

1. Sammanfattning

Syfte/Målsättning/Uppdrag

Utredningen ska utgöra underlag för ställningstagande till om fler verksamheter bör organiseras som länsverksamheter. Det övergripande syftet är att i länet få en effektiv organisation som ger förutsättningar för att länsinvånarna ska erbjudas en god och jämlik vård inom de ekonomiska ramarna, samtidigt som fullgörandet av forsknings- och utbildningsuppdraget ges bra förutsättningar.

Utredningens arbetssätt

Utredningen har kartlagt förutsättningar för en organisationsförändring och belyser ledning, styrning och samverkan för att nå god och jämlik vård. Utredningen har tagit del av relevanta utredningar och rapporter samt genomfört intervjuer. Intervjuerna har genomförts med ledande personer i ett antal andra regioner och internt i region Örebro län med företrädare för verksamheter som är och som potentiellt kan vara länsverksamhet. De fackliga organisationerna har informerats och fått möjlighet att lämna synpunkter.

Reflektioner och förslag

Behovet av att endera skapa länsverksamheter eller annan överordnad ledningsstruktur har framträtt tydligt i utredningsarbetet. Oavsett organisatorisk lösning finns behov av att skapa och utveckla ett länsövergripande perspektiv. Det har inte identifierats några hinder eller avgörande nackdelar med länsverksamheter som organisatorisk lösning. Utredningen har identifierat ett antal kriterier som är förutsättningar för att kunna arbeta mot målet om en god och jämlik vård för länsborna. Det centrala är:

- att kunna skapa trygghet genom ett närvarande ledarskap som beaktar den lilla enhetens villkor och som tydligt kan kommunicera syfte och mål med organisationsförändring.
- att kunna verka för en likvärdig tillgänglighet i länet.
- att kunna nå en förståelse för att en effektiv vård utvecklas genom uppföljning, analys samt mötesplatser för transparenta diskussioner kring vilka åtgärder och justeringar som behöver vidtas.
- att kunna nå en förståelse för att kvalitet bygger på att i samarbete göra uppföljningar, analysera resultat och vidta förbättringsåtgärder.
- att kunna få en i länet gemensam bild av att nivåstrukturering och koncentration kan bli aktuellt utifrån demografiska, kompetensmässiga och ekonomiska utmaningar som kräver kort- och långsiktiga prioriteringar.

2. Bakgrund

Redan i verksamhetsplanerna för 2012 och 2013 lyftes länsperspektivet fram i syfte att få en god och patientsäker vård. Det pekades på att det var nödvändigt med en utökad samverkan både inom och mellan de olika förvaltningarna och de tre sjukhusen. En länsgemensam samverkan startade liksom tanken på en gemensam produktionsplanering med konceptet och målbilden ”ett sjukhus på tre ben” samt ett fördjupat samarbete mellan primärvården och psykiatrin.

Beslut togs om en förvaltning och gemensam ledning för all hälso- och sjukvård, ett beslut som innebar en omfattande omvandling av förvaltningsstrukturen. Den sammanhållna hälso- och sjukvårdsförvaltningen som region Örebro län har idag gäller från den 1 januari 2014. Dagens organisationskiss finns i bilaga 1.

I utredningsrapporten ”Närsjukvård och samordnad produktionsplanering” från 2014 noteras att verksamheterna på de tre sjukhusen var och en har ett bra genomförande av sitt uppdrag men att flödesarbetet för att bättre nyttja resurserna på ett gemensamt sätt behöver utvecklas för länets invånare. Regionens ortopedverksamhet har sedan dess utvecklats till en länsverksamhet där de tre sjukhusen har olika inriktning.

Rapporten konstaterar vidare att ”en modell att övervinna bristen på samverkan är att skapa länskliniker” och utredarens bedömning är att det finns vinster att göra genom att föra samman verksamheter till länsövergripande verksamheter och att ”bättre är om man väljer att identifiera de verksamheter som inte vinner på att organiseras som länsverksamheter”.

Beslut om att organisera fler verksamheter som länsverksamheter togs i Landstingsstyrelsen 2014 med kompletterande beslut 2015. I beslutsunderlaget beskrivs att en länsklirik ska ansvara för verksamhet vid flera sjukhus med en gemensam chef. En länsklirik har en gemensam produktionsplanering för besök, behandlingar och operationer. Genom samordning ska specialistkompetens, lokal, bemanning och utrustning kunna användas mer effektivt.

I enlighet med beslutsunderlaget har verksamhetschefen för en länsverksamhet linjeansvar för utbud, kvalitet och tillgänglighet i länsverksamheten; samlat arbetsgivaransvar för länsverksamheten; samt forskning och utbildning inom länsverksamheten. Verksamhetschefens samverkansansvar gäller gentemot närsjukvården, andra länsverksamheter, samt andra parter som kommuner med flera.

Det nu aktuella utredningsuppdraget är en följd av att Regionfullmäktige gav Hälso- och sjukvårdsnämnden i uppdrag att under 2019 genomföra en utvärdering av befintlig organisering av hälso- och sjukvården. I januari 2020 fick Hälso- och sjukvårdsnämnden del av rapporten ”Utvärdering av hälso- och sjukvårdens organisation”. Hälso- och sjukvårdsdirektören fick då ”i uppdrag att återkomma till nämnden senast 31 mars med förslag till hur de rekommendationer och förslag till

fördjupat arbete som lyfts fram i rapporten vidare skall handläggas inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, med särskild hänsyn tagen till ett närvarande och aktivt ledarskap”. Uppdraget att utreda förutsättningarna för fler länsverksamheter är ett av de områden där behov av fördjupade utredningar identifierades.

På hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde 20 mars 2020 fattas beslut om att utreda ”vilka specialistmottagningar och verksamheter som ytterligare skulle kunna organiseras som länsverksamheter, för att säkerställa tillgång till kompetens till exempelvis specialistutbildade läkare inom bristområden.”

Beaktas ska ”möjligheten att låta vissa yrkesgrupper, i huvudsak läkare, organiseras i länsverksamhet, medan övriga yrkesgrupper organisatoriskt tillhör närsjukvårdsområden. Man bör eftersträva samma organisatoriska lösning för länets olika delar.”

Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen finns i nuläget sju länskliniker; ANIVA-kliniken, Kirurgiska kliniken, Kvinnokliniken, Ortopediska kliniken, Arbets- och miljömedicin, Laboratoriemedicin och Röntgenkliniken. Alla länskliniker finns inom område Specialistvård.

I utredningen ska övervägas om några ytterligare mottagningar och verksamheter i specialistvården kan vara potentiella länsverksamheter. Vid fortsatt handläggning av förslagen i rapporten ”Utvärdering av hälso- och sjukvårdsorganisation” identifieras följande verksamheter som potentiella länsverksamheter:

- Kvinnosjukvård inklusive förlossningsverksamhet. Kvinnosjukvården är idag delvis en länsverksamhet.
- Barn- och ungdomssjukvård.
- Öron-näsa-halssjukvård.
- Ögonsjukvård.
- Hud.
- Reumatologi.
- Ambulansverksamheten som idag är delad i tre verksamheter: AKM- och ambulans Karlskoga lasarett, Akutkliniken (AKM- och ambulans) Lindesbergs lasarett, samt Akutkliniken USÖ.

Detta utredningsuppdrag är nästa steg i processen där huvuduppdraget är en god och jämlik vård med en eftersträvad samordning och effektivitet.

3. Utredningsuppdraget

3.1 Syfte

Det övergripande syftet är att utreda förutsättningar för en effektiv organisering i länsverksamheter. En effektiv organisering av verksamheten ger förutsättningar för att

länsinvånarna ska erbjudas en god och jämlik vård inom de ekonomiska ramarna, samtidigt som fullgörandet av forsknings- och utbildningsuppdraget får bra förutsättningar.

Utredningen ska utgöra underlag för ställningstagande till om länsverksamheter är en resurseffektiv och värdeskapande organisationsform och om fler verksamheter i så fall eventuellt bör organiseras som länsverksamheter.

3.2 Målsättning

- Kartlägga vilka förutsättningar som finns för organisationsförändring inom specialistmottagningar och andra verksamheter som kan vara potentiella länsverksamheter.
- Utredda vilka förutsättningar som finns för ledning, styrning och samverkan inom en länsverksamhet.
- Utredda vilka förutsättningar som finns för samverkan med andra länsverksamheter och andra aktörer/verksamheter.
- Utredda om någon/några yrkesgrupper kan organiseras i länsverksamhet, medan övriga yrkesgrupper organisatoriskt tillhör närsjukvården.

3.3 Frågeställningar

Utredningen ska beakta aktuella utredningar och rapporter inom området. Intervjuer ska genomföras och utgöra underlag för att beskriva erfarenheter och synpunkter både från berörda verksamheter och från andra regioner. Med utgångspunkt från syfte och målsättningar för utredningen kan följande frågeställningar formuleras:

- Vilka principer för organisering finns i regioner som bedriver sjukhusvård/specialistvård på flera orter?
- Vilka för- och nackdelar finns med organisering i länsverksamheter och vilka erfarenheter finns från andra regioner?
- Vilken effekt kan organisering i länsverksamhet ha på intern och extern samverkan samt omställningen till en nära vård?
- Vilka ytterligare specialistmottagningar och verksamheter skulle kunna organiseras som länsverksamheter?
- Bidrar en organisering i länsverksamhet till att säkerställa jämlik vård, främja länsperspektivet, forskning, utbildning och utveckling, samtidigt som den lokala arbetsenhetens villkor beaktas?

- Finns det faktorer som behöver identifieras, förebyggas och hanteras för att skapa bättre förutsättningar för en potentiell länsverksamhets möjligheter när det gäller samverkan samt för ledning/styrning av för verksamheten aktuellt patientflöde/patientprocess?
- Vilka för- och nackdelar finns det med att organisera vissa yrkesgrupper i länsverksamhet, medan andra yrkesgrupper i samma verksamhet organisatoriskt tillhör närsjukvården?

3.4 Rapportens disposition

Kapitel 4 beskriver utredningens arbetssätt med avgränsningar och centrala begrepp samt de intervjuer och den involvering av fackliga förtroendevalda som genomförts.

I kapitel 5 följer en omvärldspaning bestående av underlag och rapporter med exempel på organisationsförändringar i Danmark och Norge samt statliga utredningar som berör nivåstrukturering och koncentration.

I kapitel 6 beaktas demografiska förutsättningar för hälso- och sjukvården i länet.

I kapitel 7 redovisas för utredningen centrala aspekter som har framkommit i externa och interna intervjuer.

Kapitel 8 består av en risk- och konsekvensanalys avseende FoUI-uppdraget.

I kapitel 9 redovisas erfarenheter från en av regionens egna större organisationsförändringar till länsverksamhet.

I kapitel 10 sker en genomgång av ett antal generella förutsättningar för och aspekter på en jämlik vård i länet när verksamheten bedrivs på flera sjukhus/orter.

Kapitel 11 görs reflektioner kring vinster/fördelar och risker med en organisationsförändring samt konkreta förslag på kriterier att beakta inför en eventuell förändring av organisation till länsverksamhet.

Avslutningsvis summeras utredningens resultat i kapitel 12.

4. Utredningens arbetssätt

4.1 Utredningens organisation

Uppdragsgivare

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Projektägare

Hälso- och sjukvårdsdirektör Jonas Claesson

Referensgrupp

Områdeschef Specialistvård

Områdeschef Närsjukvård

Ekonomichef hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Utredare

Utredare Ted Rylander och Katrin Boström

Extern slutgranskare

Jörgen Striem

Förbundsdirektör för Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling

(Skandionkliniken) med utredningsuppdraget som bisyssla. Tidigare verksam på olika nivåer inom hälso- och sjukvården bland annat som hälso- och sjukvårdschef och biträdande landstingsdirektör i Sörmland. Aktuellt uppdrag innebär:

Granska uppdragsdirektiv

Bidra till att uppdragsdirektivet och utredningens arbetssätt är tillfyllest för att kunna svara på den huvudsakliga frågeställningen om vilka ytterligare verksamheter som bäst organiseras som länsverksamheter om de övergripande målen med organisationsförändringen ska nås.

Granska slutrapport

Bedöma om omvärldsanalysen är tillräcklig samt om innehållet i rapporten i tillräcklig utsträckning stöder de slutsatser som dras. I uppdraget ingår också att särskilt uppmärksamma om det finns risker eller negativa konsekvenser av eventuella förslag som inte belysts tillräckligt.

4.2 Avgränsning

Hur en förändrad organisation kan ha påverkan på utbildnings- och forskningsuppdraget har i utredningen hanterats genom att ta in en risk-och konsekvensanalys från område Forskning och utbildning. En eventuell påverkan på arbetsmiljön i de ingående enheterna nämns endast översiktligt. Utredningen redovisar ett antal reflektioner och alternativa förslag med för- och nackdelar. I uppdraget ligger inte att föreslå en specifik lösning.

Utredningen identifierar vilka förutsättningar som behöver finnas och kriterier som behöver uppnås för ett gynnsamt införande av fler vårdområden som länsverksamheter. Utredningen avgränsas samtidigt från att ge rekommendationer om vilka specialistmottagningar och verksamheter som specifikt skulle kunna organiseras som länsverksamheter.

4.3 Centrala begrepp i utredningen

I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) finns de övergripande målen för hälso- och sjukvården. Målet är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Ledningen ska utövas av en eller flera nämnder. Ledningen av hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Inom hälso- och sjukvård ska det finnas någon som svarar för verksamheten – en verksamhetschef. I Region Örebro län är Hälso- och sjukvårdsnämnden vårdgivare och svarar för de uppgifter som ankommer på ledningen av hälso- och sjukvården enligt HSL.

Nedan är en beskrivning av ett antal begrepp som utredningen ser som centrala för att hälso- och sjukvården ska nå målen i HSL.

God och jämlik vård

Utredningen definierar att en god och jämlik vård är en vård som skapar trygghet och tillgänglighet och som ges med god kvalitet och inte förbrukar mer resurser än nödvändigt¹. Det innebär att en länsbo ska ges en vård med samma kvalitet och med likvärdiga väntetider oberoende var i länet hen är bosatt.

- ***Trygghet*** – hur skapas trygghet för länsborna? För länsbon handlar det både om faktisk geografisk närhet och om upplevelsen av närhet vid behov av vård. Trygghet handlar alltså både om geografiska avstånd och om en närhet som bygger på känsla och tradition. Det handlar om ett socialt kontrakt byggt på tillit och som möter länsbons/patientens förväntningar.
- ***Tillgänglighet*** – närhet i form av tillgänglighet omfattar förutom geografisk närhet även öppettider och olika fysiska och digitala kontaktmöjligheter.
- ***Effektivitet*** – kan sammanfattas som det mesta och bästa till patienten utifrån befintliga resurser, dvs. att alla resurser inom vården ska användas på bästa sätt, både för befolkningens hälsa och för varje enskild patient. Den väsentliga kärnan är att en effektiv verksamhet når uppställda mål med bra hushållning av resurserna (pengar och/eller personal/kompetens).
- ***Kvalitet*** – innebär att patienterna får en god och säker vård och att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra berörda föreskrifter². Kvalitetsdefinitionen kan därför beskrivas som en ram som ska fyllas med det innehåll som finns i dessa andra lagar och föreskrifter eller beslut som gäller för verksamheten. Det förutsätter ett systematiskt arbete för att fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Det sker genom att planera, följa upp, utvärdera och förbättra. Patientsäkerhetsarbetet

¹ Definitionen är hämtad från SOU 2016:2 Effektiv vård med Göran Stiernstedt som utredare.

² Definitionen är hämtad från SOSFS 2011:9.

liksom uppföljning av följsamhet till riktlinjer och analys och jämförelse av data mellan enheter i länet och mellan olika län skapar underlag för det förbättringsarbete som krävs för att säkerställa hög eller acceptabel kvalitet.

4.4 Intervjuer

Det främsta underlaget till utredningen är resultatet av de intervjuer som har genomförts dels med nyckelpersoner i ledningen av hälso- och sjukvården i några jämförbara regioner och dels med olika funktioner/professioner i de av region Örebro läns verksamheter som potentiellt skulle kunna organiseras som länsverksamheter. Det handlar om verksamhetschefer, enhetschefer och ansvariga läkare inom vårdområden med verksamhet förlagd till flera sjukhus i länet. De intervjuade har representerat såväl USÖ som länsdelssjukhusen. Se vidare bilaga 2.

Inom ortopedin i länet har det genomförts en omstrukturering med koncentration av viss verksamhet till länsdelssjukhusen. Ortopedklinikens verksamhetschef har intervjuats och utredarna har getts möjlighet att vara delaktiga i en återkoppling på den utvärdering som genomförts med extern expert hjälp.

Då utvärderingar och rapporter inom området är begränsat har intervjupersonerna tillfrågats om de känner till rapporter och utredningar relevanta för utredningsuppdraget.

4.5 Involvering av intressenter

Vid Centrala Samverkansgruppens (CSG) möte den 18 november 2020 informerades om att det är aktuellt med två ytterligare utredningar som ska utgöra ett stöd för beslut kring eventuella organisationsförändringar i hälso och sjukvårdsförvaltningen. Den initiala informationen i CSG lämnades på hälso- och sjukvårdsdirektörens uppdrag och den fortsatta samverkan sker i hälso- och sjukvårdens samverkansgrupp.

Inriktningen på de två utredningarna ”Förutsättningar för länsverksamheter” och ”Att verka på ett sjukhus med flera uppdrag: en genomlysning kring Medicinska kliniken och Geriatriska kliniken vid Universitetssjukhuset i Örebro” presenterades tillsammans med tankar kring arbetets upplägg med intervjuer. De fackliga organisationerna erbjöds möjligheten att utse representanter från de olika facken för att kunna följa utredningsarbetet och om så önskas ges möjlighet att lämna synpunkter.

Från Kommunal har utsetts en representant för respektive utredning. Aktuell utredning har delgett direktivet och därefter haft en avstämning den 20 januari 2021.

5. Omvärlden – artiklar och rapporter

Då ekonomiska så väl som personella resurser inte räcker för att all vård ska kunna erbjudas överallt aktualiseras behovet av att nivåstrukturera och koncentrera. Det innebär att definiera vilka åtgärder som alla kliniker och sjukhus ska och kan erbjuda och vilka åtgärder som bör koncentreras inom ett län, i en sjukvårdsregion eller till ett fåtal nationella enheter.³ Här följer ett antal nedslag i de nordiska länderna.

5.1 Organisationsförändringar i Danmark och Norge

I både Norge och Danmark har det genomförts organisationsförändringar inom hälso- och sjukvården som inneburit koncentration av viss vård till färre sjukhus.

I Danmark har det även i ett beslut 2007 genomförts en förändring av landets styrning så att politik och administration nu har två beslutsnivåer istället för tidigare tre (kommun, län och stat). Landets 13 län ”amt” har slagits ihop till 5 regioner. Även antalet kommuner har reducerats från 271 till 98. Beskattning för finansiering av vården centraliserades.

Danmark har därefter förändrat hälso- och sjukvården så att antalet akutsjukhus har reducerats från 40 till 21. Enligt en artikel publicerad av Christiansen och Vrangbæk har reformen inneburit att sjukvården ökat sin produktivitet med mer än 2 procent per år samtidigt som kostnaderna varit stabila. Artikeln menar att det mesta tyder på att förändringen varit positiv med bland annat kortare väntetider, fler operationer och fler öppenvårdsbesök. Det finns dock glesbygdsbefolkning som ”känner sig övergivna” och sjukvårdspersonal som upplever att arbetsbördan ökat. Samtidigt som akutvården koncentrerats så har de lokala sjukvårdsinrättningarna kunnat förbättra sin hälso- och sjukvård framför allt inom prevention och hälsoförebyggande insatser. Större regioner gjorde det politiskt lättare att stänga akutvården och förändra lokala sjukhus till annan typ av hälso- och sjukvårdsinrättning.

I Norge beslutades 2002 om en sjukhusreform som innebar en omstrukturering av hälso- och sjukvården och en sammanslagning av sjukhus. Ingebrigtsen et al beskriver i sin artikel genomförandet av en sammanslagning av tre sjukhus till ett universitetssjukhus i nord-Norge. Målet med sammanslagningen var att förbättra tillgänglighet och kvalitet samt att få bättre förutsättningar för kostnadskontroll.

För att genomföra sammanslagningen skapades en projektorganisation ledd av en mindre grupp och med en fokusgrupp på 25 experter med olika yrkesbakgrund som stöd. Processen byggde på stor delaktighet och innehöll seminarier, informations-tillfällen, diskussionsforum på nätet och hearings. Det skapades färre och större enheter, 64 enheter blev 10 divisioner, två operationscentra och fyra administrativa enheter. Olika vårdadministrativa system blev ett och samma för alla enheter.

³ Läs mer om nivåstrukturering i Måns Roséns utredning Träning ger färdighet: koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98) och Sveriges kommuner och regioners Nivåstrukturerad cancervård – för patienternas bästa, Stockholm: 2013.

Data visar att det i början av förändringsarbetet fanns en period med försämring inom den somatiska vården med 7 procent färre patientbesök och längre väntetider. Kvalitetsindikatorer visade på oförändrade resultat. Sammanslagningen har därefter lett till flera vetenskapliga publikationer, ökad produktivitet sett till DRG-poäng per anställd och månad, färre inläggande, fler dagpatienter och en förbättrad ekonomisk situation.

5.2 Nivåstrukturering och koncentration i Sverige

Frågan om nivåstrukturering och koncentration har varit intensiv även i Sverige. I utredningen ”Träning ger färdighet: koncentrera vården för patientens bästa” (SOU 2015:98) lyftes ett antal argument för att nivåstrukturera och koncentrera viss vård: att det krävs stora patientvolymmer för att professioner enskilt och i team ska kunna upprätthålla och utveckla sin kompetens; att ett visst patientflöde krävs för att kvalitet och patientsäkerhet ska kunna säkras och förbättras; samt att kvalitet i den kliniska forskningen förutsätter en kritisk massa av forskningsintresserad personal och en stimulerande forskningsmiljö.

Ytterligare aspekter att ta hänsyn till är att begränsade ekonomiska ramar kommer kräva prioriteringar kring vilket vårdutbud som ska erbjudas var; samt kompetensförsörjningen och en attraktiv arbetsmiljö.

Utredningen ledde till att en process utvecklades för hur Socialstyrelsen ska ta beslut om vilka diagnosområden/sjukdomstillstånd som ska vara nationellt högspecialiserad vård och som ska bedrivas på 1 – 5 enheter i landet.

Utredningen lyfter bland annat att:

- Kvaliteten och patientsäkerheten i hälso- och sjukvården förbättras med ökade patientvolymmer per vårdenheter och per behandlare.
- Träning ger färdighet och läkare och andra professioner behöver upprätthålla sin kompetens för bästa möjliga resultat för patienten.

Vid sidan av huvudförslagen såg utredningen ett behov av en särskild utredning om akutsjukvården eftersom den högspecialiserade vården behöver organiseras så att även akutuppdraget klaras av. För att säkra akutuppdraget behöver hänsyn tas till detta vid nivåstruktureringen av den regionala högspecialiserade vården. Det kan i sig bli ett hinder för en ökad koncentration av den högspecialiserade vården men samtidigt visar den vetenskapliga litteraturen att även akutsjukvården behöver tillräckliga patientvolymmer för att nå hög kvalitet och patientsäkerhet.

2018 publicerade Vårdanalys rapporten ”En akut bild av Sverige: Kartläggning av akutsjukvårdens organisation och arbetsfördelning” (Rapport 2018:13) som mynnade ut i ett konstaterande att regionerna har olika förutsättningar för det akuta omhändertagandet och att skillnaderna mellan de olika sjukhusens uppdrag och roll i dagens

akutsjukvårdssystem behöver bli mer transparenta samt att kompetensnivån behöver säkerställas. Det framstår med all tydlighet att detta är komplicerat och kräver mer arbete på regional nivå.

