ihop med de modeller och arbetssätt för styrning som beskrivits i det föregående avsnittet.

Mot en utvecklingsinriktad verksamhetskultur

En av de viktigare utmaningarna för Region Skåne är enligt intervjuerna att utveckla en verksamhetskultur som ger ännu mer stöd till utvecklingsfokuserade förhållningssätt och beteenden. Tidigare erfarenheter av utvecklingsinriktade kulturer och arbetssätt finns, liksom de mänskliga resurser som behövs. Det som behövs är utrymme, mandat och arbetssätt för att uppnå en styrfart för detta. Verksamhetskulturen anses också av många respondenter vara viktig för att hålla ihop regionen och minska riskerna för olika subkulturer som kan skapa distans och till och med konflikter; något som flera respondenter anser att man är snubblande nära nu med dagens uppdelning och styrning av regionen.

I intervjusamtalen framkommer att de många tvära kasten i verksamheterna har minskat möjligheterna att utnyttja krafterna i en gemensam verksamhetskultur. Exempelvis nämns många omorganisationer, olika ledarskapsstilar, olika samarbetsätt mellan politik och tjänstemannaledning och olika ideologier för utvecklingsarbete. De tvära kasten anses ha skapat en ”kultur” av ifrågasättande för olika nya försök att komma framåt med utvecklingskraften. Om det finns någon verksamhetskultur i dag anser flera respondenter att den kan beskrivas som uppdelad, tungrodd och gränsande till en ”räd kultur”. I vissa samtal framkommer också att det inte är sunt att fortsätta tillåta en fragmentering utifrån många olika viljor, vilket ofta förekommer.

Samtidigt framkommer i flera intervjusamtal att en förnyad kraft är på gång inom koncernledningen med ett engagemang som upplevs som mycket positivt, även om det fortfarande är långt till en ny påtaglig verksamhetskultur. Det finns också förhoppningar om att denna nya inriktning ska förbättra och förtydliga samspelet mellan politiken och tjänstemännen.

Ledarskapsutmaningar

Ledarskapet är en viktig faktor för utvecklingskraften, vilket framkommer tydligt under intervjusamtalen. För Region Skåne, liksom många andra landsting och regioner, är utmaningen att koppla målsättningar och strategier på ledningsnivå till motsvarande handlingar operativt, ända ut till första linjens chefer. Däremellan finns ett utrymme som består av stora komplexa verksamheter med många chefsled och olika ”störningsmoment”. En framgångsrik koppling utmärks ofta av en stödjande verksamhetskultur och ett aktivt ledarskap som kan driva fram resultat. Enligt intervjusamtalen är denna koppling mellan strategiskt ledarskap och operativt ledarskap klart begränsad. För att lyckas med detta ledarskap hela vägen måste det finnas utrymme för intensiv kommunikation och en förtroendebaserad uppföljning.

I intervjusamtalen anges ofta att det saknas viktiga länkar i denna ledarskapskedja. Det behövs fler strukturer och system som kan stödja bra kommunikation och samtal kring viktiga ledarskapsfrågor. Dessutom är det betydelsefullt att kunna identifiera framgångsfaktorer, till exempel strategiska möten eller andra kommunikationsformer som engagerar. I dag består en stor del av ledarskapet av att olika direktiv och meddelanden skickas ut. Därutöver går en stor del av chefernas tid åt till att arbeta enskilt med uppföljningar inom olika dokumentationssystem med mängder av mål och indikatorer. I grunden beskriver respondenterna ett passivt och kontrollerat ledarskap som bedrivs över chefsleden i stället för ett engagerande och kommunicerande ledarskap som borde vara effektivare för att öka utvecklingskraften.

En annan utmaning är att skapa en ny syn på varifrån man rekryterar ledare och vilken profil dessa bör ha. Enligt en respondent är den traditionella modellen att sjukvårdens medicinska spjutspetsar blir ledare: ”det är som om teatern skulle sätta divorna som chefer men de gör de inte”. Det påtalas också att de ledare som behövs för ett engagerande och kommunicerande ledarskap förmodligen har andra kvalifikationer än vad ledare i allmänhet har i den nuvarande organisationen. Dessa utvecklingsinriktade ledare behöver vara betydligt mer drivna i sitt engagemang och mer systemtänkande. Det klas-

siska hierarkiska ledarskapet fungerar inte i ett sådant sammanhang. HR-arbetet och rekryteringsbaserna har inte hängit med i denna behovsförändring, anser ett antal respondenter. Denna utmaning kan vara intressant att ta tag i nu då några respondenter menar att det är ett generationsskifte på gång inom delar av ledarskapet. Viktigt att nämna är också att Region Skåne årligen rekryterar omkring 150 chefer, vilket skapar möjligheter. Samtidigt är de stora volymerna av rekryteringar en utmaning i sig.

Kunskaper och kompetenser som stödjer utvecklingskraft
Storleken på hälso- och sjukvårdsverksamheterna samt den nära forskningsanknytningen gör att Region Skåne har god tillgång till medarbetare med många olika och höga kompetenser. Det finns en stor arbetsmarknad att rekrytera ifrån, vilket är en stor fördel även om möjligheterna kan variera något inom regionen.

Kunskaperna och kompetenserna inom verksamheterna kan ”förlösas” med en påbjudande verksamhetskultur och nya arbetssätt för ledarskapet samt inte minst genom en något förändrad och balanserad roll för styrningen, enligt flertalet respondenter. De kunskaper och kompetenser som behöver stärkas är mer systemorienterade. Som exempel nämns analytiker som kan kartlägga och bedöma effektivitet inom verksamhetssystem. Vidare anges att det behövs mer generalistkompetens som kan balansera mot de många specialister som finns inom sjukvårdssystemen. Generalisterna är viktiga för att utveckla mer samarbeten på ”tvären” över olika gränser. De anses även vara bra på att se processer och utvecklingsmöjligheter utifrån dagens beskrivningar av olika verksamheter.

Respondenterna ser en brist på analyser som visar möjligheter till utveckling och förbättringar. Till viss del anses detta bero på att så mycket av arbetstiden går åt till att göra nulägesbeskrivningar och även historiska beskrivningar som styrnings- och uppföljningssystemen kräver. Med mer inslag av systemorienterade analyser menar vissa respondenter att denna obalans kanske kan minska i längden.

Tjänsteutveckling

I en sådan omfattande och komplex huvudmannorganisation som Region Skåne förekommer både problemen och lösningarna på en fråga samtidigt inom samma organisation. Problemen hittar dock oftast inte fram till lösningarna, eller om man så vill, lösningarna hittar inte fram till problemen. Många gånger finns lösningarna som isolerade öar i ett problemfyllt hav. Inom tjänsteutvecklingen är detta särskilt tydligt.

Vårdbehov, som tydligare grund för tjänsteutvecklingen, framförs ofta som en saknad utgångspunkt för utveckling av nya arbetssätt för att stödja utvecklingskraften. Det påpekas också ofta att omvärldsanalyser saknas, vilket leder till att historik och nuläge dominerar mycket av det arbete som bedrivs. De flesta respondenter anser att det begränsar ett framåtsyftande och utvecklingsinriktat arbete. På olika håll, finns intressanta exempel på innovationsförmåga men det övergripande hälso- och sjukvårdssystemet har begränsat med innovationskapacitet och alltför många krafter och moment som på olika sätt ”stör” riktningen och sänker farten i tjänsteutvecklingsarbetet. Det finns

ett antal satsningar som kommer att pröva förmågan till tjänsteutveckling i en större skala i Skåne. Ett exempel är beslutet att ”exportera” försöksmodellen Hälsostaden som prövats vid Ängelholms sjukhus och Ängelholms kommun under ett antal år, till några ytterligare sjukhusområden. Ett annat exempel är det omfattande samverkans- och utvecklingsarbetet utifrån det hälso- och sjukvårdsavtal som Region Skåne har med de skånska kommunerna om samarbete kring hemsjukvården för de mest sjuka patienterna.

Vårdbehov som starkare drivkraft för tjänsteutvecklingen

De flesta intervjupersoner anser att tjänsteutvecklingen skulle gynnas av att vårdbehov definierades på ett tydligare sätt och användes som grund för hur vårduppdrag definieras. Vidare menar de att vårdbehov som bas skulle skapa ett tydligare mandat och vara mer lämpligt för uppföljningsarbetet än de många olika indikatorer som används i dag. Flera respondenter anger att ledare i Region Skåne fokuserar på att driva ett definierat produktionssystem snarare än att utveckla vård som överensstämmer med befolkningens behov. Produktionssystemet blir så upptaget av sin egen förmåga att generera insatser och hantera en knapp ekonomi att det i praktiken inte finns något stöd alls för tjänsteutveckling. En respondent ger ett exempel: om två till tre personer anställs för att arbeta med den bristande läkemedelskontrollen, ett väl dokumenterat problem som driver fram högre vårdkonsumtion över hela sjukvårdssystemet, blir det enbart en kostnad i form av ytterligare löner – därför blir detta inte av.

Flera saknar sammankopplingen mellan vårdbehov och vårduppdrag. De gap som skulle bli tydligare om man ställde dessa två storheter mot varandra borde leda till mer fokus på tjänsteutveckling. Det anges att det tidigare fanns ett tydligare samband mellan vårdbehov och vårduppdrag. Respondenterna har svårt att ange varför detta samband försvann men flera pekar på det stora antal struktur-, organisations- och ledningsförändringar som företagits sedan regionbildningen.

Det framåtriktade perspektivet

De flesta av respondenterna pekar på att det överlag saknas ett utvecklingsinriktat perspektiv i verksamheterna och att detta hämmar det viktiga arbetet med tjänsteutveckling. En viktig bärare av det framåtriktade perspektivet är omvärldsanalyserna som de flesta respondenter tycker saknas. Några anser dock att det finns omvärldsanalyser och att de är till nytta för verksamheten inom enskilda förvaltningar. Sett till hela regionen är det däremot ingen respondent som anser att det finns ett systematiskt omvärldsanalyserarbete som omfattar alla vårdtjänster.

Särskilt saknas omvärldsanalyser som systematiskt beskriver vårdens utmaningar ur ett patientperspektiv. Inom någon förvaltning finns det visserligen etablerade och tematiska patientrådsgrupper men det är oklart hur de påverkar utvecklingen av vårdtjänster mer konkret. En risk, som flera respondenter för fram, är att insatser som dessa blir ”protokollinriktade moment” som bockas av, utan några fortsatta processer som leder till tjänsteutveckling.

Flertalet respondenter anger att systematiska koncernövergripande analyser tydligare kan förmedla att uppdraget också är att utveckla och förbättra

dagens tjänstestrukturer. Detta är ett sätt att öka samsynen som, i sin tur, kan generera samverkansformer som bättre förmår utnyttja resurser över de relativt skarpa förvaltningsgränser som finns i dag.

Systematisk innovation och implementering av vårdtjänster

Generellt anser respondenterna att det är svårt att komma framåt med innovationsarbete om vårdtjänsterna. Däremot finns det goda exempel på tjänsteinnovationer på olika håll inom Region Skåne som har varit eller är bland de ledande exemplen i Sverige. I Malmöområdet finns det sedan många år ett kreativt utvecklingsarbete som är traditionsfritt och prestigelöst. Samverkansinitiativ såsom NISSE och ÄMMA-teamet är exempel på patientcentrerad tjänsteutveckling mellan Malmö stad, primärvården i Malmö och SUS i Malmö som har fått stor uppmärksamhet även långt utanför Skåne. Flertalet respondenter anger dessa exempel men undrar samtidigt varför resultaten inte sprids till övriga Skåne. Hälsostrådsförsöket i samverkan mellan Ängelholms sjukhus och Ängelholms kommun är ett annat välkänt exempel. Detta samverkanskoncept ska dock spridas till Trelleborg och Landskrona efter ett beslut i koncernledningen.

Det har i flera intervjusamtal framförts att Region Skånes problem med tjänsteutveckling kan hänga ihop med en särskild stor sjukhustyngd med tio sjukhus inom regionen, och att lägga ner något sjukhus ”finns inte på kartan” som en respondent uttryckte det. En respondent menar att den utestående frågan är vad man ska ha utbudsstrukturen med sjukhusen till. Samtidigt har sjukhusens resurser varit drivande och centrala i tjänsteutvecklingen i några av de främsta exemplen på innovationsarbete i regionen (såsom Hälsostråden och i Malmö). Många sjukhus behöver i sig inte vara något som hämmar utvecklingen men enligt några intervjupersoner är sjukhuspersonal lite oroliga för vad som ska hända med resurserna på sikt. Vidare framkommer det under intervjusamtalen att det finns en skepsis hos delar av personalen avseende möjligheten att arbeta utanför sjukhuset i nya mobila arbetssätt. Detta kan påtagligt begränsa utvecklingen och implementeringen av nya arbetssätt om dessa inte omges av stödjande beskrivningar och framtidsplaner som förtydligar och svarar på frågorna ”varför, vad och hur”.

Det exempel som ofta förs fram inom området tjänsteutveckling är de processer som nu har inletts med utgångspunkt i det nya HS-avtalet mellan Region Skåne och de skånska kommunerna. Avtalet handlar om ett nytt samarbete inom främst hemsjukvården i kommunal regi och med systematiskt läkarstöd från Region Skåne. Avtalet nämns av respondenterna som ett mycket intressant försök till systematiskt utvecklingsarbete och implementering i stor skala. Styrande i arbetet är en regional samverkansgrupp med sex delregionala samverkansgrupper utifrån olika geografiska indelningar. HS-avtalet beskrivs i någon intervju som en ny typ av ”vårdform”. Utvecklingsarbetet sker utan målbilder och ”kartor” och upplevs som förenat med höga risker. Dessutom upplevs det finnas många ”störningsmoment” från andra håll när det förtroendeskapande arbetet ska utvecklas från en relativt låg nivå. Ett exempel som nämns är att ”plötsligt dyker då lagen om betalningsansvar upp och så är vi tillbaka på ruta ett”. Dessa system med olika styr signaler och parallella processer anges av flera respondenter som klart hämmande när

långsiktiga strategiska utvecklingsarbeten mellan olika parter ska genomföras.

Flera respondenter är förvånade över att det inte finns ett tydligare stöd för modellen ”ledningskraft” som har tillämpats tidigare i större regionala satsningar (exempelvis inom SKL:s satsning ”Bättre liv för sjuka äldre”). Det påpekas att det finns risker för att man fastnar i diskussioner om summor som är ”kaffepengar” i sammanhanget, att checklistor börjar ta över och att det inte finns ett framtidsinriktat perspektiv kring ”varför gör vi detta?”. När det gäller HS-avtalet är många respondenter samtidigt fascinerade av att man har tagit steget ”ut i det okända” och förhoppningen är stor att man tillsammans med kommunerna ska komma framåt i arbetet med samordnad tjänsteutveckling för de svårast sjuka.

Sammanfattande iakttagelser om utvecklingskraften i Region Skåne

I detta avsnitt summeras några av de viktigaste iakttagelserna från intervjuerna om möjligheterna till utvecklingskraft i Region Skåne. Kartläggningen har visat att det finns mycket resurser i form av kunskaper, kompetenser och drivkrafter som kan utnyttjas för att öka utvecklingskraften. För att förlösa denna kapacitet handlar mycket om nya styrningsfrågor. Möjligheterna till fortsatt förbättrat samspel mellan den politiska ledningen och tjänstemannaledningen ingår i dessa styrningsfrågor.

Vidare visar kartläggningen att det är viktigt med ett fortsatt fokus på en verksamhetskultur som stödjer utvecklingsinriktade arbetssätt, även över dagens ansvarsgränser. Det gäller även frågan om hur en positiv och utvecklingsinriktad verksamhetskultur kan bli uthållig. I Region Skåne har olika verksamhetskulturer, såväl positiva som mindre positiva, ”kommit och gått” under årens lopp. Mycket talar för att detta inte har gynnat utvecklingskraften i regionen.

En region rik på resurser inom utvecklingskraft

Region Skåne har osedvanligt mycket kunskaper och kompetenser som är viktiga för den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården. Det gäller särskilt om man även ser till den gemensamma Öresundsregionen. De kunskaper och kompetenser som är aktuella spänner över imponerande breda områden och många av dessa klusterbildningar ser just hälso- och sjukvården som ett intressant ”applikationsområde” (exempelvis telekomklustret Mobile Heights). Jämfört med de två andra storstadsregionerna i Sverige finns det mer ”närhet” mellan olika kunskapskluster och hälso- och sjukvården i Skåne/Öresund.

Den fråga som ofta framkommer i kartläggningen är hur kunskapsresurser i närområdet kan tas tillvara i utvecklingsarbetet i ännu högre grad än i dag. Här efterlyses nya arbetssätt som till stora delar hänger samman med styrningsfrågorna. Dessa synes vara de strategiskt viktigaste frågorna att ta tag i för att stärka Region Skånes utvecklingskraft.

Styrning och utvecklingskraft

Region Skånes verksamhetssystem för hälso- och sjukvården kan beskrivas som ett komplext adaptivt system som är svårt att styra. Med den nuvarande

förvaltningsorganiseringen är koncernstyrningens inflytande fortfarande oklart. Styrssystemen har nyligen utretts och förefaller vara under omprövning. Genomgående utmärks styrningen av en rädsla för att förlora kontroll, med exempelvis en galopperande kostnadsökning som följd. En långvarig brist på ekonomiska resurser för en omfattande hälso- och sjukvårdsverksamhet har fått stort inflytande över styrningen och därmed finns ett starkt fokus på att följa upp ”produktionssystemets” resultat utifrån de insatta resurserna.

Det finns en tydlig önskan bland respondenterna att ta tillvara den potential som finns och utveckla mer framåtsyftande styrningsformer inom Region Skåne. De anser att en mer systematisk styrning mot utvecklingsorienterade perspektiv och förhållningssätt skulle kunna leda till en förbättrad resursanvändning, något som anses vara mycket angeläget. Dessutom kan vårdkvaliteten sammantaget förbättras för målgrupper med stora behov av vård. Synsättet beskrivs av en av respondenterna så här: ”att göra rätt saker måste bli viktigare, och inte bara att styrningen handlar om att kontrollera om saker gjorts rätt”.

För att få en bättre balans mellan 1) styrning genom uppföljning och 2) styrning mot utveckling behövs också mer konstruktiva samspelsformer mellan den politiska ”ägarstyrningen” i vilka uppdrag som ska utföras, och tjänstemannastyrningens ansvar för att hitta de bästa lösningarna på dessa uppdrag. Samspels- och rapporteringsformerna mellan de politiskt förtroendevalda och tjänstemännen kan också förbättras med en tydligare uppdelning. Parterna anses visserligen ha en god relation och ett bra samarbete, men här handlar det om effektivare arbetssätt.

Verksamhetskultur och utvecklingskraft

Tankar om verksamhetskulturens betydelse för utvecklingskraft har ofta förts fram i intervjuerna. Det finns en tydlig gemensam bild av att en mer utvecklingsinriktad verksamhetskultur, som man håller fast vid, skulle kunna bidra till ökad utvecklingskraft. Det påpekas att Region Skåne till och från under åren har haft utvecklingsinriktade verksamhetskulturer och att dessa även finns inom olika ”öar” i verksamheterna. Kanske har det inte funnits en medvetenhet om hur viktigt det är att hålla fast vid en verksamhetskultur som upplevs som utvecklingsinriktad. Det anges att olika starka personer, inom både politik och tjänstemannaledning, har påverkat grunderna för verksamhetskulturen på betydande sätt. Det har blivit många skiften och ibland tvära kast, vilket inte har gynnat de långsiktiga processer som krävs för att förändra komplexa verksamhetssystem.