Resonemanget gäller här högspecialiserad vård men har principiellt stor bäring på denna utredning då frågan om länsverksamheter också handlar om kvalitet, patientsäkerhet, patientvolym, upprätthållande av kompetens samt en stimulerande arbets- och forskningsmiljö.

6. Demografiska förutsättningar för hälso- och sjukvården i länet

Aktuellt avsnitt baseras på SCB:s prognoser över berörda kommuners befolkningsutveckling.

Befolkningsutveckling i jämförelse med andra regioner

Under tioårsperioden 2020-2030 kommer Region Örebro läns befolkning öka med 8,9 procent, Uppsala med 10 procent, Västmanland och Sörmland ligger på 7-8 procent medan Värmland, Dalarna och Gävleborg ligger runt 3 procent. Uppsala bedöms vara den region som procentuellt växer mest i landet och Örebro förväntas, tillsammans med bland annat Stockholm, Skåne och Jönköping, ha en större procentuell folkökning än rikets genomsnitt.

Befolkningsutvecklingen i länet

År 2010 var befolkningen i Örebro län 280 230, tio år senare hade den ökat med drygt 25 000 och är nu drygt 305 700. Fortsatt ökning de närmaste tio åren fram till 2030 beräknas bli 24 500.

Befolkningsökningen i länet kommer främst att ske i Örebro kommun där SCB beräknar en ökning med hela 18 procent.

Övriga kommuner beräknas sammanlagt minska med drygt 2 procent. Kommunerna Degerfors, Hällefors, Laxå och Ljusnarsberg är mest utsatta när det gäller avfolkning och den mest negativa trenden finns i Ljusnarsberg och Hällefors med en minskning på 19 respektive 11 procent.

En slutsats som kan dras är att i princip all befolkningsökning i länet kommer att ske i Örebro kommun. Medan länet totalt beräknas öka med 24 500 förväntas Örebro kommun öka med drygt 26 000.

Befolkningsutvecklingen i sjukhusens primära upptagningsområden

Upptagningsområde för Universitetssjukhuset är kommunerna Örebro, Lekeberg, Kumla, Hallsberg och Askersund med en idag sammanlagd befolkning på drygt 210 000. USÖ har ett stort länsuppdrag och även högspecialiserad vård. Den uppåtgående tendensen i befolkningsutvecklingen är tydlig i Örebro kommun men även i Kumla och Lekebergs kommun som är orter på ett pendlingsvänligt avstånd till centrala Örebro. Askersund och Hallsberg minskar men relativt långsamt.

För vissa patientflöden är det ett av länets sjukhus, och då främst USÖ, hela länet som upptagningsområde utifrån genomförd koncentration.

Det primära upptagningsområdet för Lindesbergs lasarett är kommunerna i länets norra del; Hällefors, Ljusnarsberg, Nora och Lindesbergs kommuner. Den idag sammanlagda befolkningen är drygt 46 000. Befolkningsutvecklingen är tydligt nedåtgående i Ljusnarsberg och Hällefors medan Nora och Lindesberg minskar procentuellt sett långsammare.

Upptagningsområdet för Karlskoga lasarett är kommunerna i västra länsdelen: Karlskoga, Degerfors och Laxå. Den idag sammanlagda befolkningen är drygt 48 000. Befolkningsutvecklingen är tydligt nedåtgående i Degerfors och Laxå medan Karlskoga minskar procentuellt sett långsammare.

Tabell 1. Åldersindelad befolkningsprognos med antal invånare år 2019 - 2030 för de olika sjukhusområdena. Åldersindelningarna gäller 2030 och inom parentes anges antal invånare i berörda grupper 2019.

Kommun	2019 Totalt	2030 Totalt	Ålder 2030 (2019)						Förändring
			0-5	6-15	16-24	25-64	65-79	80+	
Örebro norr	46 098	42 900	2 700	4 800	3 900	19 000	8 000 (9100)	4 500 (3100)	-3 200
Örebro väster	48 281	48 700	3 200	5 600	4 700	22 300	8 200 (7600)	4 700 (3200)	400
Örebro söder	54 730	54 000	3 800	6 700	4 900	25 100	8 600 (9700)	4 900 (3200)	-700
Örebro tätort	155 696	184 600	13 300	21 100	25 000	90 400	22 900 (21100)	11 900 (7100)	28 900
Örebro län	304 800	330 200	23 000	38 200	38 500	156 800	47 700 (47500)	26 000 (16600)	25 400

Befolkningen i norr och väster utgör idag 15 respektive 16 procent av regionens totala invånarantal medan Örebro tätort och söder tillsammans utgör 69 procent. Om tio år kommer dessa procentfördelningar enligt prognosen vara 13, 15 och 72 procent.

Den demografiska utvecklingen pekar tydligt på att den primära patientbasen för sjukhusen i Karlskoga och Lindesberg kommer att minska. Dessutom blir deras procentuella del av patientunderlaget mindre medan USÖ:s ökar. Detta syns redan i ett tioårsperspektiv men förstärks än mer på längre sikt.

Tabellen ovan visar också åldersfördelningen år 2030. Prognosen innebär procentuellt fler äldre och färre i försörjningsbar ålder i de mindre landsbygdsorterna, medan tendensen är ombytt för Örebro tätort som än mer än idag får den procentuellt största delen förvärvsarbetande och yngre.

År 2030 kommer Lindesbergs lasarets primära upptagningsområde ha runt 29 procent som är 65 år eller äldre. För Karlskoga lasarett blir andelen 26 procent medan USÖ primära upptagningsområde hamnar på 20 procent. Noterbart är att i synnerhet 80+ ökar markant medan 80+ i Örebro tätort ökar från 4,6 procent till 6,5 procent kommer 80+ i norr gå från 6,7 procent till 10,5 procent. Jämför i tabellen ovan antalet 80+ år 2030 med antalet 2019 inom parentes.

Alla tre sjukhus kommer antalsmässigt få en påtagligt större grupp som kommer upp i de åldrar där behovet av stöd, service och hälso- och sjukvård ökar. Sett till gruppen 80+ så beräknas Lindesbergs upptagningsområde jämfört med idag få ytterligare 1400 invånare i den åldersgruppen, Karlskogas upptagningsområde ytterligare 1 500 medan USÖ beräknas få 6 500 ytterligare i åldersgruppen.

Huvudsakliga demografiska aspekter att beakta i denna utredning

- Patientbasen för sjukhusen i Karlskoga och Lindesberg kommer minska stadigt medan den för universitetssjukhuset i Örebro kommer öka kraftigt. Alla tre sjukhus kommer få betydligt fler äldre, i synnerhet 80+, med ett stort behov av stöd, service och hälso- och sjukvård.
- Bemanningsbehovet förskjuts kraftigt mot USÖ och en länsövergripande utmaning kommer vara att säkra bemanning och kompetens på de mindre sjukhusen.

7. Externa och interna intervjuer

I följande två kapitel kommer resultat från de genomförda intervjuerna att presenteras. Oberoende av om intervjupersonen varit i ledande position i en annan region eller chef för en större eller mindre enhet inom vår egen region så har alla fått reflektera med utgångspunkt från både länsperspektivet och den mindre enhetens perspektiv. De har också fått fundera kring vad som kan vara fördelar och nackdelar med nuvarande organisation respektive en förändring till länsverksamhet.

Resultatbeskrivningen från en region innehåller även lite om aktuell regions organisation och i beskrivningen av en enskild verksamhet har de olika intervjupersonernas synpunkter lagts in i en och samma beskrivning av verksamheten medan de mer generella synpunkter som lämnats finns i kapitel 10.

Intervjuerna utgår ifrån utredningens frågeställningar samt från de i avsnitt 4.3 redovisade centrala begreppen: god och jämlik vård som skapar trygghet, tillgänglighet, effektivitet och kvalitet. Intervjupersonerna har i olika grad resonerat kring de övergripande och lokala perspektiven på sitt verksamhetsområde och dess uppdrag.

Det finns också, utöver de centrala begreppen, ett antal områden som många av de intervjuade tagit upp. Dessa är följaktligen aspekter som behöver vägas in både för att kunna nå en god och jämlik vård och för att kunna genomföra förändringar som till exempel koncentration av ett patientflöde till ett av länets sjukhus:

- Ett närvarande och aktivt ledarskap.
- Samarbetsformer med tydliga gemensamma uppdrag, inklusive uppföljning och analys.

7.1 Omvärlden – erfarenheter från andra regioner

I detta avsnitt beskrivs några regioner och hur de organiserat ledning och styrning när ett verksamhetsområde bedrivs på flera olika sjukhus. Intervjuer har genomförts med regionerna Östergötland, Sörmland, Kalmar och Jönköping och de funktioner som representerats är hälso- och sjukvårdsdirektörer, biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör samt divisions- och områdeschefer.

Intervjuerna har genomförts som samtal kring nedanstående frågeställningar, där respektive regions specifika historia gällande organisationsförändringar och tillhörande utmaningar har påverkat vilket fokus samtalet har haft.

- Vad ser ni som viktiga förutsättningar för en framgångsrik länsverksamhet? Hur får man med alla berörda i skapandet av en gemensam positiv anda kring förhållandet stor och liten enhet?
- Hur kan en organisering i länsverksamhet bidra till att säkerställa jämlik vård, främja länsperspektivet, forskning, utbildning och utveckling, samtidigt som den lokala arbetsenhetens villkor beaktas?
- Vilka exempel finns hos er när det gäller koncentration av olika åtgärder och patientflöden till en av länsverksamhetens olika enheter (gäller såväl den lilla som den stora enheten)?

- Vilka risker finns det med att organisera vissa yrkesgrupper i länsverksamhet, medan andra yrkesgrupper i samma verksamhet organisatoriskt tillhör närsjukvården?

I de intervjuer som genomförts med personer som finns i ledningen av region Östergötland, Sörmland, Jönköping och Kalmars hälso- och sjukvård har erfarenheter både från den egna regionen och från andra regioner där man tidigare verkat förmedlats.

7.1.1 Region Östergötland

Dagens organisation

Hälso- och sjukvården i länet är uppdelad i primärvård, närsjukvård och specialist-sjukvård. Specialistsjukvården finns på Universitetssjukhuset i Linköping, Vrinnevisjukhuset i Norrköping och Lasarettet i Motala. Två vårddirektörer har ett linjeansvar och ett gemensamt ledarskap för hela hälso- och sjukvården, som består av centrumbildningar, kliniker och en hälso- och sjukvårdsstab. Vårddirektörerna är direkt underställda regiondirektören. De centrumbildningar som finns är:

- Barn- och kvinnocentrum
- Centrum för kirurgi, ortopedi och cancervård
- Diagnostikcentrum
- Hjärtcentrum
- Medicincentrum
- Psykiatricentrum
- Barnhälsan i Norrköping (drivs i samverkan mellan närsjukvården och socialtjänsten).

Utöver ovanstående centrum finns i regionen även närsjukvård och primärvårdscentrum.

Erfarenheter

År 2003 genomfördes en större organisationsförändring och istället för sjukhus som bas skapades länsövergripande centrum, vilket innebar att det för många blev långt mellan första linjens chef och ansvarig i ledningen för centrumet. Reaktionerna på förändringarna var stora och innebar konflikter på många nivåer. Konsekvenser var att personal sa upp sig och att andra fick sägas upp. Organisationsförändringen innebar försämringar i relationen mellan sjukhusen i Norrköping och Linköping där ett storebror-lillebror-förhållande förstärktes. Inom kirurgin motarbetades förändringen under ett decennium för att därefter åter bli separata kliniker. Frågan blev även politiskt präglad med ett starkt sjukvårdsparti som resultat.

Nu finns en ny organisation sedan ett år tillbaka. Den här gången har processen inför förändringen varit mer transparent, år 2003 slog förändringen ner som en bomb för många. Det finns fortsatt starka röster i Norrköping för att hålla kvar den gamla strukturen men det finns nu röster som talar för att fullfölja länsverksamhetstanken även när det gäller akuta flöden. Urbaniseringen innebär eskalerande rekryteringsproblem där en övergripande struktur kan vara en del av lösningen.

Förslag inför en eventuell organisationsförändring

Viktigt att möta kommunerna där de är och skapa en vård därute som matchar behoven. Att bygga en stabil nära vård är centralt samtidigt som det gäller att hålla i minnet att en jämlik vård inte skapas genom att allt finns på alla ställen. Däremot ska kvalitet i den vård som ges och förväntad prognos vara likvärdig för länsbon i behov av en vårdinsats.

7.1.2 Region Sörmland

Region Sörmland har tre sjukhus men inget universitetssjukhus. Sjukhusen finns i Nyköping, Eskilstuna och Katrineholm. Region Sörmland har genomfört utredningen ”Hälso- och sjukvårdens organisation 1 januari 2019. Sveriges friskaste län 2025, Framtidens hälso- och sjukvård 2.0”. Syftet var att organisationen ska främja möjligheterna att tillgodose befolkningens behov. Bland de som intervjuades i utredningsarbetet, särskilt linjechefer, förordades att behålla divisionerna trots visst tvivel kring hur denna organisering klarar av att åstadkomma den samordning av länets verksamheter som ses som viktig.

Dagens organisation

En omorganisation 2005 innebar att länsövergripande divisioner och några länskliniker (Ögon, Öron, Onkolog, Barn) skapades. De fem divisionerna är psykiatri och funktionshinder, medicin, kirurgi, medicinsk service och primärvård. Tillsammans med hälso- och sjukvårdsdirektören utgör divisionscheferna ledningen.

De tre somatiska divisionscheferna ansvarar för varsitt sjukhus där sjukhusrådet för respektive sjukhus finns. Samverkan sker kring lokalnyttjande.

Vårdkartan – planeringsmetodiskt redskap

Regionen har myntat begreppet ”den interna vårdkartan” för samverkan inom en länsverksamhet eller för enheter inom samma specialitet. Det innebär att hälso- och sjukvårdsdirektör med stöd av sina divisionschefer ”agerar beställare” och tydliggör var och vem och med vilken kompetens som uppdraget ska genomföras. Varje specialitet behöver fundera kring sitt område vad befolkningen behöver och hur vårduppdraget ska fördelas i länet. Arbetet med vårdkartan är en viktig del i en

process att fördela vården utifrån tillgång på kompetens osv. Direktiv ges om vad som ska göras inom processen.

Vårdkartan ger stöd för arbetet med koncentration och centralisering utifrån en tydlig struktur där divisionen är basen och inte sjukhusen. Det finns sjukhusråd kopplat till de olika sjukhusen och divisionscheferna för de somatiska divisionerna är ordförande för dessa. Sjukhusråden håller i frågor som antalet vårdplatser under jul och semester och byggnation. Det finns även ett Akutråd som håller ihop samverkan mellan länets akutmottagningar. En läns gemensam operationsstyrelse fungerar som ett forum där anesthesi och övriga möts för horisontella prioriteringar och hållbara lösningar.

Erfarenheter

Till skillnad från regioner som har en beställarorganisation rapporterar hälso- och sjukvårdsdirektören direkt till den politiska styrelsen. Det innebär ett ömsesidigt förtroende med tät dialog med politiker där hälso- och sjukvården får ett ekonomiskt anslag att förvalta på bästa sätt. Dialogen kompliceras ibland av att man har fått ett sjukvårdsparti "Vård för pengarna-partiet" där många kommer från medicinkliniken i Nyköping. I en situation med personal som engagerat sig i ett sjukvårdsparti kan ett mellanled i form av en beställarorganisation ge bättre förutsättningar att kunna hantera övergripande hälso- och sjukvårdsfrågor.

Bildandet av divisioner möjliggjorde en bättre samverkan inom respektive vårdområde. Istället för att två sjukhuschefer konkurrerar om resurser sker nu en samverkan utifrån vårdkartan. Bedömningen är att fungerande divisioner minskar behovet av länskliniker. Fokus nu ligger på "Interna vårdkartan" och att definiera uppdraget i de olika specialiteterna. En erfarenhet är att de "lokala fästena" inte pratar bättre med varandra bara för att organisationen ändras.

Förslag inför en eventuell organisationsförändring

I en organisation med fungerande divisioner och relativt jämbördiga sjukhus är länsverksamheter inte självklart ett nödvändigt steg. Jobba mer med dialog än organisation och på att säkra en samsyn kring en tydlig idé om vad vi ska ha vården/vårdenheterna till. Beakta riskerna med personalflykt vid omorganisationer. Vid mindre förankrade sammanslagningar kan upp till 20 procent sluta. Bästa förutsättningarna att lyckas med att skapa en länsverksamhet är när sjukhusen är olika stora och att det mindre sjukhuset får ett tydligt nischat uppdrag.

7.1.3 Region Kalmar

Dagens situation

Regionen präglas av att ha varit två landsting som slogs ihop först på 1970-talet. Region Kalmar har tre sjukhus med specialiserad sjukvård, Västervik, Oskarshamn och Kalmar. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen leds av hälso- och sjukvårdsdirektören och varje sjukhus leds av en sjukhusdirektör. Kalmar är det stora sjukhuset dit mycket koncentreras. Västervik har en fortsatt bredd i specialistvården medan Oskarshamn har medicin och elektiv vård. De två mindre sjukhusen kan inte fullt ut kompetensförsörja sig själva. Ambulansverksamheterna är en länsverksamhet. Dialys är inte länsverksamhet men det är i huvudsak Kalmar som driver en enhet i Oskarshamn. Förmågan att driva satellitverksamheter bedöms som låg i regionen. Infektionskliniken med vårdplatser finns efter ett sparbetning 2003-2004 bara i Kalmar. I Västervik och Oskarshamn finns rondande läkarkonsulter och i nuläget finns inga ambitioner att höja den nivån. Nu under coronapandemin har det blivit mer digitala konsultationer. Även ortopedin är inne i en digital utvecklingsfas.

Onkologin finns bara i Kalmar som stöttar Västerviks lokala mottagning. Västervik hade tidigare cytostatikamottagning, men tappade personal på satelliter och fick gå ner på basalnivå, dock med en egen chef. Viljan att bli en del av Kalmars större enhet bedöms inte vara stor.

Samordningen av kirurgi, medicin och ortopedi är en stor utmaning. All rektalcancer är samlad men varje form av koncentration är svår och det bedöms inte finnas någon spontan och utökad samverkan i övrigt. Alla gör det de ska men i de allra flesta fall endast inom sina väggar.

Erfarenheter

En utmaning när det gäller eventuella etableringar av länsverksamheter är att regionen är långsmal med drygt 14 mil mellan Västervik och Kalmar. De geografiska avstånden påverkar förutsättningarna att skapa en känsla av tillhörighet. Det blir svårt att skapa en teamkänsla för den personal som pendlar då dessa måste prioritera och därmed deltar mindre i det dagliga arbetet. Detta gäller även till viss grad i Oskarshamn som ligger mittemellan övriga sjukhus drygt 7 mil bort. Istället för länsverksamhet har fokus under de senaste femton åren istället legat på att kraftsamla kring samverkan.

Varje specialitetsområde har en gång per termin ”kraftsamling” där gemensamma frågor lyfts. Sjukhusledningen blir här tydlig samtidigt som de dagliga sambanden mellan olika verksamhetsområden på det enskilda sjukhuset skapar patientsäkerhet.

En gemensam målbild eftersträvas och syftet med kraftsamlingarna är att stödja en process även där de enskilda verksamheterna inte själva ser värdet av samverkan. Här medverkar alla tre sjukhusdirektörer, verksamhetscheferna med ledningsgrupp, delar

av hälso- och sjukvårdsdirektörens stab och ofta även hälso- och sjukvårdsdirektören. De senaste kraftsamlingarna har blivit i form av videomöten. Sådant som diskuteras är gemensamma mätetal, öppna jämförelser, kvalitetsparametrar, inköp och medicinska resultat.

Mötesformen har utvecklats och numera tar verksamhetsutvecklare fram underlag från vården i siffror som sammanställs och levereras inför mötet. Hälso- och sjukvårdsdirektören får analyser av dessa en vecka innan mötet. Fokus ligger på vad det är som respektive klinik gör som ger så bra siffror. För att få till ett konstruktivt upplägg jobbar hälso- och sjukvårdsdirektören nära sjukhusdirektörerna, inte minst när det gäller valet av frågor som behöver ställas till underlaget.

Förslag inför eventuell organisationsförändring

Kulturen är en viktig faktor att beakta även om avstånden hade varit mindre. Att hitta balansen mellan lokaltillhörighet och samverkan är nyckeln och då är organisationsformen inte helt avgörande. Det gäller att värna om den positiva anda som en stark sjukhuskänsla medför och samtidigt hitta samverkansformer för långsiktig hållbarhet inom de områden där det blir en nödvändighet, i synnerhet vid bemanningsutmaningar. Olika sjukhuskulturer finns även i region Örebro län men där är de geografiska förutsättningarna betydligt bättre. Återstår att hitta gemensamma mötesplatser och tydliga syften med eventuell omorganisation.

7.1.4 Region Jönköping

Dagens situation

Region Jönköpings län har området "Folkhälsa och Sjukvård" under en ledning som består av hälso- och sjukvårdsdirektör, utvecklingsdirektör för Qulturum samt verksamhetschef för Futurum. I länet finns tre sjukhus; Jönköping, Eksjö och Värnamo.

Under hälso- och sjukvårdsdirektören finns tre medicinska områden (Medicinsk vård, Kirurgisk vård samt Psykiatri, rehabilitering och diagnostik) som leds av varsin sjukvårdsdirektör som har ansvar för sitt område för hela länet oberoende geografi/sjukhus. Ambulansvården ligger i medicinsk vård tillsammans med akuten men är inte samma klinik utan är en verksamhet med tre enheter som hålls ihop. Den organisationsförändring som genomfördes för fem år sedan innebar att ändra fokus från sjukhusområde till vårdområde. På varje sjukhus finns en platschef som ansvarar för lokalfrågor och semesterplanering. Det finns också en chefsjuksköterska som är processledare för dagliga lokala möten och fördelningen av vårdplatser inom sjukhuset.

De tre sjukvårdsdirektörerna har ett uttalat krav att de måste finnas fysiskt på vart och ett av sjukhusen varje vecka.

Erfarenheter

När vårdområdets verksamhet på tre sjukhus finns i samma ledningsgrupp skapas ett gemensamt lärande och ansvarsområdet blir inte så spretigt som när all verksamhet låg under en sjukhuschef. Det innebär att det nu är lättare att styra på kvalitet, arbetssätt och prioriteringar. Att ansvaret för kost, vaktmästare, bårhus etc. lyfts bort från vårdansvarig sjukvårdsdirektör är en förbättring som ger dem bättre fokus på sina vårdområden. Att ha en och samma controller och ekonomifunktion som ansvarar för de tre sjukhusens enheter inom ett vårdområde är en positiv erfarenhet. Nu finns en verksamhet och service som har hand om allt med byggnader och transporter – för hela länet.

Förändringsprocessen med nivåstrukturering var en utmaning med sjukhusdirektörerna som stred för sitt sjukhus. Hälso- och sjukvårdsledningen hade stöd från politiken som fattade beslut trots protesterna. En konkret effekt av organisationsförändringarna var att demokratiskt engagerad sjukvårdspersonal i Eksjö och Värnamo bildade sjukvårdspartiet ”Bevara sjukhusen”. De politiska striderna blev en väsentlig del av processen, men sammantaget bedömer dagens sjukhusledning att organisationsförändringarna gav bra resultat.

Den urologiska verksamheten har varit framgångsrik på de tre orterna. Orterna hålls ihop genom att hela arbetslaget träffas dagligen på digitalt möte, de blir som ett lag. Uppdraget har delats upp så att en operationsrobot finns på ett sjukhus, stenkrossen på ett annat. Alla uppgifter har delats upp och läkarna åker med en annan motivation mellan sjukhusen.

För att skapa attraktivitet på de små sjukhusen så är det inte främst lön, förutom eventuellt restid, utan mer att få vara en del av en positiv utveckling och kvalitetshöjning. Att se möjlighet till att få vara en del av utveckling inom ett nischat område kan underlätta rekrytering.

Förslag inför eventuell organisationsförändring

Ha en bred dialog med kommunpolitiker och personal som påverkas. Viktigt budskap att det inte är aktuellt att lägga ner de små sjukhusen utan att det handlar om en omstrukturering som ska säkra verksamhet på de orterna. Varför man behöver göra förändringen behöver kommuniceras och informeras om brett.

Viktigt att säkerställa att inte det stora sjukhuset ”glufsar” i sig resurser från de mindre sjukhusen. Det gäller att motverka ”storebrors-fasoner”.

7.2 Region Örebro län - förutsättningar inom olika vårdområden

7.2.1 Kvinnosjukvården

Situationen i andra regioner

Inom sjukvårdsregion Mellansverige finns länsverksamhet i region Värmland, Uppsala och Dalarna. I Gävleborg har man en gemensam organisation men förlossningsverksamhet är för sig. I Sörmland påminner organisation om vår verksamhet i Nyköping och Eskilstuna.

Dagens situation

År 2016 fick Kvinnokliniken samma chef för verksamheterna på USÖ och Karlskoga lasarett. På Lindesbergs lasarett finns en liten gynekologisk mottagning som leds av verksamhetschefen för specialistmottagningarna på lasarettet.

Inom vårdområde kvinnosjukvård finns alla gynekologiska sjukdomstillstånd och all sjukvård inom obstetrik inklusive eftervård i specialistvården medan primärvård/närsjukvård ansvarar för mödrahälsovården förutom specialistmödravården som finns inom kvinnokliniken i Örebro.

Samarbete, samordning

Idag saknas en samordning mellan USÖ och Lindesberg kring väntelistan. Det medför att det blir skillnader i länet, med betydligt kortare väntetider för norra länsdelen. En patient i norra länsdelen kan ha en väntetid på 6 veckor för att få en operation i dagkirurgi medan det för Örebro/söder kan bli en väntetid på ca 3 månader till mottagningen och därefter, om det inte blir akut, kan bli 1 års väntetid till operationen.

Koncentration av åtgärder

Urologisk verksamhet, operationer av ansträngningsinkontinens som innebär inläggande av främmande material samt framfallsoperationer är redan idag koncentrerade till Karlskoga. En ny metod sedan 10 år gör att man i Karlskoga kan åtgärda polyper och myom inne i livmodern utan narkos. Tre läkare kan använda metoden som är uppbyggd i Karlskoga. Motsvarande finns inte i Örebro men finns i narkos även i Lindesberg. Patientgruppen är inte större än att det fungerar bra med koncentration till ett sjukhus och väntelistan är hanterbar.

Tankar kring länsverksamhet

På grund av stora brister när det gäller information ut i verksamheten så fick bildandet av en gemensam klinik för USÖ och Karlskoga en dålig start. Åtgärder för att

förbättra situationen blev ett verksamhetschefsbyte och att ha en chef som håller ihop mottagningsverksamheterna och att denne har biträdande chef på de två orterna.

Ska de tre sjukhusen samlas i en länsorganisation behöver de tre enheterna snabbt och samtidigt få information och en delaktighet och ett ansvar i skapandet av en bra verksamhet för länsborna.

Det finns en önskan om en vision för MHV och dess organisation. Det är inte givet att den verksamheten behöver finnas på varje enskild vårdcentral då det skapar både mycket ensamarbete och en sårbarhet.

7.2.2 Barn- och ungdomssjukvård

Situationen i andra regioner

I Region Gotland finns en organisation som innebär att vårdplatserna finns i en organisation och klinikerna i en annan. I Region Västmanland skapades länskliniker för länge sedan och innebörden är att det mesta centraliserats till Västerås. I Region Uppsala finns länets barnsjukvård på Akademiska barnsjukhuset som består av sju sektioner där en av sektionerna ansvarar för länets öppenvårdspediatrik. Ett arbete pågår med att tydliggöra vårdnivåer och primärvården som vårdnivå 1 för barnen, öppenvårdspediatriken vårdnivå 2 och den specialiserade barnsjukvården som nivå 3.

Dagens situation

Öppenvårdspediatrik mottagning finns som en del i Specialistmottagningen i Karlskoga och Lindesberg och på Stora Holmen i Örebro som en del av Barn- och ungdomskliniken USÖ. Det innebär att länets öppenvårdspediatrik finns organiserad i två olika områden under varsin områdeschef. Barnmottagningarna i Karlskoga och Lindesberg finns inom område Nära vård medan Stora Holmens mottagning finns inom område Specialistvård tillsammans med Barn- och ungdomsklinikens övriga verksamhet på USÖ. Från personal på Stora Holmen finns önskemål om en organisering i närsjukvård på samma sätt som för de andra öppenvårdspediatrika mottagningarna i länet. I uppdraget för Stora Holmens mottagning ingår även att bemanna en öppenvårdspediatrik mottagning i Hallsberg.

En del läkare från de öppenvårdspediatrika mottagningarna eftersträvar att få spetskompetens inom ett område, eller har önskan om ett mer varierat och komplext arbete. Lösningen blir då att ta mottagning på USÖ för att kunna få det, till exempel med inriktning allergier och diabetes-fetma.

Samordning, samarbete

Inom vårdområdet finns olika syn på huruvida det är bra och kan fungera med att läkarna organisatoriskt finns samlade på USÖ medan övrig personal på de mindre sjukhusen har sin tillhörighet dit. Barnmottagningarna i Lindesberg och Karlskoga ser ett värde i att ha en närvarande och för all personal gemensam chef på enheten.

Ett samarbete behöver finnas mellan olika vårdnivåer för att verksamhetsområdet ska kunna skapa en helhet som möter de olika behov som finns hos barnen. Det behöver även finnas möjlighet till kompetensutveckling och ett samarbete för att lösa situationer med bemanningssvårigheter.

Barnhälsovård som finns organiserad inom primärvården och Barn- och ungdomskliniken skulle gemensamt kunna utveckla verksamheten på vårdcentralerna. Barnkliniken skulle kunna komma ut till primärvården för föreläsningar och fortbildning samt fungera som barnläkarkonsult för stöd och råd för hela vårdcentralen och inte avgränsat till enbart BVC.

Koncentration av åtgärder

Ett tydliggörande av vilka patientflöden som hör hemma inom vilken vårdnivå kan skapa förutsättningar att omfördela delar av vårdområdet. Vid ställningstagande till en koncentration av en åtgärd/patientgrupp behöver det vägas in att barnsjukvården ofta arbetar i team med andra professioner som psykolog, fysioterapeut, kurator och att det kan vara svårt att få fullständiga och kompetenta team.

Allergivaccinationer ses som är en åtgärd möjlig att koncentrera. Den behöver då förläggas till ett sjukhus för att eventuella akutreaktioner ska kunna hantera. Även omhändertagande av barn och unga med fetma kan vara ett sådant område.

Tankar kring länsverksamhet

Om det ska vara möjligt att samla alla enheterna i en länsorganisation så förutsätter det att man kan dela en gemensam vision för barnsjukvården i länet. Idag finns en välfungerande barnmottagning med tre läkare i Karlskoga, en risk vid en organisationsförändring är att nuvarande vi-känsla och trivsel förloras.

Med en länsverksamhet kan svårigheterna att bemanna i Lindesberg lösas genom att ansvar för bemanningen läggs på USÖ. Utifrån utbildningsuppdraget är en planering för hela länet centralt, en ST-läkare i Lindesberg behöver tillgång till erfarna kollegor.

Inom öppenvårdspediatriken finns önskemål om att göra del av sin tjänst inom någon subspecialitet. Idag ges möjlighet till detta genom att de får ta viss specialinriktad mottagningsverksamhet på USÖ för att få den stimulans och kompetensutveckling som det innebär.

7.2.3 Öron-näsa-halssjukvård

Dagens situation

Inom ÖNH har man verksamhet på alla tre sjukhus.

Ur ett länsperspektiv finns bra förutsättningar för operationer för kirurger i både Karlskoga och Lindesberg. Jämförs de olika sjukhusens registrerade ”knivtid” så finns det påtagliga skillnader. Länsdelsjukhusen har en knivtid på 25-35 procent

jämfört med över 40 procent på USÖ. Här finns behov av att analysera vad som ligger bakom skillnaderna för att identifiera om det finns förbättringar att göra.

Samarbete, samordning

Sedan ungefär 10 år har enheterna regelbundna avstämningsmöten. Vid mötena deltar förutom verksamhetscheferna på de tre orterna även vårdkoordinatorer, läkare på de tre orterna, mottagningschefen på USÖ samt ibland representant från Capio.

Agendan är standardiserad och tar upp tillgänglighet till mottagning och operation, aktuella väntetider, bemanning av olika kategorier och bemanningsbehov samt 1-2 frågor kopplade till LPO (lokalt programområde) och nationella riktlinjer för olika vårdområden. Ordförandeskapet för mötena som sker minst 3 gånger per termin vandrar mellan de tre sjukhusen. Mötena fungerar bra med ett stort engagemang hos deltagarna.

För de ingrepp som kan göras på alla orterna finns på en för de tre sjukhusen gemensam operationsväntelista. I praktiken blir inte väntetiderna likvärdiga i länets olika delar, de tenderar att vara kortare i Karlskoga och Lindesberg. Detta kan förklaras av att det vid återbud företrädesvis kallas in en patient som bor nära istället för att följa väntelistan.

Inom vårdområde ÖNH har man inte genomfört koncentration av något enskilt ingrepp förutom att de större operationerna görs på USÖ.

Tankar kring länsverksamhet

Med en gemensam chef för de tre verksamheterna kan samordning av läkarna, samarbetet med ST-läkarna, och utbytet mellan personalgrupper underlättas. När det gäller logopedier och audionomer så skulle en gemensam organisation skapa förutsättningar för ett bättre kunskapsutbyte inom professionerna.

7.2.4 Ögonsjukvård

Situationen i andra regioner

I Värmland finns sedan länge en länsverksamhet. Både i Umeå och i Lund/Malmö finns en central enhet som hanterar alla remisser och sedan fördelar ut till mindre enheter.

Dagens situation

Ögonkliniken har en stor öppenvårdsverksamhet. Den basala ögonsjukvården är stor samtidigt som USÖ har mycket utomlänsvård när det gäller näthinne- och hornhinnekirurgi. Det finns inte behov av narkosresurser förutom i Örebro där det finns fem olika sektioner inom ögonsjukvården.

Till en del bestäms vilka åtgärder/ingrepp som är aktuella utifrån vilken apparatur som finns på enheterna i Karlskoga och Lindesberg. Länets jour inom ögon är förlagd till USÖ. Bemanningen i Karlskoga och Lindesberg är ofta hyrläkare vilket innebär varierande kvalitet. En grupp patienter med åldersförändringar får sprutor var tredje vecka, detta hanteras i Karlskoga och Lindesberg av underläkare tillsammans med sjuksköterska med stöd av en specialistläkare som granskar bilder.

Samarbete, samverkan

De tre enheterna har samverkansmöten. Där presenterar de patienter som kan vara aktuella och vårdprogram som utarbetas i Örebro gås igenom. Det finns idag ingen länsgemensam uppföljning utan ansvaret för uppföljning ligger på verksamhetschefer på respektive enhet.

Tankar kring länsverksamhet

En gemensam chef skapar förutsättningar för en mer jämlik vård i länet där koncentration av åtgärder/diagnoser kan ske. I en förändringsprocess är det viktigt att de lokala enheterna är med och bygger upp en verksamhet som är attraktiv även på de mindre orterna.

En del i ögonsjukvården är att återkommande mäta trycket i ögat. Många av dessa patienter är äldre och en del av dessa finns på SÄBO. Den delen av ögonsjukvården skulle kunna bli en del i nära vården och hanteras på vårdcentralen eller boendet.

En länsverksamhet gör det lättare att skapa en stabil läkarbemanning. Kan bemanning med hyrläkare undvikas, så undviks onödig remittering till USÖ eftersom hyrläkare många gånger har låg tröskel för remittering.

En utmaning i skapandet av en länsverksamhet är att få den lilla enheten attraktiv. Under en period prövades kombinationstjänst Örebro – Lindesberg men för läkaren innebar det att inte självklart vara en del i gänget på USÖ samtidigt som hen var ensam i Lindesberg läkare. För de mindre enheterna är det fördelaktigt om man genom tätt samarbete med USÖ både kan ta del av utbildningsinsatser och stimuleras till omvårdnadsforskning.

7.2.5 Hud

Situationen i andra regioner

Inom Sjukvårdsregion Mellansverige finns länsverksamhet i region Uppsala med Akademiska och Enköping. Läkarna i Enköping hör till Hud på Akademiska men resten är anställda i Enköping. I Sörmland som också har tre sjukhus, men inget universitetssjukhus, finns en divisionsorganisation med en välutvecklad samverkan istället för en länsverksamhet.

Dagens situation

I region Örebro län finns kliniker på de tre sjukhusen samt en privat läkare med regionavtal. På USÖ finns det två vårdplatser och verksamhetschefen på USÖ är även chef för de läkare som bemannar Lindesberg. Sjuksköterskor, undersköterskor samt medicinskt ledningsansvarig läkare (MLA) är anställda på Lindesbergs specialistmottagning. Karlskoga har en egen läkare och från februari 2021 en ST-läkare som delar sin tjänst mellan USÖ, 40 procent, och Karlskoga, 60 procent.

Samverkansmöten är en del av samverkansrutinen idag. Klinikchefen på USÖ, Karlskoga läkarchef, Lindesbergs platschef och en privat hudläkare träffas regelbundet för gemensamma remissbedömningar, kvalitetsuppföljningar och arbete med kvalitetsregister. Detta upplevs som fungerande och värdefullt. Bemanning och resurssättning i relation till väntelistor bedöms dock ha utvecklingspotential för att alla enheter ska känna att de är trygga och har kontroll om än inte mandat.

Samarbete, samverkan

De två verksamheterna har regelbundna möten kring remissbedömningar, kvalitetsuppföljningar etc. Vid möten deltar USÖ:s verksamhetschef, Karlskogas läkarchef, Lindesbergs platschef samt den privata hudläkaren. Oavsett organisationsform så finns behov av att inom vårdområdet säkerställa att dessa kontaktytor fortsatt formaliseras och prioriteras.

Koncentration

Koncentration av vissa diagnoser till klinikerna i Lindesberg och Karlskoga har diskuterats men det föll på att volymen blir för liten. Idag blir koncentration utifrån läkare som nischat sig inom ett område. Ögonlockstumörer hanteras till exempel i Karlskoga där man även håller i all utbildning för lokala distriktsläkare.

Tankar kring länsverksamhet

En fördel med länsverksamhet är minskad sårbarhet när det gäller läkartillgång på det lilla sjukhuset; att verksamheten på de olika klinikerna kan utformas mer lika; samt att patienten kan få liknande vård oberoende var hen söker vård. I Lindesberg är det svårt att rekrytera läkare och det är möjligt att det i framtiden måste byggas in en flexibilitet med en större klinik som ansvarar för bemanningen då den lilla inte kan lösa det.

En utmaning är att kunna skapa bra arbetssammanhang. En centralt anställd läkare riskerar att inte bli en lika naturlig del av det lokala teamet och därmed inte bygga samma nätverk med övriga specialistmottagningar på det lokala sjukhuset.

En förutsättning för att det ska bli bra med en länsverksamhet är att den lilla kliniken får en större grad av chefsnärvaro, eventuellt i form av en närvarande platschef med mandat att driva det lilla perspektivet. Högre lön och resor på arbetstid är inte

nödvändigtvis fungerande morötter. En bra arbetsmiljö kräver möjligheter till utbildning och forskning även för personalen på en liten klinik. Detta måste den stora driva och säkerställa även för den lilla, det vill säga värdet av att även den lilla kliniken är en del av den stora utvecklingen är stort.

Även om den lilla kliniken inte motsätter sig länsverksamhet så ser de stora fördelar med den frihet som en egen klinik innebär när det gäller möjligheterna att snabbt lösa problem. Viktigt att vid en eventuell omorganisering väga in risken för suboptimering och risken att den lilla hudklinikens kontaktytor med primärvården förloras i en länsklinik. Inom hud finns ett behov av att arbeta mer med distriktsläkarna för att höja deras kompetensnivå och även när det gäller utbildning finns funderingar om länsklukupplägget gynnar det eller ej.

Idag finns verksamhetsområdet både inom nära vård och i specialistvård och från den mindre kliniken uppfattar man att deras verksamhet ligger närmare nära vård.

7.2.6 Reumatologi

Dagens situation

Dagens verksamhet är inte länsövergripande utan består av två separata verksamheter reumatologiska kliniken på USÖ samt i Karlskoga. Att Lindesberg saknar verksamhet beror i första hand på tidigare rekryteringssvårigheter men det finns en önskan att även ha en verksamhet där. I Karlskoga har Reumatologin nyligen blivit en egen enhet med en reumasjuksköterska, en överläkare och en ST-läkare som ansvarar för ca 200 patienter. Mycket sköts på sjuksköterskenivå med kontroller och behandlingar. Det finns ett bra samarbete med Örebro som skickar resurser en gång i veckan (har dock inte klarat det under senaste året). Läkarna har veckovisa skypemöten med USÖ.

Samarbete och samverkan

Det är viktigt att alla enheter har ett lika tydligt uppdrag och ansvar för att samarbeta och samverka. Vårdområdet förutsätter att det ställs krav på samarbete både med medicin och med geriatrik samt rehabiliteringsprofessioner. Samarbetsformer behöver säkerställas så att patienten i framtiden kan få hela sitt vårdbehov tillgodosett på samtliga orter, det vill säga minst nivån basutbud reumatologi.

Koncentration

En koncentration av vissa diagnoser har testats men inte varit framgångsrik då volymen blir för liten. Intervjuerna ger den gemensamma bilden att det är viktigast att säkra basuppdraget på de små klinikerna. Enskilda läkare kan sen utifrån sin specifika kompetens bidra till viss koncentration men det blir svårt att systematisera utan att tänka specifika personer.

Förbättringsbehov

Då en av de mest betydelsefulla framgångsfaktorerna inom reumatologisk vård är att tiden mellan symtom och diagnos kortas så mycket som möjligt så är det centralt att framför allt distriktsläkare, men även fysioterapeuter, verksamma på vårdcentraler har tillräckligt god kompetens för att kunna identifiera patienter och initiera utredning.

Inom vårdområdet är en central del att höja kompetensnivån hos distriktsläkarna. Omställningen till nära vård är central i Karlskoga och där jobbas det hela tiden mot primärvården.

I enlighet med Sara Magnusson Buchers rapport *Reumatologin inom Hälso- och sjukvården, Region Örebro län: Förslag till organisation från 2019* bör, för att uppnå likvärdig vård, reumatologisk kompetens finnas på länets tre sjukhus.

Tankar kring länsverksamhet

Reumatologisk vård behöver, för att säkra en jämlik vård inom området, finnas på alla tre sjukhus. Länsansvaret för vårdområdet bör rimligtvis ligga på reumatologiska kliniken på USÖ men enheterna ska ha ett gemensamt ansvar och inflytande på verksamhetens planering.

Basreumatologi

Basreumatologin, som en del av närsjukvården på alla tre sjukhus, förutsätter att patienter och organisation uppfattar enheterna som kvalitetsmässigt likvärdiga avseende basuppdraget. Genom tillhörighet till ett sjukhus som kan möta patientens behov skapas både tydlighet och trygghet. En sådan organisering av reumatologin kan förhoppningsvis gynna rekrytering för medicin och geriatrik-klinikerna i Lindesberg och Karlskoga eftersom det då ger möjlighet till subspecialisering för flera personalkategorier.

Basuppdraget innebär att kunna erbjuda basal rehabilitering samt ansvara för att vara primär reumatologisk vårdkontakt för patienten; att ansvara för återbesök vid reumatoid artrit, psoriasisartrit och ankyloserande spondylit; att registrera i kvalitetsregister; att ge infusionsbehandlingar till stabila patienter, samt att ge konsultbedömningar i slutenvård. För de mindre enheterna föreslås närvaro av reumatolog 1-2 dagar per vecka.

Viss specialiserad reumatologi

I specialistvårdsuppdraget reumatologi ingår att ansvara för nyinsjuknade patienter, slutenvård inklusive övergripande rehabiliteringsansvar, utredning och uppföljning av systemsjukdomar. Utöver att säkerställa bakjoursfunktion bör det vara ett länsövergripande uppdrag kring fortbildning samt framtagande och implementering av rutiner och riktlinjer.

En länsklirik kan vid svårigheter att kompetensförsörja i norr/väster ansvara för att upprätthålla verksamheterna och göra prioriteringar av tillgängliga resurser. Ledningen för länsverksamheten bör även ha ansvar för att en likvärdig vård upprätthålls, till exempel genom gemensamma behandlingsstrategier och kompetensutveckling.

Genom att ha en centraliserad remisshandtering blir det enkelt och tydligt för remitterter samtidigt som dessa kan fördelas i samverkan mellan enheterna och utifrån aktuell situation och kompetens.

Idag är fördelarna med en verksamhet som styrs utifrån ett länsperspektiv inte givna sett ur den lilla klinikens perspektiv. Samtidigt som den lilla enheten ofta har det enkelt med snabba och effektiva beslut så finns det en sårbarhet i kompetensförsörjningen.

7.2.7 Ambulansverksamheten

Situationen i andra regioner

I Region Skåne finns fyra ambulansdistrikt varav två delar av ambulansverksamheten drivs i regionens regi och ligger under medicinsk service. De två andra distrikten är upphandlad verksamhet som drivs av Samariten respektive Premedic och ligger direkt under koncernkontoret. En erfarenhet som förmedlas är att det inte blivit bra för ambulansverksamheten när man tog bort den regionala enheten som ”styrde” ambulansen.

På Gotland är ambulansverksamheten organisatoriskt placerad i sjukhusvården. Det är en upphandlad tjänst med egen enhet lokaliserad nära räddningstjänsten och helikopterhangar vid flygplatsen. Regionen representant vad gäller det medicinska anser att man fått en lösning som fungerar bra med ett bra samarbete mellan regionen och verksamhetschefen i den upphandlade tjänsten. Funkar bra. Regionen ska precis påbörja arbetet med en ny ambulansupphandling då kontraktstiden snart är slut. Egen regi ej aktuellt.

I Region Sörmland är ambulansen en egen enhet av länskaraktär under Hälso- och sjukvård som organisatoriskt tillhör medicinsk service. Uppfattningen är att verksamhet fungerar bra. Dock kan det ibland uppkomma situationer där andra områden inom sjukvården ”krånglar till tillvaron” genom att inte tidigt nog involvera ambulans innan förslag till förändringar som påverkar ambulans läggs fram.

Region Jönköping har en länsövergripande ambulansverksamhet som tillhör sjukhusvården och finns under medicinsk vård där även akutmottagningarna finns. Beslut om nuvarande organisation togs 2016 utifrån en strävan att skapa länskliniker. Tidigare hade akutmottagning och ambulansverksamhet tillhörighet till respektive sjukhus (Värnamo, Jönköping, Eksjö). Fördelar med att vara en länsövergripande verksamhet är till exempel likriktning av utbildning, utrustning, rutiner, riktlinjer. De

har fortsatt kvar tre olika områden men benämns nu mer neutral som väderstreck istället för orter. Varje område är uppdelat på olika många ambulansstationer utifrån geografi.