Med fler gemensamma målbilder och en mer gemensam syn på vad som är viktigt att satsa på när det gäller utveckling bör förutsättningarna förbättras för att regionens samlade resurser ska användas på bästa sätt. När denna ”helhet” inte finns, och med dagens tre skilda förvaltningsstrukturer för vårdverksamheter, finns risker för suboptimeringar och brister i nyttjandet av gemensamma möjligheter. Samtidigt finns tecken på en vilja och kraft för att mer aktivt stödja ett regiongemensamt perspektiv på utvecklingsfrågorna. Det finns också intressanta nya strukturella satsningar på utveckling såsom HS-avtalet i samverkan med kommunerna. Med detta har man byggt upp en

ny samverkansstruktur både övergripande regionalt och delregionalt som dessutom involverar kommunerna.

Möjligheterna till fortsatt utvecklingskraft inom Region Skåne

Region Skåne har stora möjligheter att ytterligare stärka utvecklingskraften och har fördel i tillgången till nytänkande influenser från forskning, utveckling och kunskaper samt kompetenser som finns i närmiljön. Omkringliggande miljöer tycks ha stor påverkan på huvudmännens utvecklingskraft.

I denna utveckling kan Region Skåne, liksom många andra huvudmän, behöva utveckla nya arbetssätt för att utnyttja dessa resurser och tillgångar på ett mer effektivt sätt. Framåtriktade arbetssätt behöver få större utrymme och detta inkluderar särskilt arbetssätt inom styrningen. De nya arbetssätt som kan behövas kan dock vara svåra att placera i ett verksamhetssystem som är starkt produktionsinriktat och fokuserar på budgetkontroll. I dag diskuteras en starkare grund för styrningen utifrån de bedömda behoven hos medborgare och patienter – en mer utvecklad och tydligare behovsstyrningsmodell. Detta kan vara en möjlighet att komma framåt med nya indelningsgrunder och arbetssätt som leder in verksamheterna i förnyad utveckling.

Förmodligen finns för lite kunskap om hur man praktiskt uppnår framåtriktade arbetssätt inom styrning. Mer av nya kunskaper och kompetenser kan behöva få mer utrymme i detta utvecklingsarbete. Traditioner är starka och dessutom begränsas experimentlustan av en pressad ekonomi. En väg framåt kan vara ett utökat lärande tillsammans med andra huvudmän med liknande förutsättningar som Skåne, om arbetssätt som stödjer ökad utvecklingskraft.

Region Östergötland

Drivkrafter

I detta inledande avsnitt återges de huvudsakliga iakttagelser som gjordes under intervjusamtalen rörande de drivkrafter på organisatorisk nivå som enligt respondenterna påverkar utvecklingskraften i Region Östergötland. Redogörelsen utgår ifrån de aspekter som relaterar till systemfaktorn drivkraft enligt kartläggningsmodellen:

- idé/mission
- institutionell närhet till forskningsmiljöer och näringslivsutveckling
- regionspecifika förutsättningar och förhållanden.

Idé och mission

Ett tydligt exempel på en inre drivkraft är den idé och mission som uttrycker en organisations förmåga att röra sig i riktning mot ett uttalat mål. Under intervjusamtalen ger respondenterna en bild av att Region Östergötlands idé och mission under lång tid har artikulerats tydligt och därmed kommit att spridas till och övertas av organisationens medarbetare. På så sätt har denna idé och mission kunnat bli en viktig drivkraft i det löpande förbättrings- och utvecklingsarbetet. Däremot påpekar ett antal respondenter att ett starkt fokus på ett ständigt förbättringsarbete kan göra att organisationen får svårigheter när det gäller att flytta sig utanför etablerade strukturer och arbetsätt utifrån en ny produktionslogik.

En annan inre drivkraft som ett flertal respondenter återkommer till är regionombildningen som tillsammans med regionuppdraget har underlättat en vi-känsla i regionen. Exempelvis har regionövergripande centumbildningar bidragit till att hälso- och sjukvården i Region Östergötland alltmer uppfattas som en angelägenhet för såväl medarbetare som befolkning, oberoende av arbets- eller bostadsort.

Även om det mödosamma men framgångsrika arbetet med att ändra bilden av hälso- och sjukvården från att uppfattas som en isolerad företeelse till att betraktas som en naturlig och integrerad del av den regionala utvecklingen, identifierar respondenterna möjliga framtida strukturella hinder och svårigheter. Exempelvis bedrivs det regionala utvecklingsarbetet i processform medan hälso- och sjukvårdens utvecklingsarbete och arbetsätt ännu präglas av ett traditionellt produktionssynsätt.

Institutionell närhet till forskningsmiljöer och näringslivsutveckling

När det gäller yttre faktorer som påverkar utvecklingskraften i Region Östergötland nämns främst forskningen under intervjusamtalen. En strukturerad samverkan mellan regionen och Linköpings universitet har växt fram under lång tid och bedrivs i dag på olika nivåer i de båda organisationerna. Ett bra exempel på hur forskning och hälso- och sjukvård vävs samman är verksamheten ”Från student till docent” som är ett samarbete mellan Linköpings universitet och Region Östergötland. Målet med verksamheten är att stärka och underlätta klinisk forskning och akademisk karriärutveckling, och

man vänder sig till såväl forskningsintresserade studenter som disputerad vårdpersonal som söker forskningsstöd. Ytterligare ett exempel är det strukturerade och kontinuerliga strategiska samarbete som sker på högsta ledningsnivå mellan regionen och universitetet.

Bilden av den forskningsnära miljön i Östergötland behöver dock nyanseras. Under intervjusamtalen framgår det tydligt att det framgångsrika samarbetet nästan uteslutande gäller den medicinska fakulteten, och därmed följer det en traditionell linje med tanke på den flora av forskning som finns tillgänglig och bedrivs i Linköping. En intressant fråga är därmed hur Region Östergötland kan expandera forskningsperspektivet till att omfatta forskning som i dagsläget inte är lika etablerad, för att möta nya utmaningar i en föränderlig värld. Bland annat antyder ett flertal respondenter att utvecklingen av hälso- och sjukvården står inför en situation där forskning med mer samhällsvetenskaplig/humanistisk inriktning kommer att öka i betydelse. Som ett exempel nämns att utvecklingskraften påverkas av svårigheterna med att ta in och omsätta ett managementperspektiv i organisationen.

När det gäller närheten till och samarbetet med regionens näringsliv menar det stora flertalet respondenter att det är ett område med tydlig förbättringspotential. Det har varit svårt att ”få till det” av olika anledningar. Respondenterna ser dock att regionombildningen och regionuppdraget kommer att möjliggöra nya former för samverkan med näringslivet i Region Östergötland.

Regionspecifika förutsättningar och förhållanden

Aspekten regionspecifika förutsättningar och förhållanden avser fånga de förutsättningar och förhållanden som kan antas påverka utvecklingskraften men som hälso- och sjukvårdsorganisationen inte självklart kan påverka i motsvarande omfattning. Det kan handla om regionens storlek, den demografiska utvecklingen, geografiska förhållanden eller regionala tillgångar.

I stort sett samtliga respondenter uppfattar att befolkningens storlek i Östergötland är mycket gynnsam för utvecklingskraften. Å ena sidan är befolkningen tillräckligt stor för att upprätthålla en omfattande hälso- och sjukvårdsorganisation, ett dynamiskt näringsliv och en akademisk miljö av hög kvalitet. Å andra sidan pekar respondenterna på det faktum att befolkningen inte är större än att organisationen går att överblicka, vilket bidrar till ”att man lär känna varandra” inom regionen.

Linköping och Norrköping är en annan demografisk faktor som anses gynna utvecklingskraften och som många respondenter betonar. Inget annat landsting och ingen annan region har två kommuner av den storleken, med undantag för Region Skåne. Under lång tid rådde ett relativt konfliktfyllt förhållande mellan städerna, vilket inte gynnade vare sig hälso- och sjukvårdens utveckling eller utvecklingen i Östergötland mer generellt. Genom ett mödosamt och långsiktigt arbete (exempelvis ”Fjärde storstadsregionen”) har man fått ett mer produktivt och dynamiskt konkurrensförhållande där Linköping och Norrköping tillsammans utgör en viktig kraft för den regionala utvecklingen och därmed för utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Ett antal respondenter pekar på det goda samarbetsklimatet i sydöstra sjukvårdsregionen som ett gynnsamt förhållande för Region Östergötland.

Sedan länge finns ett väletablerat och strukturerat samarbete med Region Jönköpings län och Landstinget i Kalmar län som anses ge inspiration och lärande. Det sjukvårdsregionala samarbetet bedrivs på olika nivåer, på samma sätt som det forskningsnära. De regionala medicinska programgrupperna (RMPG) nämns återkommande som forum för diskussion och spridning av kunskap.

Sammanfattningsvis finns tydliga inre och yttre drivkrafter för utvecklingskraft i Region Östergötland och de uttrycks främst genom ett aktivt och dynamiskt förhållande mellan hälso- och sjukvård och akademi, inom olika regionala aktörer och mellan huvudmännen i sydöstra sjukvårdsregionen. Däremot artikuleras inte drivkrafter ur ett befolkningsperspektiv särskilt tydligt under intervjuerna. Möjligtvis kan detta bero på den påtagliga behovsstyrning som präglar planeringen av vårdutvecklingen i Region Östergötland. Frånvaron kan också uttrycka att man är så fokuserad på att arbeta med förbättring av befintliga strukturer och arbetsätt att befolknings-/omvärldsperspektivet hamnar i skymundan.

Styrning

Styrning ses oftast som olika strukturer som ska påverka arbetet i en viss riktning mot uppsatta mål och önskade resultat, exempelvis organisations-scheman, befättningsbeskrivningar, processrutiner eller ersättningsmodeller. Intervjuerna visar också hur styrningen kan utföras mer subtilt, genom exempelvis utbildningar, väl kommunicerade och diskuterade målbilder och olika former av mötesforum. Styrningen förknippas alltså ofta med olika strukturerade processer och styrdokument men kan med andra ord även utföras genom mer öppna och svårdefinierade ”sociala processer”.

Det är mindre klart hur styrningen påverkas av kunskapsstyrningen genom medicinska riktlinjer samt hur FoUU-verksamheter (forskning och utveckling samt utbildningar) påverkar styrningen – även om samverkan med den medicinska forskningen och annan forskning är ”tät” och välfungerande, enligt respondenterna.

Styrningsmodeller är viktiga för att nå långsiktiga resultat, särskilt i mer komplexa organisationer, men de kan även bidra till att ”låsa fast” verksamheter i gamla strukturer och beteenden om inte styrningen ses över utifrån eventuella förändrade förutsättningar. Alltför omfattande inslag av styrning kan också leda till en tidskrävande ”rapporteringskultur” som minskar möjligheterna att arbeta med utvecklingsorienterade uppgifter. Enligt intervjuerna finns en kritisk balansgång som är viktig att klara av för att öka utvecklingskraften.

Styrningssystem med basen i behov

Styrningen i Region Östergötland utmärks av en omfattande och grundläggande behovsstyrningsmodell. Den får en praktik med stöd av såväl behovsanalyser som brukardialoger inom särskilda sjukdoms- eller behovsgrupper. Vårduppdrag och avtal utformas gentemot utförarverksamheterna med det politiska ansvaret för att samla in och fastställa befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Enligt de flesta intervjupersoner är styrmodellen för

behovsstyrning väletablerad och tydlig och ger starka mandat för verksamhetens styrning (även om en del anser att den är svår att förstå till en början).

Styrkan i behovsstyrningsmodellen ligger i att den har bestått genom åren och olika majoritetsskiften. Det finns ett samspel mellan politiken och tjänstemannaledningen när den viktiga kopplingen mellan behovsbedömningar och verksamhetsutbudet fastställs. Denna koppling uppges ha fungerat väl och har inneburit att utförverksamheterna tar ett tydligare ansvar för sin uppgift och de resurser man förfogar över. Flera respondenter anger att detta har brutit en utveckling, som är vanlig i många andra landsting och regioner, där verksamhetsorganisationer ofta begär resurstillskott för att utföra sitt uppdrag.

Samspelet mellan fastställande av behov och vårdtjänster och den överenskommelse som görs utifrån detta ”binder” parterna så att de tar ansvar för att klara uppdragen inom gällande ramar. Behovsstyrningsmodellen bygger på en tydlig uppdelning i regionen: politiken ansvarar för *vad* som ska utföras (i ett behovsperspektiv utifrån befolkningen) och tjänstemannaledningen ansvarar för *hur* detta ska säkerställas genom tjänster inom hälso- och sjukvården. Denna tydliga ansvarsuppdelning återkommer i respondenternas beskrivningar och verkar ovanligt väl inarbetad i något som närmast kan liknas vid en verksamhetskultur; det är alltså ett förhållande som bestått över majoritetsskiften och flera byten av politiska företrädare och ledande tjänstemän.

Behovsstyrningsmodellen inom Region Östergötland ser ut att klara av många av de problem och utmaningar som huvudmännen annars ställs inför när beställarrollen och utförarrollen ska mötas och som kan leda till kvalitetsproblem och kostnadsökningar. Förutsägbarhet och delaktighet i avtalen är resultat som uppges. Men hur fungerar denna styrmodell om förutsättningarna behöver ändras till andra sätt att definiera behov och korresponderande tjänster?

En stark styrningsmodell med fokus på uppdelningar i högspecialiserad vård, övrig specialiserad vård, primärvård och annan öppenvård kan få svårt att ta in andra former av behovsanalyser som utgår från exempelvis helheter av behov, såsom olika grupper av multisjuka äldre och vissa andra patientgrupper med kroniska sjukdomar som behöver samordnade lösningar. Vissa intervjupersoner pekar på att utvärderingar av sådana samordnade vårdlösningar för dessa grupper har visat väsentligt bättre resultat än ett insatsuppdelat utförarsystem.

Ett flertal av respondenterna anger att det saknas en användardriven utveckling, att en ”helhet alltjämt saknas” och att ”vi inte är så bra att sätta pengar på arbetssätt som bemöter ett sammanhängande behov”. Vidare anges i ett par fall att den digitala utvecklingen inte får tillräckligt utrymme genom dagens styr- och ersättningssystem. Den starka styrningen i en väl definierad modell kan vara en utmaning, men en stark kultur av behovsstyrning kan också vara ett sätt att klara just denna omställning.

Andra former av styrsystem

Många intervjupersoner anser att Region Östergötland har en särskild förmåga att utveckla strukturer för styrning. En respondent anger att ”vi är

vana att hantera kunskapsmängder och omsätta detta i styrning”. Den starka kopplingen till forskningsmiljöer är understödd av verksamhetskulturen och kan ha lett till dessa arbetssätt.

Ett exempel på s.k. strukturerad styrning är metoden med balanserade styrkort, enligt flera respondenter. Även detta arbetssätt är väl inarbetat och spritt och har överlevt så många skiften av chefer och personal att det närmast kan beskrivas som en styrningskultur. Arbets- och styrningsmetoder med fokus på ständig förbättring har en hög mottaglighet i verksamheterna och har under senare år drivits på genom lean-principer och metoder för detta angreppssätt. Arbetssätten och styrningen genom lean hålls levande genom det symbolbärande ”lean-huset” och genom att exempelvis lean-tavlor kan ses på många olika avdelningar inom verksamhetsorganisationerna.

Andra styrsystem för att skapa riktning och fokus i verksamhetsutvecklingen och förbättringsarbetet är mer socialt inriktade, exempelvis den målbild som har använts länge och bygger på de tre värdeorden: tillgänglighet, kvalitet och delaktighet. Denna målbild är enligt några intervjupersoner mindre tydlig och närvarande, och de menar att det finns en stor potential i att använda denna form av styrsystem mer systematiskt. I diskussionen om målbild och styrning sa en respondent att ”om alla arbetar med samma eller liknande grunder skulle detta ge mer än användningen av alla kontrollinstrumenten”. Ett exempel på styrning som påverkar beteende är ordet ”sidledsansvar” som nämndes ofta under intervjusamtalen. Detta begrepp verkar vara välkänt inom Region Östergötland och understryker det ansvar som finns för att underlätta för framtida insatser och samarbetspartners; det handlar alltså om att upprätthålla samarbetsförmågor.

Andra exempel på socialt inriktade och ”mjuka” styrsystem är de olika mötesforum som involverar medarbetarna. Dessa styrsystem syftar till att utveckla gemensamma synsätt och en delaktighet som motsvarar verksamheternas utvecklingsbehov. Dessa mötesforum beskrivs med respekt och uppskattning av i stort sett samtliga respondenter. I många andra sammanhang ses mötesforum som något man är tvungen att delta i, något tidsödande och föga värdeskapande för verksamheten. Det gäller alltså inte här, enligt intervjusamtalen. Uppenbarligen läggs stor möda på att skapa och driva möten som ger mervärden för deltagarna, som är engagerande och som kan skapa bra stämning. Exempel på sådana mötesforum är de återkommande ”kunskapssammanträden” som genomförs utifrån olika teman och frågeställningar där politiker, tjänstemän och professioner deltar. Vidare anordnas olika ”utvecklingsdagar” och träffar för de olika samrådsgrupper som finns utifrån olika teman.

Ersättningssystem

Intervjupersonerna har en generellt positiv hållning till ersättningsmodeller där fast ekonomisk ersättning är den allra största delen, såsom kapiteringsmodeller eller rambudgetar. För att uppnå vissa särskilda mervärden, exempelvis viktiga nyttor för en patient, bör ersättningssystem ”toppas” med rörliga ersättningar utifrån uppnådda kvalitetsmål. Det verkar finnas en samsyn om att detta är de ersättningssystem som ger bäst resultat samtidigt som utveckling kan främjas. System av s.k. ”Stockholmskaraktär”, med

omfattande inslag av rörliga och insatsuppdelade ersättningsmodeller, framhålls närmast som avskräckande exempel.

Ersättningssystemen anges ofta vara välfungerande men har samtidigt en tydlig bas av ”kontroll” med anpassning till etablerade insatser och arbetsmodeller. Om verksamhetsorganisationen exempelvis inte uppnår vissa mål och effektivitetsmått får den betala vite. I flera intervjusamtal anges att det under lång tid har utvecklats och etablerats ersättningssystem som styr bra i detaljerna och har koppling till uppföljning men som inte lämnar utrymme för nya lösningar med exempelvis samordnade insatser över verksamhetsgränser. Som en av respondenterna uttryckte det: ”Vi har excellerat i industriell logik men hur går vi till en ny värdebaserad nätverksvård i detta?” Det finns uttalade önskemål om att utveckla hälso- och sjukvården mot mer personcentrerade arbetssätt, och inom regionen har man utvecklat närsjukvårdsområden som är tänkta för nya samverkansmodeller. Dessa nya samverkansformer har varit svåra att utveckla och det kan bero på många olika faktorer, men ett flertal respondenter har framfört att ersättningssystemen skulle kunna utformas bättre för att stödja detta och inte enbart slussas genom de traditionella stuprörsfunktionerna.

FoU och utbildningar som styrning

FoUU har i kartläggningsmodellen för utvecklingskraft angivits som en faktor för styrning. Forskning och efterföljande implementering kan utgöra en styrande kraft på verksamheten och det anges ofta att nya behandlingsmetoder kan slå igenom relativt snabbt (som ett exempel på hur FoU påverkar styrande). I intervjusamtalen nämns dock inte explicit att forskningen är ett systematiskt styrande inslag men däremot att verksamheten har en påtaglig koppling till forskningsmiljöer, och då särskilt till den medicinska fakulteten. Inte heller kunskapsstyrningen genom medicinska riktlinjer m.m. anges som systematiskt styrande utan den verkar vara beroende av personligt engagemang och synsätt.

Generellt anger intervjupersonerna att utbildningarna som erbjuds är bra och mycket relevanta för att öka utvecklingskraften. Generellt verkar man inom Region Östergötland vara noga med att utveckla och driva utbildningsprogrammen på egen hand. Det uppfattas som ett strategiskt viktigt instrument för styrning (liksom utveckling av verksamhetskultur) som man inte vill låta någon extern part driva i sin helhet.

Särskilda observationer om styrningen inom Region Östergötland

De flesta respondenter uppfattar den övergripande styrningen som relativt tydlig och de ger liknande beskrivningar av hur styrningen har bedrivits med kontinuitet under lång tid och lämnats opåverkad av majoritetsskiftet. Att man gärna gör internrekryteringar har stärkt kontinuiteten ytterligare. Styrningen är närmast en del av en verksamhetskultur med fokus på ”ordning och reda” och ”ständig förbättring”. Långvarigt goda resultat har förankrat styrningssystemen ytterligare.

Den strukturerade styrningen ger även möjlighet att mäta mycket, vilket man också gör. I intervjusamtalen nämns ofta att man i regionen har blivit

mycket bra på detta men att det också kan gå för långt i ”mäteriet” så att styrningen och uppföljningen kan hämma utvecklingskraften.

Ett flertal respondenter nämner att all den kompetens och de starka strukturer som finns för den löpande styrningen av verksamheten kan bli ett stort problem när det blir nödvändigt med ett ”språng” eller när både ”vad” och ”hur” måste tänkas om – samtidigt.

Förmågor

Som nämnts i beskrivningen av kartläggningsmodellen handlar *förmågor* främst om hur det s.k. ”mjuka kapitalet” – medarbetare med kunskaper och kompetenser – kan mobiliseras i en samverkande kraft som genererar utveckling, och om hur Region Östergötland på ett bra sätt drar nytta av dessa resurser.

Intervjusvaren inom detta område visar tydligt att verksamhetskulturen spelar en särskild roll i detta sammanhang; den kan både bromsa och stödja möjligheterna för verksamheterna och deras medlemmar att ta till sig den utvecklingskraft som kan behövas framöver. Flera intervjupersoner tar upp om verksamhetskulturen kommer att utgöra en vägg eller en öppen dörr till de nya kunskaper och kompetenser som kan behövas för att utveckla nya, personcentrerade arbetssätt – särskilt när det gäller patientgrupperna med sammansatta och kroniska behov.

Flera anger att många av de kunskaper och kompetenser som behövs för den fortsatta utvecklingen finns i verksamhetsorganisationerna eller i deras närhet. Frågan som ställs är om verksamhetskulturen och ledarskapet framöver har förmågan att mobilisera den utvecklingskraft som behövs.

Ett samspel mellan verksamhetskultur och utvecklingskraft

Intervjuer med representanter för det politiska ledarskapet och tjänstemannaledningen visar att det finns en stark verksamhetskultur inom Region Östergötland. Den beskrivs på i stort sett samma sätt av samtliga intervjurespondenter, precis som styrningen i det föregående avsnittet.

Verksamhetskulturen i Region Östergötland är påfallande tydlig och gäller både den politiska ledningen och tjänstemannaledningen. I grunden utmärks verksamhetskulturen av en vilja och förmåga att strukturera och få organisatoriska aspekter att hänga ihop. Vidare betonar respondenterna vikten av att följa upp, mäta och förstå vad som görs. En intervjuperson sa att ”det är lättare att passa in om man är forskarorienterad, annars kan man tycka att det är jobbigt”. Den nära kopplingen till universitetsvärlden och den akademiska miljön (i främst Linköping) kan ha påverkat denna utveckling. Samtidigt utmärks verksamhetskulturen av praktiska inslag med ”jordnära” och konkret förbättringsarbete i fokus. Verksamhetskulturen har gynnat arbetssätt som är i linje med detta, till exempel balanserade styrkort, kvalitetsutvecklingsmodeller och lean-tänkande. Kopplingen mellan verksamhetskulturen och fokus på arbetssätt i ständig förbättring, steg för steg, beskrivs av en annan intervjurespondent som att ”det har gjort oss mer lika”. Med detta menas att medarbetarna har börjat tänka och arbeta på liknande sätt. Arbetssätten, som i föregående avsnitt beskrivs som former av styrning, verkar också ha bidragit till att förstärka verksamhetskulturen. Det är uppenbart att styrningen och

verksamhetskulturen är interagerande systemfaktorer som ömsesidigt förstärker varandra.

Att verksamhetskulturen är tydlig har också flera andra orsaker. Enligt flera intervjupersoner finns bakgrunden i slutet av 1980-talet och början av 1990-talet då det dåvarande länet och hälso- och sjukvårdsverksamheten kände sig hotade. Man ville klara situationen, vilket bidrog till ett fokus på uthållighet och efter hand en gradvis ökande samverkan inom länet. Kontinuitet i styrning och arbetssätt, systematik och metodiska angreppssätt har blivit viktiga beståndsdelar i verksamhetskulturen och de har gynnat utvecklingskraften i det nuvarande Region Östergötland. ”Ordning och reda-tänkande” med fokus på behovsstyrning och ekonomi beskrivs i flera intervjusamtal som viktigt för de goda resultat man nu kan visa upp, i jämförelse med många andra landsting och regioner.

De goda resultaten har bestått under en längre tid, vilket har förstärkt verksamhetskulturen och bidragit till att den inte utmanats trots återkommande byten av ledande personer inom såväl den politiska ledningen som tjänstemannaledningen. Vidare har resultaten underlättat för den decentralisering och det framväxande förtroende som anges utmärka Region Östergötland. Ett antal intervjupersoner anger att förtroendet ”kontrolleras” av frihet under ansvar. Behovsstyrningen från politiken följs av en frihet för tjänstemännen att avgöra hur behoven ska bemötas men, som en av intervjurespondenterna beskrev det, ”man får ta ansvar för alla kostnader man skapar”. Som ett exempel nämndes att man var först i landet med att ge vårdcentralerna kostnadsansvaret för läkemedel.

Den starka verksamhetskulturen och dess påverkan gynnar inte alltid utvecklingskraften. Verksamhetskulturen beskrivs som öppen och prestigelös i de högsta ledningsgrupperna inom regionen, vilket har gynnat samarbete och regional utveckling, men enligt några intervjusamtal fungerar det kanske inte på samma sätt i andra delar av organisationen. Primärvården beskrivs ofta som en ”egen” kultur som inte alltid är i samspel med andra vårdområden. Närsjukvården har inte utvecklats som tänkts, och sjukhusens inflytande är också olika. Det mindre sjukhuset av de tre finns i Motala, och det området beskrivs som lite mer öppet för mobila arbetssätt och man menar att sjukhuset medverkar mer aktivt. Vidare anger några respondenter att det alltfjämt finns en form av konflikt mellan en administrativ kultur och professionskulturerna.

Verksamhetskulturen kan begränsa utvecklingskraften om den blir en ”rapporteringskultur” som är tungrodd och begränsar utrymmet för nytänkande. Då kan det bli många handlingsplaner och underlag att hantera, och enligt vissa intervjupersoner kan en omfattande målstyrning göra det svårt att prioritera det som är viktigt just nu. Flera intervjupersoner nämner vidare att verksamhetskulturen har stött verksamheterna länge när det har funnits en ganska given modell att arbeta efter – men att den modellen av traditionell hälso- och sjukvårdsindelning och insatsfokus ifrågasätts alltmer, framför allt när det gäller grupper med stora och återkommande behov såsom patienter med kroniska sjukdomar.

I intervjusamtalen har många pekat på att det i Östergötland tidigt fanns en insikt om att ”helheter” och patientfokus var viktigt i verksamheterna och att

sjukhusen måste ses som delar av ett större vårdssystem. Verksamhetskulturen formades för att hantera ett produktionssystem på dessa grunder. Nu är nya utvecklingssteg på gång, såsom starkare fokus på personcentrerade lösningar och målgruppsfokus som inbegriper ansvarsövergripande lösningar, och då anser flera att verksamhetskulturen kan behöva modifieras. De menar att det finns styrkor att bygga nya lösningar på men ser att det kan behövas en ”version 2” av verksamhetskulturen för att klara utmaningarna.

Möjligheterna i ledarskapet

Ledarskap kan ses som en form av styrning men med fokus på att löpande och efter behov mobilisera medarbetarna för att nå de resultat man strävar efter. Den tydliga uppdelningen mellan ledarskapet för ”systemägarnivån” och ledarskapet för verksamhetsdriften har enligt de flesta intervjuade gagnat hälso- och sjukvården i Östergötland. Denna tydliga uppdelning har bidragit till ett målinriktat och bestående ledarskap. Den väl förankrade styrningen utifrån fastställda befolkningsbehov har också bidragit med en starkare legitimitet för ledarskapet.

Därutöver har ledarskapet i olika verksamhetsorganisationer fått stöd genom de övergripande målbilder som funnits. Lean-huset, som ofta nämnts i intervjuerna, är ett exempel på en målbild som också vägleder såväl verksamhetscheferna som medarbetarna. Vidare har man uppenbarligen medvetet odlat de viktiga egenskaperna i ledarskapet genom utbildningar och särskilda forum för kommande ledare, exempelvis ”Ungt råd”. Man har systematiskt drivit ledarskapsprogram på ett förvaltningsövergripande sätt för att få samsyn inom området. Det verkar även som att Region Östergötland har satt mötesplatser i system där det läggs stor vikt vid planeringen och genomförandet för att på detta sätt uppnå resultat som stödjer ledarskapets uppgifter.

I intervjusamtalen beskrivs ledarrollen ofta som en form av koordinering snarare än kommendering, vilket rimmar med verksamhetskulturens betoning på öppenhet, prestigelöshet och eget ansvar. Ledarskapet utvärderas löpande genom de uppföljningar som är en del av verksamhetskulturen och som görs tillgängliga i form av ledningsrapporter på Region Östergötlands intranät.

En del respondenter menar att utvecklingstänkandet underlättas av det ansvar för ”hur” som ligger hos ledarna för utförarverksamheterna, och som ska möta politikens krav på ”vad” som ska göras. Det tydliga ansvaret för kostnaderna, som inte ska kunna omförhandlas, tvingar ibland ledarna att hitta nya lösningar. Samtidigt är tiden en ständig utmaning i ledarskapsrollen. I intervjusamtalen nämns emellanåt att verksamhetsledarna har alltför stort medarbetaransvar för att mäta med både den dagliga driften och utvecklingsansvaret. Exempelvis har vårdenhetschefer ofta omkring 60 medarbetare under sig i sin chefsroll. Därutöver nämns att de administrativa stödsystemen kunde vara mycket bättre än vad de är i dag och att moderna digitala stödsystem skulle kunna spara mycket tid.

De många ansvarsrollerna för personalen, kvalitets- och resursstyrningen och utvecklingsuppdraget kan verka mycket pressande. Exempelvis nämns att det är svårt att rekrytera chefer och att det inte är så många som söker till chefsjobb. Det anges inte bara handla om brist på personer med rätt kvalifikationer utan om att många är tveksamma till att gå in i en chefsroll. Att

bemanna chefspositionerna med rätt personer är dock mycket viktigt för utvecklingskraften inom en organisation. Försök pågår med att lösa detta problem, exempelvis genom att dela upp chefsrollen i en strategisk roll och en mer operativ roll. Flera respondenter menar att man kan behöva tänka om när det gäller hur man leder verksamheter i dag, hur det löpande rapporteringsarbetet kan göras effektivare och hur det strategiska utvecklingsuppdraget kan säkras på mer uthålliga sätt. En förändrad arbetsorganisation med ny ansvarsfördelning och bättre stödsystem anges kunna vara en lösning.

Kunskap och kompetens

Tillgängliga kunskaper och kompetenser hänger ofta ihop med vad verksamhetskulturen står för eftersom de är faktorer som förstärker varandra. Detta är också påtagligt i Region Östergötland.

Behovsstyrningens starka ställning har lett till goda kunskaper om befolkningens profil, demografi och sjukdomspanoraman. Brukardialogerna inom behovsstyrningen har också bidragit med särskilda kunskaper om grupper med större behov. Samtidigt anger vissa intervjurespondenter att de arbetssätt som används inom behovsstyrningen inte har utvecklat kunskaper och kompetenser om patientgruppers problem som en helhet – vilka kan vara viktiga för ett personcentrerat angreppssätt och för de nya tjänster som kan behöva utvecklas till grupper med sammansatta vårdbehov.

Samverkan inom Sydöstra sjukvårdsregionen med Landstinget i Kalmar län och Region Jönköpings län beskrivs som mycket positiv för kunskapsutvecklingen och den har gynnats av en gemensam syn på vad som utgör viktiga kunskaper och kompetenser.

Intresset för kunskaps- och kompetensutveckling framstår som centralt i intervjuerna. Respondenterna pekar också på att det skulle kunna gå att få ut mycket mer av kunskaper och kompetenser med tanke på de många kvalificerade medarbetare som finns i verksamheterna. En intervjuperson talar om ”stoppklossar” i form av exempelvis juridiska hinder för sammankopplingar över organisations- och professionsgränser som skulle ge mycket. Vidare saknas strukturer för att stödja ett bredare samarbete, trots att samarbetsläget i allmänhet beskrivs som bra även ut mot kommunerna. Organisations- och arbetsuppgiftsindelningen beskrivs också som en ”stoppkloss” i flera sammanhang eftersom invanda kunskaper och kompetenser består och nya har svårt att få fäste. Intervjupersonerna menar att även FoU-verksamheter många gånger är otillräckliga eller för traditionella för att öppna upp för nya kombinationer som gynnar kunskaper och kompetenser samt helt nya inslag.

Vissa kunskaps- och kompetensområden saknas enligt respondenterna, varav några nämns ofta. Ett exempel är systemtänkande och angreppssätt för detta. Man anger exempelvis att systemteoretiska kunskaper är viktiga och att de skulle kunna underlätta för bättre samverkansmodeller och personcentrerade lösningar. Vidare nämns särskilda managementkunskaper, exempelvis ”operations management” samt hälsoekonomisk analyskunskap och implementeringskunskaper. Anledningen till att dessa kunskaper inte har kommit fram bättre är enligt en del av respondenterna att det ”medicinska paradigmet” alljämt dominerar med en särskild kunskapssyn.

För att etablera och sprida nya kompetenser anger man att vissa synsätt behöver förändras, inledningsvis genom utbildningar och lärande forummöten. Framsynta och väl genomtänkta idéer kan också dra igång utvecklingsrörelser på samma sätt som ”kvalitetsrörelsen” har gjort tidigare.

För att lägga en ny dimension av kompetenser till ett medicinskt fokus kan man enligt vissa respondenter behöva undersöka hur verksamheten uppfattar sin identitet – den kan behöva se sig som ett ”system för att hantera patienter eller medborgare” i stället för som ”ett produktionssystem”. Enligt en intervjurespondent kan utmaningen för Region Östergötland vara ”att man har varit bäst på det som gällt hittills”. Samtidigt pekar många av intervju-samtalen mot att man har många tillgångar i form av både strukturer och människor, och att de ger goda möjligheter att utveckla de kunskaper och kompetenser som behövs för att öka utvecklingskraften.

Tjänsteutveckling

Tjänsteutveckling handlar mer om att förnya tjänster än att förbättra dem, även om det senare också kan räknas som utveckling. Alla respondenterna är väl medvetna om att man inom Region Östergötland har ett omfattande och systematiskt förbättringsarbete. Området förnyelse av tjänster förknippas dock med många utmaningar och osäkerheter.

Förståelsen av *vårdbehov* ses som centralt för att kunna arbeta med tjänsteutveckling på ett bra sätt. Att förstå vårdbehov ur ett fördjupat patientperspektiv kan kräva ett systemsynsätt, en helhetssyn och ett ”användarperspektiv” som är mer omfattande än vad som hittills har förekommit i stora delar av verksamheterna.

Verksamheterna är sedan länge genomsyrade av innovationsarbete när det gäller exempelvis medicinska behandlingsmetoder och medicinsk teknik, men trots det anger de flesta intervjurespondenterna att området innovationer av arbetssätt och organisatoriska innovationer fortfarande är relativt outvecklat och svårt att få till.

Implementering av nya och samordnade arbetssätt anges ofta som en stor utmaning för hälso- och sjukvårdsverksamheten. Därmed behövs en starkare styrning och ett annat stöd för att lyckas med detta.

Förståelsen av vårdbehov leder till tjänsteutveckling

Som beskrivits tidigare har Region Östergötland ett väl etablerat styrsystem för behovsanalys (där medborgardialoger ingår) som ligger till grund när man formar vårduppgifterna till utförarverksamheterna. Denna struktur för styrning är enligt intervjupersonerna en fördel när det gäller att i ökad omfattning använda vårdbehov som grund för tjänsteutvecklingen. För att kunna ta detta steg behöver medborgarnas vårdbehov förmodligen tolkas på nya sätt och inte lika insatsuppdelat som tidigare. För patientgrupper med större och löpande behov, såsom multisjuka äldre och andra grupper med kroniska sjukdomar, kan vårdbehoven behöva ses som helheter och inte uppdelade på primärvård, sjukhusbaserad vård och övrig specialistvård. En lösning kan vara olika former av patientsegmentering för grupper med stora behov. I några av intervjusamtalen framförs att medborgarna ofta har en helt annan syn på hur man vill interagera med vården och att detta bör utnyttjas

mer systematiskt. De möjligheter som finns används inte, exempelvis att använda och analysera sociala medier. Ett annat sätt kan vara att följa upp vårduppdragen eftersom de tar in mer av nyttoperspektiv för patienterna. Synpunkter som summerar läget inom detta delområde är exempelvis att ”vi har inte kommit vidare i detta” till att vi ställer frågan ”what matters to you” (med hänvisning till Institute for Healthcare Improvement, IHI, och arbetskonceptet att fånga patientens perspektiv).

Omvärldsanalyser som stödjer tjänsteutvecklingen

Inom Region Östergötland, med sin nära koppling till forskningskulturen, är man van vid att hantera stora kunskapsmängder och strukturera dessa för att underlätta förståelsen inom verksamheterna. Det är därför naturligt att se många omvärldsanalyser av olika slag. Däremot är det något överraskande att de flesta respondenterna anger att det inte finns någon gemensam strukturerad process för omvärldsanalyser. Det finns exempelvis ingen befattning såsom planeringsdirektör eller utvecklingsdirektör. Dessa positioner förekommer inte sällan inom andra landsting och regioner och innebär då ett uttalat ansvar för omvärldsanalyser.

I den mån ett strukturerat omvärldsanalyserarbete bedrivs gäller det de sjukvårdsregionövergripande regionala medicinska programgrupperna (RMPG). RMPG utgör basen i sydöstra sjukvårdsregionens kunskapsstyrningsorganisation och har i uppdrag att bereda och sprida omvärldsanalyser.

I övrigt är det i stort sett upp till varje verksamhetsansvarig att välja hur man vill hantera omvärldsanalyser. Vissa av respondenterna anger att man inte är så duktig på omvärldsanalyser och andra att man nog är ganska bra på det – vilket kan bero på det egna intresset eller hur man har valt att fokusera på detta. Det är möjligt att mer av gemensamma, och fokuserade omvärldsanalyser bättre skulle stödja tjänsteutvecklingen. Det gäller särskilt då tjänsteutvecklingen ofta bedöms vara beroende av mer samordnade initiativ.