I Region Västra Götaland (VGR) finns fem olika förvaltningar, varav Sahlgrenska är en. Frågan om att ha en gemensam organisation för ambulansen i VGR har diskuterats i omgångar men det har ännu inte genomförts. Ambulansverksamheten i Göteborg sorterar under Sahlgrenska och är ett eget verksamhetsområde. De övriga fyra har varsin egen ambulansorganisation, som sorterar under respektive sjukhusområde.

I Region Östergötland var ambulansverksamheten tidigare under närsjukvården men finns efter en omorganisation 2020 under regionledningskontoret. Förändringen uppfattas inom verksamheten som bra då de får sina uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektör. Verksamheten är upphandlad och drivs i två enheter. De krav, i form av riktlinjer mm, som ställs på verksamheterna är länsövergripande och godkänns av regionen i Enheten för prehospital vård (EPV).

I Region Blekinge finns ambulansverksamheten under Nära vård tillsammans med psykiatri, barn och primärvård. Verksamheten uppfattar att det är svårt att lyfta akutsjukvården inklusive ambulansfrågor. Ambulansverksamheten har två enheter, väst och öst som har olika arbetskultur trots att de båda finns inom den länsgemensamma akutkliniken. Akutkliniken består förutom de två ambulansenheter av akutvårdsavdelning Karlshamn, akutmottagning Karlskrona, och vårdadministration.

I Region Västmanland har ambulansverksamheten en länsorganisation. Från att tidigare varit klinik ihop med akutmottagningen i Västerås så blev ambulans i och med en ny organisation från januari 2020 en egen klinik inom sjukhusvården. Verksamhetens uppfattning är att den tidigare placeringen tillsammans med akutmottagningen, trots förhoppningar, inte gav några större synergieffekter under de cirka 10 års de var gemensam klinik. De gör bedömningen att den nya organisationen ger dem bättre förutsättningar för utveckling av den prehospitala vården.

I Region Västernorrland finns ambulansverksamheten organiserad under Specialistvården/Sjukhusvården och är från och med årsskiftet en länsklirik i likhet med kirurgi, ortopedi, anestesi. I länsorganisation har varje större station en egen enhetschef som sitter i klinikens ledningsgrupp.

Dagens situation

I Region Örebro län finns det tre separata verksamheter på de tre sjukhusen. Behandlingsrutinerna är i grunden desamma men kompetenser, utrustning och vissa rutiner skiljer sig åt. Örebro har en stor andel utbildade ambulanssjuksköterskor medan det inte bedömts vara realistiskt att rekrytera den kompetensen på samma sätt i Lindesberg och Karlskoga, där det istället finns sjuksköterskor med andra

specialiteter. I Örebro finns formaliserade krav på bland annat att sjuksköterskor ska ha handledare under ett år och att de inte får ge läkemedel förrän tidigast efter en sex månader lång inskolning. När hen anses redo görs ett delegeringsprov som följs av ett samtal med chefen.

Örebro har en medicinskt ledningsansvarig läkare (MLA) på 50 procent. Ambulans i Lindesberg delar MLA med akutmottagningen medan man i Karlskoga delar med medicin.

Redan idag finns förutsättningar för en enad material- och utrustningssida med gemensamma upphandlingar men det finns skillnader mellan enheterna relaterat till olika kompetenser, rutiner, prioriteringar och schemaläggning. En strävan till ensning av de tre schemalägningsrutinerna finns men är efter flera år fortfarande inte helt genomförd. Dessa variationer riskerar påverka leveransen av jämlik vård och patientsäkerhet.

Idag finns det tre aktiva doktorander på USÖ. Förutsättningar bedöms som goda och känslan är att det fungerar bra med en akutklinik som är en universitetssjukvårds-klinik. I Karlskoga finns det en tjänst som är med universitetet men i Lindesberg finns ingen direkt FoUU-koppling.

Samarbete/samverkan

Verksamhetsutvecklare och central ledning från de tre enheterna har gemensamma länsambulansmöten. Av tradition har Örebro ordförandeskapet men det skulle kunna vandra mellan enheterna. Uppföljning görs men är begränsad, det är ett stort utvecklingsområde där en länsverksamhet eventuellt kan ge bättre förutsättningar för datauttag och analyser som kan leda till att förbättringsåtgärder vidtas.

En del i uppföljning är hanteringen av avvikelser där medarbetare idag gör rapporteringar men återkoppling eller åtgärder är bristande vilket skapar en uppgivenhet. Avvikelser relaterade till SOS-Alarm är ett exempel på ett utvecklingsområde. En problematik relaterat till dessa är att SOS-Alarm hävdar sekretess och att det idag inte finns något sätt att följa upp och mäta hänvisningar, nekade ambulanser etc. Det går inte att följa vad som hände med den patient som togs åt ett annat håll i systemet. Verksamheten upplever en frustration över att det trots digitala hjälpmedel inte kan komma framåt då det finns en målkonflikt mellan statlig och regional överblick. Åtgärder som kan förbättra förutsättningarna är en starkare central ledning för ambulansen och att SOS-uppdraget hålls ihop centralt.

Gemensamma arbetsplatsträffar, fortbildningsträffar och konceptutbildningar är en bra grund för mer samarbete. Det finns en medvetenhet på de mindre enheterna om att de oberoende organisation behöver utveckla samarbetet mellan enheterna.

En utmaning för ambulansverksamheten är att olika specialistområden genomför ändrade patientflöden utan att involvera ambulansen tillräckligt tidigt. Ambulansen behöver involveras i tidigare skede.

En gemensam anda mellan de tre enheterna kan skapas men då måste en känsla av att kunna påverka finnas. Exempel på ett positivt samarbete är SOS-projektet med Lindesberg och Örebro. Körinstruktörer är även det något att jobba mer tillsammans med.

Tankar kring länsverksamhet

Länsverksamhet för ambulansen har diskuterats i region Örebro i över tio år. En för länet sammanhållen och gemensam ledning bedöms kunna ge mer kraft och ledning till en ambulansverksamhet som av många idag ses som en servicefunktion och där utvecklingsfrågor är nedprioriterade. Idag försvinner den tredelade verksamheten lätt i den mycket större akutverksamheten.

Flera intervjuade förmedlar att det behövs ett ökat samarbete och en chef som kommunicerar ambulansens behov och perspektiv och att detta borde kunna leda till en positivare anda i hela ambulansverksamheten.

Genom sammanhållen ledning kan risken för ojämlik vård utifrån olika kompetenser, rutiner och kulturer minska; onödiga resor kan begränsas och bemanningssamarbeten förenklas av ensade arbetsrutiner och upplägg; och sårbarheten i bemanning och kompetens kan också minskas.

Funktionen som MLA i en länsverksamhet innebär sannolikt bättre förutsättningar för de mindre enheterna där resursen idag riskerar att försvinna till annan verksamhet. Möjligheten till ett för länet bra uppföljningsarbete är kopplat till MLA liksom att en länsverksamhet har gemensam controller och gärna även verksamhetsutvecklare och kvalitetssjuksköterska.

En länsklinik borde kunna ge bättre förutsättningar för en utalarmeringstjänst där en SOS-enhet kan knytas tätare till verksamheten.

Med bra chefer och ett ledarskap som har tydligt mandat i hela delegationskedjan finns goda förutsättningar för att ambulansen ska kunna få kraft och utvecklas. Viktigt att det finns mandat hos mellanchefer så att hen får möjlighet att jobba nära sin personal. Det finns ett starkt symbolvärde i att alla chefer inte sitter i Örebro.

8. Risk- och konsekvensanalys avseende FoUI-uppdrag för fler länsverksamheter

Region Örebro läns forskningschef har bidragit till utredningen med en kort risk och konsekvensanalys avseende FoUI (Forskning och Utveckling/Innovation) påverkan i samband med uppdraget att utreda förutsättningarna för fler länsverksamheter.

Bakgrund

Forsknings- och utbildningsnämnden ansvarar på politisk nivå för dessa verksamheter inom det medicinska området inom Region Örebro län oaktat inom vilket förvaltning forskning och utbildningsuppdrag pågår. Regionens forsknings- och utbildningsorganisation är organiserat som ett område inom HS-förvaltningen.

Från FoU organisationens perspektiv hanteras därför flertal frågor områdes- och förvaltningsövergripande varför vissa organisatoriska förändringar av denna karaktär på en övergripande nivå bedöms ha ringa påverkan på FoUI uppdrag.

Årligen görs inom regionen forskningsbokslut, 2020 års siffror är fortfarande preliminära. För närvarande finns knappt 400 publikationer inlagda. Av de av utredningen berörda verksamheterna finns ett antal forskningsaktiva men vid analys av publikationer sker alla i samverkan med regionens övriga verksamheter.

För kliniker och särskilt s.k. universitetssjukvårdsenheter ska i ledningsgrupp ingå FoU ansvarig, helst på docentnivå.

I mer detalj framförs nedan ett antal risker, möjligheter och konsekvenser.

Risker

Inga uppenbara risker kan identifieras

Möjligheter/konsekvenser

Förbättrad samverkan med gemensam FoU ansvarig för länsverksamheter.

Förbättrade möjligheter att genom profilering av verksamheten skapa underlag patientunderlag för forskning och innovationsmiljöer/testbäddar.

Förbättrade möjligheter till att säkra utbildningsuppdrag versus utbildningsanordnare (ÖU m.fl.) genom gemensam ledning av utbildningsuppdraget.

9. Erfarenheter från förändring till länsverksamhet

9.1 Ortopedklinikens organisationsförändring

Utredningen har tagit del av erfarenheter från den organisationsförändring som genomförts inom ortopedin i länet. Ansvarig verksamhetschef har intervjuats och utredningen har även fått ta del av den utvärdering som genomförts, både genom att få tillgång till underlagen men också genom att få närvara på ortopediklinikens möte 2020 11 23 då ledningen fick en genomgång av utvärderingen tillsammans med de externa experter som anlits för uppdraget.

Dagens situation

Från att tidigare ha varit tre självständiga kliniker i Karlskoga, Lindsberg och Örebro så gick ortopedin år 2016 samman till en gemensam länsorganisation under en förändrad och gemensam ledning. En bakgrund och drivkraft i organisationsförändringen var att region Örebro län hade dålig placering i Öppna jämförelser och att man vill uppnå större värde för patienten. Utgångsläget var att de mindre enheterna hade en förhållandevis bra funktion men att ”det i länet var två för stora sjukhus och ett för litet sjukhus”. Utmaningen blev att använda de resurser som fanns och styra patientflöden dit där vårdplatser fanns samtidigt som en målsättning var att resultaten i kvalitetsregister skulle förbättras.

Det gemensamma uppdraget var att:

- Etablera god forskning
- Öka tillgängligheten
- Säkerställa en god kvalitet
- Införa en hållbar struktur

Personalen har fått möjlighet att komma med synpunkter och det har gjorts lite justeringar utifrån detta. Idag finns sektioner på de olika orterna och uppdraget har kunnat utökas. En sektionschef har fullt ansvar för ekonomi och personal.

Länskliniken har en omvårdnadssektion med omvårdnadschef liksom en ledningsstab med controller, verksamhetsutveckling och produktion.

Utvärdering av genomförd organisationsförändring

Utvärderingen ska bedöma i vilken mån de fyra målen i uppdraget är uppnådda och rekommendera vägval för det fortsatta arbetet. Den ska utifrån den förändrade ledningsorganisationen, göra en fördjupad analys av klinikens ledning och styrning och bedöma om kliniken har en ändamålsenlig och över tid hållbar lednings-

organisation. Slutligen ska även en redovisning och analys göras av de ekonomiska effekterna.

Mål med utvärderingen var att utifrån analysen identifiera möjligheter och hinder för klinikens fortsatta arbete inom forskning, vårdproduktion, kvalitet och struktur samt att föreslå åtgärder för att ytterligare stärka klinikens arbete med uppdraget och ledningsgruppens samlade förmåga att utveckla ortopedin i region Örebro län. Vilka ekonomiska förutsättningar som finns eller behövs för den fortsatta utvecklingen ska identifieras.

I utvärderingen lyftes bland annat klinikens goda stämning, morgonmöten på länk, grundliga produktionsrapporter med ICD, geriatriker på avdelningen och frakturmottagning som positivt.

Några förbättringsmöjligheter som identifierades var att ha en Journal club med genomgång av vetenskapliga artiklar, komplikationsgenomgång och grafisk presentation av nyckeltal för patientsäkerhet. Inför framtiden pekades på att det på grund av fler äldre kommer att bli större volymer och att det är viktigt att mäta och återkoppla liksom att utvecklingen gör att det inte är möjligt att ha allroundkompetens utan att subspecialisering behövs.

Vårdproduktion och ekonomi

Utvärdering av nettokostnadsökning mellan åren 2015 till 2019 visar att ortopederna har haft en ökning med 18 procent medan kliniker som kirurg, onkolog, urolog, ögon och ÖNH har haft en ökning med mellan 21-57 procent under samma period.

Vårdproduktion i DRG-poäng ökade under samma period med 16 procent medan de jämförda klinikerna hade en produktion mellan -17 procent till +40 procent med en genomsnittlig produktionsökning på 11 procent. Ortopedkliniken har ökat produktionen till en relativt sett låg kostnad mycket till följd av att den köpta vården kunnat minska och den sålda vården kunnat öka.

Utvärderingens resultat i sammanfattning

I genomförandet av organisationsförändringen har det funnits öppenhet, prestigelöshet och beredskap att testa och utvärdera. Viktiga delar i ett framgångsrikt angreppssätt har varit patientfokus och forskning. Sjukhusens profilering är genomförd och vårdproduktionen har ökat samtidigt som den minskar i de flesta andra regioner. Väntetiderna var i princip borta 2018 men har nu ökat lite.

Verksamhetschefen har kunnat identifiera möjligheter och kunnat rekrytera kompetenta medarbetare. Det finns engagerade och lojala medarbetare som mår om patienterna.

Produktions- och controllerfunktionen är viktig för styrningen. Den ger möjlighet att tidigt se vart man är på väg och öppnar för justeringar i organisationen. En sådan är att det nu finns lokala enhetschefer för sekretariatet.

Styrkor i förändringen har bland annat varit regionledningens stöd, arbetssättet, stark organisation med indelning i sektioner, rekrytering av spetskompetens samt bra resultat och nöjda patienter. Flera av dessa styrkor är till en del förutsättningar för verksamheten. Svagheter/svårigheter är förankring, fusion av olika kulturer, förändringsmotstånd, opinionsbildning, litet patientunderlag för regionvård samt sjuksköterskebrist.

Utvärderarna ser möjligheter som att kringliggande regioner bromsar sig ur ekonomiska begränsningar medan ortopedkliniken gasar vilket kan öka utomlänsvård och utveckling inom teknik. De hot som finns är förändringströtthet, att identitet för helhet saknas och den ökade vårdtyngden med fler äldre och sjukare. Det finns i mellan-Sverige för små regioner med för många akutsjukhus och för litet patientunderlag för högspecialiserad vård.

Utvärderarna förmedlar vidare att ortopedkliniken har lyckats med en ökad vårdproduktion och med forskning och utbildning. Acceptans och förutsättningar för en långvarig och hållbar utveckling har också uppnåtts.

Budskap från utvärderarna är :

- att drivkraft och bakgrund till förändringen behöver vara tydlig och klar.
- att förändringsmotstånden behöver fångas upp, komma in och vara del i utvecklingsarbetet.
- att det är viktigt att få en tillräckligt stor kritisk massa med på tåget och att sektionschefernas roll utvecklas så att de ser att de är en del i universitetssjukvården i länet.
- att medarbetarna behöver identifiera sig som en del i länskliniken, inte i orten. Ett arbete med kulturfrågorna krävs då det finns ett stort värde i att skapa en vi-känsla.

10. Generella förutsättningar för en jämlik vård i länet när verksamhet bedrivs på flera sjukhus/orter

Det övergripande målet, och även syftet med denna utredning, är att i länet få en effektiv organisering av verksamheten som ger förutsättningar för att länsinvånarna ska erbjudas en god och jämlik vård inom de ekonomiska ramarna. En god och jämlik

vård i länet innebär att patienten, oavsett var hen bor och vilket av regionens sjukhus som blir patientens ingång till vård, får vård med likvärdig kvalitet och tillgänglighet.

Utredningen har efter att ha genomfört intervjuer och tagit del av rapporter inom området identifierat några avgörande och generella förutsättningar som gäller oberoende vårdområde:

- Närvarande ledarskap
- Uppdrag/uppföljning och analys
- Samarbete/kultur
- Förändringsprocessen

För att skapa en likvärdighet, när ett vårdområde har verksamhet på fler orter, behöver det finnas en för enheterna överordnad ledning/styrning. Från de intervjuer som genomförts med ledningspersoner i andra regioner framträder en tydlig bild av behovet att endera skapa länsverksamheter eller annan överordnad ledningsstruktur. Oavsett alternativ behöver denna ledning, i enlighet med resonemanget nedan, vara närvarande och ansvara för att ställa krav och göra uppföljningar av de olika enheterna inom ett vårdområde. Utöver en organisering i länsverksamhet finns motsvarande roll endera på divisionschef eller sjukhuschef/hälso- och sjukvårdschef.

I vårt län finns samarbete mellan olika enheter inom ett vårdområde, men då ingen har ett överordnat ansvar begränsas möjligheterna att till exempel säkerställa jämlik tillgänglighet till insats/åtgärd för länsborna.

De identifierade generella förutsättningarna beskrivs närmare i följande avsnitt.

10.1 Närvarande ledarskap

I de intervjuer som genomförts både internt och externt liksom i Vårdanalys rapport "Visa vägen i vården" (2017:7) blir det tydligt hur viktigt ett bra ledarskap är, både för arbetsmiljön och för genomförandet av uppdraget. Det gemensamma uppdraget kräver i sin tur att ledningen verkar för en samarbetskultur där ett bra uppföljningsarbete ger möjlighet till analys som kan ligga till grund för åtgärder och aktiviteter.

Återkommande framförs behovet av ett bra och närvarande ledarskap som ges möjlighet att driva den lokala verksamheten. Att ha ett närvarande ledarskap är inte synonymt med att det alltid ska finnas en chef fysiskt närvarande, utan olika typer av digitala möten, videokonferenser samt mailflöden kan komplettera den fysiska närvaron. Det centrala är att ledningen upplevs närvarande och "bryr sig om" och då även för medarbetare utanför ledningsgruppen. Närhet till ledningen behövs för att man ömsesidigt ska kunna ge/ta synpunkter, men närvaron krävs också för att ledningen ska kunna förmedla en kultur där alla känner sig som viktiga medspelare i det gemensamma uppdraget.

Gemensam chef för alla enheter inom vårdområdet

En verksamhetschef får ansvar för alla enheter inom vårdområdet oberoende var i länet vården bedrivs. En för enheterna gemensam ledning innebär bättre förutsättningar att:

- skapa en gemensam värdegrund och ett samarbete med patientens bästa i fokus (oberoende patientens bostadsort).
- säkerställa ett tydligt ansvar att bidra till vårdområdet i länet med tydliga uppdrag och gemensamma krav på t.ex. riktlinjer, väntelista.
- kunna hantera bemanningsproblem, anställa och planera ST-utbildning.
- genom koncentration av sällanåtgärder till en enhet skapa attraktiva arbetsplatser samtidigt som förutsättningarna för effektiva flöden skapas.
- säkerställa att länsbor med kroniska tillstånd som behöver tät kontakt med vården (och som inte har ett samtidigt behov av många andra specialistområden) finns på alla tre sjukhus.

De små lokala enheterna kan behöva prioriteras framför USÖ. Ett exempel är att det vid läkarbrist bör vara en högre tröskel till att dra in resurser från en liten enhet för att bemanna på USÖ än motsatsen. Detta då det finns en större massa att ”jämka ihop” en bristsituation med på USÖ. Den lilla enheten, som blir av med sin begränsade läkarresurs, löper större risk att inte kunna nyttja andra personalresurser effektivt.

Utifrån prioritering av patienter och vikten av en jämlik tillgänglighet till vård så behöver samma förutsättningar/krav och uppföljning gälla för att inte riskera att befolkningen i en länsdel får andra förutsättningar, till exempel genom att en lokal enhet främst ser till sin egen befolkning. Behandlas en och samma patientgrupp/sjukdomstillstånd på fler enheter i länet är gemensam och likvärdig uppföljning inte bara värdefullt utan även nödvändigt för att garantera jämlik vård.

Ledarskap i hälso- och sjukvården

Vård och omsorgsanalys har i rapporten ”Visa vägen i vården 2017:7” listat följande komponenter som är viktiga för ett gott ledarskap i hälso- och sjukvården. Enligt forskningen krävs:

- ledare som förstår sitt sammanhang och har ett systemtänkande.
- ledare med kompetens och förutsättningar för att arbeta med relationer mellan människor och mellan olika delar av organisationen.
- ledarskap med fokus på meningsskapande och lärande ledarskap med fokus på att organisera och styra nätverk som gör det möjligt för verksamheter och medarbetare att samverka för att möta patientens behov.

- ledarskap med kompetens i förbättringsarbete och förändringsledning. Utmaningar för chefer i hälso- och sjukvården är bristfälliga stödstrukturer och mycket administration. Det ger mindre goda förutsättningar att utöva ett närvarande ledarskap och att driva utvecklingsarbete i komplexa organisationer med ett högt förändringstryck. Andra försvårande faktorer är otydliga roller mellan politiker och tjänstemän, vilket kan leda till bristande långsiktighet och fragmentisering.

Fem områden i en utvecklingsagenda för ett stärkt ledarskap är:

1. stärkta förutsättningar för ett verksamhetsnära och patientcentrerat ledarskap.
2. ökad attraktivitet för chefskap.
3. stärkt förmåga att leda i komplexitet, förändring och förbättring.
4. strategisk och kunskapsbaserad ledarskapsutveckling.
5. sammanhängande regional och nationell styrning för att möta de gemensamma utmaningarna.

Ledningsstrukturen måste spegla alla enheter som ingår. Viktigt är att det är tydligt vilket ansvar och uppdrag som ligger på de olika enheterna. Detta då en farhåga är att en lokal enhet känner sig utan egenbestämmande ”och alltid måste fråga Örebro”. Ledningen behöver tänka igenom hur delaktighet skapas bland medarbetarna; hur en gemensam bild skapas av regionens hela uppdrag inom aktuellt vårdområde; samt hur de olika enheterna bidrar till att svara upp mot vårdbehoven som finns.

10.2 Uppdrag, uppföljning och analys

10.2.1 Det gemensamma uppdraget

När vård bedrivs på flera orter i länet finns ett behov av att utveckla en samsyn och en bild av att de olika enheterna har ett gemensamt ansvar för helheten inom vårdområdet.

10.2.2 Uppföljningsarbetet

Oberoende organisationsform finns behov av krav på uppföljning och för vårdområdet gemensam controllerfunktion. Har alla tre sjukhus vård för en patientgrupp så måste det ensas vilka data som ska registreras kring den diagnosgruppens vårdkontakter, aktuella insatser/åtgärder osv. Detta för att kunna följa upp vårdens kvalitet och att den ges på jämlika villkor.

I hälso- och sjukvårdsförvaltningen finns ett påbörjat arbete med ett årshjul för olika uppföljningar. Att kunna kommunicera vad som behöver registreras och varför är en viktig del för att få registreringarna gjorda. Att ha en hög täckningsgrad (hög andel av

patienter med aktuell diagnos som har registrerats i aktuellt kvalitetsregister) är en förutsättning för att kunna dra nytta av resultaten och kunna göra jämförelser både inom länet men också mellan olika regioner och nationellt.

10.2.3 Produktion och ekonomi

Produktion kan inte enbart värderas i antal besök och återbesök utan behöver även kopplas till resultat för patienten. Ett länsövergripande samarbete kan ge förutsättningar för att identifiera hur olika patientproblem/vårdförlopp ska hanteras med tydligt definierade insatser för att skapa bästa medicinska förutsättningar. Hur länge ska en viss åkomma följas upp; vilken profession behöver möta patienten och med vilket tidsintervall; när kan patientens vård ges inom primärvården – det är exempel på frågor som med genomarbetade svar kan bidra till en effektiv vård på lägsta effektiva vårdnivå.

10.2.4 Analys och åtgärder

De lokala förutsättningarna är och kommer rimligen även fortsättningsvis vara olika men med en gemensam transparent uppföljning samt analyser blir det i alla fall möjligt att jämföra, prioritera och justera i aktiviteter och åtgärder för enheterna.

Patientflöden och sjukdomstillstånd

Urbanisering och åldersförskjutningar i patientunderlagen kommer förändra förhållandena i länet och för de tre sjukhusen. De mindre sjukhusen kan behöva stärkas inom geriatriken och den nära vården då andelen äldre blir fler. De små sjukhusens befolkningsunderlag minskar samtidigt som det blir en kraftig ökning för USÖ. En mer hållbar styrning och ledning kan behövas för att hantera dessa förskjutningar i patientunderlag. Om en jämlik vård ska kunna garanteras krävs samarbete när det gäller produktionsstyrning, bemanning och en gemensam uppföljning med fortlöpande analyser och förbättringsåtgärder.

10.3 Samarbete/kultur

Även om organisering i en länsverksamhet kan vara en fördel så är organisation inte hela lösningen för att skapa samarbete. Saknas en samarbetskultur där alla ser ett gemensamt ansvar för helheten inom vårdområdet, behöver det arbetas med kultur, samarbetsformer och mötesplatser. Centralt är en diskussion om vad innebörden av god och jämlik vård är och hur den ska säkerställas utvecklas inom vårdområdet. För den diskussionen behöver gemensamma mötesplatser finnas.

Samarbete mellan länets olika enheter

Ansvarig ledning på vårdens alla nivåer behöver kommunicera, och agera utifrån, en gemensam värdegrund där fokus ligger på samarbete för att lösa patientens

situation/behov snarare än på definitioner av respektive verksamhets gränser för ansvar.

Oavsett organisering behöver kraven på samarbete mellan enheterna öka. Samarbete kan ske inom produktionsplanering, kvalitetsutvärdering/kompetenshöjande åtgärder och bemanning. Finns inte en tydligt överordnad chef så avgör samarbetsviljan huruvida dessa uppdrag blir prioriterade och genomförda eller ej.

Med en chef i linjen utsedd att ha ett ansvar för länet underlättas sannolikt arbetet med gemensam väntelista; riktlinjer; delat bemanningsansvar; uppföljning och analyser av produktion och kvalitet; etc.

Med en tillgång till videokonferenssystem på vårdområdets alla enheter skapas bra förutsättningar för samarbete, för ett närvarande ledarskap och för gemensam kompetensutveckling. Gemensamma arenor behöver finnas både för ledningsstrukturen på de olika orterna men även för medarbetarna på enheterna. Medarbetarna behöver kunna delta i enhetsöverskridande arbeten, komma med förslag och få möjligheten att bli lyssnade på – allt detta för att bygga upp en samarbetskultur.

Koncentration av viss vård

För att tillvarata lokalerna på de mindre sjukhusen, och också för att skapa attraktiva arbetsplatser med en stimulerande och utvecklande arbetsmiljö, kan koncentration av viss specialistvård till de mindre sjukhusen vara lämplig.

Villkoren för medarbetare

Flera lyfter värdet av att alla i ett team finns under samma chef. Samtidigt finns en medvetenhet om behovet av ett samarbete för att klara bemanningsbehoven för de mindre enheterna.

Blir valet att ha läkare inom ett vårdområde anställda på USÖ men med uppdrag att till viss del i sin tjänst arbeta i Karlskoga eller Lindesberg, så finns en utmaning i att kunna möta behovet av att känna tillhörighet. En centralt anställd läkare riskerar att inte bli en lika naturlig del av teamet på det mindre sjukhuset och får därmed sämre förutsättningar att bygga nätverk och utveckla samarbetsformer inom det lokala sjukhuset.

När det gäller att skapa attraktiva arbetsplatser på de mindre sjukhusen så lyfts specialisering inom specifikt patientflöde fram som viktigt. Däremot görs bedömningen att lön sällan är avgörande för en rekrytering. Kompensation för resor vid tjänstgöring på ytterligare ett sjukhus kan dock ha viss betydelse.

Kompetensförsörjning

En hållbar struktur som tidigt kan agera för att hantera potentiell sårbarhet behöver skapas. Det handlar om att se behov utifrån förändringar i patientunderlag, behov av

och planering av ST-utbildning, kompetenshöjning och internutbildning samlat för de olika enheterna.

Samverkan inom sjukhusen

En risk med länskliniker är att de blir nya stuprör utan kontakt med övriga på det lilla sjukhuset. Ett förstärkt samarbete med den stora kliniken måste därför följas av ett aktivt arbete för att inte tappa förtjänsterna med att vara en liten och flexibel del av ett litet sjukhus.

Process- och linjeorienterat arbetssätt

En linjeorganisation är en hierarkiskt uppbyggd organisationsform där varje medarbetare endast har en enda direkt överordnad chef och den utmärks av en strikt fördelning av arbetsuppgifter, ansvar och befogenheter. Processer å andra sidan är mer arbetsflöden än en form av organisering. I praktiken innebär arbetet med processer att linjeorganisationen och processorganisationen möts i en matrisorganisation.

Ledning och styrning kan ha mer eller mindre processinriktade delar. En länsverksamhet är i grunden linjeorienterad medan olika former av samverkan mellan berörda kliniker blir mer processinriktade, till exempel behöver mötesplatser/forum finnas för den lokala samverkan på de mindre sjukhusen.

Det har under åren visat sig utmanande att få kraft i processer där processledaren inte har ett tydligt mandat från linjeorganisationen. Det finns därför ett stort värde i att säkra processers livskraft genom tydliga kopplingar till linjen.

10.4 Förändringsprocessen

För att lyckas med genomförande av en organisationsförändring behöver det finnas ett tillräckligt antal för verksamheten kritiskt viktiga personer som vill genomföra förändringen. Dessa ska helst ha sin förankring från olika delar av verksamheterna inom vårdområdet. De som ska göra förändringen behöver också ha klarhet i målbilden ”vart är vi på väg”.

Risker

Utan en tydlig kommunikation kring syfte, målsättningar och samarbetskultur riskerar varje omorganisation att leda till otrygghet, upprördhet och/eller organiserade motreaktioner. Med en tydlig genomarbetad kommunikationsplan som förankras hos alla ansvariga reduceras risken för en mindre konstruktiv och nyanserad diskussion om den föreslagna förändringen.

Möjligheter

Genom att ha en stor chefsnärvaro och tidigt och öppet kommunicera kring syfte och mål med den planerade förändringen kan personalens oro mötas. Skapande av arenor för återkommande dialog och möjlighet för personalen att ställa frågor kan ge trygghet i förändringsprocessen, detta är speciellt viktigt på de mindre enheterna.

Kan trygghet skapas så kan de organisatoriska förändringarna genomföras lugnt. Medarbetarna behöver identifiera sin roll och sin uppgift till vårdområdet i länet och inte till ett sjukhusområde. Det finns ett stort mervärde i att lyckas skapa en vi-känsla och få en kultur som ser helheten och ansvaret för patienten oberoende var hen är bosatt.

I enlighet med ortopedins etablering av länsverksamhet behöver fokus ligga på att öka tillgängligheten, säkerställa en god kvalitet, införa en hållbar struktur och etablera god forskning. En hållbar struktur inkluderar bemanningsfrågan.

Förutsättningar relaterat till omställning till nära vård

En utmaning för regionen är att, inför ställningstagande om ytterligare länsverksamheter, väga in i vilken mån aktuellt verksamhetsområde påverkas av arbetet med omställning till nära vård.

I utredningen ”Sammanhållen primärvård med länsdelsspecifika processer” pekas på behovet av att det skapas en för länet gemensam och konkret målbild för vart verksamheterna ska sträva. Det finns ett behov av att i ett brett samspel konkretisera vad en god och nära vård ska innehålla, kort- och långsiktigt.

Behovet av att tydliggöra målen för det utvecklings- och omställningsarbete som ska ske lyfts i utredningen ”God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem” (SOU 2020:19) där det föreslås att det ska ställas krav på huvudmännen (regionen – kommunerna) att gemensamt ta fram en plan för utveckling och planering av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå. Redan idag har ett antal regioner sådana gemensamma planer. Region Örebro läns arbete med en färdplan har försenats på grund av coronapandemin men kommer under 2021 växla upp med bland annat workshops med alla länets kommuner för att arbeta fram en gemensam målbild runt nära vård.

I regionen finns utvecklingsbehov både när det gäller länsövergripande samarbeten inom ett vårdområde och vid utvecklandet av den nära vården med sina kopplingar till olika vårdområden.

11. Lärdomar från andra regioner

Innan vi går vidare med reflektioner och förslag påminner vi här i koncentrerad form om de huvudsakliga lärdomar vi kan dra från andra regioner. Som framkommer i kapitel 7 skiljer sig olika regioners förutsättningar och organisation åt vilket medför att det varken är möjligt eller lämpligt att helt ”kopiera” en annan regions förändringsprocess. Det finns dock en del erfarenheter och förslag från andra regioner som kan vara värdefulla att reflektera kring, och överväga att beakta, i en organisationsförändring.

Följande lärdomar har framkommit i utredningen:

- Viktigt att berörda parter (representanter från berörda enheter, tjänstemannaledning och den politiska ledningen) skapar en gemensam målbild och har ett tydligt syfte med en omorganisation.
- Viktigt med kommunikation och dialog med transparens kring planerade förändringar. Det finns behov av en bred dialog med kommunpolitiker och personal som påverkas. Ett viktigt budskap är att det inte är aktuellt att lägga ner de små sjukhusen utan att det handlar om en omstrukturering som ska säkra verksamhet på de orterna. Anledningarna till att förändringen behöver göras bör kommuniceras och informeras om brett.
- Viktigt att få ett förändrat fokus – från sjukhusområde till vårdområde.
- Det finns risker med för stort avstånd mellan första linjens ledning och central ledning.
- Viktigt att motverka storebror-lillebrorssituationen och säkerställa att det stora sjukhuset inte ”glufsar” i sig resurser från de mindre sjukhusen.
- Ett tydligt nischat uppdrag till det mindre sjukhuset kan skapa motivation för resa mellan olika sjukhus. Det kan även ge en positiv utveckling av kvalitet och möjligheten att bemanna.
- En för de ingående enheterna gemensam controllerfunktion är central. Fastställ gemensamma mätetal och uppföljningsdata (t.ex. produktion, kostnader, kvalitet, medicinska resultat). Det är viktigt både initialt och fortlöpande med analys av skillnader som underlag till förbättringsåtgärder och förändrade arbetsätt eller patientflöden.
- Organisationsformer som till exempel divisioner och centrumbildningar kan, om mandat och funktionalitet finns, vara en struktur som blir ett stöd igenom förändret av en god och jämlik vård.
- Varje form av koncentration/nivåstrukturering är en svår process – uppstår inte spontant.

- Det är viktigt med gemensamma mötesplatser. Att hitta balansen mellan lokaltillhörighet och samverkan är avgörande för en lyckad organisation. Det är viktigt att värna den positiva anda som en stark sjukhuskänsla medför.
- Dagliga digitala möten bygger en ”vi”-anda.

12. Reflektioner och förslag

Här beskriver utredningen vilka vinster/fördelar respektive risker med att förändra organisationen, det vill säga skapa fler länsverksamheter, som har framkommit.

Länsverksamheten med en gemensam linjechef är en organisationsmodell som kan ge goda förutsättningar för arbetet med att få en god och jämlik vård, men det finns även andra organisationsformer och olika relationer mellan linje- och processtyrning.

Utredningen har identifierat ett antal kriterier som bedöms vara viktiga att beakta inför en förändring av organisationen.

Om en verksamhet berörs av nära vård-omställningen kan det vara en fördel att avvakta med en organisationsförändring tills strukturen för nära vård-uppdraget blivit tydligt. Detta för att inte riskera att den förändring som görs inte ger stöd för den framtida verksamhet som ska finnas inom nära vård.

I intervjuerna som genomförts framgick att förmågan att reflektera utifrån en annan typ av verksamhet än den man befinner sig i varierar, allt från att nyanserat kunna resonera kring de olika typerna av organisation till att enbart ha tankar utifrån sitt eget sjukhus/verksamhets perspektiv.

Vid en organisationsförändring är det viktigt att få tillräckligt många att se värdet av förändringen för att inte oro och förändringsmotstånd ska skapa negativa spiraler med sämre arbetsmiljö och sämre produktion som följd. Centralt blir att kunna kommunicera vad det är för problem som ska lösas genom införande av länsverksamhet och vad som förväntas bli bättre genom att göra förändringen. Tydlighet är avgörande och så är också att förändringen har kunnat diskuteras och förankras i de olika enheterna inom ett vårdområde.

12.1 Vinster/Fördelar

- Med en för vårdområdets olika enheter gemensam bild av vad som ska åstadkommas för patienten så kan ett vi-tänk skapas i genomförande av vården.
- Genom ett kultur- och värdegrundsarbete kan samsyn skapas och en genuin förändring uppstå. Det innebär att chefer och medarbetare tänker, känner och

agerar på ett nytt, men framför allt delat, sätt och att detta förhållningssätt genomsyrar alla nivåer.

- Ett väl genomfört planeringsarbete, samverkan och krav på respektive klinik kan tillvarata många av de positiva aspekterna av ett lokalt förankrat litet sjukhus.
- Hyrläkarberoende på små enheter kan troligtvis bli mindre genom ett länsövergripande bemanningssamarbete.
- Kompetensförsörjningen kan säkerställas genom ett samarbete med den centrala enheten för att minska sårbarheten för den lilla enheten. Möjligheterna blir större att centralt kunna styra resurser dit behoven finns.
- Gemensamma riktlinjer och rutiner för samma patientgrupp kan lättare implementeras och följas upp.
- Likartade krav på kompetens, inskolning och handledning kopplat till olika funktioner på de olika enheterna kan säkras.
- En tydlig länsövergripande styrning ger bra förutsättningar att arbeta med kommande demografiska förskjutningar av patientunderlag.

12.2 Risker/nackdelar

- Medarbetare, länsbor och kommunföreträdare förstår inte varför organisationen behöver ändras och får därför svårt att acceptera den.
- Vid avsaknad av ett tidigt kommunikations- och förankringsarbete kan ledningsstrukturen bli skadligt ifrågasatt.
- Kommunikationen begränsas till bilden att länet ska ha tre akutsjukhus och olika resultat, kvalitets- och effektivitetsaspekter förloras. Länsbon får då inte inblick i dessa aspekter utan riskerar att hamna i frågor som begränsas till antal jourlinjer och akutmottagning dygnet runt.
- De små enheterna blir, eller upplever att de blir, nedprioriterade. Om de små enheternas specifika behov, villkor och förutsättningar inte vägs in kan en organisationsförändring upplevas orättvis. Till exempel behöver avtal med region Värmland som påverkar Karlskoga lasarett vägas in.
- Under en övergångsfas finns risk för minskad produktion och minskad tillgänglighet för patienterna om organisationsförändringen inte förankrats.
- En positiv samarbetskultur och sjukhusanda på det lilla sjukhuset kan förloras vid ett mindre väl genomfört planeringsarbete gällande prioriteringar, samverkan och krav på respektive klinik.

- Ledningen i Örebro prioriterar utifrån Örebros behov och beaktar inte de mindre enheternas situation, inte minst i pressade situationer. Om läkarresurser prioriteras till USÖ kan det påverka övrig personal på den lilla enheten och ge ineffektivitet där. Att använda den lilla enheten som en bemanningsreserv kan uppfattas som ”Storebrorsfasoner”.
- Nya stuprör uppstår genom fler länsverksamheter.
- Samarbete över gränser kan försämrats och patienten fortsätter att falla mellan ”stolar” men nu mellan ”nya stolar”.
- Vi och dom kan förstärkas om inte en gemensam värdegrund kan skapas. Skilda kulturer på enheterna riskerar att skapa ojämlik vård.

12.3 Förslag på kriterier att beakta inför förändring av organisation

Med utgångspunkt från målet att nå en god och jämlik vård, och utredningens uttolkning av målet i form av centrala begrepp, så har utredningen funnit ett antal kriterier/fokusområden som kan ge bra förutsättningar för att kunna arbeta mot målet om en god och jämlik vård för länsborna. Dessa kan med fördel användas som underlag för bedömning av respektive vårdområdes lämplighet att organiseras som länsverksamhet. Följande är kriterier/områden som behöver beaktas:

God och jämlik vård.

- Trygghet med tre underrubriker: *Ett närvarande ledarskap; Beaktande av den lilla enhetens villkor; samt Kommunikation av tydliga syften och målsättningar.*
- Tillgänglighet.
- Effektivitet.
- Kvalitet.

Då berörda kliniker bedöms ha varierande förutsättningar för att organiseras som länsverksamheter kan kriterierna med punkter i ett första steg användas för att utvärdera nuvarande status och förutsättningar. Oavsett om beslut sen fattas om en omorganisation så behöver verksamheterna inom aktuella vårdområden jobba systematiskt med ett länsövergripande perspektiv. Fokusområdena, tillsammans med specificeringen under trygghet, bedöms kunna utgöra underlag för detta arbete oavsett organisationsform.

De mindre enheterna/sjukhusen har en större möjlighet att bli aktiva drivande parter i omställningen till nära vård utifrån en lokal samverkan i närsjukvården och med

kommunerna. Detta kommer krävas för att skapa en närhet för gruppen med kroniska sjukdomar som kommer att öka. I arbetet med omställning till nära vård finns anledning att beakta utredningen ”Att verka på ett sjukhus med flera uppdrag: en genomlysning kring Medicinska kliniken och Geriatriska kliniken vid Universitets-sjukhuset i Örebro”.

De stora enheterna/USÖ har större möjligheter att bli drivande när det gäller högspecialiserad vård, forskning, utveckling och utbildning. Det innebär samtidigt inte att det stora sjukhuset och dess vårdenheter inte ska vara aktiva i omställningen till nära vård.

Fördelar och nackdelar med olika sätt att organisera en eller flera verksamheter bör vägas in i relation till varje enskilt vårdområde. Samma organisatoriska lösning är inte lika viktig som samma syfte och mål med tydliga uppdrag som följs upp, analyseras och justeras över tid.

Länsverksamheten, alternativt ett väl genomarbetat uppdrag kring samarbete mellan enheterna, ger större möjligheter att centralt styra resurser/patientflöden för att möta aktuella behov. Oavsett organisationsform behöver viktiga samarbetsformer säkerställas både inom vårdområdet och inom sjukhuset. Det finns behov av gemensamt förankrade prioriteringsordningar och ett samarbete kring bemanning och patientflöden. Både förväntad brist på specialkompetens och befolkningsprognoser pekar på behovet att minska sårbarheten på den lilla enheten.

Trygghet

Ett närvarande ledarskap

För medarbetarna är ett närvarande ledarskap en viktig förutsättning för att skapa trygghet.

- Krav på, och förutsättningar för, en länschef att ha frekventa avstämningar med alla enheter. Kontinuerliga fysiska möten behöver säkras men kan i viss mån kompletteras och berikas med frekventa digitala möten.
- Överväg om det behöver finnas lokal enhetschef och säkerställ att de mindre enheterna inte i alla frågor ”måste kontakta storebror i Örebro” utan att det finns ett tydligt delegerat ansvar/uppdrag.

Beaktande av den lilla enhetens villkor

- Prioritera den lilla enhetens förutsättningar, säkerställ stabilitet i patientflöden och bemanning så att den lilla enheten inte blir bemanningspool för den stora enheten.
- Bevara och utveckla samarbetsformer på de mindre sjukhusen.

Kommunikation av tydliga syften och målsättningar

- För att undvika lokala energikrävande missnöjesyttringar behöver det upprepat och i olika forum kommuniceras ett *tydligt syfte och målsättning med en tänkt organisationsförändring* – vad ska åstadkommas genom förändringen? En kommunikationsplan bör arbetas igenom för användning både internt till medarbetare, chefer och förtroendevalda och externt till länsborna och samarbetspartners som berörda kommuner. Detta skapar bättre förutsättningar för att det både internt och externt skapas en trygghet inför den förändring som ska genomföras.
- För länsborna innebär trygghet att uppleva att sjukvården kan leverera om behov uppstår.
- Genom kommunikation med ett tydligt syfte och målsättning med organisationsförändringen underlättas möjligheten att över tid justera eventuella obalanser och otydliga gränssnitt.

Tillgänglighet

- I uppdraget till olika vårdenheter inom ett vårdområde bör övervägas krav på gemensam remisshantering och väntelista för att skapa likvärdig tillgänglighet i länet.
- Närhet i form av tillgänglighet omfattar förutom geografisk närhet även öppettider och olika kontaktmöjligheter, det fysiska mötet i relation till det digitala. Den stora utmaningen ligger ofta i traditionen då nya arbetssätt för att öka tillgängligheten innebär behov av kulturförändringar för både personal och patient.
- Vissa patientflöden inom specialistvård har stor volym och innebär enklare åtgärder som ofta ska följas upp med regelbundenhet. För länsbon/patienten är det fördelaktigt om detta kan ske med geografisk närhet.

Effektivitet

- Länsverksamhet, eller annan för vårdområdet överordnad ledningsstruktur, kan underlätta arbetet för en effektiv vård.
- Uppföljning av produktion och kvalitet och en samsyn om värdet av detta behöver säkerställas. Behov av gemensamma och ökade krav på att följa upp, analysera och justera vid skillnader mellan enheterna.
- En omorganisation med fokus på samarbetskultur, uppföljningar och analyser kan väl genomfört främja ekonomisk balans. Hög kvalitet och låg variation

ger kostnadseffektivitet. En bra hantering av olika patientflöden ger en för patienten effektiv vårdprocess samtidigt som det har positiv effekt på resursutnyttjande och ekonomi för hälso- och sjukvården.

- Den specialiserade vård som invånarna behöver mer sällan kan av både kompetensmässiga och ekonomiska skäl med fördel koncentreras till färre och oftast bara ett sjukhus.
- Genom ökat samarbete kring produktionsplanering kan de olika enheterna bättre möta framtidens behov.

Kvalitet

- Säkerställ att det finns ett gemensamt systematiskt arbete för att fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet oavsett sjukhus och klinik. Det sker genom att gemensamt planera, följa upp, utvärdera och förbättra. Patientsäkerhetsarbetet liksom uppföljning av följsamhet till riktlinjer och analys och jämförelse av data mellan enheter i länet och mellan olika län skapar underlag för förbättringsarbete.
- Viktigt att beakta hur samarbetsytorna blir mellan eventuella länsverksamheter och de lokala klinikerna/närsjukvården. Nya stuprör måste i möjligaste mån undvikas för att ha kvalitet i patientens vårdförlopp.
- Genom koncentration av viss vård kan *patientvolymen* för den enskilda enheten bli större och ge professioner både enskilt och i team möjlighet att både kunna upprätthålla och utveckla sin kompetens. Detta då ett visst patientflöde krävs för att kvalitet och patientsäkerhet ska kunna säkras och förbättras. Specialisering inom ett avgränsat diagnosområde/åtgärdsområde skapar förutsättningar för kompetensförsörjning och kan ge en kritisk massa av forskningsintresserad personal där specialiseringen kan bidra till en stimulerande arbetsmiljö där den kliniska forskningen utvecklas.