Behöver innovationsförmågan få mer fokus?

Många tankar om innovationsförmågan har förts fram under intervjusamtalen. Samtliga respondenter anser att detta är svårt att hantera även om ett fåtal tycker att börjar gå i rätt riktning inom detta viktiga delområde inom tjänsteutvecklingen. En av intervjupersonerna menar att innovationer inom hälso- och sjukvården främst relaterar till medicinska behandlingar och införandet av medicinsk teknik, men när det gäller nya arbetssätt tar det av någon anledning stopp. Det finns dock exempel på innovationsförmåga inom tjänsteutveckling som gett resultat, exempelvis det nationellt välkända ”Hälsans nya verktyg”.

Region Östergötlands utmaning inom innovation beskrevs så här i en intervju: ”Vi är bra på att göra saker som styrs av modeller och pilar, men inte så bra på att utveckla sådant som inte är strukturerat.” Som beskrivits tidigare utmärks Region Östergötland av en stark kultur och god kunskap om förbättringsarbete, men förnyelsearbete är något annorlunda vilket också många av respondenterna framför. Andra möjliga motkrafter som nämns är bl.a. att kreativiteten hämmas av allt som ska mätas och rapporteras, att evidenssynsätt kan bromsa, att juridiken ofta blir ett hinder för nya gränsöverskridande

lösningar ("juridikens *bör* blir politikens *ska*"), och att innovationstänkande på "okänd mark" förutsätter mycket god tillit och stort förtroende. Många respondenter anser att det finns en rädsla för övervältringseffekter – att en förändring innebär att någon part blir tvungen ta över ansvar och kostnader från en annan part. Vidare anger en respondent att Region Östergötland är en "praktig" huvudmannorganisation som absolut inte vill ta risker och "ge sig ut på äventyr".

För att utveckla en större innovationsförmåga nämns olika angreppssätt och strategier. En väg framåt är att man systematiskt frikopplar innovationsarbetet från produktionen. I dag försöker man vanligen driva innovationsprocesserna inom de befintliga verksamhetsorganisationerna, vilket anses hämma höjden i innovationerna. Etablerade arbetssätt, som måste upprätthållas för att klara det dagliga vårduppdraget, begränsar möjligheterna att se nya lösningar och göra nya saker. Olika "frizoner" används allt mer för innovationsarbetet; exempelvis nämns i flera fall testbäddar och innovationsslussar.

Vidare framförs att innovationsupphandlingar skulle kunna användas mer systematiskt, exempelvis ett komplett omhändertagandesystem eller en helhetslösning för multisjuka äldre. Problemet med dessa arbetssätt i nuläget är att de ofta är enstaka undantag i sammanhanget och att många satsningar utförs med tillfälliga projektmedel; när projektet avslutas försvinner även initiativet och ansvaren för innovationsarbetet.

En annan strategi som framförs i flera intervjusamtal är en mycket starkare styrning inom innovationsarbetet för att få några resultat. Det anses att investeringarna i stödsystem är otillräckliga och att det inte räcker med goda projektledningssystem. Det tidigare Landstinget i Jönköpings län (nuvarande Region Jönköpings län) byggde upp Kultorum för att fokusera systematiskt på praktisknära kunskaper inom kvalitets- och förbättringsarbete, och angående det framförde en respondent att man borde utveckla ett kunskapscentrum för innovationsarbete för att få styrfart. I dag finns det ingen uthållig bas för att framsynta och starka idéer ska få fäste. Vidare framför några intervjupersoner att innovationspotentialerna i dag mest handlar om nya och ansvarsövergripande arbetssätt. Detta är utveckling som för det mesta kommer underifrån-och-upp, och det är alltså en annan styrningsmodell än hälso- och sjukvårdens traditionella styrning uppifrån-och-ner. Därför behövs ett praktisknära perspektiv för att innovationsförmågan ska kunna stödjas bättre.

Implementering – den svaga länken?

I stort sett alla respondenter ser implementering som ett svårt problem. De menar att "vi har svårt för detta som så många andra" och att implementering har "en fantastisk förmåga att stanna upp". Flera respondenter anger att det är svårt att ändra beteenden i vardagen, att vardagen tar över och att det är väldigt många ärenden på en och samma gång som måste lösas här och nu. Den dagliga driften krockar alltså med det utvecklingsarbete som behöver systematik. Det anges också att principen och motkraften "not invented here" är stark i sammanhangen. För att implementering av nya arbetssätt ska bli ekonomiskt effektiv och arbetssätten få spridning måste man också kunna utmönstra tidigare arbetssätt, något som regionen enligt flera respondenter inte är bra på. Förmågan att sprida innovationer pekas ut som kritisk. "Vi är

bra på att föra in, men inte på att föra ut”, vilket innebär att beslut kan tas men att verkställigheten uteblir.

Om implementeringsarbetet fortsätter att vara den svaga länken i kedjan blir innovationsarbetet urvattnat och får minskat förtroende. Intervjupersonerna har olika åsikter om hur denna länk kan stärkas. Man behöver bli bättre på att visa vilka ”win-win-situationer” implementeringen kan ge, och vilka systemvinster för vården som helhet som kan uppstå. Effekthemtagningen behöver ha ett starkare fokus och man bör planera för att visa på resultat så tidigt som möjligt, bl.a. genom bättre uppföljningar. Vidare behöver man planera för implementeringen i ett mycket tidigare skede än nu och bli bättre på att kommunicera och skapa delaktighet för att få samma syn på nyttan med aktuella innovationer. Dessutom anges att det behövs ett tydligare fokus på att lyfta bort det som bromsar integreringen av innovationer i ordinär verksamhet. Flera respondenter uppger att detta fokus inte finns i dag och att implementeringsarbetet närmast lämnas åt sitt öde fast man i realiteten kan göra en del åt detta. En respondent angav att det behövs mer ”pull” än ”push” för att få till implementeringsarbetet.

Flera respondenter menar att kunskaperna är lite för grunda för att man ska förstå implementeringen av nya arbetssätt. Det medicinska kunskapsparadigmet är fortfarande så dominerande att sociala och närliggande tekniska kunskaper, exempelvis inom digital kommunikation och information, inte får det kunskapsutrymme som behövs. En respondent anger att managementkunskaper har fått stort utrymme i andra länder såsom USA men inte alls får samma chanser att utvecklas i de svenska hälso- och sjukvårdssystemen. Vidare menar ett flertal respondenter att det vid Linköpings universitet finns ledande implementeringsforskning som skulle kunna utnyttjas bättre.

Särskilda observationer om tjänsteutveckling i Region Östergötland

Intervjusamtalen om tjänsteutveckling visar sammantaget att det finns en utmaning i det pågående skiftet från ett producentfokus till ett förnyat målgruppsfokus. Med ett mer uttalat målgruppsfokus träder också en annan utvecklingslogik fram. Den är beroende av att utvecklas underifrån-och-upp vilket delvis kan ställa krav på andra sätt att både styra (”vad”) och arbeta (”hur”) med tjänsteutveckling. Den tidigare långa erfarenheten av och förmågan till systematiskt förbättringsarbete har varit en framgångsrik formel i många år, men enligt många respondenter är dessa erfarenheter och denna förmåga inte lika användbara när ett ökat målgruppsfokus gradvis behöver ersätta ett producentfokus. Ett sådant skifte förutsätter andra arbetsmetoder än dagens och respondenterna menar att man inte är rustade inför detta förändringsarbete.

Samtidigt anger vissa respondenter att det faktiskt finns förutsättningar för att ställa om i detta ”skifte” på ett godtagbart sätt. De ser en resurs i vanan och erfarenheten av att arbeta med ett systematiskt förhållningssätt på ett uthålligt sätt, samt i att man tidigare lyckats föra in arbetssätt såsom lean med stort genomslag och stor spridning av metodkunskaper. Vidare diskuterades under intervjusamtalen att den väl etablerade behovsstyrningen kan underlätta för Region Östergötland att ta detta steg snabbare än andra landsting och

regioner – förutsatt att de nya verktygen som krävs för detta kan etableras på ett bra sätt i organisationens verksamheter.

Sammanfattande iakttagelser om utvecklingskraften i Region Östergötland

I detta avsnitt summeras ett antal observationer baserat på den kartläggning som har utförts inom Region Östergötland, och de leder till några slutsatser om utvecklingskraften i detta sammanhang. Mot slutet förs en diskussion om hur de olika systemfaktorerna i kartlägningsmodellen kan samagera på olika sätt. Dessutom skisseras hur aktuella systemfaktorer kan samagera för att nå utvecklingskraft när det gäller att stödja arbetssätt eller sammanhängande vårdprocesser som exempelvis ska förebygga kroniska sjukdomar och behandla patienter med sådana.

Kan en stark verksamhetskultur ta in helt nya idéer?

Region Östergötland har en stark verksamhetskultur som under lång tid har gett relativt bra resultat i hälso- och sjukvårdsverksamheterna. Tidigare i denna rapport framgår hur utmärkande och särskilt tydlig verksamhetskulturen är i denna kartläggning av utvecklingskraft. En genomtänkt behovsstyrning kombinerat med systematiskt fokus på förbättringsarbete har bidragit till att verksamhetssystemet fungerat väl utifrån rådande förhållanden. Fokus på struktur och ordning och reda, samt många utvecklingsorienterade arbetssätt som ”vårdar” den rådande verksamhetskulturen, har skapat stabilitet. Framgångarna har vidare bidragit till en gemensam syn på förbättringsarbetet som i stora delar binder ihop verksamhetssystemet.

Däremot har det visat sig vara svårare att utveckla verksamhetsområden där ”kartorna” är otydligare och där nya idéer behöver komma in i bilden. Närsjukvården är ett exempel som visar att befintliga styrmekanismer och arbetssätt inte fungerar lika väl i dessa sammanhang. När personcentrerade arbetssätt kommer på tal efterfrågas allt fler lösningar som är mer organisations- och ansvarsövergripande. Detsamma gäller för vissa kronikergrupper med omfattande och sammanhängande behov, exempelvis multisjuka äldre. Allt fler goda exempel inom dessa områden visar vad som kan åstadkommas och de sätter press på verksamheterna att ta till sig dessa utvecklingskrafter.

Den rådande verksamhetskulturen inom Region Östergötland kan ses som en utmaning men också som en möjlighet. Möjligheterna finns främst i den väl grundade behovsstyrningen men även i det systematiska utvecklingsarbetet som också är väl etablerat. Utmaningarna är att det förmodligen behövs andra arbetssätt som dock fortfarande behöver utgå från en behovsstyrning och ett systematiskt utvecklingsarbete.

Utvecklingen förutsätter att nya kunskaps- och kompetensområden släpps in

De nya arbetssätten som omnämns ovan är beroende av delvis nya kunskaper men kanske främst av de synsätt som gör att både befintliga och nya kunskaper och kompetenser kan träda fram och sättas i system. Kartläggningen av utvecklingskraft inom Region Östergötland visar att tjänsteutvecklingen är ett stort utvecklingsområde framöver. Det behövs ett bättre stöd till kunskaper och arbetssätt för att utveckla såväl tjänsteinnovationer som kraftfullare

implementering. Mycket talar för att denna utveckling kan ta fart om verksamheterna får rätt förutsättningar. Samtidigt finns det tecken på att en stark verksamhetskultur och invanda arbetssätt kan utestänga behoven av nytänkande trots att insikt och vilja kan finnas. Verksamhetssystemet med dess kultur förblir alltför komplext och svårt att påverka för att en ny utvecklingskraft ska ta fart.

Ett förnyat ledarskap med nya styrningsmetoder kan behövas

Den etablerade styrningen utifrån behoven (politikens ansvar för ”vad”) ska bemötas med tjänster som säkrar kvalitet med god resursanvändning (tjänstemannaledningens ansvar för ”hur”), och den är en viktig strukturtillgång i sammanhanget. För att bemöta det utvecklingstryck som beskrivs ovan behöver politiken förmodligen styra på nya sätt utifrån rollen att formulera ”vad”.

Utmaningen ligger i att utveckla en ny plattform för utvecklingskraft samtidigt som man har och länge har haft goda resultat som också ska fortsätta att genereras. För att komma framåt kan det behövas en förändrad behovsstyrningsmodell med fokus på vissa målgrupper där man främst efterfrågar helhetslösningar och system för omhändertagande .

Samspelet mellan systemfaktorerna i kartläggningen av utvecklingskraft

Kartlägningsstudien har omfattat stora frågor och skiftande faktorer, och syftet med modellen är att förstå varje systemfaktor för sig men även att analysera hur viktiga systemfaktorer samspekar. Bedömningen är att en systemanalys av detta slag är svår att göra men att den kan visa varför utvecklingskraft kan vara en bristvara inom komplexa och stora hälso- och sjukvårdsverksamheter.

Respondenterna vet att vårdtjänster till målgrupper med kroniska sjukdomar kräver en tjänsteutveckling utifrån de kunskaper och erfarenheter som växt fram på olika håll. Trots detta är det mycket svårt att få till stånd detta utvecklingsarbete, och enligt vissa intervjupersoner är det närmast märkligt att man inte kommit längre. Kartläggningen visar dock att andra systemfaktorer i samverkan kan bli så starka att det som inte passar in stöts bort. I Region Östergötlands fall har det självstärkande samspelet mellan verksamhetskultur och styrmodeller blivit så robust att arbetssätten är mycket svåra att rubba. Det är också svårt att lägga till nya arbetssätt som följer en annan verksamhetslogik. Det gäller även drivkrafter i form av nya idéer eller kunskaper med ursprung utanför den egna verksamhetsorganisationen eller de upparbetade kontakterna.

Sammanfattningsvis är tjänsteutvecklingen (när det gäller tjänster till målgrupper med kroniska sjukdomar) i detta fall beroende av att en anpassad styrningsmodell drivs på andra grunder än den ordinära styrningen utifrån bedömda vårdbehov. Det som inom Region Östergötland beskrivs som politikernas uppgift, att identifiera ”vad” när det gäller vårdbehov, kan behöva bli mycket mer målgruppsanpassat och sedan följas upp med andra indikatorer än de befintliga. Om denna styrning blir rätt utformad är det möjligt att den annars strukturerade verksamhetsdriften (tjänstemannaled-

ningarnas ”hur”) inom Region Östergötland kan motsvara detta med den tjänsteutveckling som behövs.

Kartläggningsmodellen gör det lättare att se dessa samspel och starta ett arbete i ”rätt ända av systemet” för att få igång de kedjeeffekter som är nödvändiga för en förnyad utvecklingskraft.

Västerbottens läns landsting

Drivkrafter

Västerbottens läns landsting utmärks av många olika drivkrafter som samtidigt har betydelse för utvecklingskraften. Bland påverkansfaktorerna finns en vidsträckt glesbygd parallellt med en kunskapsrik universitetsstad och mer tätbefolkade kustregioner. Detta ger mycket olika förutsättningar mellan kustregionen och inlandet. De femton kommunerna har en mängd olika förutsättningar för samverkan och för att kunna utveckla nya vårdlösningar. Landstinget har ansvaret för Norrlands universitetssjukhus, och forskningens roll och inflytande från både medicinska och övriga universitetsfakulteter är framträdande. Landstinget utmärks sedan länge av utvecklingsorientering med något olika synsätt över tid, men länge har fokus främst varit på förbättringsarbete.

Landstingsspecifika förutsättningar: många olikheter att hantera

Västerbotten är till ytan Sveriges näst största län efter Norrbotten. Det är nästan dubbelt så stort som Dalarna men har samtidigt en mindre befolkning med sina knappt 265 000 invånare. Landstinget har att hantera en mångfald av olikheter, exempelvis kontrasten mellan å ena sidan de mer befolknings-täta och stora kustkommunerna Umeå och Skellefteå med en yngre befolkning, och å andra sidan ett till stora delar mycket glesbefolkat inland med en klart äldre befolkning.

Forskningen och Norrlands universitetssjukhus med högspecialiserad sjukvård är en annan drivkraft som bidrar till komplexiteten i sammanhanget men också till möjligheterna att hitta för länet viktiga lösningar. Med hänsyn till befolkningsunderlaget är det en utmaning då landstinget driver det minsta universitetssjukhuset i landet. Universitetsstaden Umeå är bas för det mesta av den specialistvård som hör till universitetssjukhuset och därmed blir staden tydligt dominerande i hela länet, vilket har skapat spänningar över tid. Gradvis har de tre sjukhusen i länet, i Lycksele, Skellefteå och Umeå, funnit sina roller i sammanhanget och det är främst Lycksele som har utvecklat en tydligare roll i den elektiva specialiseringen.

Kommunsamverkan beskrivs i intervjusamtalen som komplex med förhållandevis resursstarka kustkommuner, som dock kan dras med dålig ekonomi, och relativt utsatta och glesbefolkade inlandskommuner. De skiftande förhållandena har drivit landstinget till att utveckla sär lösningar för inlandet, exempelvis ”sjukstugor” som är vårdcentraler utrustade med vårdplatser. Det finns stora utmaningar med att säkra kompetensförsörjningen i de glesbefolkade områdena och upp till 40 procent av distriktsläkartjänsterna är för närvarande vakanta. För att hantera dessa situationer tvingas primärvården hitta lösningar från fall till fall samtidigt som man upplever att vårdtyngden hela tiden ökar genom att de äldre blir fler och det är mer som kan (och måste) göras på vårdcentralerna. Den fortsatta digitaliseringen kommer att vara viktig för en del av de nya lösningar som behövs i Västerbotten.

Forskningens roll för och påverkan på utvecklingskraft

Forskningen och universitetskulturen upplevs ha ett relativt stort inflytande på landstinget. Respondenterna beskriver en kontinuerlig ökning av samarbetet mellan hälso- och sjukvården och den akademiska miljön i närområdet. Enstaka kritiker menar dock att den medicinska forskningen har tappat en del av sitt tidigare inflytande och även möjligheterna att bedrivas har försämrats. Det finns dock en bredd inom universitetet som upplevs påverka hälso- och sjukvården i nya riktningar och med nya arbetsätt. Ett sådant exempel är den ofta nämnda satsningen på glesbygdsmedicinskt forskningscentrum med basen i Storuman i Västerbottens inland. Satsningen beskrivs ibland som världsledande men åtminstone som klart ledande i landet, och den omnämns med stor stolthet. Utan de forskningsrelationer som finns med universitetet hade denna utveckling troligtvis inte varit sannolik eller ens möjlig.

Vissa av respondenterna påpekar, på lite olika sätt, att närvaron av relativt starka forskningsmiljöer blir tydligare i orter som är mindre än storstadsregionerna. Detta beskrivs medföra en kultur där man tar sig an problem och sedan angriper dem på ett strukturerat sätt med kunskaper, målsättningar och resultatuppföljning. Någon nämner att landstinget jämför sig med andra hälso- och sjukvårdshuvudmän med liknande förhållanden med starka universitetskulturer, exempelvis Region Östergötland.

Kontinuerligt fokus på utvecklingsarbete – med lite olika angreppssätt

Utvecklingsarbetet nämns ofta i intervjuerna och det tycks ha varit närvarande över tid. Flera respondenter anger att intresset för utvecklingsfrågor bottnar i ett öppet klimat som utgår ifrån och stöds av en ung och inte särskilt konservativ forsknings- och utvecklingskultur.