Nivåstrukturering och koncentration

Argument för att nivåstrukturera och koncentrera finns i de utmaningar som vården står inför när det gäller kompetensförsörjning och attraktion i arbetsmiljö där exempelvis bemanning av mindre kliniker redan är en reell utmaning.

- Begränsade ekonomiska ramar kommer kräva prioriteringar av var och i vilken form och omfattning vårdutbud erbjuds.
- Specialiserad vård som invånarna behöver sällan kan koncentreras till färre och oftast bara ett sjukhus. Det blir av kompetensmässiga och ekonomiska resursskäl i flera fall en nödvändighet. En koncentration av viss verksamhet till ett av de mindre sjukhusen är ett sätt att både säkra hög kompetens och en

positiv anda samtidigt som förutsättningarna för kompetensförsörjning förbättras.

- Ett utvecklat länsövergripande samarbete kan bidra till att skapa en större vi-känsla. Framtidens vård kommer innebära att samverkan och samarbete blir nödvändigt på grund av personella, kompetensmässiga och ekonomiska begränsningar.
- I ett nationellt perspektiv kommer viss högspecialiserad vård endast erbjudas på 1 – 5 enheter i landet. För att region Örebro län ska kunna behålla och utveckla sitt utbud av specialistvård måste kloka kort- och långsiktiga prioriteringar göras.

Organisationsförändringars påverkan på produktion och ekonomi

De sammanslagningar som genomförts i både Norge och Danmark har resulterat i ökad produktivitet med stabila kostnader. I artikeln från Norge anges till och med en förbättrad ekonomisk situation. Initialt innebar förändringsprocessen i Norge att antalet patientbesök blev betydligt färre med resultatet att väntetiderna blev längre. Organisationsförändringar bör endast övervägas om den ökar sannolikheten att kunna nå målen att erbjuda en effektiv och god vård på jämlika villkor. I en organisationsförändring blir en viktig fråga hur en samarbetskultur, som delas över klinik- och områdesgränser, kan skapas och utvecklas.

13. Summering av utredningens resultat

I detta avslutande kapitel summeras svaren på utredningens frågeställningar.

Principer för organisering när ett verksamhetsområde bedriver vård på fler orter, olika regioners erfarenheter.

- Omorganisation till länsverksamhet är en åtgärd som inte ensam kan uppnå utredningens syfte att i länet få en effektiv organisering som ger länsinvånarna en god och jämlik vård.
- Oavsett organisatorisk lösning finns behov av att skapa och utveckla ett länsövergripande perspektiv. Utredningen har inte identifierat några hinder eller avgörande nackdelar med länsverksamheter som organisatorisk lösning.

Att åstadkomma ett länsperspektiv och en jämlik vård när vård inom ett vårdområde i en region bedrivs på fler orter är en utmaning som är aktuell i de flesta av landets regioner. Många har fullt ut infört länsverksamheter, andra har inte sett det vara möjligt utan har infört det för en del av sina verksamheter. En väg som varit ett tredje alternativ är att arbeta med uppföljningar som leds av divisionschef, sjukhuschef eller hälso- och sjukvårdsdirektör. Se vidare beskrivningar från olika regioner i avsnitt 7.1.

Vid en organisationsförändring är det centralt att snabbt kunna kommunicera resultat och kvalitet och skapa delaktighet genom att gemensamt ta sig an uppgiften att få kvalitet i form av medicinska resultat, tillgänglighet och effektivitet.

För- och nackdelar med organisering i länsverksamheter.

Beskrivs under avsnitt 11.1 och 11.2.

Vad kan organisering i länsverksamhet bidra till, och hur kan den organiseringen beakta den lokala arbetsenhetens villkor?

En länsverksamhet, där ledningen lyckas kommunicera en gemensam värdegrund och ett gemensamt ansvar för helheten, skapar förutsättningar för personalförsörjning och kompetensutveckling samtidigt som ekonomi och produktion kan gynnas. Centralt är att den lilla enheten inte blir en bemanningsreserv utan istället på olika sätt i handling får bekräftat sin del av ansvaret för att lösa det gemensamma uppdraget t.ex. genom koncentration av vissa patientflöden.

Ytterligare verksamheter som skulle kunna organiseras som länsverksamheter.

- Dagens vårdområden med verksamhet på flera sjukhus har varierande förutsättningar inför en eventuell omorganisering till länsverksamhet.

En omorganisation inom ett vårdområde behöver föregås av, och kompletteras med, en bedömning av vilka åtgärder som behövs för att nå ett effektivt samarbete i länet. I kapitel 11.3 pekar utredningen på ett antal kriterier som behöver beaktas. Verksamhetsområden där dessa kriterier bedöms vara beaktade, åtgärdade eller/och uppfyllda får i en länsverksamhet bra förutsättningar för ett arbete mot en god och jämlik vård.

Det centrala är (kriterierna/fokusområdena):

- att kunna skapa trygghet genom ett närvarande ledarskap som beaktar den lilla enhetens villkor och som tydligt kan kommunicera syfte och mål med en organisationsförändring.
- att kunna verka för en likvärdig tillgänglighet i länet.
- att kunna nå en förståelse för att en effektiv vård utvecklas genom uppföljning, analys samt mötesplatser för diskussioner kring vilka åtgärder och justeringar som behöver vidtas.
- att kunna nå en förståelse för att kvalitet bygger på att i samarbete göra uppföljningar, analysera resultat och vidta förbättringsåtgärder.
- att kunna få en i länet gemensam bild av att nivåstrukturering och koncentration kan bli aktuellt utifrån demografiska, kompetensmässiga och ekonomiska utmaningar som kräver kort- och långsiktiga prioriteringar.

Ekonomi, personalförsörjning, kompetensutveckling, produktion och kvalitet har förutsättningar att gynnas i en länsverksamhet. För ett gynnsamt utfall av en omorganisation behövs dels att ett tillräckligt stort antal från de olika enheterna ställer sig bakom syfte och mål med förändringen och dels att det arbetas för att möta kriterierna i avsnitt 11.3. Risker finns annars för olika missnöjesyttringar i form av utspel i media, politiska strider och produktionsminskning.

För- och nackdelar med olika organisation för olika yrkesgrupper.

Fördelarna ligger i att behålla en närhet till sin yrkeskategori. När det gäller läkare finns det exempelvis fördelar i att finnas med i USÖ:s upparbetade kompetensutveckling. Nackdelarna ligger i att det blir svårt att möta behovet av att känna tillhörighet. En centralt anställd läkare riskerar att inte bli en lika naturlig del av teamet på det mindre sjukhuset och hen får därmed sämre förutsättningar att bygga nätverk och utveckla samarbetsformer inom det lokala sjukhuset.

14. Referenser

Betänkande av Utredningen om högspecialiserad vård ”Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa”, SOU 2015:98. Utredare Måns Rosén.

”Effektiv vård” Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården, SOU 2016:2. Utredare Göran Stiernstedt

Vård och omsorgsanalys rapporten ”Visa vägen i vården 2017:7”

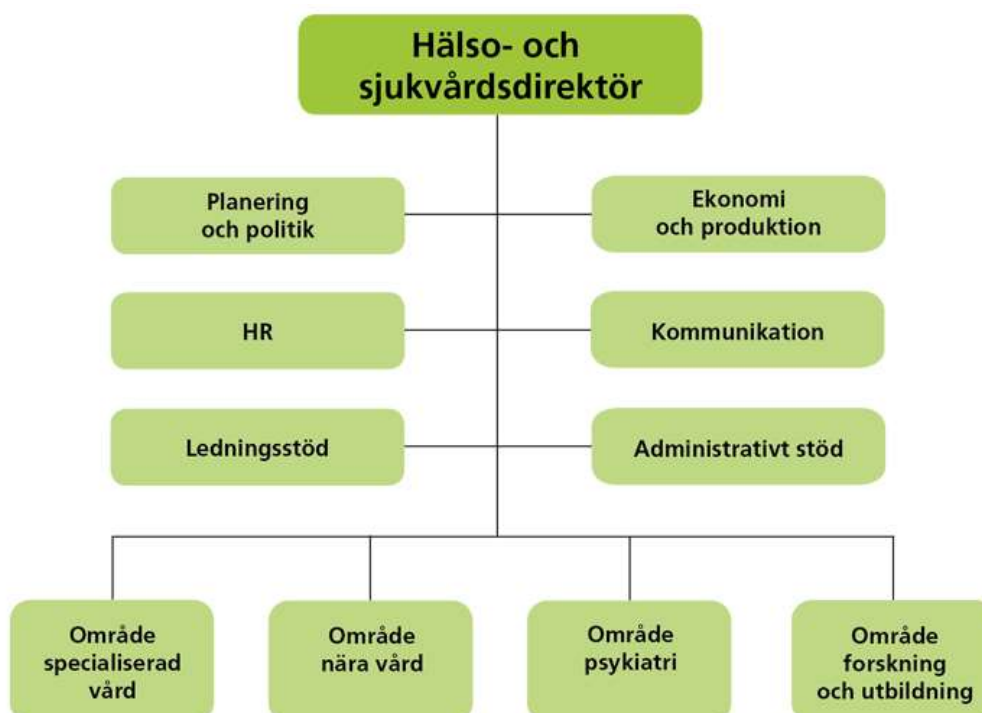
“Hospital centralization and performance in Denmark—Ten years on RSS”, Terkel Christiansen och Karsten Vrangbæk, Health Policy, 2018-04-01, nr 122, 4, sid 321-328, nedladdad från ClinicalKey 11 januari 2021.

“Merging of three hospitals into one university hospital”, Ingebrigtsen T, et al. Tidsskriftet Den Norske Legeforening, 2012; 132:813.

Verksamhetsorganisation för Region Örebro län



Hälsa- och sjukvårdsfövaltningens organisation från 2021 01 01



Område specialiserad vård omfattar de tidigare områdena för medicin/rehab, Opererande och onkologi samt Thorax, kärl och diagnostik. Område nära vård omfattar de tidigare närsjukvårdsområdena samt habilitering och hjälpmedel.

Intervjupersoner

Från andra regioner

Hälso- och sjukvårdsdirektörer

Johan Rosenqvist, Region Kalmar

Monica Ingvarsdotter Samuelsson, Region Sörmland

Mats Bojestig, Region Jönköping

Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör

Annica Öhrn, Region Östergötland

Divisionschef

Bo Tideholm, Region Sörmland

Medicinsk direktör

Stefan Franzén, Region Östergötland

Utvecklingsdirektör

Rolf Östlund, Region Östergötland

Inom region Örebro län

Ewald Ornstein ...med stabsledning och utvärderare

Verksamhetschefer

Gill Kullberg

Helena Pellrud

Märtha Lundkvist

Ann-Christine Ledstam

Anna Olivecrona

Petra Hedlund

Svante Hugosson

Sara Magnusson Bucher

Avdelningschef

Jan Arvidsson

Enhetschefer

Marielle Centerfjord

Andreas Norling

Torben Boldt

Henric Eriksson

Ansvariga läkare

Kjell Ögren

Mikael Tarstedt

Områdeschef

Mats G Karlsson

Referensgrupp

Lena Adolfsson

Tobias Kjellberg

Peter Hansson

12

Utredningen ”Att verka på ett sjukhus med flera uppdrag”

21RS1924

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Utredningen ”Att verka på ett sjukhus med flera uppdrag”

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att ta emot informationen, samt

att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att beakta utredningen i det fortsatta arbetet med organisationsförändringar i hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Sammanfattning

Aktuell utredning utgör ett underlag inför besluten i det andra steget av den pågående omorganisationen av hälso- och sjukvårdsförvaltningen, där organisationen inom områdena ska ses över. Det övergripande syftet med utredningen är att få en effektivare organisering av verksamheter vid Universitetssjukhuset Örebro (USÖ) utifrån sjukhusets fyra uppdrag –som länsdelssjukhus, länssjukhus, att erbjuda högspecialiserad vård och bedriva forskning och utbildning. Utredningen har fokuserat på medicinska kliniken och geriatriska kliniken på Universitetssjukhuset Örebro (USÖ). Utredningens övergripande slutsats är att samarbetsförmågan för klinikerna behöver förbättras. Utredningen rekommenderar att en uppdelning av medicinska kliniken och en samordning av länsdelssjukvården övervägs, eftersom det skulle kunna förbättra länsdelssjukvården av multistjuka äldre vid USÖ och jämlikheten i hela länet.

Ärendebeskrivning

Under 2019 gav Regionfullmäktige ett uppdrag till hälso- och sjukvårdsnämnden att utvärdera organisationen. Hälso- och sjukvårdsdirektören initierade därför en utredning som resulterade i rapporten ”Utvärdering av hälso- och sjukvårdens organisation” som presenterades för hälso- och sjukvårdsnämnden den 22 januari 2020. På sammanträdet den 20 mars 2020 beslutade sedan hälso- och sjukvårdsnämnden att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att återkomma till hälso- och sjukvårdsnämnden med förslag och rekommendationer avseende bland

annat Universitetssjukhusets roll som länsdelssjukhus, och olika styrnings- och ledningslogiker för universitetssjukhusets olika uppdrag. Uppdraget till hälso- och sjukvårdsdirektören grundade sig på följande rekommendationer från utvärderingen:

- Se över möjligheten att hitta olika styrnings- och ledningslogiker för universitetssjukhusets olika uppdrag, det vill säga att dels vara ett sjukhus för högspecialiserad vård, dels ett länsdelssjukhus för invånare i närsjukvårdsområdena Örebro och Söder. Detta behov delar Region Örebro län med övriga regioner som har universitetssjukhus eller länssjukhus. Vår bedömning är att detta vore till stor nytta, såväl för en framgångsrik utveckling av den högspecialiserade vården som för länsdelssjukhusets förmåga att bidra till arbetet med att utveckla och bedriva nära vård. Ett framgångsrikt arbete med att hitta och etablera dessa olika logiker skulle kunna göra Region Örebro län till föregångare.
- Tydliggör universitetssjukhusets roll som länsdelssjukhus för de båda närsjukvårdsområdena Söder och Örebro, i enlighet med lydelsen i landstingsstyrelsens beslut i december 2014 att "ett särskilt fokus" (ska läggas på) "utvecklingen av allmän internmedicin vid universitetssjukhuset för närsjukvårdsområden Örebro och Söder".

För närvarande pågår en omorganisering av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Den nya organisationen ska skapa möjlighet till personcentrerad verksamhet med enklare och tydligare styrmodell som bättre matchar Målbild 2030 som regionfullmäktige har beslutat om. I det första steget av omorganiseringen har områdesindelningen ändrats inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. I det andra steget i omorganisationen ska i första hand organisationen inom områdena ses över. Det andra steget ska genomföras den 1 september 2021.

Den här utredningen ska ge stöd inför beslutet i det andra steget av omorganisationen. Det övergripande syftet med utredningen är att få en effektivare organisering av verksamheter vid Universitetssjukhuset Örebro utifrån sjukhusets fyra uppdrag som nämnden lyfter fram. Utredningen har avgränsats till att fokusera på medicinska kliniken och geriatrika kliniken.

Utredningen ska öka förutsättningarna för att länsinvånarna ska erbjudas en god och jämlik vård inom de ekonomiska ramarna, samtidigt som verksamheterna får bra förutsättningar att fullgöra uppdragen inom högspecialiserad vård, samt forskning och utbildning (FoU). Den ska bidra till att skapa bättre förutsättningar för geriatrika kliniken och medicinska kliniken vid USÖ att samordnat utveckla både uppdraget att bedriva länsdelssjukvård och länssjukvård.

Utredningens uppdrag har varit att inhämta erfarenheter från andra jämförbara regioner, belysa hur USÖ:s verksamheter hanterar uppdragen och jämföra vården inom området vid länets tre sjukhus. Utredningen ska föreslå förändringar för att bättre klara uppdragen, hantera målkonflikter och säkerställa en jämlik vård. Den befintliga

organisationsstrukturen ska beskrivas, och rekommendationer om framtida organisering ska lämnas. Utredningen är avgränsad till USÖ:s medicinska och geriatriska kliniker. Material har inhämtats från intervjuer med företrädare inom de aktuella verksamheterna, primärvård och företrädare från andra delar av Region Örebro län. Intervjuer har även genomförts med företrädare för kommuner i länet och med andra regioner i landet.

Två viktiga förbättringsområden har framkommit under utredningens arbete. Omhändertagandet av äldre multisjuka vid USÖ och jämlikheten i länet. Inom båda områdena är förbättrat samarbete och förbättrad samverkan en viktig nyckel.

Utredningen lämnar två rekommendationer, dels att överväga att dela upp medicinska kliniken och dels att överväga att samorganisera länsdelssjukvården. Att dela upp medicinska kliniken skulle kunna leda till att omhändertagandet av de äldre multisjuka patienterna förbättras. För närvarande finns inget organiserat samarbete alls mellan Lindesbergs och Karlskogas kliniker för medicin och geriatrik, och geriatriska kliniken vid USÖ. De två klinikerna har också ett mycket begränsat samarbete med medicinska kliniken vid USÖ. Den bristande jämlikhet som framkommer i utredningens intervjuer tyder på att klinikerna behöver knytas närmare varandra. Här kan en ökad geografisk jämlikhet när det gäller vårdutbud och kunskap vara potentiella vinster.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Utredningen kan utgöra underlag för arbetet att nå en jämlik vård i länet.

Ekonomiska konsekvenser

Förslag till beslut har inga ekonomiska konsekvenser.

Uppföljning

Hälsa- och sjukvårdsnämnden följer fortlöpande hälsa- och sjukvårdsförvaltningens arbete med att förändra organisationen.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM

Utredningen ”Att verka på ett sjukhus med flera uppdrag”

Jonas Claesson
Hälsa- och sjukvårdsdirektör



Tjänsteställe, handläggare
Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen, Eva Åkesson Enele

Sammanträdesdatum
2021-03-17

FöredragningsPM
Dnr: 21RS1924

Skickas till:

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen, ledning

Att verka på ett sjukhus med flera uppdrag

- en genomlysning kring medicinska kliniken och geriatriska kliniken vid Universitetssjukhuset i Örebro

Att verka på ett sjukhus med flera uppdrag
Eva Åkesson Enelo, Gabriel Stenström

2021-03-03

Innehåll

1.	Sammanfattning	5
2.	Bakgrund.....	6
2.1	Omorganiseringens syfte och mål	6
2.2	Utredningens syfte och mål	7
3.	Utredningens arbetssätt	9
3.1	Utredningens organisation	9
3.2	Urval av regioner för omvärldsbeskrivning.....	9
3.3	Metod – insamling av material	10
3.3.1	Intervjupersoner	10
3.4	Involvering av intressenter	11
4.	Rapportens disposition.....	12
5.	Vårdens uppdrag.....	13
5.1	Uppdrag för svensk hälso- och sjukvård.....	13
5.1.1	En omställning till nära vård.....	13
5.2	Uppdrag för vård vid Universitetssjukhuset Örebro	14
5.2.1	Målbild 2030.....	14
5.2.2	Universitetssjukhusets fyra uppdrag	15
6.	Grundläggande förutsättningar	16
6.1	Ekonomi	16
6.2	Demografisk utveckling i Örebro län	16
7.	Nuvarande organisation	18
7.1	Region Örebro län.....	18
7.1.1	Universitetssjukhuset, Örebro.....	19
7.1.2	Karlskoga lasarett	20
7.1.3	Lindesbergs lasarett.....	20
7.2	Övriga regioner i utredningen	21
7.2.1	Region Västerbotten	21
7.2.2	Region Östergötland	21
7.2.3	Region Dalarna	22
7.2.4	Region Värmland	22
7.3	Jämförelse mellan regioner.....	22
8.	Hur hanterar andra regioner att kliniker har flera uppdrag?	24

8.1	Intervjupersonernas reflektioner	24
8.2	Utredningens analys	25
9.	Hur hanterar klinikerna att ha flera uppdrag?.....	27
9.1	Intervjupersonernas reflektioner	27
9.2	Utredningens analys	30
10.	Erbjuder klinikerna jämlik vård?	32
10.1	Intervjupersonernas reflektioner	32
10.2	Utredningens analys	35
11.	Hur bör klinikerna vara organiserade?	36
11.1	Intervjupersonernas reflektioner	36
11.2	Utredningens analys	40
12.	Sammanfattande reflektioner	42
12.1	Utredningens rekommendationer.....	43
12.1.1	Överväg att dela upp Medicinska kliniken.....	43
12.1.2	Överväg att samorganisera länsdelssjukvården	44

1. Sammanfattning

Universitetssjukhuset i Örebro (USÖ) har fyra uppdrag. Det är **länsdelssjukhus** genom att erbjuda invånarna i närområdet den sjukhusvård som erbjuds vid länets samtliga sjukhus, det är **länssjukhus** genom att erbjuda vård som koncentrerats till ett av länets sjukhus, det erbjuder **högspecialiserad vård** till patienter från flera regioner och bedriver **forskning och utbildning**.

Region Örebro län bildade 2014 en gemensam hälso- och sjukvårdsförvaltning. Organisationen utvärderades 2019. Nu pågår en omorganisation för att ge förvaltningen en enklare och tydligare styrmodell som bättre matchar regionfullmäktiges Målbild 2030. Hälso- och sjukvårdsdirektören har beställt den här utredningen som ett underlag vid beslut i omorganisationen.

Utredningens uppdrag har varit att inhämta erfarenheter från andra jämförbara regioner, belysa hur USÖ:s verksamheter hanterar uppdragen och jämföra vården inom området vid länets tre sjukhus. Utredningen ska föreslå förändringar för att bättre klara uppdragen, hantera målkonflikter och säkerställa en jämlik vård. Den befintliga organisationsstrukturen ska beskrivas, och rekommendationer om framtida organisering ska lämnas. Utredningen är avgränsad till USÖ:s medicinska och geriatriska kliniker. Material har inhämtats genom intervjuer i de aktuella verksamheterna, men också i primärvård, kommuner och andra regioner.

Omvärldsbevakning visar att de fyra uppdragen främst leder till målkonflikter i regioner med universitetssjukhus, och att det då i första hand går ut över länsdelssjukvården. Strategier för att hantera målkonflikterna är att höja statusen för läkarspecialiseringen internmedicin, skapa synergieffekter mellan uppdragen samt att föra en nära dialog med länsdelssjukvård och länssjukvård.

Analysen av de aktuella klinikerna på USÖ ger en liknande bild, och visar tecken på att särskilt länsdelssjukvården av multistjuka äldre behöver förbättras. Analysen av jämlikheten visar att det finns uppfattningar om tydliga skillnader i länet inom några specifika vårdområden, men framför allt att det saknas uppföljning som visar om vården är jämlik eller inte. Analysen kring hur vården ska organiseras visar att organisationen inte förefaller ha någon avgörande betydelse för vårdens resultat.

Utredningens övergripande slutsats är att samarbetsförmågan för klinikerna behöver förbättras. Utredningen rekommenderar att en uppdelning av Medicinska kliniken och en samordning av länsdelssjukvården övervägs, eftersom det skulle kunna förbättra länsdelssjukvården av multistjuka äldre vid USÖ och jämlikheten i hela länet.

2. Bakgrund

Sedan 2014 har Region Örebro län en sammanhållen hälso- och sjukvårdsförvaltning. Under 2019 gav Regionfullmäktige ett uppdrag till Hälso- och sjukvårdsnämnden att utvärdera organisationen. Hälso- och sjukvårdsdirektören initierade därför en utredning som resulterade i rapporten ”Utvärdering av hälso- och sjukvårdens organisation” som presenterades för Hälso- och sjukvårdsnämnden den 22 januari 2020.