Landstinget fokuserade tidigt på kvalitetsarbete genom metoder för ständig förbättring och genombrottsmetodik. Detta blev en grund för en relativt unik självständig utvecklingsenhet: Memeologen. Denna mindre grupp med ”internkonsulter” har funnits sedan år 2000, och med en hög grad av frihet har Memeologen kunnat bygga upp egna kontakter och även ta uppdrag långt utanför landstinget och vidare utomlands. Resultaten är ett inflöde av nya tankar och angreppssätt till landstinget. Gruppen anses ha bidragit med betydande inslag av utvecklingsarbete, möjligen med lite skiftande fokus med allt från klassisk kvalitetsutvecklingsmetodik utifrån Edwards Demings teorier till lean-metodik och öppna storforum. Gruppen beskrivs som ”liten men med stor impact”. I dag ger Memeologen bland annat ett aktivt stöd till så kallade strategiska forum som bygger på slagkraftiga stormöten med omfattande involvering av verksamhetschefer tillsammans med landstingsledningen. Det är en form där man tillsammans får tackla gränsöverskridande utvecklingsfrågor såsom att kompletta vårdförlopp eller ”patientresor” inom vårdsystemen. Dessa strategiska forum beskrivs av respondenterna som positiva och viktiga för att ge näring till utvecklingskraften.

Landstingsledningen beskrivs som utvecklingsorienterad och respondenterna menar att ledningsgruppen kommunicerar en gemensam målbild om utvecklingen. Det finns ett intresse för att pröva nya grepp inom utvecklingsarbetet, vilket även involverar den politiska ledningen. Exempelvis har ett

innovationsbolag bildats tillsammans med privata samverkanspartner, för att få tillgång till spetskunskaper och pröva möjligheter till ”snabbspår” för utvecklingsarbetet vid sidan om ”linjen”. Ett landstingsråd är styrelseordförande i bolaget med det ledande oppositionsrådet som vice styrelseordförande. Innovationsbolaget nämns återkommande av respondenterna när utvecklingsarbete kommer på tal. De är inte helt överens om huruvida det är bra att arbeta med verksamhetsutveckling utanför den ordinära verksamheten (såsom i fallet med innovationsbolaget) eller om detta främst bör ske inom verksamheterna för att arbetet ska få genomslag och vara hållbart på sikt.

Drivkrafter som kan påverka utvecklingen nämns relativt ofta av respondenterna från Västerbottens läns landsting. Det finns också en uppenbar nyfikenhet på nya angreppssätt som kan ge mer utveckling. Respondenterna utmärks av tankar om värdebaserad vård och om hur (grunder för) nya ersättningsmodeller skulle kunna utvecklas. Detta beskrivs närmare i avsnittet ”Styrning”. Samtidigt nämns de många motkrafterna inom landstinget, exempelvis fokus på produktionssystem i stället för tjänsteprocesser, ”ensidig” och medicinskt fokuserad professionstyrning samt misstro mellan olika länsdelar.

Styrning

Påfallande många intervjupersoner har framfört synpunkter på styrningsfrågorna. Uppenbarligen finns många tankar om en ny typ av styrning som bättre fokuserar på värden och nytta för såväl patienter som verksamheter. I det utvecklingsarbete som innovationsbolaget driver är styrningsfrågorna i själva verket en del av innovationsförsöken. Nytankandet om styrningen ligger ännu på ”skissborden” men att dessa argument förs fram av så många visar att nya styrsystem anses nödvändiga för att ytterligare öka utvecklingskraften. Det handlar då om att lägga grunder utifrån styrsystem för att ledarskap och tjänsteutveckling ska kunna få större effekt. Exempelvis vill man ha ett mer flödesinriktat arbete som gynnar såväl patienten som de olika verksamheterna.

Bland respondenterna finns också en insikt om att styrning som ”förflyttar medarbetarnas upplevelser och tankar samtidigt”, exempelvis genom de strategiska forumen, är en viktig ”mjuk” dimension av styrning som behöver utvecklas vidare. Kunskapsstyrningen är ett av de styrsystem som i princip samtliga intervjupersoner beskriver som professionell och välfungerande. Uppdraget att driva den norra landsdelens universitetssjukvård förstärker förmodligen detta arbete.

Intervjudiskussionerna om styrning har också handlat om de många barriärer som finns för god styrning. Trots alla insikter om behov av förnyade styrsystem är det ändå svårt att komma framåt i frågan – fast kunskaper och insikter verkar finns brett.

På väg mot en nytänkande styrning?

I flera av intervjuerna framkommer en osedvanligt tydlig kritik mot dagens styrsystem och främst att styrningen i nuvarande former ensidigt mäter kostnader. Fokus på insatsuppdelade kostnader skymmer de värden som skulle kunna uppnås om kostnadsbedömningen utgick från en högre

”systemnivå”. Om utgångspunkten i stället var vad patientens hela process inom sjukvården kostar (exempelvis för en patient inom en typisk kronikergrupp) skulle det bli uppenbart att vissa investeringar innebär lönsamhet och inte kostnader, att nya arbetssätt är värda att satsa på etc. Problemet är att dessa systemkostnader och systemvinster inte identifieras – och då blir det inget av det systemövergripande utvecklingsarbete som ofta anses önskvärt..

Flera ser det som en brist att ”patientnyttor” och ”patientbilder” inte förekommer tillräckligt ofta i förbättrings- och utvecklingsarbetet. En orsak anses vara att styrsystemen har tyngdpunkt på kostnadsuppföljning av ”styckevisa” och verksamhetsavgränsade insatser, vilket inte skapar vare sig utrymme eller incitament för att utveckla dessa nya styrsystem. Ofta används begreppet ”värdebaserad vård” av respondenterna och då är det viktigt att veta vilka värden som kan eller ska uppnås för en patient eller patientgrupp, och att sedan utveckla styrsystem och arbetsprocesser som på bästa sätt kan uppnå dessa värden. I flera av samtalen anges att detta är fullt möjligt att åstadkomma då alla uppgifter som behövs finns inom hälso- och sjukvårdens dokumentationssystem; men det kräver utgångspunkter och segmenteringar måste göras utifrån patientgrupper och samverkansprocesser snarare än dagens organisations- och insatsuppdelade produktionssystem.

Ett sätt att komma åt den nuvarande inläsningen är enligt vissa respondenter att utveckla de uppföljningsindikatorer och därmed styrsystem som verkar i denna riktning, exempelvis indikatorer som mäter hur väl patienten har omhändertagits under inskrivning, vårdbehandlingar och rehabilitering samt kostnader för hela patientprocessen eller ”helhetsresultatet” för patienten när det gäller hälsoresultat och behandlingseffektivitet. En mer radikal idé som framförs i ett intervjusamtal är utveckla en samordnad lösning för ett ofta förekommande patienttypfall och ställa den mot snittkostnaden för denna typpatient. I de flesta fall talar resultatet för den samordnade lösningen, vilket borde skapa incitament för att utveckla de processer som behövs. Satt i system skulle ett sådant angreppssätt bli den motor som behövs för en resursomfördelningsmodell från sjukhusvård till nätverksbaserad öppenvård.

I något sammanhang nämns också att det är viktigt med de termer och det språk som används inom verksamheterna. ”Produktionsdirektörer” är en ledande positionstitel som kanske är på väg bort från sjukvården, och ordet styrgrupper skulle kunna ersättas med ”designgrupper” för att tydliggöra vad huvuduppgiften är.

Potentialer med ökade inslag av ”mjuk” styrning

De strukturerade och dokumenterade styrsystemen såsom policyer, riktlinjer och organisationskartor dominerar tillsammans med den styrning som uppföljning av ekonomiska resultat och kvalitetsmått innebär. De ”mjuka” styrsystemen förekommer i olika mötesforum, utbildningar och andra former av upplevelser och lärande, och flertalet intervjupersoner anser att de har mycket stor potential även om de behöver utvecklas mer. Landstinget har i ett flertal år praktiserat så kallade *strategiska forum* och det har uppenbarligen gett mersmak då många av respondenterna anger detta som en viktig del av styrningen. De strategiska forumen har blivit ett återkommande inslag med många chefer och nyckelpersoner engagerade och prioriterade av

landstingsledningen för dess medverkan. I samverkan med utvecklingsenheten Memeologen har man arbetat hårt för att genomföra dessa forum på ett professionellt sätt, och stormötena drivs som en metod. En uppgift på ett forummöte kan exempelvis vara att verksamhetschefer från olika områden tillsammans får utvärdera och skissa på ideala patientresor inom sjukvårdssystemet. Den gemensamma målbilden och värdegrunden kommuniceras återkommande och med aktiv närvaro av landstingsdirektören.

Andra former av styrning med liknande effekter är utbildningsprogrammen. De skulle kunna användas mer strategiskt och några respondenter anger att chefsutvecklingsprogrammen borde ses över utifrån denna målsättning. Nytänkande inslag såsom ”storytelling” har enligt en respondent potential att ge en mer engagerande styrning samtidigt som den är lite abstrakt och ovan att utveckla. Till viss del förekommer ”storytelling” även inom de strategiska forum som genomförs men de sker endast en gång per halvår. Det anges att det skulle behövas en mer konstant process för att hålla igång styrningseffekten av detta inslag.

Styrning som blockering

Nytänkande kring styrning och goda exempel nämns ofta i intervjusamtalen, liksom de många svårigheter och även blockeringar som omger styrningen.

Professionsstyrningen av hälso- och sjukvårdsverksamheterna nämns i vissa fall som problematisk. De högre chefsnivåerna fylls ofta med personer som vandrat uppåt i chefshierarkierna efter att ha börjat i vården direkt efter den medicinska utbildningen eller någon annan vårdrelaterad utbildning. Denna ledarekrytering har stor inverkan på sjukvården. Nytänkande kring styrning och ledning får inget utrymme men leder i stället till ett konserverande förhållningssätt, enligt några av respondenterna. I ett intervjusamtal framförs att ”ICD10-paradigmet” är styrande i allt som görs.

Den så kallade ägarstyrning som sker genom den politiska ledningen kunde vara modigare, enligt en del av respondenterna. Politiska majoritets-skiften är ovanliga i Västerbotten (socialdemokraterna har haft den politiska majoriteten i landstinget sedan 1930-talet) och detta kan i vissa fall vara bra för kontinuiteten, men några respondenter undrar hur detta påverkar nytänkande och förändring. Incitamentssystem kan leda fel, men de blir kvar trots att det blir det alltmer tydligt att det finns system som leder åt fel håll. Här finns också utrymme för ett nytänkande om beställarstyrning och formulering av vårduppdrag som även de ledande tjänstemännen kunde vara mer aktiva i.

Det finns också styrningsfrågor som behöver lyftas till en nationell nivå för att komma framåt. Som på många andra håll anges att det är olyckligt med barriärer för informationsutbyte, som ju beror på lagstiftning. Problemet borde dock åtgärdas snarast för att utveckla exempelvis en hemsjukvård med stöd av specialistvård. Det finns också stora svårigheter med att sjukhusvården och primärvården har helt olika ersättnings- och styrsystem med bland annat vårdvalsmodellen som grund. När vårdvalsmodellen för primärvården lagstiftades nationellt tvingades Västerbottens läns landsting avbryta utvecklingen av en sammanhängande närsjukvård som hade inletts.

En av respondenterna i en ledande topposition inom landstinget fick frågan ”vad kan hålla dig vaken om natten?”, men svaret blev – ”ersättningsyste-

men”. Det intressanta i sammanhanget är att probleminsikten om styrsystemen är relativt tydlig och initierad. Dessutom finns det inom landstinget många idéer om nya inriktningar för styrsystemen. Trots detta upplevs det som svårt att arbeta vidare med en ny styrning som utnyttjar resurserna bättre och ger högre värde för patienterna.

Förmågor

Systemfaktorn förmågor handlar i stora drag om de mänskliga resurserna och om hur man förmår att mobilisera dessa i en riktning som ger utvecklingskraft. Intervjusatalen ger ett antal samstämmiga observationer. Bland annat finns grunderna till en verksamhetskultur som gynnar utvecklingskraft genom att vara öppen och prestigelös, vilket underlättar för utvecklande samtal och nytänkande. Vidare ses landstingsledningen som bärare av de nytänkande inslagen. Trots dessa förutsättningar anses det vara svårt att nå fram till organisationens olika chefsled och utvecklingskraften blir då bara en teoretisk diskussion på högsta ledningsnivå. Det finns ytterligare en möjlig orsak till att utvecklingstänkandet inte kommer vidare till genomförande, vilket framkommer i intervjusatalen: det saknas spetskompetenser som kan driva nytänkandets möjligheter och konsekvenser till operativa genomslag.

En nyfiken verksamhetskultur – som bromsas?

Ett tydligt intryck från intervjusatalen är att det finns en öppen verksamhetskultur som främjar diskussioner om framtid, möjligheter och öppenhet för ett nytänkande. Den akademiska kopplingen till universitet beskrivs som prestigelös, vilket också sägs utmärka många av chefsleden inom landstinget. Detta har lagt en grund för öppenhet, enligt vissa respondenter, med få inslag av bromsande traditioner. Övergripande anses landstinget ha högt i tak med en produktiv kultur som stöds av en engagerad landstingsledning.

Intervjupersonerna påpekar dock också att det finns andra verksamhetskulturer som kan styra utvecklingstänkandet i andra riktningar. En del framför att organisationen trots allt är professionsstyrd med läkare och sjuksköterskor som vandrat uppåt i ledningsnivåerna sedan de anställdes som nyutexaminerade, vilket påverkar sätten att leda och styra samt vilka utvecklingsfrågor man fokuserar på. Vissa respondenter anger att det medicinska perspektivet kan hämma andra utvecklingsfrågor och, som nämnts tidigare, att det finns ett ”ICD10-perspektiv” på allting.

Vidare framförs att primärvården och sjukhusvården präglas av skilda verksamhetskulturer med olika förutsättningar, vilket leder till att det många gånger är svårt att få en samsyn. Mycket av nytänkandet inom Västerbottens hälso- och sjukvård handlar om patientcentrerade flöden, eller värden av helhet för patienterna utifrån tankar om värdebaserad vård, och dessa idéer är svåra att ta vidare om det finns ett kulturellt avstånd till de kärnverksamheter som berörs.

Utvecklingsinriktat ledarskap behöver finnas hela vägen

Verksamhetskulturen och ledarskapet hänger ihop men framför allt avser detta landstingsledningen och möjligen de närmaste chefsleden. Det är svårt att få samma typ av ledarskap att hänga ihop vidare till första linjens chefer. Enligt intervjupersonerna kan detta bero på att det är svårt att kommunicera

och sprida förhållningssätt och värdegrunder hela vägen – men framför allt antas det bero på att första linjens chefer har fundamentalt annorlunda förutsättningar.

Det kan vara ett enkelt argument att dessa chefer i första linjen inte fullt ut tar sitt ledarskap, men för vissa går all tid åt till att lösa krisartade bemaningsfrågor och lämna omfattande uppgifter till verksamhetsledningen och stundtals även statliga myndigheter, samt därutöver ha det administrativa personalansvaret för exempelvis ett 60-tal medarbetare. Då finns endast begränsad tid att lägga på ett utvecklande ledarskap. Möjligheterna att delta i ledarskapsprogram och annan kompetensutveckling är även klart begränsade i en pressad vårdverksamhet. Det är också en relativt hög omsättning av chefer i detta led, vilket inte underlättar för ett löpande utvecklingsarbete. Av dessa skäl anser flera respondenter att dessa chefer behöver större möjligheter att ta sig an utvecklingsfrågor och utöva ett ledarskap som driver dessa frågor utifrån landstingets övergripande målsättningar. Ett exempel på en sådan åtgärd är att sätta gränser för hur många medarbetare man bör ha ansvar för i sin chefsroll: maximalt 15–35 anställda är en synpunkt som förs fram. Att åtgärda detta förhållande anses som en av de viktigaste utmaningarna för att nå mer utvecklingskraft. Flera av respondenterna återkommer till att det tidigare fanns mer ”luft i systemet” som gjorde det möjligt för dessa chefer att klara fluktuationer och utvecklingsfrågor. Så är det inte längre, enligt respondenterna, och kanske har man drivit ekonomi och produktivitet för långt utifrån ett renodlat produktionsperspektiv – något som i längden minskar verksamheternas förmåga till utvecklingsarbete.

Kunskaper och kompetenser som kan göra skillnad

Intervjusamtalen med företrädare för landstingsledning och övriga högre chefsbefattningar visar att man är väl rustade med nytänkande och insikter i komplexa utvecklingsfrågor och vet vad som kan skapa mer kraft i dessa försök till utveckling. Detta gäller särskilt de mycket komplexa frågorna om styrsystem som påpekats tidigare i denna rapport.

Problemet är att komma vidare till handling. Vad är det som gör att dessa insikter är så svåra att omsätta i operativa handlingar? Enligt intervjupersonerna kan bristen på särskilda spetskompetenser vara ett av de viktigaste skälen. Det finns inte en kritisk massa av kompetenser som är viktiga för att komma framåt med nya språng inom vissa av de viktiga utvecklingsfrågorna. Landsting och regioner kan ha svårt att rekrytera dessa personer som oftare riktar in sig på ledande näringslivsaktörer och dynamiska snabbväxande branscher med globala möjligheter och högre löner. Vissa respondenter menar att rekryteringsenheter inom landsting ofta har en konservativ och traditionell syn på vilka kompetenser som är intressanta, vilket leder till att man söker kandidater inom etablerade ramar och forum för hälso- och sjukvården. HR-avdelningar kan också befinna sig för långt bort från de verkligt strategiska utvecklingsfrågorna inom landstingsledningen, vilket anses som olyckligt.

Digitaliseringen får en allt större och djupare roll inom hälso- och sjukvården, men den kan förmodligen inte kompetensförsörjas i tillräcklig utsträckning på den strategiska nivån bland hälso- och sjukvårdshuvudmännen.

Därmed finns en risk att den snabba digitala utvecklingen drar ifrån ännu mer i andra branscher, vilket bidrar till att det strategiska digitala glappet mellan vårdtjänster och andra tjänstebranscher upplevs som alltför stort av medborgare och patienter. Det finns en rad andra områden som enligt intervjupersonerna är bristområden för kompetensförsörjningen. Exempelvis behövs fler processdesigner eller ”kreativa” logistikere inom många områden. Personer med dessa kompetenser skulle kunna underlätta för vårdpersonal att mer systematiskt och planmässigt hitta de horisontella vårdkedjor som kan höja kvaliteten, och samtidigt spara resurser. Det gäller också den praktiska utvecklingen och tillämpningen av de styrsystem som så ofta nämns i intervjuerna. Andra exempel gäller snarare systemanalytiker som kan finnas bland företagsekonomer och nationalekonomer med kunskaper om att analysera och bedöma effektivitet i hela verksamhetssystem. Det kan även vara samhällsvetare med exempelvis fokus på ledningsprinciper inom komplexa verksamhetssystem. Generellt beskrivs att ”systembyggarkunskaperna” är för svaga, vilket ses som olyckligt nu när utvecklingskraften delvis måste övergå till systemomvandling utifrån rådande förutsättningar.

Tjänsteutveckling

Företrädare för Västerbottens läns landsting ser tjänsteutvecklingen som den viktigaste utmaningen framöver. Frågor om styrning och förmågor handlar i grunden om hur man med dessa som stöd ska komma framåt med den nya våg av tjänsteutveckling som behövs, där samverkan över ansvarsgränser pekas ut som särskilt viktig.

I samtalen om frågor med direkt koppling till tjänsteutveckling framförs ofta att man behöver hitta sätt att gemensamt se och påvisa systemvinster av nya samverkansformer. För att uppnå detta måste det finnas ett utrymme och någon form av organisering som säkrar att detta görs på ett systematiskt och strukturerat sätt. Testzoner eller andra former av innovationsplattformar pekas ut som en möjlighet. Innovationsbolaget som drivs utanför den ordinarie verksamheten, och det unika Glesbygdsmedicinska centrumet, är exempel på försök till ny tjänsteutveckling i mer systematiska former. Det framförs också att när innovationer väl kommer fram måste landstinget klara av att ta hem effekterna av dessa pionjärförsök och säkra att de sprids till ordinär verksamhet. Här ligger kanske den största utmaningen när det gäller tjänsteutveckling.

Behov av att se systemvinster

Med ett vårdsystem där ansvar och insatser är uppdelade utifrån medicinska discipliner, enskilda professionsinsatser och vårdnivåer är det svårt att se helheter av värden i verksamhetssystem. ”Mätsystemet” levererar huvudsakligen statistik och ekonomiska uppgifter som sedan aggregeras till hela utfall. För att se systemvinsterna med att samverka över gränser behöver man vanligen kartlägga patienternas resor inne i vårdsystemen. Då ser man ofta en uppenbar systemineffektivitet i omhändertagandet och stora möjligheter att nå högre kvalitet med lägre nivåer av sammanlagd resursanvändning. Detta kan motivera till nya samtal över ansvarsgränserna om hur omhändertagandet egentligen borde ha gått till. Det återkommande problemet, enligt responden-

terna, är att många medarbetare i viktiga chefsroller vet detta – men att det inte finns etablerade analysverksamheter som tar fram dessa ”bildbeskrivningar”. Enstaka program och forskningsprojekt kan komma in på dessa spår men då utifrån ett ad hoc-mässigt förfarande och de är beroende av exempelvis olika utlysningar eller särskilda statliga stödmedel. Det finns vanligen inga ”utvecklingsavdelningar” som arbetar systematiskt på detta sätt. I intervjuerna nämns att de strategiska forum som genomförs, med stöd av insatser från Memeologen, lyfter upp patientprocessbeskrivningar på liknande sätt. Det blir dock bara ett fåtal tillfällen under ett verksamhetsår och däremellan är det fullt upp med att hantera de dagsaktuella händelserna och ibland krisartade lägena.

Utvecklingsarbetet med standardiserade vårdförlopp inom det Regionala Cancercentrumet har blivit något av en ”skola” för många, enligt några av respondenterna. Det finns ett tydligt uppdrag att utveckla och beskriva patient- och produktionsrationella verksamhetskedjor, och det visar vad som skulle kunna åstadkommas inom många andra diagnosområden med samma eller liknande angreppssätt. Vanligen hänger dock inte vårdbehovsanalyserna ihop med tjänsteutvecklingsarbetet på detta sätt. Intervjupersonerna bedömer dock att det finns en mycket stor potential i att arbeta systematiskt på liknande sätt som detta exempel.

Några av intervjurespondenterna menar i detta sammanhang att en mer systematisk insamling av omvärldsinformation, exempelvis best practice från andra länder, skulle kunna bidra till att visa de ”bilder” som verksamhetsledningarna inom landstinget annars inte ser eller hinner se. Arbetsmodellen Pakkeforlob är grunden för det nationella utvecklingskonceptet ”standardiserade vårdförlopp”; den är ursprungligen utvecklad i Danmark och kom fram genom de något tätare förbindelserna med de nordiska grannländerna. Det finns dock en uppsjö av goda exempel från andra länder som inte når fram pga. en svag omvärldsanalys.

Våga ta steget till nya testzoner

Svårigheterna med att få till tjänsteutvecklingen inom den löpande och ordinära verksamheten har lett till ett ökat fokus på olika testbäddar, innovationsslussar och andra friare ”zoner” för tjänsteutveckling. Många gånger har dessa satsningar varit beroende av tillfälliga resurstillskott eller utlysningar från exempelvis Vinnova. Få huvudmän inom hälso- och sjukvården har satt ”testzoner” i system men det finns en del exempel där man också nått framgångar. I Västerbottens läns landsting finns det relativt unika Innovationsbolaget (VLL Innovation AB) med en politikerledd styrelse. Innovationsbolaget bildades 2015 med syftet att som en unik plattform skapa ett starkare partnerskap med företag som har kompetenser och lösningar som är intressanta för vården. Med en tätare samverkan vill man skynda på olika områden inom tjänsteutvecklingen och även stödja former av kunskapsöverföringar mellan landstinget och externa kompetenser.

En annan plattform för tjänsteutveckling är Glesbygdsmedicinskt centrum med bas i Storuman. Det FoU-inriktade centrumet nämns ofta i intervjusamtalen för sitt fokuserade arbete med nya distansövergripande lösningar för vården. Man verkar i den glesbygdsmiljö som också har de behov man

försöker möta med nya lösningar, och därmed har man möjlighet att direkt testa prototyplösningar.

De två mest framträdande exemplen på strukturerad tjänsteutveckling inom landstinget är samtidigt två olika strategier och de ses på lite olika sätt i intervjuerna. Innovationsbolagets idé anges vara att verksamheten ska drivas utanför den ordinära ”linjen” av beslutsfattande för att kunna utvecklas på bästa sätt. Detta ska leda till tätare partnerskap med privata företag och utvecklade former för samfinansiering av innovationer. Pilotförsöken av tjänsteutvecklingen prövas i befintliga verksamheter, exempelvis vårdcentralen i Bjurholm, men kärnan i utvecklingsarbetet bedrivs utanför den ordinära verksamheten. Respondenterna är inte överens om huruvida detta är en bra väg framåt för tjänsteutvecklingen. Den landstingspolitiska ledningen med sin frontroll i bolagsstyrelsen har dock uppenbarligen modet att pröva en lösning som normalt inte förknippas med den socialdemokratiska majoritetens synsätt. Innovationsplattformen för så kallad glesbygdsmedicin arbetar mer traditionellt men verkar alltså direkt i den miljö som är relevant för utvecklingsarbetet, och inte inom exempelvis universitetsområdet i Umeå.

Att sätta förvaltningssystem på innovationer

Respondenterna nämner ofta svårigheterna att gå från en organisatorisk innovation till att sätta in den i en verksamhet. En säger att ”vi har en oförmåga att sätta förvaltningssystem på innovationer”. En viktig orsak kan vara att man måste äga eller kunna besluta över hela den aktuella vårdkedjan. De mest intressanta innovationerna av tjänsteutveckling är dock ofta beroende av flera utförarorganisationer.

Närvårdsområdet är ett viktigt område där det behövs mer tjänsteutveckling, vilket vanligen inkluderar två huvudmannorganisationer: landsting och kommun. Respondenterna återkommer dock ofta till att det är svårt att involvera kommunerna i sådant utvecklingsarbete eftersom de ofta anses sakna både utrymme och engagemang för att följa med i tjänsteutvecklingen. Vidare anges i samtalen att de femton kommunerna är väsentligen olika, inte bara olika i sin befolkningssammansättning och geografi utan också utifrån varierande förvaltningssystem, beslutsstöd, riktlinjer och verksamhetskulturer. Ur landstingets perspektiv, enligt några av respondenterna, innebär detta att upp till femton olika lösningar skulle kunna behöva utvecklas när länets femton kommuner involveras. Det blir för krångligt att komma framåt och det kräver för mycket tid. Tjänsteutvecklingsarbete är viktigt för att avlasta sjukhus och utveckla primärvården, särskilt med fokus på de mest sjuka äldre med stora vårdbehov, men det är beroende av ett väl fungerande samarbete med kommunernas hemsjukvård. Här behövs olika arbetsätt som är gångbara som lösningar för flera kommuner samtidigt. Dessutom pekar respondenterna på att det fortfarande finns en tillitsbrist och många strider om ekonomi, vilket måste förändras.

Sammanfattande iakttagelser om utvecklingskraften i Landstinget Västerbotten

I detta avsnitt summeras några av de viktigaste iakttagelserna som rör möjligheterna till utvecklingskraft inom Västerbottens läns landsting. De

baseras på kartläggningsmodellens olika systemfaktorer för utvecklingskraft och på hur de verkar samspela på sätt som kan påverka utvecklingen.

Drivkrafter att hantera utmaningar

Västerbottens län är särskilt variationsrikt vad gäller drivkrafter. Det är ett mycket stort län till ytan och det finns stora skillnader mellan kustland och inland. Huvuddelen av befolkningen finns i kustregionerna, med Umeå som ett stort nav för mycket av den forskning som har betydelse för landstinget. I länets inland är förhållandena radikalt annorlunda med mycket låg befolkningstäthet och långa avstånd mellan mindre orter. De femton kommunerna har uppenbart skilda förutsättningar för att kunna samverka på fördjupande sätt med landstinget.

För landstingsledningen finns det många olikheter att hantera och intervju-samtalen visar att det finns starka drivkrafter inom landstinget när det gäller att klara av de olika utmaningarna. Stödet från en aktiv och nära forskningsmiljö och den kulturpåverkan som den innebär på landstinget bidrar sannolikt till förekomsten av ett lösningsorienterat förhållningssätt. Det finns också en lång vana av att arbeta med verksamhetsutveckling och förändring i systematiska former, men möjligen har man inte förmått att hålla denna kurs tillräckligt länge för att få ännu bättre resultat. Respondenterna har många tankar om utvecklingsmöjligheter och nödvändiga förändringar, men de uttrycks oftast som frågor snarare än konkreta lösningsförslag.

Ett gap mellan nytänkande och handling?

Det finns ett starkt nytänkande kring utvecklingsmöjligheter inom Västerbottens läns landsting, med exempelvis mer tankar och idéer om styrningsfrågorna än vad som oftast är fallet i andra landstingssammanhang. Det finns också en verksamhetskultur, eller möjligen tillräckliga grunder till en sådan, som skulle kunna stödja den utveckling och de nya arbetssätt som kan behövas. Trots dessa relativt goda förutsättningar ser det ändå ut att vara svårt att nå högre nivåer av utvecklingskraft.

Landstinget verkar dock i en mångfacetterad miljö med vitt skilda förutsättningar mellan kustland och inland, och det påverkar möjligheterna att förenas under en och samma utvecklingstanke. Det finns bland annat stora problem med personalförsörjningen, särskilt inom primärvården i inlandet. Men svårigheten att sluta gapet mellan nytänkande och handling beror troligen främst på brist på den särskilda kompetens som behövs för att bryta upp vissa etablerade strukturer och komma framåt med nya styrnings- och arbetsledningsmodeller. Sådana kompetenser är exempelvis verksamhetsanalytiker, logistiker och andra för vården relativt nya kompetenser som är attraktiva för många olika branscher. Det är oklart i vilken grad Västerbottens geografiska läge med ett fåtal större städer spelar in, men det har säkerligen betydelse för framtida strategiska rekryteringar.

Samtidigt har huvudmännen i de tre storstadsregionerna, med närhet till stora och attraktiva arbetsmarknader, inte heller löst de styrningsproblem som Västerbotten brottas med. De kan dock ha bättre förutsättningar för att lösa dem när frågorna och behoven kring styrning och utveckling blir tydligare även där.

Att få ny tjänsteutveckling att slå igenom

Flera landsting och regioner har prövat särskilda innovationsslussar eller testbäddar, men i denna kartläggning är Västerbottens läns landstings satsning på Innovationsbolaget som en egen testzon särskilt framträdande. Mandatet blir också starkare när några av de ledande politikerna i landstinget är starkt engagerade och drivande. I detta sammanhang drivs ett verkligt experiment eftersom samverkan med privata intressen och kunskaper sker utifrån nytänkande och okonventionella modeller. Styrningsfrågorna står i centrum för denna testzon och ingår i innovationsarbetet. Därför kan det vara särskilt intressant att följa om försöket kommer att leverera verkliga effekter för landstingssystemet i stort och hur den ordinarie verksamheten påverkas. Denna innovationsverksamhet är fortfarande så pass ny att några särskilda strategier för effekthemtagning ännu inte har kunnat identifieras. Även andra testzoner har beskrivits inom denna kartläggning, såsom Glesbygdsmedicinskt centrum med placering i den miljö som behöver de nya lösningar man arbetar med.

Det kan vara mycket intressant att följa de liknande exempel som finns i landet, lyfta fram dessa nationellt och därmed ge förutsättningar för ökad kunskap om de mekanismer som kan påverka effekterna samt förnya vissa arbetssätt och till och med vårdområden.

Möjligheterna att stärka utvecklingskraften i Västerbottens läns landsting

Det relativt starka utvecklingstänkande som finns inom Västerbottens läns landsting är strategiskt intressant att följa även om det inte bedrivs strukturerat i alla delar. En anledning är att Västerbotten tillsammans med de andra nordligare länen har en särskild geografisk utmaning med stora ytor av glesbygd i västlig riktning och en del tätorter i östra eller södra delarna, vilket generellt ger en liten befolkning på en stor yta. Detta är förstås en utmaning för verksamheterna som också de övriga Norrlandslandstingen driver.

Landstinget verkar också vara på väg mot att utveckla kunskaper om ”glesbygdsmedicin” och tjänsteinnovationer som kan vara intressanta för alla landsting. Omvänt kan Västerbottens läns landsting behöva mer kunskaper om hur man kan förändra verksamhetsstyrningen för att börja överbrygga gapet mellan nytänkande och handling.

Landstinget har troligen goda möjligheter att ytterligare stärka utvecklingskraften inom hälso- och sjukvården men har en särskild utmaning som knappast är okänd; det är svårt att rekrytera de kunskaper som behövs för att få genomslag för den utvecklingskraft man söker. En annan viktig fråga handlar om att stärka kopplingen mellan nytänkande och handling. När ett nytänkande beskrivs så ofta som det görs inom Västerbottens läns landsting blir det viktigt att också få genomslag och visa på resultat – annars riskerar trovärdigheten att skadas. De strategiska forumen anses som viktiga i sammanhanget, men de genomförs bara en till två gånger per termin och detta kan knappast vara tillräckligt för att driva på utvecklingsarbetet. Därför kan det behövas en tydligare landstingsgemensam strategi som matchar utvecklingstänkandet med förändringar i verksamhetsstrukturer och driften.

Sammanfattande iakttagelser

I denna rapport har Socialstyrelsen kartlagt utvecklingskraften hos fyra huvudmän med olika förutsättningar vad gäller exempelvis geografi, demografi och tillgång till forskningsmiljöer. Utvecklingskraften uttrycker en organisations adaptiva förmåga att på ett strukturerat och systematiskt sätt ta till vara och skapa ett produktivt samspel mellan drivkrafter, styrning, förmågor och tjänsteutveckling. Kartläggningen syftar till att beskriva landstingens strategiska utvecklingsarbete ur ett helhetsperspektiv. Beskrivningen av landstingens strategiska utvecklingsarbete handlar inte om att jämföra landstingen och regionerna, utan syftet var tvärtom att få en fördjupad förståelse av och kunskap om det enskilda landstingets förutsättningar, utmaningar och inneboende dynamik. Det är däremot intressant att ur ett övergripande perspektiv titta närmare på några av de likheter och skillnader som framträder i kartläggningen av huvudmännens utvecklingskraft. Bland annat blir det tydligt hur befolkningsstrukturen, geografiska förhållanden, tillgången på forskning, politisk kultur/historia etc. ger upphov till olika strategier för det strategiska utvecklingsarbetet.

Svag tjänsteutveckling den gemensamma nämnaren

Alla huvudmännen har ett problematiskt förhållningssätt till den systemfaktor som i kartläggningsmodellen kallas tjänsteutveckling. *Tjänsteutveckling* belyser hur landsting och regioner förmår omsätta de övriga systemfaktorerna i kartläggningsmodellen – drivkrafter, styrning och förmågor – i utvecklingen av nya arbetssätt och vårdtjänster. Det är inom systemfaktorn tjänsteutveckling som man frågar sig hur nya innovationer släpps in, hur befolkningens vårdbehov uttolkas, hur nya arbetssätt implementeras eller hur omvärldsanalysarbetet bedrivs. Mycket av omställningen från en hälso- och sjukvård med ett produktionssynsätt mot en mer tillgänglig och patientcentrerad vård behöver alltså ske genom tjänsteutvecklingen.

Omständigheter och förhållanden som försvårar tjänsteutveckling

I denna rapport har Socialstyrelsen haft ett tydligt kartläggningsfokus i intervjusamtalen med företrädare för de landsting och regioner som ingår i studien. Det innebär konkret att samtalen har förts i en anda av att gemensamt öka kunskapen om och förståelsen för hur utvecklingskraft påverkas av skiftande förhållanden och omständigheter i dessa mycket komplexa organisationer. Intervjusamtalen har inte handlat om att förklara utvecklingskraft utan snarare att besvara frågan ”Hur kan utvecklingskraft beskrivas?”. En frågeställning som dock oundvikligen uppstår är vilka generiska iakttagelser vi gör utifrån det omfattande materialet. Det leder vidare till frågan om de mest påtagliga skillnaderna och likheterna som framträder ur materialet och huruvida dessa kan visa varför huvudmännen har svårigheter att på ett

systematiskt och strukturerat sätt omsätta drivkrafter, styrstrukturer och förmågor i utvecklingen av nya vårdtjänster och arbetssätt – att få till en stark tjänsteutveckling.

Styrning och ledarskap som tar utgångspunkt i gemensamma målbilder behöver stärkas

Styrningens roll och betydelse för utvecklingskraften var en central diskussionspunkt i alla intervjusamtal. Samtliga respondenter anser att en uthållig styrning med ett uttalat utvecklingsfokus är en förutsättning för ett framgångsrikt strategiskt utvecklingsarbete. Samtidigt menar många att befintliga styrmodeller och styrsystem är kontrollorienterade, vilket skapar en motkraft mot exempelvis möjligheten att utarbeta gemensamma målbilder. Just gemensamma målbilder anses nämligen vara ett verktyg för att motverka de många styrsignaler som annars tenderar att uppstå i komplexa system som i sin styrning präglas för mycket av en traditionell linjestruktur med uppdelade ansvars- och specialistområden. Styrningen tenderar därmed att på systemnivå bli mer bakåtblickande än framåtsyftande.

Detta resonemang ligger i linje med dagens bredare diskussion om behovet av förändrad ledningsfilosofi och andra styrmodeller inom hälso- och sjukvården. Exempelvis betonar utredningen *Effektiv vård* att diskussioner om ledarskap och chefskap i vården lägger mycket fokus vid mer materiella och formella chefsuppgifter såsom planering, personalledning och schemaläggning. Utredningen visar att de verksamheter som arbetat framgångsrikt med effektiviseringar har ledarskap som är starka bärare av den arbetskultur som råder och som i sin tur utgjort grogrund för effektivare verksamhet. Det kulturbärande uppdraget i ledarskapet tycks vara minst lika viktigt som de mer traditionella delarna i chefsuppdraget. Enligt utredningen är det vidare uppenbart att samverkan och samarbetet mellan huvudmännen behöver styras och stärkas utifrån ett system- eller komplexitetssynsätt, liksom integrationen av tjänster när det gäller människor med sammansatt problematik.¹⁸ Ett annat exempel återfinns i direktivet till Tillitsdelegationen där det konstateras att den rådande styrningen har brister när det gäller att styra verksamheten utifrån medborgarnas behov och med tillit till medarbetarnas kompetens och förmåga. Enligt direktivet behövs därför en tillitsfull styrning av välfärdstjänsterna som bygger på ett ömsesidigt förtroende mellan berörda aktörer. Den aktör som ansvarar för verksamheten måste också ha utrymme att utveckla den.¹⁹

Gemensamt för huvudmännen är även behovet av balans mellan utveckling och kontroll i relationen mellan politik och tjänstemannaledning, för att för att på ett mer effektivt sätt kunna utforma och fördela vårduppdrag utifrån befolkningens vårdbehov. Utifrån kartläggningen förefaller landsting med stabila ekonomiska förhållanden och en tydlig verksamhetskultur ha en mer ändamålsenlig styrning ur ett utvecklingsperspektiv. En avslutande reflektion är att en förändring av arbetssätt och förhållningssätt långt ute i verksamheterna sannolikt behöver föregås av en förändring i ledning och styrning på den övergripande och beslutsfattande nivån. Detta inser många respondenter som

¹⁸ Utredningen utgår från resonemanget i en tidigare utredning, SOU 2013:40, Att tänka nytt för att göra nytta.