På sammanträdet den 20 mars beslutade sedan hälso- och sjukvårdsnämnden att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att återkomma till hälso- och sjukvårdsnämnden med förslag och rekommendationer avseende bland annat Universitetssjukhusets roll som länsdelssjukhus, och olika styrnings- och ledningslogiker för universitetssjukhusets olika uppdrag.

Uppdraget till hälso- och sjukvårdsdirektören grundade sig på följande rekommendationer från utvärderingen:

** Se över möjligheten att hitta olika styrnings- och ledningslogiker för universitetssjukhusets olika uppdrag, det vill säga att dels vara ett sjukhus för högspecialiserad vård, dels ett länsdelssjukhus för invånare i närsjukvårdsområdena Örebro och Söder. Detta behov delar Region Örebro län med övriga regioner som har universitetssjukhus eller länsjukhus. Vår bedömning är att detta vore till stor nytta, såväl för en framgångsrik utveckling av den högspecialiserade vården som för länsdelssjukhusets förmåga att bidra till arbetet med att utveckla och bedriva Nära vård. Ett framgångsrikt arbete med att hitta och etablera dessa olika logiker skulle kunna göra Region Örebro län till föregångare.*

** Tydliggör universitetssjukhusets roll som länsdelssjukhus för de båda närsjukvårdsområdena Söder och Örebro, i enlighet med lydelsen i Landstingsstyrelsens beslut i december 2014 att "ett särskilt fokus" (ska läggas på) "utvecklingen av allmän internmedicin vid universitetssjukhuset för närsjukvårdsområden Örebro och Söder".*

2.1 Omorganiseringens syfte och mål

För närvarande pågår en omorganisering av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Den nya organisationen ska skapa möjlighet till personcentrerad verksamhet med enklare och tydligare styrmodell som bättre matchar Målbild 2030 som regionfullmäktige har beslutat om. Målet är att skapa en jämlik vård med god tillgänglighet, hög kvalitet och patientsäkerhet med bättre förutsättningar för samverkan över verksamhetsgränser och med ökat fokus på medarbetarskap och bättre arbetsmiljö.

Som styrande principer för den nya organisationen anger hälso- och sjukvårdsdirektören:

- Minska variation
- Stärka en sammanhållen ledning och styrning
- Stärka förmågan till lokalt förändrings- och utvecklingsarbete
- Möjliggöra omställningen till den nära vården
- Möjliggöra utvecklingen av den högspecialiserade vården

I det första steget av omorganiseringen har områdesindelningen ändrats inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. I det andra steget i omorganisationen ska i första hand organisationen inom områdena ses över. Det andra steget ska genomföras den 1 september 2021.

2.2 Utredningens syfte och mål

Till stöd inför beslutet i det andra steget, och med bakgrund i det ovan nämnda uppdraget från hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade hälso- och sjukvårdsdirektören i november 2020 om ett direktiv för den här utredningen.

Det övergripande syftet med utredningen är att få en effektivare organisering av verksamheter vid Universitetssjukhuset Örebro utifrån sjukhusets fyra uppdrag som nämnden lyfter fram. Utredningen har avgränsats till att fokusera på Medicinska kliniken och Geriatriska kliniken.

Utredningen ska öka förutsättningarna för att länsinvånarna ska erbjudas en god och jämlik vård inom de ekonomiska ramarna, samtidigt som verksamheterna får bra förutsättningar att fullgöra uppdragen inom högspecialiserad vård, samt forskning och utbildning (FoU). Den ska bidra till att skapa bättre förutsättningar för Geriatriska kliniken och Medicinska kliniken vid USÖ att samordnat utveckla både uppdraget att bedriva länsdelssjukvård och länssjukvård.

Utredningens mål är att:

1. Beskriva den befintliga organisationsstrukturen inom Geriatriska kliniken och Medicinska kliniken vid USÖ.
2. Analysera hur ett urval av relevanta regioner hanterar att samordna uppdrag kring länsdelsuppdrag, länsuppdrag och i förekommande fall uppdrag kring högspecialiserad vård samt forskning och utbildning. I urvalet av regioner ska särskilt hälso- och sjukvårdsorganisation och regionernas socioekonomiska jämförbarhet beaktas.
3. Undersöka och belysa eventuella målkonflikter som de fyra uppdragen innebär för Geriatriska kliniken och Medicinska kliniken vid USÖ.

4. Jämföra den vård som ingår i klinikernas medicinska områden och som Region Örebro län erbjuder länsinvånarna vid sina tre sjukhus.
5. Lämna rekommendationer om organisatoriska förändringar för att säkerställa de fyra uppdragen vid de två klinikerna och en jämlik vård i länet inom klinikernas medicinska områden.

De förslag som utredningen presenterar ska befinna sig inom och stödja verksamheternas ekonomiska ramar.

Under utredningens gång blev det tydligt att de mål som angavs i direktivet behövde avgränsas och modifieras för att ge bättre och tydligare förutsättningar för att kunna uppfylla utredningens syfte. Målen justerades således i februari 2021 efter dialog mellan utredarna och projektägaren (hälso- och sjukvårdsdirektören).

3. Utredningens arbetssätt

3.1 Utredningens organisation

Utredningen har gjorts på uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektör Jonas Claesson. Arbetet har utförts av Eva Åkesson Enelo och Gabriel Stenström, utredare vid Regionkansliet.

Referensgrupp för utredningen har varit Lena Adolfsson (Områdeschef Nära vård), Tobias Kjellberg (Områdeschef Specialiserad vård) och Peter Hansson (Ekonomichef), samtliga från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Referensgruppen har träffat utredarna vid två tillfällen, en gång i början av arbetet och en gång i slutfasen. Gruppen har fått möjlighet att komma med synpunkter på tillvägagångssätt, val av intervjupersoner och på det insamlade materialet.

Jörgien Striem, förbundsdirektör för Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling som driver Skandionkliniken i Uppsala, har varit extern granskare för utredningen. Jörgen Striem har tidigare varit hälso- och sjukvårdschef i Region Sörmland. Under arbetets gång har utredarna haft dialog med den externa granskaren som haft i uppdrag att bedöma om direktivet har följts, om omvärldsbeskrivningen varit tillräcklig och om innehållet i rapporten i tillräcklig utsträckning stöder de slutsatser som dras. I uppdraget för den externa granskaren har också ingått att särskilt uppmärksamma om det finns risker eller negativa konsekvenser av eventuella förslag som inte belysts tillräckligt. Den externa granskaren har under utredningens gång lämnat förslag på eventuella justeringar och kompletteringar.

3.2 Urval av regioner för omvärldsbeskrivning

Eftersom ett av utredningens mål är att genomföra en omvärldsbeskrivning har företrädare för ett urval av andra regioner genomförts. I urvalet av regioner har jämförbarhet mellan andra regioner och Region Örebro län beaktats, utifrån dels socioekonomi och dels regioner där det finns såväl universitetssjukhus som länssjukhus. Utredningen har begränsat sig till att intervjua företrädare från fyra andra regioner, varav två har en socioekonomisk jämförbarhet och två en jämförbarhet sett till hälso- och sjukvårdsorganisation.

Enligt databasen Kolada¹ är följande regioner jämförbara med Region Örebro län utifrån en socioekonomisk utgångspunkt: Dalarna, Jönköping, Norrbotten, Sörmland, Värmland, Västernorrland och Västmanland. Här har utredningen valt att intervjua företrädare från Region Dalarna och Region Värmland, då de liksom Region Örebro

¹ Drivs av Rådet för främjande av kommunala analyser, en ideell förening med svenska staten och Sveriges Kommuner och Regioner som medlemmar.

län ingår i Sjukvårdsregion Mellansverige (tidigare Uppsala-Örebro sjukvårdsregion). De två regioner med såväl universitetssjukhus som länsdelssjukhus som ingått i utredningens omvärldsbeskrivning är Region Västerbotten och Region Östergötland.

3.3 Metod – insamling av material

Utredningens metod för insamling av material har i enlighet med direktivet framför allt varit genom intervjuer. Efter genomförda intervjuer har utredarna sammanställt referat som intervjupersonerna fått möjlighet att lämna synpunkter på innan utredningen färdigställs.

3.3.1 Intervjupersoner

Andra regioner

Intervjupersonerna är verksamhetschefer för de största medicinklinikerna i Region Dalarna respektive Region Värmland, samt områdeschefer för de närsjukvårdsområden som omfattar medicin och geriatrik i Region Västerbotten och Region Östergötland.

Kommuner

Intervjupersonerna är ansvariga chefer för vård- och omsorgsfrågor i två av de kommuner där invånarna får sin länsdelssjukvård vid Universitetssjukhuset, Askersund och Örebro.

Sjukhusvård

Utredarna har intervjuat verksamhetscheferna för Medicinska kliniken och Geriatriska kliniken vid Universitetssjukhuset, samt verksamhetscheferna för de kliniker vid Karlskoga lasarett och Lindesbergs lasarett som både omfattar medicin och geriatrik. Dessutom har den person intervjuats som var chef för Område Medicin och rehabilitering till området upphörde den 1 januari 2021. Inom området fanns både Medicinska kliniken och Geriatriska kliniken vid USÖ.

Primärvård

Utredarna har intervjuat de som var chefläkare för primärvården i Örebro och norra länsdelen innan den nya områdesindelningen trädde i kraft 1 januari 2021. Dessutom har Hälsovalsenhetens medicinske rådgivare intervjuats.

Övriga intervjupersoner inom Region Örebro län

Utredningen har intervjuat en utvecklingsledare inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen som arbetar med frågor som rör nära vård samt områdeschefen för Välfärd och folkhälsa inom förvaltningen Regional utveckling. Dessutom har chefen för Område forskning och utbildning inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen intervjuats.

3.4 Involvering av intressenter

Vid Centrala Samverkansgruppens (CSG) möte den 18 november 2020 informerades om att det är aktuellt med två ytterligare utredningar som ska utgöra ett stöd för beslut kring eventuella organisationsförändringar i hälso och sjukvårdsförvaltningen. Den initiala informationen i CSG lämnades på hälso- och sjukvårdsdirektörens uppdrag. Den fortsatta samverkan har sedan skett i hälso- och sjukvårdens samverkansgrupp. Inriktningen på utredningen har presenterats tillsammans med tankar kring arbetets upplägg med intervjuer. De fackliga organisationerna har erbjudits möjlighet att utse representanter för att följa utredningsarbetet och ha möjlighet att lämna synpunkter, men inga representanter har tagit kontakt med utredarna.

4. Rapportens disposition

I fortsättningen av rapporten är upplägget på följande sätt:

I kapitel 5 redovisas vårdens uppdrag. Inledningsvis ges en översikt av styrande lagar som är av vikt för utredningen. Särskilt utrymme ges till den pågående omställningen till en ”God och nära vård”. Därefter redovisas de uppdrag som är specifika för vård vid Universitetssjukhuset i Örebro.

I kapitel 6 redovisas grundläggande förutsättningar: den ekonomiska situationen för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen inom Region Örebro län, samt den demografiska utvecklingen i Örebro län.

I kapitel 7-11 redovisas det material som utredningen samlat in. Strukturen följer de mål som utredningen har.

I kapitel 7 beskrivs den nuvarande organisationen, både av de aktuella klinikerna och av deras motsvarigheter i andra undersökta regioner.

I kapitel 8 redovisas och analyseras huvuddragen i de reflektioner som intervjupersoner lämnat om hur andra regioner hanterar att kliniker har flera uppdrag.

I kapitel 9 redovisas och analyseras huvuddragen i de reflektioner som intervjupersoner lämnat om hur de undersökta klinikerna hanterar att de har flera uppdrag.

I kapitel 10 redovisas och analyseras huvuddragen i de reflektioner som intervjupersoner lämnat kring om klinikerna erbjuder jämlik vård.

I kapitel 11 redovisas och analyseras huvuddragen i de reflektioner som intervjupersoner lämnat kring hur klinikerna bör vara organiserade.

I det avslutande kapitlet, kapitel 12, ges sammanfattande reflektioner och två rekommendationer.

5. Vårdens uppdrag

I det här avsnittet beskrivs några lagar, målsättningar, handlingsplaner, pågående omställningar och samhällseliga förutsättningar som Region Örebro län måste ha i beaktande när verksamhetens organisation beslutas.

5.1 Uppdrag för svensk hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdslagen anger i 3 kap. 1§ att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvårdslagen anger i 7 kap. § 2 a att regionen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Lagen säger dock att om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt.

Patientens rätt till samordning och kontinuitet i den vård som ges anges i Patientlagen. I Patientlagen 6 kap. Fast vårdkontakt och individuell planering anges i 1§ att *”Patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.”*². Om insatserna kommer från både regionen och kommunen finns det krav på att ett särskilt verktyg för samordning används, en så kallad samordnad individuell plan (SIP). Patientlagen 6 kap. 4§ anger nämligen att en patient med behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst ska få en individuell plan upprättad. Den patient som begär en fast vårdkontakt ska få det – och en fast vårdkontakt ska också ges den som har behov av det, enligt Patientlagen 6 kap. 2§: *”En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.”*³.

5.1.1 En omställning till nära vård

De senaste åren har begreppet nära vård kommit att genomsyra dialogen om sjukvårdens utveckling allt mer. Nära vårdomställningen beskrivs enligt Sveriges kommuner och regioner (SKR) som ett hälso- och sjukvårdssystem designat för människor, istället för att fokus ligger på institutioner och sjukdomar⁴. Primärvården beskrivs utgöra kärnan i den nära vården⁵, men den nära vården ska ses som något som rör sig över vårdens gränser och mellan såväl institutioner som huvudmän. Nära vård är inte en ny del i vårdkedjan eller sjukvårdens organisation, utan handlar enligt SKR *”ett arbetssätt i samverkan mellan regionernas primärvård, specialiserad vård samt kommunernas primärvård och omsorg.”*⁶.

² Patientlagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821 (2021-02-18)

³ Patientlagen https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821 (2021-02-18)

⁴ Att driva omställningen till Nära vård, Sveriges kommuner och regioner (SKR), s 4.

⁵ Att driva omställningen till nära vård, sid. 5

⁶ Att driva omställningen till nära vård, s 5

År 2017 sjösattes en statlig offentlig utredning, Samordnad utveckling för god och nära vård, som fått i uppdrag att ”...stödja regionerna, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården”⁷. Utredningen avslutades i slutet på januari 2021 genom att överlämna det sista delbetänkandet ”God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa” (SOU 2021:6), vars förslag handlar om hur primärvården kan stärkas och förbättras för att möta de behov som finns gällande vård vid psykisk ohälsa⁸. Utredningens huvudbetänkande, ” God och nära vård – en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, SOU 2020:19”, överlämnades under våren 2020 och innehåller bland annat förslag vars syfte är att stärka samverkan mellan regioner och kommuner, möjlighet till patientkontrakt (en sammanställning av vårdplaner) och ansvar gällande utbildning inom hälso- och sjukvård⁹.

5.2 Uppdrag för vård vid Universitetssjukhuset Örebro

Förutom de allmänna förutsättningar som beskrivits ovan finns det ett antal särskilda uppdrag för vård vid Universitetssjukhuset som beskrivs i följande avsnitt. Några av de särskilda uppdragen beror på att vården bedrivs inom Region Örebro län medan andra beror på att Universitetssjukhuset i Örebro är ett av landets sju universitetssjukhus.

Uppdragen framgår i Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan för 2021, Strategi för klinisk forskning och innovation 2020 – 2030, samt Den regionala utvecklingsstrategin (RUS) - Tillväxt och hållbar utveckling i Örebro län 2018-2030. Av särskild betydelse är den Målbild 2030 som regionfullmäktige har antagit.

5.2.1 Målbild 2030

2019 fattade regionfullmäktige beslut om Målbild 2030 för hälso- och sjukvården. Målbilden beskriver bland annat de förväntningar och behov som regionen tänker sig ställs på hälso- och sjukvården i slutet av innevarande decennium. Den sträcker sig även utanför regionens hägn genom att även beröra den kommunala hälso- och sjukvården. Målbilden utgörs av följande tre perspektiv, invånar- och patientperspektiv, ett medarbetarperspektiv och ett organisationsperspektiv.

Invånar- och patientperspektivet beskriver framtidens invånare som aktiva och engagerade i sin vård och hälsa, använder sig av digitala verktyg och ställer krav på

⁷ <http://www.sou.gov.se/godochnaravard/> (2021-02-04)

⁸ <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2021/01/utredningen-god-och-nara-var-d-overlamnade-betankande/> (2021-02-04)

⁹ God och nära vård – en reform för ett hållbart hälso och sjukvårdssystem s 21ff

närhet för den ofta förekommande vården. Här beskrivs också en vård ”...som fungerar sammanhållet och som en helhet över organisatoriska gränser.”¹⁰.

Inom organisationsperspektivet beskrivs nära vård som navet i vården, men universitetssjukvården lyfts även fram som etablerad inom stora delar av hälso- och sjukvården. Här återfinns även beskrivningar om att hälso- och sjukvården gemensamt utvecklas av bland annat patienter, kommuner och universitetet.

I bilagan med bakgrund och utgångspunkter till målbilden tydliggörs vikten av huvudmannamässiga och organisatoriska gränser inte får vara ett hinder i att patienter får en hälso- och sjukvård som håller ihop och att det kräver ett samarbete och gemensamt ansvarstagande mellan regioner och länets kommuner. I målbilden lyfts också fram att Region Örebro län tillsammans med länets kommuner och Örebro universitet ska fortsätta utveckla universitetssjukvård, högspecialiserad vård, professionsutbildning och forskning.¹¹

5.2.2 Universitetssjukhusets fyra uppdrag

Universitetssjukhuset i Örebro (USÖ) har fyra uppdrag. Det är **länsdelssjukhus** genom att erbjuda invånarna i närområdet den sjukhusvård som erbjuds vid länets samtliga sjukhus, det är **länssjukhus** genom att erbjuda vård som koncentrerats till ett av länets sjukhus, det erbjuder **högspecialiserad vård** till patienter från flera regioner och bedriver **forskning och utbildning**.

¹⁰ Målbild 2030 s 6 <http://intra.orebroll.se/contentassets/e778a8927b874ea1a4d9f7edc748d94b/slutdokument-malbild-hs-2030.-beslutad-av-rf-20190618.pdf> (2021-02-02)

¹¹ Målbild 2030, <http://intra.orebroll.se/contentassets/e778a8927b874ea1a4d9f7edc748d94b/slutdokument-malbild-hs-2030.-beslutad-av-rf-20190618.pdf> (2021-02-02)

6. Grundläggande förutsättningar

6.1 Ekonomi

Hälso- och sjukvårdsnämnden gick in i 2020 med ett underskott motsvarande 475 miljoner kronor. Det ekonomiska utfallet för nämndens verksamhet 2020 är på två sätt kraftigt påverkat av den rådande pandemin. Dels på grund av kostnader som uppstått på grund av covid-vård, dels på grund av extra statsbidrag som regionen fått. Att beskriva de ekonomiska förutsättningarna för vården vid USÖ med hjälp av utfallet för 2020 är därför inte relevant.

Istället kan konstateras att de underliggande problemen som är kopplade till hälso- och sjukvårdsnämndens ekonomi som fanns vid inledningen av 2020 fortfarande finns kvar. Denna problematik skall dock värderas i skenet av att länets samlade nettokostnad för hälso- och sjukvården inte tenderar att avvika negativt från det nationella medelvärdet och det faktum att Region Örebro län samlade ekonomi har varit och kortsiktigt är relativt stabil.

De ekonomiska förutsättningarna för 2021 är enligt hälso- och sjukvårdens verksamhetsplan att ett arbete med att stärka ekonomin, med ett mål om långsiktig hållbarhet, behöver ske parallellt och inom ramen för den förändring av organisationen som genomförs successivt under 2021. Det handlar mycket om att se över strukturer och arbetssätt och hitta vägar att bedriva verksamheten mera kostnadseffektivt. I detta arbete ingår även att utveckla och säkerställa viktiga styrprocesser som planering och budget, ekonomi- och produktionsstyrning. Andra viktiga områden är kapacitets- och resursplanering inklusive tillgänglighet och vårdplatsbehov, kompetensväxling och fastställande av verksamheternas uppdrag samt ökad grad av omvärldsanalyser.

Den övergripande strategin för att nå en budget i balans är enligt verksamhetsplanen fortsatt tesen att ett förbättrat samarbete och en välstrukturerad planering av resurser och produktion skall ge avtryck i ekonomin med anledning av att kostnader som orsakas av brister i planering och kvalitet minimeras.

6.2 Demografisk utveckling i Örebro län

I Målbild 2030 lyfts det fram att antalet äldre länsinvånare kommer att öka i länet det kommande decenniet. Enligt Statistiska centralbyrån (SCB) beräknas länets befolkning ha ökat med 8 procent år 2030 jämfört med år 2019, vilket är en ökning om drygt 25 000 personer och gör att länets befolkning då består av 329 700 personer. Två åldersgrupper beräknas öka i andel denna tidsperiod. Den ena består av unga mellan 16 – 24 år och den andra är grupp består av personer som är 80 år och äldre. Den sistnämnda gruppen beräknas öka allra mest, med 60 procent, vilket enligt SCB

är en högre andel än riket som helhet. Den andel av befolkningen i länet som är mellan 25 och 64 år kommer samtidigt att minska¹².

Den beräknade befolkningsökningen är dock långt ifrån jämt fördelad i länets kommuner. Av länets tolv kommuner är det bara tre kommunerna som år 2030 ser en ökning i sin befolkningsmängd. Dessa är Örebro, Lekeberg och Kumla, medan övriga minskar¹³. Ljusnarsberg lyfts i rapporten fram som en kommun där befolkningen beräknas minska med mer än 10 procent¹⁴. Länetns beräknade demografiska utveckling bör vara en medveten del i planeringen av vårdens resurser och utbud.

¹² Statistiska centralbyrån, Sveriges framtida befolkning 2020-2030, publicerad 2020-06-03, s 26
https://www.scb.se/contentassets/bcda4f8050ab4bd496c7e12196bcb623/be0401_2020i30_sm_be18sm2002.pdf (2021-02-02)

¹³ Statistiska centralbyrån, Sveriges framtida befolkning 2020-2030 S 58
https://www.scb.se/contentassets/bcda4f8050ab4bd496c7e12196bcb623/be0401_2020i30_sm_be18sm2002.pdf

¹⁴ Sveriges framtida befolkning, s 48
https://www.scb.se/contentassets/bcda4f8050ab4bd496c7e12196bcb623/be0401_2020i30_sm_be18sm2002.pdf (2021-02-04)

7. Nuvarande organisation

Detta kapitel fokuserar på utredningens första mål: Att beskriva den befintliga organisationsstrukturen inom Geriatriska kliniken och Medicinska kliniken vid USÖ. För att underlätta den jämförelse som senare ska göras av den vård som erbjuds vid länets tre sjukhus redovisas även hur den vård som är relevant för utredningen är organiserad vid övriga sjukhus i länet. Som jämförelse och för att öka förståelsen för de reflektioner som intervjupersoner från andra regioner lämnar, beskrivs även organisationen i dessa regioner i detta avsnitt.

7.1 Region Örebro län

I Region Örebro län är Hälso- och sjukvårdsförvaltningen uppdelad i fyra områden från och med 1 januari 2021: Nära vård, Specialiserad vård, Psykiatri samt Forskning och utveckling. För den här utredningen är de två förstnämnda områdena av särskild betydelse eftersom det är de enda områden som är tänkbara att placera utredningens verksamheter i.