¹⁹ Dir. 2016:51 Tillit i styrningen.

efterlyser olika forum för dialog och erfarenhetsutbyte med andra huvudmän och aktörer inom hälso- och sjukvården för att komma framåt i detta arbete. Detta leder till frågan om vilka former som passar för att utveckla en mer dialogdriven styrning.

Betydelsen av ett systematiskt och strukturerat omvärldsanalyserarbete

Samtliga huvudmän anger att ett väl fungerande omvärldsanalyserarbete stimulerar och bidrar till ett viktigt kunskapsutbyte mellan huvudmännen – ett kunskapsutbyte som i sin tur antas förstärka det strategiska utvecklingsarbetet. Respondenterna betonar vikten av ett proaktivt omvärldsanalyserarbete för att utveckla nya arbetssätt och vårdtjänster. Samtidigt framgår det tydligt att huvudmännen har mycket olika förutsättningar att göra omvärldsanalyser. Kartläggningen visar också att huvudmännen i detta arbete därmed behöver utgå ifrån sina specifika förutsättningar, vilket innebär att utfallet kan skifta kraftigt från en huvudman till en annan. Vissa huvudmän kan också ha väsentligt bättre förutsättningar för omvärldsanalyser än andra, vilket uppges bero på att alla inte har tillräckliga resurser eller tillgång till denna typ av kompetens. Det anges också vara svårt att finna tiden som behövs för ett systematiskt och strukturerat omvärldsanalyserarbete.

För att hälso- och sjukvården i stort ska kunna utveckla patientcentrerade arbetssätt och nya vårdtjänster behöver omvärldsanalyser samlas och i större utsträckning bedrivs mer systematiskt och strukturerat. I dag bedrivs detta arbete av 21 huvudmän med mycket olika förutsättningar i lika många parallella spår. En fråga är hur hälso- och sjukvårdens aktörer kan ta ett gemensamt ansvar för att utveckla former för ett mer samlat och strukturerat omvärldsanalyserarbete som stödjer tjänsteutveckling mot en mer tillgänglig och patientcentrerad vård.

Nödvändig information för tjänsteutveckling inlåst i systemet

Många intervjupersoner menar att information i systemet skulle kunna användas mycket bättre för att generera patientbeskrivningar, flödeskartläggningar och annan framåtsyftande kunskap, i syfte att öka samverkan och det lösningsorienterade arbetet. Strategiskt utvecklingsarbete tenderar att hejdas när olika aktörer har olika syn på exempelvis vårdförlopp eller kostnader för utebliven samverkan. Det strategiska utvecklingsarbetet motverkas dessutom kraftigt av de många hinder för informationsdelning som i dag finns inbyggda i såväl lagstiftning som it-system. Dessa hinder behöver sannolikt undanröjas för att öka samverkan över vårdgivargränserna. Sammantaget minskar möjligheten att utveckla processer för att i högre utsträckning utforma vårduppdrag och samverkansformer utifrån befolkningens vårdbehov.

Flera respondenter betonar även svårigheterna att använda den information som finns inlåst i systemet för att peka på de möjliga systemvinsterna med nya och alternativa arbetssätt. Därmed blir det svårare att pedagogiskt beskriva för verksamheterna hur gränsöverskridande samverkan skapar ett värde för såväl patient som verksamhet. Enligt respondenternas resonemang behöver den information som finns i systemen tillgängliggöras och paketeras på nya sätt för att kunna stödja tjänsteutveckling.

Olika förutsättningar, samma dilemma – avslutande diskussion

Hälso- och sjukvårdssystem i landsting och regioner förändras kontinuerligt för att anpassa sig till nya förutsättningar och förändringar i omvärlden. Delmål för förändringsarbetet har under lång tid varit ökad tillgänglighet och patientcentrering i de beslut som fattats på såväl nationell som regional nivå. Att nå sådana mål är angeläget, inte minst för att utveckla och förbättra vården för patientgrupper med komplexa vårdbehov som ställer stora krav på kontinuitet och samordning. Samtidigt är en allmänt vedertagen bild att arbetet med ökad patientcentrering går trögt och att tillgängligheten över lag inte förbättras. Utifrån ett systemsynsätt är det rimligt att anta att rådande ”nivåer” av tillgänglighet och patientcentrering är en funktion av hur nuvarande system är konstruerade.

För att öka tillgängligheten och patientcentreringen behöver systemen antagligen förändras på ett mer genomgripande sätt än den dagliga verksamhetsutvecklingen. Men eftersom hälso- och sjukvården är komplexa system, med stora skillnader mellan landstingen, behövs mer kunskap om respektive systems förutsättningar, förmåga och inneboende dynamik. Det möjliggör i sin tur bättre förutsättningar för att göra antaganden om hur hälso- och sjukvårdssystemet i ett visst landsting eller region bör förändras i syfte att nå ökad tillgänglighet och patientcentrering. Det är mot denna bakgrund och dessa antaganden som Socialstyrelsen genomfört den här kartläggningen i samarbete med ett antal landsting och regioner. Syftet är alltså att kunna beskriva och analysera det som här benämns utvecklingskraft.

Kartläggningen av huvudmännens utvecklingskraft visar hur olika förutsättningar de har att bedriva strategiskt utvecklingsarbete, exempelvis när det gäller geografiska och demografiska förhållanden eller närheten och tillgången till akademiska miljöer och forskning. Det gäller alltså yttre drivkrafter som huvudmännen i ytterst liten utsträckning kan påverka, om alls. Konsekvensen blir att landstingen och regionerna behöver tillämpa olika strategier för att uppnå utvecklingskraft. Paradoxalt nog indikerar kartläggningen att alla huvudmän har svårt att genomgripande nå högre nivåer av den tjänsteutveckling som ska leda till en mer tillgänglig och patientcentrerad vård, oavsett om de har kommit långt eller inte i arbetet med att utveckla strukturer eller styrsystem som stödjer strategiskt utvecklingsarbete.

Möjligen får detta paradoxala förhållande åtminstone delvis sin förklaring i diskussionen om komplexa adaptiva system i kapitel två i denna rapport. Nämligen att planerad förändring av system är svår då det inte finns någon fast utgångspunkt för de tänkta interventionerna. Dessutom framgår det av intervjusamtalen att kombinationen av exempelvis ekonomiska förhållanden, politiska styrsignaler, kompetensförsörjnings-/bemanningsfrågor eller en stark professionsstyrning begränsar förmågan att hålla fast vid det nödvändiga fokus på lärande som ett framtidsytande utvecklingsarbete kräver. I det perspektivet framstår uppgiften att genomdriva förändring av rådande strukturer präglad av bakåtblickande uppföljning och kontrollorienterade styrsystem mot mer av framtidsytande utveckling av nya arbetsätt och vårdtjänster som att lyfta sig själv i håret.

Socialstyrelsen har gjort 57 djupintervjuer med politiker och tjänstemän i fyra landsting och regioner, och vår sammanvägda slutsats är att huvudmännen har svårt att av egen kraft stärka den tjänsteutveckling som ska ge en tillgänglig och patientcentrerad vård. Flera respondenter menar att man saknar forum för att utbyta erfarenheter och kunskaper kring systemövergripande frågor, såväl inom som mellan huvudmän. Det framgår också att huvudmännen generellt har låg systemkunskap och kompetens för att analysera system, vilket sannolikt försvårar lärandet om förändringsarbete i komplexa miljöer. Samtidigt är bilden att huvudmännen känner till svårigheterna och har stora tillgångar och resurser att uppnå förändring med. Samtliga huvudmän vill också komma vidare i detta svåra arbete. Därför måste hälso- och sjukvårdens samtliga aktörer hitta former för att stödja och stärka huvudmännens förmåga att använda dessa tillgångar och resurser för att uppnå högre nivåer av tjänsteutveckling för en tillgänglig och patientcentrerad vård.

Bilaga 1 – Respondenter

Landstinget Dalarna

Politiska ledningen

Gunnar Barke, Ordf. landstingsstyrelsen (s)

Maja Gilbert-Westholm, Landstingsråd (v)

Lena Reyier, Oppositionsråd (c)

Ulf Berg, Oppositionsråd (m)

Landstingsledningen

Karin Stikå Mjöberg, Landstingsdirektör

Lars-Olof Björkqvist, Bitr. Landstingsdirektör

Tomas Riman, Divisionschef kirurgi

Per Söderberg, Divisionschef psykiatri

Per Lennart Ågren, Divisionschef medicin

Elisabeth Fransson, Hälso- och sjukvårdsdirektör

Peter Hansson, Ekonomidirektör

Bengt Malmqvist, Chefläkare

Region Skåne

Politiska ledningen

Anna-Lena Hogerud, Ordf. Hälso- och sjukvårdsnämnden (s)

Anders Åkesson, 1:e Ordf. Hälso- och sjukvårdsnämnden (mp)

Ingrid Lennerwald, Ordf. Sjukvårdsnämnd SUS (s)

Maria Nyman-Stjärnskog, Ordf. Sjukvårdsnämnd Kryh (s)

Yvonne Augustin, Ordf. Sjukvårdsnämnd Sund (s)

Regionledningen

Alf Jönsson, Regiondirektör

Pia Lundbom, Förvaltningschef Skånevård Kryh

Björn Zachrisson, Förvaltningschef Skånevård Sund

Björn Eriksson, Förvaltningschef SUS

Rita Jedlert, Bitr. Hälso- och sjukvårdsdirektör

Ingrid Bergman, Områdeschef hälso- och sjukvårdsstyrning

Lars-Åke Rudin, Ekonomidirektör

Lars Kristensson, Förvaltningschef Medicinsk service

Sven Oredsson, Medicinsk rådgivare, Enhetschef kunskapsstyrning och metodutveckling

Jesper Stenberg, Enhetschef strategisk kvalitetsutveckling,

Maria Landgren, Läkemedelschef, Enhetschef läkemedelsstyrning

Region Östergötland

Politiska ledningen

Mats Johansson, Ordf. Regionstyrelsen (s)

Margareta Fransson, 1:e vice ordf. Regionstyrelsen (mp)

Marie Morell, Regionråd (m)
Christoffer Bernsköld, ordf. Hälso- och sjukvårdsnämnden (s)
Fredrik Sjöstrand, 2:a vice ordf. Hälso- och sjukvårdsnämnden ()

Regionledningen

Mats Uddin, Regiondirektör
Lena Lundgren, Hälso- och sjukvårdsdirektör
Annica Öhrn, Produktionsenhetschef, Centrum för hälso- och vårdutveckling
Robert Ring, Produktionsenhetschef, Diagnostikcentrum
Håkan Klarin, Produktionsenhetschef, Centrum för medicinsk teknik och IT
Martin Magnusson, Vårddirektör, chefläkare
Ditte Persson-Lindell, Vårddirektör, Universitetssjukhuset i Linköping
Bo Orlenius, Vårddirektör, Vrinnevisjukhuset i Norrköping
Gerd Sandgren-Lundström, Närsjukvårdsdirektör, Lasarettet i Motala
Åsa Hedin-Karlsson, Ekonomidirektör

Västerbottens läns landsting

Politiska ledningen

Peter Olofsson, Ordf. Landstingsstyrelsen (s)
Karin Lundström, Ordf. Hälso- och sjukvårdsnämnden (s)
Robert Winroth, Landstingsråd miljö och innovation (mp)
Liselotte Olsson, Landstingsråd jämställdhet (v)
Nicklas Sandström, Oppositionsråd (m)

Landstingsledningen

Anders Sylvan, Landstingsdirektör
Jonas Claesson, Bitr. Hälso- och sjukvårdsdirektör verksamhetsområde sjukhusvård
Håkan Larsson, Primärvårdsdirektör
Margit Håkansson, Stabsdirektör
Mikael Wiberg, Forsknings- och utbildningsdirektör
Elisabeth O Karlsson, Verksamhetschef cancercentrum
Karin Brännström, Verksamhetschef kvinnokliniken, Skellefteå
Susanne Waldau, Strateg kunskapsstyrning
Ulf Andersson, Chef memeologen

Bilaga 2 – Kartläggningsmodell för utvecklingskraft

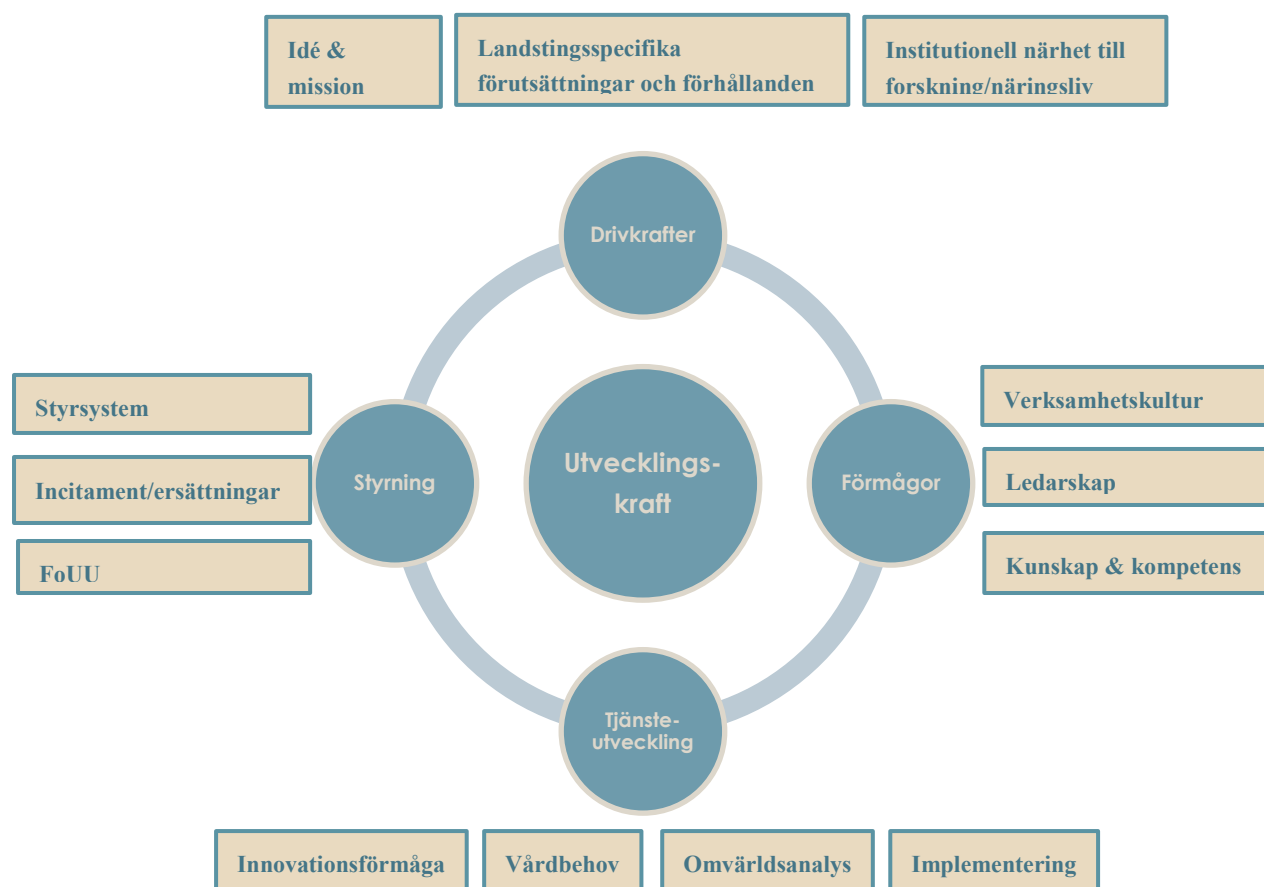


Fig. 1 Modell över utvecklingskraft.

Utgångspunkten i kartläggningsmodellen är de fyra övergripande systemfaktorer som i ett interaktivt samspel antas ha särskilt stor betydelse för utvecklingskraften – drivkrafter, styrning, förmågor samt tjänsteutveckling. Var och en av dessa fyra övergripande systemfaktorer är i sig så omfattande och komplexa att de behöver brytas ner ytterligare för att öka precisionen och detaljeringsgraden i den information som hämtas in. Detta görs genom att beakta ett antal aspekter av de begrepp och uttryck som återfinns i rektanglarna i modellen. Exempelvis ställs inom systemfaktorn *förmågor* frågor om verksamhetskultur, ledarskap samt kunskap och kompetens.

Drivkrafter

Drivkrafter berör de inre och yttre förhållanden som antas påverka och starkt bidrar till att en organisation förmår uppnå uttalade mål. Drivkrafter kan uttryckas i form av en idé eller mission som riktar sig till samtliga medlemmar av organisationen. Idealt sett är en sådan drivkraft starkt förankrad hos såväl de enskilda medlemmarna som i de institutionella sammanhang de verkar i. I den meningen kan en drivkraft som utgår ifrån en idé eller mission betraktas som en kulturskapande kraft.

Samtliga landsting och regioner existerar inom och verkar utifrån specifika förhållanden som är mer eller mindre unika för vart och ett av dem. Dessa landstings- och regionspecifika förhållanden kan gynna eller begränsa utvecklingskraften beroende på vilka förhållanden som avses. Exempelvis kan stor geografisk yta och relativt liten befolkning driva på ett landsting eller en region att utveckla innovativa former för samarbete och samverkan såväl inom som utom landstinget/regionen. Demografiska förhållanden kan på samma sätt bidra till att skapa utvecklingsfokus gentemot vissa befolkningsgrupper beroende på t.ex. åldersstruktur, utbildningsnivå, etc.

Den tredje aspekten av drivkrafter som beaktas är landstingets eller regionens institutionella närhet till forskningsmiljöer och näringsliv. Institutionell närhet till forskningsmiljöer och näringsliv kan exempelvis vara en drivkraft för hur nya influenser kommer in i och påverkar utvecklingen av hälso- och sjukvårdssystemet. Denna aspekt bidrar också till att öka kunskapen om landstinget eller regionen som regional aktör.

Styrning

Styrning handlar om att öka förståelsen för hur etablerade styrstrukturer bidrar till utvecklingskraften i ett landsting eller en region. Detta görs genom att hämta in information kring hur landstingen och regionerna arbetar med olika former av incitaments- och ersättningsystem. Olika ersättningsmodeller kan leda till olika utfall på systemnivå. Utfall som kan vara både önskade och förutsedda som oönskade och oförutsedda. Dessa ersättningsmodeller behöver också belysas i relation till den större styrningskontext som ett landsting eller regions styrsystem uttrycker. Det är nämligen inte självklart att ett landstings eller en regions styrsystem harmonierar med de ersättningsmodeller det tillämpar. Genom att belysa landstingens och regionernas styrsystem går det att tydliggöra och beskriva hur sjukvårdshuvudmännen genom olika former av styrning (ex. ekonomisk-, kunskaps- och ägarstyrning) når uppsatta mål för verksamheten.

I syfte att ytterligare fördjupa kunskapen om styrning beaktas även den roll och funktion som FoUU-verksamheten intar i ett landsting eller region där frågor om hur samspelet med linjeverksamheten ser ut? Vilka åtgärder och insatser vidtas för att säkerställa att FoUU-arbetet får genomslag i organisationen och dess verksamheter?

Förmågor

Om styrning handlar om att förstå hur mer hårda aspekter av en organisation påverkar utvecklingskraften, är utgångspunkten när det gäller *förmågor* att få ökad kännedom om sjukvårdshuvudmännens förmåga att mobilisera sina mjuka aspekter av verksamheten för att uppnå utvecklingskraft. Mjuka

aspekter kan avse exempelvis verksamhetskulturens påverkan, tillgång till kritisk kompetens eller betydelsen som ett aktivt ledarskap tillskrivs i organisationen.

Vad som ryms och avses med uttrycket verksamhetskultur är inte någonting självklart. Tvärtom föranleder ofta resonemang som inbegriper kulturbegreppet diskussioner om vad som konstituerar en kultur, var dess gränser ska/kan dras, etc. Men att ett begrepp inte alltid är lätt att applicera på den verklighet man önskar öka kunskapen om är inget bra argument för att avstå från att använda det. Särskilt inte om det bedöms bidra till att förklara utvecklingskraften i en organisation.

I relation till kartläggningsmodellen syftar uttrycket verksamhetskultur till att fånga och beskriva specifika kulturella uttryck och särdrag i ett landsting eller region (möjligtvis del av landsting/region) och dess eventuella påverkan på hälso- och sjukvårdens arbetssätt och processer. Detta kan exempelvis omfatta en kultur där samverkan mellan huvudmän och dess verksamheter i hög grad dikteras av juridiska utgångspunkter, snarare än tillit och gemensamt ansvarstagande.

Huruvida en verksamhetskultur gynnar utvecklingskraften eller inte är i viss utsträckning avhängigt den roll och betydelse som ledarskapet intar i en organisation. I kartläggningsmodellen är avsikten därför att tydliggöra om landstingen och regionerna uppfattar ledarskap som en källa till utvecklingskraft.

Den avslutande aspekten avseende förmågor handlar om vilka kunskapsmässiga tillgångar och faktisk kompetens ett landsting eller en region anser sig ha, hur dessa utnyttjas och vilken eventuell påverkan de bedöms ha på utvecklingskraften. I detta sammanhang avses med kompetens såväl formell sådan som mer organisationsanpassad och erfarenhetsbaserad kompetens.

Tjänsteutveckling

Tjänsteutveckling kan sägas handla om hur landsting och regioner förmår omsätta drivkrafter, styrning och förmågor i utvecklingen av nya vårdtjänster. Systemfaktorn tjänsteutveckling beskrivs genom fyra underrubriker eller aspekter - innovationsförmåga, vårdbehov, implementering och omvärldsanalys.

Innovationsförmåga syftar till att beskriva förmågan hos ett landsting eller region att omdefiniera och hitta nya lösningar för hur man bedriver vård och omsorg. Innovationsförmåga innebär vidare förmågan att i en ständigt föränderlig miljö kombinera och använda befintliga resurser och tillgångar på nya sätt för att uppnå effektivare resursanvändning och högre kvalitet.

Underrubriken vårdbehov avser spegla landstingens och regionernas förmåga att uttolka vårdbehov och bemöta dessa genom utveckling av nya vårdtjänster. Särskilt intressant är att identifiera de övergripande överväganden och beslut som styr detta arbete och hur det bedöms påverka utvecklingskraften i landstinget eller regionen.

En särskild utmaning för hälso- och sjukvården är att bedriva ett effektivt implementeringsarbete. Att särskilt belysa denna problematik kan därmed underlätta att identifiera systembundna hinder eller svårigheter i detta avseende. Exempelvis behöver närmare undersökas vilka förhållanden och

förutsättningar som landstingen och regionerna bedömer är särskilt viktiga för ett framgångsrikt implementeringsarbete. Vilka de specifika förhållanden och förutsättningar är som bedöms få en särskild påverkan på implementeringsarbetet i landstingen och regionerna är en annan central aspekt där kunskapsläget behöver förstärkas.

Avslutningsvis beaktas vilken roll och betydelse omvärldsanalyser har för landstingens och regionernas utvecklingskraft. Närmare bestämt handlar det om att beskriva landstingens och regionernas förmåga att genom omvärldsanalys föra in nya arbetssätt, nya organisationsformer och förnya sitt vårdutbud. Av särskilt intresse är att öka förståelsen för om, och i sådant fall hur, landstingen och regionerna bedriver ett strukturerat och systematiskt omvärldsanalyserarbete samt vilken påverkan det förväntas ha på utvecklingen av nya vårdtjänster.

Sammanfattning av modellen

Som nämnts ovan är ambitionen med modellen att skapa förutsättningar för att strukturera insamlad information på ett meningsfullt och ändamålsenligt sätt. Ett landsting eller en region med tillhörande hälso- och sjukvårdsorganisation präglas av en hög komplexitetsgrad och dynamik. Antalet systemkomponenter och de relationer som binder dem samman är sannolikt så omfattande att det helt enkelt inte låter sig göras på ett överskådligt sätt. Vi har därför valt en kartläggningsmodell som fokuserar på att beskriva ett antal centrala systemfaktorer och hur relationerna mellan dem ser ut.

Modellen så som den återges ovan är naturligtvis förenklad och statisk i jämförelse med verkligheten. De systemfaktorer vi här pekar ut är inte isolerade företeelser. Exempelvis kan aspekter av *styrning* mycket väl utgöra viktiga inslag i ett landstings eller regions *förmågor* och omvänt. Vi påstår inte heller att de faktorer som ingår i denna modell är de enda systemfaktorer som går att identifiera. Med utgångspunkt i de diskussioner som genomförts med och den återkoppling vi fått från sjukvårdshuvudmännen anses de systemfaktorer som identifierats i kartläggningsmodellen vara centrala för förståelsen av utvecklingskraften i landsting och regioner. Kartläggningsmodellen har dessutom och därigenom underlättat kartläggningsarbetet och bidragit till analytiska och interaktiva diskussioner med intervjurespondenterna.

Bilaga 3 – Underlag för intervjusamtal

Intervjuguide anpassad till den politiska ledningen

Drivkrafter

Betydelse av och tillgång till regionala resurser

Avser fånga i vilken utsträckning ett landstings utvecklingskraft påverkas av regionala resurser som exempelvis forskningsmiljöer eller näringslivsutveckling.

Frågor:

- Vilka regionala resurser är betydelsefulla för landstingets verksamhet?
- Hur utnyttjas dessa resurser i arbetet med att utveckla hälso- och sjukvården?
- Vilka utmaningar och möjligheter ser ni i detta sammanhang?

Landstingsspecifika förutsättningar och förhållanden

Kan avse demografisk utveckling, geografiska begränsningar, tillgång till specifik kompetens.

Frågor:

- Vilka specifika förutsättningar och förhållanden har en särskild påverkan på landstingets utvecklingskraft?
- På vilket sätt påverkar dessa förutsättningar och förhållanden landstingets utvecklingskraft?

Idé/mission

Avser beskriva hur den politiska processen skapar förutsättningar för uttalad och känd vision, värdegrund eller målbild att genomföra hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Frågor:

- Hur skapar den politiska processen förutsättningar för landstingets utvecklingskraft?
- Hur utvärderas den politiska processens påverkan och betydelse för att utvecklingskraft uppnås?
- Hur ser samspelet ut mellan den politiska processens intentioner och tjänstemannaledningens strategier för att uppnå utvecklingskraft?
- Vilka utmaningar och möjligheter ser ni i detta sammanhang?

Förmågor

Verksamhetskultur

Avser fånga och beskriva specifika kulturella uttryck och särdrag i ett landsting (möjligtvis del av landsting) och dess eventuella påverkan på hälso- och sjukvårdens arbetssätt och processer. Detta kan exempelvis omfatta en kultur där samverkan mellan huvudmän och organisationer i hög grad dikteras av juridiska utgångspunkter, snarare än tillit och gemensamt ansvarstagande.

Frågor:

- Uppfattar du att det finns särskilda kulturella uttryck som omgärdar den politiska processen?
- Hur påverkar dessa kulturella uttryck landstingets förutsättningar till utvecklingskraft?
- Hur skulle det kulturella mötet mellan den politiska processen och tjänstemannaledningen kunna beskrivas (ex. i termer av samförstånd)?
- Vilka utmaningar och möjligheter ser ni i detta sammanhang?

Ledarskap

Avser beskriva hur olika former av ledarskap påverkar organisationens utvecklingskraft.

Frågor:

- Vilken betydelse tillmäts politiskt ledarskap som en strategi för att uppnå utvecklingskraft?
- Vilka förutsättningar finns att utveckla ett aktivt politiskt ledarskap som påverkar landstingets utvecklingskraft?
- På vilket sätt bidrar ett aktivt politiskt ledarskap till att ge långsiktigt hållbara förhållanden för utvecklingskraft?
- Vilka utmaningar och möjligheter ser ni i detta sammanhang?

Kunskap och kompetens

Avser fånga vilka kunskapsmässiga tillgångar och faktisk kompetens ett landsting/region anser sig ha och vilken eventuell påverkan det har på utvecklingskraften.

Frågor:

- Vilken betydelse har den politiska processen för att säkerställa att kunskapsstyrningsarbetet drar till sig viktiga kunskaper och kompetenser för att nå utvecklingskraft?
- Vilka utmaningar och möjligheter ser ni i detta sammanhang?

Tjänsteutveckling

Vårdbehov

Avser fånga och beskriva landstingets förmåga att planera, tolka och uppskatta befolkningens vårdbehov idag och i morgon.

Frågor:

- Hur bedrivs den politiska processen för att få kunskap om befolkningens vårdbehov idag och i morgon?
- Hur sker återförandet och omsättandet av denna kunskap in i landstingets verksamhet?
- Vilka utmaningar och möjligheter ser ni i detta sammanhang?

Omvärldsanalys

Avser fånga och beskriva landstingets förmåga att genom omvärldsanalys föra in nya arbetssätt, nya organisationsformer och förnya sitt vårdutbud.

Frågor:

- Bedriver ni ett strukturerat och systematiskt omvärldsanalytiskt arbete som ett sätt att utveckla era vårdtjänster?
- Hur säkerställs att arbetet med omvärldsanalys tas till vara och förs ut i organisationens verksamheter?
- Vilka utmaningar och möjligheter ser ni i detta sammanhang?

Innovationsförmåga

Avser beskriva förmågan att omdefiniera och hitta nya lösningar för hur man bedriver vård och omsorg. Innovationskraft innebär vidare förmågan att i en föränderlig miljö kombinera och använda befintliga resurser och tillgångar på nya sätt.

Frågor:

- Hur arbetar den politiska nivån med att hämta in externa influenser och nya möjligheter som kan bidra till ökad innovationsförmåga?
- Hur bidrar den politiska nivån med att ge utrymme för tjänstemannaledningen att arbeta med innovation?
- Vilka utmaningar och möjligheter ser ni i detta sammanhang?

Styrning

Styrmodeller

Avser tydliggöra och beskriva hur landstinget genom olika former av styrning (ekonomisk-, kunskaps- och ägarstyrning) når uppsatta mål för verksamheten.

Frågor:

- Vilka styrmodeller är särskilt betydelsefulla för att uppnå utvecklingskraft?
- Hur ser samspelet med tjänstemannaledningen ut för att nå goda förutsättningar för utvecklingskraft?
- Hur kan den politiska styrningen vara framgångsrik i arbete med att uppnå utvecklingskraft?
- På vilket sätt ges patienter och medborgare möjlighet att påverka styrning och utveckling av hälso- och sjukvården?
- I vilken utsträckning används resultat från uppföljning/utvärdering/revision för att styra mot ökad utvecklingskraft?

Intervjuguide anpassad till tjänstemannaledningen

Drivkrafter

Närhet till forskningsmiljöer/näringslivsutveckling på institutionell nivå

Avser fånga i vilken utsträckning ett landstings utvecklingskraft påverkas av forskningsmiljöer eller näringslivsutveckling.

Frågor:

- Vilka forskningsmiljöer och näringslivsmiljöer i regionen är viktiga för landstingsverksamheten (exempelvis FoUU-centrumbildningars kontaktytor med företagskluster)?
- Hur utnyttjas dessa resurser i arbetet med att utveckla hälso- och sjukvården?
- Vilka övriga utmaningar och möjligheter ser ni i detta sammanhang?

Landstingsspecifika förutsättningar och förhållanden

Kan avse demografisk utveckling, geografiska begränsningar, tillgång till specifik kompetens.

Frågor:

- Vilka specifika förutsättningar och förhållanden har en särskild påverkan på landstingets utvecklingskraft?
- På vilket sätt påverkar dessa förutsättningar och förhållanden landstingets utvecklingskraft?

Idé/mission

Avser uttalad och känd vision, värdegrund, målbild som genomsyrar hälso- och sjukvårdens arbetssätt, processer och samtliga verksamheter.

Frågor:

- Vilken idé/mission ligger till grund för organisationens utvecklingskraft?
- Vilka övergripande omständigheter eller överväganden har legat till grund för utformningen av idén/missionen?
-
- Hur säkerställs att denna idé/mission får avsett genomslag i organisationen?
- Vilka övriga utmaningar och möjligheter ser ni i detta sammanhang?

Förmågor

Verksamhetskultur

Avser fånga och beskriva specifika kulturella uttryck och särdrag i ett landsting (möjligtvis del av landsting) och dess eventuella påverkan på hälso- och sjukvårdens arbetssätt och processer. Detta kan exempelvis omfatta en kultur där samverkan mellan huvudmän och organisationer i hög grad dikteras av juridiska utgångspunkter, snarare än tillit och gemensamt ansvarstagande.

Frågor:

- Finns det specifika verksamhetskulturer i landstingets organisation? (existerar exempelvis olika kulturella uttryck eller särdrag inom administration, professioner, m.fl.).
- Hur påverkar verksamhetskulturerna landstingets förmåga till utvecklingskraft?
- Vilka övriga utmaningar och möjligheter ser ni i detta sammanhang?

Ledarskap

Avser beskriva hur olika former av ledarskap påverkar organisationens utvecklingskraft.

Frågor:

- Vilken betydelse tillmäts ledarskap som en strategi för att uppnå utvecklingskraft?
- Vilka förutsättningar finns att utveckla ett aktivt ledarskap som påverkar landstingets utvecklingskraft?
- Vilka övriga utmaningar och möjligheter ser ni i detta sammanhang?

Kunskap och kompetens

Avser fånga vilka kunskapsmässiga tillgångar och faktisk kompetens ett landsting/region anser sig ha och vilken eventuell påverkan det har på utvecklingskraften.

Frågor:

- Vilka kunskaper och kompetenser är särskilt betydelsefulla för att nå utvecklingskraft?
- Hur säkerställs att vitala kunskaper och kompetenser tas till vara för att nå utvecklingskraft?
- Vilka övriga utmaningar och möjligheter ser ni i detta sammanhang?

Tjänsteutveckling

Innovationsförmåga

Avser beskriva förmågan att omdefiniera och hitta nya lösningar för hur man bedriver vård och omsorg. Innovationskraft innebär vidare förmågan att i en föränderlig miljö kombinera och använda befintliga resurser och tillgångar på nya sätt.

Frågor:

- Hur arbetar organisationen med att hämta in externa influenser och nya möjligheter som kan bidra till ökad innovationsförmåga?
- Vilka åtgärder, aktiviteter och beslut behöver fattas för att utveckla denna förmåga?
- Finns det någon löpande verksamhet som ansvarar för att utveckla och förbättra existerande arbetssätt?
- På vilket sätt får innovationsarbete ett vidare genomslag i organisationen och dess verksamheter?

Vårdbehov

Avser fånga och beskriva landstingets förmåga att planera, tolka och uppskatta befolkningens vårdbehov idag och i morgon.

Frågor:

- Vilka befintliga verktyg och metoder används för att planera, tolka och uppskatta befolkningens vårdbehov idag och i morgon?
- Hur används dessa verktyg och metoder för att stödja landstingets utvecklingskraft?
- Vilka övriga utmaningar och möjligheter ser ni i detta sammanhang?

Omvärldsanalys

Avser fånga och beskriva landstingets förmåga att genom omvärldsanalys föra in nya arbetssätt, nya organisationsformer och förnya sitt vårdutbud.

Frågor:

- Bedriver ni ett strukturerat och systematiskt omvärldsanalyserbete som ett sätt att utveckla era vårdtjänster?
- Hur säkerställs att arbetet med omvärldsanalys tas till vara och förs ut i organisationens verksamheter?
- Vilka övriga utmaningar och möjligheter ser ni i detta sammanhang?

Implementering

Avser beskriva processen för hur fattade beslut, policydokument, riktlinjer eller andra utvecklingssatsningar förs ut i och blir en integrerad del av hälso- och sjukvårdens verksamheter och arbetssätt.

Frågor:

- Vilka förhållanden och förutsättningar är särskilt viktiga för ett framgångsrikt implementeringsarbete?
- Vilka specifika förhållanden och förutsättningar får en särskild påverkan på implementeringsarbetet i er organisation?
- Hur ser gränssnittet mellan strategiskt utvecklingsarbete och implementeringsforskning ut i er organisation?
- Vilka övriga utmaningar och möjligheter ser ni i detta sammanhang?

Styrning

Incitament/ersättningar

Avser tydliggöra och beskriva bakgrunden till landstingets val av ersättningsmodell och de överväganden och förväntningar som låg till grund för detta val.

Frågor:

- Vilka incitamentssystem och ersättningsmodeller kan antas ha störst potential för att skapa utvecklingskraft?
- Vilka incitamentssystem och ersättningsmodeller används inom landstinget/regionen för att skapa utvecklingskraft?
- Finns det utöver de mer strukturerade incitamentsmodellerna även informella sätt att uppmuntra utvecklingsinriktade handlingar och insatser (ex. ”årets förnyare”)?

- Vilka övriga utmaningar och möjligheter ser ni i detta sammanhang?

Styrsystem

Avser tydliggöra och beskriva hur landstinget genom olika former av styrning (ekonomisk-, kunskaps- och ägarstyrning) når uppsatta mål för verksamheten.

Frågor:

- Vilka former av styrning är viktigast för att uppnå utvecklingskraft?
- Hur säkerställs att kunskapsstyrningsarbetet får genomslag i organisationens olika verksamheter?
- På vilket sätt bidrar eller hämmar ägarstyrningen utvecklingskraften i landstinget?
- På vilket sätt ges patienter och medborgare möjlighet att påverka styrning och utveckling av hälso- och sjukvården?
- På vilket sätt bidrar ekonomisk styrning till att identifiera och åtgärda utvecklingsbehov?
- I vilken utsträckning används resultat från uppföljning/utvärdering/revision för ökad utvecklingskraft?

FoUU

Avser fånga och beskriva hur verksamheten som säkerställer införandet och utmönstrandet av metoder och medicinsk teknik är organiserad och resursbesatt.

Frågor:

- Bedrivs FoUU-arbetet på ett strukturerat och systematiskt sätt?
- Vilka åtgärder och insatser vidtas för att säkerställa att FoUU-arbetet får genomslag i organisationen och dess verksamheter?
- Fångar ert FoUU-arbete i tillräcklig utsträckning sjukvårdens samtliga kunskapsaspekter t.ex. vad avser vård- och omsorgsvetenskap, etc.?
- Bidrar FoUU-arbetet till kompetensförsörjningen?