Område nära vård presenteras i Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan på detta sätt:

”I området nära vård organiseras verksamheter som huvudsakligen har ett lokalt inriktat uppdrag och där en likartad första linjens sjukvård/bassjukvård ska bedrivas i alla länsdelar, så kallad närsjukvård. Närsjukvårdens bas utgörs av allmänmedicinsk kompetens, men även av habilitering, akutsjukvård, viss intermedicin, geriatrik och rehabilitering. Inom närsjukvården samverkar även psykiatri, mödra- och barnavård och koppling finns till skolhälsovården. Inriktningen är att man som patient så långt som möjligt ska kunna få den hälso- och sjukvård som är vanlig och ofta förekommande lokalt inom det närsjukvårdsområde som finns geografiskt nära.”

Något motsvarande avsnitt som beskriver Område Specialiserad vård finns inte i verksamhetsplanen. Men under rubriken *”Lokal nivåstrukturering och specialisering”* beskrivs de verksamheter som finns i området på följande sätt: *”För att tillhandahålla en jämlik, jämställd och tillgänglig specialiserad sjukhusvård har flera länskliniker skapats med gemensam produktionsplanering för besök, behandlingar och operationer. Målet för länsklinikerna är att, med hela länets resurser till förfogande, öka kvalitet och tillgänglighet och samtidigt uppnå en god kostnadskontroll. Allt mer av vården styrs och planeras medvetet mellan sjukhusen. Genom denna samordning kan specialistkompetenser, lokaler och utrustning användas mer effektivt. Sjukhusen får därmed succesivt olika profiler där verksamheterna samordnas för att resurserna ska utnyttjas effektivt.”*

Inom Region Örebro län finns tre sjukhus, varav ett är universitetssjukhus. För invånarna inom Örebro kommun och kommunerna som ingår i den södra länsdelen (Askersund, Hallsberg, Kumla och Lekebergs kommun) utgör USÖ länsdelssjukhus och tillhandahåller således bassjukvård. På USÖ bedrivs även länssjukvård, högspecialiserad vård samt forskning och utbildning.

För invånarna i västra länsdelen (Karlskoga, Degerfors, Laxå) är Karlskoga lasarett länsdelssjukhus. För invånarna i norra länsdelen (Nora, Lindesberg, Ljusnarsberg och Hällefors) är Lindesbergs lasarett länsdelssjukhus.

7.1.1 Universitetssjukhuset, Örebro

Medicinska kliniken

Medicinska kliniken tillhör Område specialiserad vård och har cirka 400 anställda. Kliniken omsätter ungefär 500 miljoner kronor¹⁵.

Enligt klinikens vision ska kliniken ” ta ansvar för våra patientgruppers behov av länssjukvård och tillsammans med sjukhusets övriga invärtesmedicinska och närliggande kliniker tar vi ansvar för behovet av länsdelssjukvård. Även högspecialiserad vård ska kunna erbjudas vissa patientgrupper.”

Kliniken arbetar organisatoriskt i fem sektioner¹⁶:

- Sektionen för allmän internmedicin
- Sektionen för endokrinologi och diabetes
- Sektionen för hematologi
- Sektionen för nefrologi
- Sektionen för gastroenterologi

Det finns tre vårdavdelningar som hör till kliniken:

- Akutvårdsavdelningen hör till sektionen för allmän internmedicin
- Avdelning 83 delas mellan sektionerna för gastroenterologi och hematologi
- Avdelning 93 hör till sektionen för nefrologi

Till kliniken hör sex medicinmottagningar och dessutom en endoskopimottagning och en hemodialysmottagning. Kliniken leds av en verksamhetschef och en biträdande verksamhetschef. Till varje sektion finns en läkarchef och en avdelningschef. Dessutom finns en enhetschef för administrativ personal.

¹⁵ Omsättningen för samtliga verksamheter inom Region Örebro län är beräknad utifrån klinikernas kostnader under 2020. Kostnaderna var större än 2019 på grund av pandemin.

¹⁶ De medicinska begreppen förklaras på sidan 23.

Geriatriska kliniken

Geriatriska kliniken tillhör Område specialiserad vård. Kliniken omsätter drygt 140 miljoner kronor. Här vårdas främst äldre patienter, som ges rehabilitering, kognitiv specialistutredning och palliativ specialistvård.

Kliniken är uppdelad i följande tre sektioner: Allmän/Rehab sektion, Palliativ sektion och Demenssektion. Kliniken leds av en verksamhetschef och en biträdande verksamhetschef. Till varje sektion finns en avdelningschef och en ansvarig läkare.

Det finns tre vårdavdelningar som hör till kliniken:

- Avdelning 82 – hör till allmän rehabsektionen
- Avdelning 84 – hör till palliativa sektion
- Avdelning 94 – hör till demenssektion

Till kliniken hör Geriatriska öppenvårdsteamet och Närsjukvårdsteam Örebro.

7.1.2 Karlskoga lasarett

Kliniken för medicin och geriatrik

Kliniken tillhör Område nära vård. Den omsätter drygt 240 miljoner kronor har följande inriktningar:

- Mottagning för medicin och geriatrik
- Njurmedicin/dialysverksamhet
- Slutenvårdsverksamhet (MAVA)
- Fysiologisk avdelning
- Rehabiliteringsenhet

7.1.3 Lindesbergs lasarett

Kliniken för medicin och geriatrik

Kliniken tillhör Område nära vård och omsätter drygt 150 miljoner kronor. På kliniken finns slutenvårdsverksamhet som består av en vårdavdelning med tre sektioner. Sektionerna är inriktade mot allmän internmedicin, lungmedicin/infektion, kardiologi och stroke.

Öppenvårdsverksamheten består av dialysmottagning och allmän internmedicinsk mottagning inklusive klinisk fysiologi. På samtliga mottagningar bedrivs utredning, behandling och undersökningar av specialistutbildad personal såsom läkare, sjuksköterskor och biomedicinska analytiker.

Till kliniken hör även paramedicinska enheten där sjukgymnaster/fysioterapeuter,

arbetsterapeuter, rehabiliteringsassistenter/undersköterskor, kuratorer och dietister arbetar. Paramedicinska enhetens personal arbetar på hela Lindesbergs lasarett.

7.2 Övriga regioner i utredningen

7.2.1 Region Västerbotten

Inom Region Västerbotten finns tre sjukhus. Norrlands universitetssjukhus, Nus, i Umeå och två länsdelssjukhus: Skellefteå lasarett och Lycksele lasarett. Inom området Närsjukvård Umeå finns flera verksamheter vid universitetssjukhuset: Medicincentrum, Geriatriskt centrum, Vuxenpsykiatri, Infektion och Akutmottagning. Tretton hälsocentraler i Umeå med kranskommuner ingår också i området samt åtta länsövergripande verksamheter: Arbets- och beteendemedicinskt centrum, Barn- och ungdomspsykiatri, Habiliteringscentrum, Hjälpmedelscentrum, Reumatologi, Hud- och STD-kliniken, Ambulanssjukvården samt 1177 Vårdguiden.

Medicincentrum i Umeå består av följande fem sektioner: endokrinologi, gastroenterologi inklusive amyloidocentrum¹⁷, lungmedicin, njurmedicin och angiologi¹⁸/sekundärprevention/akutmedicin. På kliniken bedrivs öppenvård, slutenvård, dagvårdsenhet och klinisk forskning.

Geriatriskt centrum finns i Umeå och har ett övergripande länsuppdrag inom demensprocessen och tillsammans med Umeå universitet ett länsuppdrag inom det geriatriska kompetensområdet.

På Skellefteå lasarett som sammanlagt har 200 vårdplatser finns medicinsk och geriatrisk klinik som har mottagningar inom medicin, geriatrik och dialys. Kliniken har även en forskningsenhet. Lycksele lasarett med ett 80-tal vårdplatser har ingen geriatrisk klinik, men en medicinsk-rehabiliteringsklinik.

7.2.2 Region Östergötland

I regionen finns tre sjukhus. Universitetssjukhuset i Linköping bedriver högspecialiserad vård och rikssjukvård. I samarbete med Linköpings universitet bedrivs medicinsk forskning och utbildning. Vrinnevisjukhuset i Norrköping, med 300 vårdplatser, är ett akutsjukhus och har bland annat specialistkliniker och förlossningsvård och lasarettet i Motala, som har 100 vårdplatser, bedriver bas- och specialistvård. Såväl Vrinnevisjukhuset som lasarettet i Motala framhåller sin koppling till forskning.

¹⁷ Amyloidos är inlagring av olösliga proteinkomplex i kroppens vävnader

¹⁸ Angiologi är en delvetenskap inom medicinen som ägnar sig åt cirkulationssystemet för blodet.

Närsjukvården i Region Östergötland är geografiskt uppdelad i tre områden, närsjukvården i centrala Östergötland, närsjukvården i västra Östergötland och närsjukvården i östra Östergötland. I Närsjukvården i centrala Östergötland ingår akutkliniken i Linköping, medicinska och geriatriska akutkliniken, närvårdskliniken samt rörelse och hälsa. Region Östergötland har nyligen genomfört en omorganisation där all hälso- och sjukvård har lagts i en produktionsenhet. Omorganisationen har inneburit att vårddirektörerna har linjeansvar och är ytterst beslutsfattande i hälso- och sjukvårdsfrågor. I organisationen är hälso- och sjukvårdsdirektör beställare och vårddirektörerna utförare. Det finns två vårddirektörer och 11 centrumchefer.

7.2.3 Region Dalarna

I Region Dalarna är hälso- och sjukvården uppdelad i fem divisioner: Medicin, Kirurgi, Primärvård, Psykiatri och Medicinsk service. I divisionen Medicin ingår verksamhet för Akutmottagning, Hudsjukvård, Specialiserad palliativ vård, Barn, Infektionssjukvård, Reumatologi, Kardiologi, Geriatrik och Medicin för hela länet. I Falun finns en medicinsk klinik och en geriatrisk klinik. På sjukhusen i Mora, Avesta och Ludvika finns det gemensamma kliniker för medicin och geriatrik.

7.2.4 Region Värmland

I Värmland är hälso- och sjukvården uppdelad i två områden – slutenvård och öppenvård. Inom område slutenvård bedrivs sjukhusvård på tre platser: Karlstad, Arvika och Torsby. Inom område öppenvård finns dessutom närsjukhus i Säffle och Kristinehamn. Centralsjukhuset i Karlstad fungerar både som länsjukhus för hela Värmland och som länsdelssjukhus för invånarna i fem kommuner (Karlstad, Hammarö, Kil, Grums och Forshaga).

Medicinkliniken på Centralsjukhuset är ett av sammanlagt 28 olika verksamhetsområden inom område slutenvård. Kliniken har sex sektioner: hematologi, endokrin- och diabetesvård, geriatrik, lungmedicin, gastroenterologi och reumatologi. Kliniken har två verksamhetschefer (1,5 tjänst), sex avdelningschefer och en ST-läkarchef. Noteras kan att njurmedicin och hjärt- och akutmedicin inte ingår i verksamhetsområdet. I Arvika finns en medicinklinik medan sjukhuset i Torsby arbetar kliniklöst.

7.3 Jämförelse mellan regioner

För att jämföra olika regioners sätt att organisera den vård som utredningen fokuserar på finns nedan en tabell som kopplar ihop specialistkompetens för läkare med klinik vid regionens största sjukhus.

Specialist-kompetens för läkare	Örebro län (Örebro)	Västerbotten (Umeå)	Östergötland (Linköping)	Värmland (Karlstad)	Dalarna (Falun)
Geriatrisk	Egen klinik, inom Område Specialiserad vård	Geriatriskt centrum Nus, ingår i Närsjukvård Umeå	Gemensam klinik för medicin och geriatrisk inom Närsjukvården i centrala Östergötland	Sektion vid Medicinkliniken, inom område Slutenvård	Egen klinik inom Division Medicin
Internmedicin	Sektion inom Medicinska kliniken inom Område Specialiserad vård	Ingår i Medicincentrum Nus, ingår i Närsjukvård Umeå	Gemensam klinik för medicin och geriatrisk inom Närsjukvården i centrala Östergötland	Klinik inom område Slutenvård	Sektion inom medicinkliniken inom Division Medicin
Endokrinologi och diabetologi	Sektion inom Medicinska kliniken inom Område Specialiserad vård	Sektion inom Medicincentrum, Umeå	Klinik inom Medicincentrum	Sektion vid Medicinkliniken, inom område Slutenvård	Sektion inom medicinkliniken inom Division Medicin
Medicinsk gastro- enterologi och hepatologi	Sektion inom Medicinska kliniken inom Område Specialiserad vård	Sektion inom Medicincentrum, Umeå	Klinik inom Centrum för kirurgi, ortopedi och cancervård	Sektion vid Medicinkliniken, inom område Slutenvård	Sektion inom medicinkliniken inom Division Medicin
Hematologi	Sektion inom Medicinska kliniken inom Område Specialiserad vård	Sektion inom Onkologen i Länsjukvårds- område 1	Klinik inom Centrum för kirurgi, ortopedi och cancervård	Sektion vid Medicinkliniken, inom område Slutenvård	Sektion inom medicinkliniken inom Division Medicin
Njurmedicin	Sektion inom Medicinska kliniken inom Område Specialiserad vård	Sektion inom Medicincentrum, Umeå	Klinik inom Medicincentrum	Eget verksamhets- område inom område Slutenvård	Sektion inom medicinkliniken inom Division Medicin

- Geriatrik – inriktad på åldrandets sjukdomar.
- Internmedicin – inriktad på sjukdomar sjukdomar i kroppens inre organ.
- Endokrinologi och diabetologi – inriktad på kroppens hormoner.
- Medicinsk gastroenterologi och hepatologi – inriktad på mage, tarm, lever med mera.
- Hematologi – inriktad på blod.
- Njurmedicin – inriktad på njure.

8. Hur hanterar andra regioner att kliniker har flera uppdrag?

Detta kapitel fokuserar på utredningens andra mål: att analysera hur ett urval av relevanta regioner hanterar att samordna uppdrag kring länsdelsuppdrag, länsuppdrag och i förekommande fall uppdrag kring högspecialiserad vård samt forskning och utbildning.

8.1 Intervjupersonernas reflektioner

En intervjuperson uttrycker tydligt hur uppdragen kolliderar. **”Det handlar om att hålla sig i framkant inom forskningen och samtidigt ta hand om multisjuka äldre, vilket är det vanliga basutbudet av patienter.”** En annan intervjuperson beskriver konfliktsituationen så här: **”På ett universitetssjukhus är det inte så fint att jobba med länsdelssjukvård, det måste bli attraktivt och det är svårt.”** Andra intervjupersoner säger dock att de inte upplever målkonflikter mellan de uppdrag som deras verksamheter har.

Att både bedriva klinisk verksamhet och forskning leder till komplicerade bemanningsfrågor. En intervjuperson berättar att om en läkare har en anställning som ska rymma båda uppdragen men prioriterar forskningen, så leder det till längre köer för patienterna. Hen lyfter att det här är något verksamhetschefer sliter med, för att personal ska kunna få ta ut sin forskningstid. Under den pågående pandemin har den kliniska verksamheten fått förtur, enligt intervjupersonen. **”I nuläget är det forskningsdelen som får ta stryk, de som skulle ägna sig åt forskning får komma tillbaka och jobba på golvet”.**

När det gäller vad som är länsdelssjukvård och vad som är länssjukvård beskriver en intervjuperson att det finns ett uttalat länsuppdrag för vissa diagnoser, till exempel Parkinsons sjukdom. För de flesta diagnoser finns det dock ingen uttalad uppdelning mellan länsdelssjukvård och länssjukvård. En faktor som styr var olika patienter behandlas är behovet av intensivvård som inte kan erbjudas på alla sjukhus i den regionen.

En annan intervjuperson beskriver att det till viss del finns överenskommelser mellan sjukhusen om hur uppdelningen ska vara mellan länsdelssjukvård och länssjukvård. Det finns dock inga undertecknade dokument utan i praktiken bygger fördelningen på ett samarbete med mycket dialog. Intervjupersonen bedömer att det är tillräckligt definierat vad som ska göras på ett ställe och vad som ska göras på alla sjukhus, men tycker samtidigt att det finns behov av ytterligare förtydliganden och att det skulle vara bra med fler skriftliga överenskommelser för att underlätta arbetet och undvika diskussioner.

För patienten framkommer fördelar med mångfalden av uppdrag: **”Vi har riktigt duktiga forskare på endokrinsidan, klart det är en fördel för patienterna som hamnar i deras hägn”**, menar en intervjuperson som bedömer att de patienter som ingår i forskningsprojekt får väldigt bra vård.

En intervjuperson tar upp frågan om hur de olika uppdragen värderas. **”Vad är viktigast, är det länsdelssjukvård eller den högspecialiserade sjukvården? Det är där det gäller att hitta identiteten med en akut internmedicin och att sätta ett jättestort värde på det, profilera det”**. På frågan om det som läkare tycker är roligast att jobba med går före svarar hen att så är det, men att det är något värdefullt i det: ”Det är det goda i det, då får man ut mycket.”, säger hen och poängterar vikten av ledarskapet. ”Som ledare behöver man vara tydlig med vad vi ska uppnå och vad man ska göra. Och så får man jämka lite. Det är den här storheten som det är att vara medicinklinik.”. Intervjupersonen vill över huvud taget inte tala om att det blir en krock mellan uppdragen. **”Jag blir provocerad av att säga att de stör varandra, de överlever inte utan varandra. Vi är jätteberoende av att man finns båda delarna, annars blir man inte så stark”**, säger hen och tar hematologen som exempel: ”Har inte de akut internmedicin skulle de inte kunna ha så många vårdplatser och inte så mycket personal, då skulle de behöva slå ihop sig med någon annan.”. Intervjupersonen beskriver även uttrycket ”huset i huset” - ett länsdelssjukhus i universitetssjukhuset, vilket används som ett försök att höja attraktiviteten kring länsdelssjukvården.

En annan intervjuperson beskriver en tät dialog mellan de verksamheter i regionen som bedriver länsdelssjukvård och länssjukvård. Intervjupersonen beskriver att verksamhetscheferna för regionens medicinkliniker har möten en gång i månaden och intervjupersonen upplever att det bidrar till en samsyn kring vilken vård som ska erbjudas på de olika klinikerna.

8.2 Utredningens analys

Intervjuerna bekräftar utredningens utgångspunkt att när en verksamhet har flera uppdrag med olika mål så hamnar målen i konflikt med varandra. Det finns dock en tydlig skillnad mellan intervjupersonernas reflektioner. De intervjupersoner som beskriver sådana målkonflikter är från regioner med universitetssjukhus, medan intervjupersoner från andra regioner inte gör det. Det verkar alltså som att universitetssjukhusregionernas fyra uppdrag är betydligt svårare att hantera än de två uppdrag (länsdelssjukvård och länssjukvård) som övriga regioner har att hantera.

Intressant är hur olika de två grupperna uppfattar uppdraget att bedriva länsdelssjukvård. Det förefaller okomplicerat i en region utan universitetssjukhus, men blir svårare att hantera på ett universitetssjukhus. Det förefaller att lätt hamna i

skuggan bredvid mer specialiserad vård och forskningsuppdraget.

Flera verktyg beskrivs för att hantera de målkonflikter som det innebär att ha flera uppdrag. Ett verktyg är att höja attraktiviteten för länsdelssjukvården, till exempel genom hur den benämns. Ett annat verktyg är att inte se uppdragen som en källa till konflikt, utan som en källa till möjligheter genom exempelvis ökade resurser (fler tjänster) och mer kompetent personal. Ett tredje verktyg är att ha en nära dialog mellan länsdelssjukvården och länssjukvården.

9. Hur hanterar klinikerna att ha flera uppdrag?

Detta kapitel fokuserar på utredningens tredje mål: att undersöka och belysa eventuella målkonflikter för Geriatriska kliniken och Medicinska kliniken på grund av klinikernas fyra uppdrag: länsdelssjukvård, länssjukvård, högspecialiserad vård samt forskning och utbildning.

9.1 Intervjupersonernas reflektioner

Den mångfald av uppdrag för kliniker vid USÖ som den här utredningen utgår ifrån stämmer väl med hur intervjupersonerna beskriver Medicinska kliniken. När det gäller uppdraget att bedriva högspecialiserad vård är det dock i praktiken bara en av sektionerna som tar emot utomlänspatienter, enligt en intervjuperson. I övrigt är samtliga uppdrag starkt förknippade med kliniken.

Uppdragen för Geriatriska kliniken förefaller dock inte vara lika många. Kliniken verkar främst ha ett länsdelsuppdrag och ett forskningsuppdrag. När det gäller länsuppdrag är det mycket ovanligt att kliniken vårdar patienter från andra delar av länet. Klinikens länsuppdrag är enligt en intervjuperson begränsat till demens och palliativ vård, och inte heller där är uppdraget heltäckande för länet. Utomlänspatienter förekommer inte alls vid kliniken, så i praktiken bedriver kliniken ingen högspecialiserad vård.

Intervjupersonerna är alltså väl medvetna om att de båda klinikerna både ska bedriva kliniskt arbete samt bedriva utbildning och forskning. En intervjuperson tillägger att uppdragen krockar ibland. Detta gäller framför allt vid brist på personal, vilket skapar dragkamp om vad en enskild person ska ägna sig åt.

Målkonflikter kring forskning

Att det finns en målkonflikt mellan klinisk verksamhet och forskning beskrivs som en självklarhet av en annan intervjuperson. Hen betonar att det finns särskilda ekonomiska resurser till uppdraget kring forskning och utbildning, men att det ändå kan uppstå en situation som upplevs som resursbrist.

Samma intervjuperson beskriver att Medicinska kliniken har starka forskningsprofiler inom sina subspecialiteter, men att det på en klinik med mycket subspecialiserad verksamhet finns en risk för att det forskningsmässiga intresset försvinner från länsdelsuppdraget. **”Det är svårt att få engagemang av subspecialiserade läkare för länsdelssjukvården.”**

Uppdelning länsdelssjukvård - länssjukvård

När det gäller gränsdragningen mellan vad som är länsdelssjukvård och länssjukvård så framkommer från flera intervjupersoner att det inte finns någon tydligt definierad och beslutad gräns. Det blir också tydligt att det är svårt att dra någon tydlig gräns för vilka delar av verksamheten som ägnar sig åt de olika uppdragen. På frågan om det är sektionen för allmän internmedicin vid Medicinska kliniken som ägnar sig åt länsdelssjukvård och resten av kliniken åt länssjukvård blir svaret: ”Nej, det är rörigare än så.”

En intervjuperson beskriver att det finns en grundläggande tanke om att patienternas fördelning mellan sjukhusen ska styras av att patienterna ska få vård så nära hemmet som möjligt. Det innebär att den inneliggande vården så långt som möjligt ska drivas som länsdelssjukvård. Men i praktiken påverkas fördelningen mellan sjukhusen – och därmed uppdelningen mellan länsdelssjukvård och länssjukvård - av andra parametrar.

En sådan parameter är tillgången till vårdplatser. Flera intervjupersoner beskriver att placeringen av framför allt äldre multisjuka patienter som är i behov av inläggning riskerar att i allt för hög grad styras av tillgången på platser, och inte av var det medicinska omhändertagandet är bäst för patienten. En intervjuperson betonar särskilt att detta gäller fler patienter inom ytterligare medicinska områden än de som den här utredningen är inriktad på.

Tillgången till vårdplatser är för närvarande mycket begränsad på Universitets-sjukhuset. Det gör att patienter av utrymmesskal får flyttas till Karlskoga och Lindesberg. Under utredningsperioden har tillgången på vårdplatser varit särskilt ansträngd på USÖ. En intervjuperson uppger att det är en indirekt effekt av pandemin. Patienter som under förra året inte kunde erbjudas återbesök och kontroller har på grund av detta blivit i sämre skick och behöver därför läggas in. Intervjuerna visar dock att tillgången på vårdplatser generellt inte brukar vara lika stor som efterfrågan.

En annan parameter som i praktiken påverkar var vården ges är tillgången på kompetens. Kompetensen är inte lika bred i Karlskoga och Lindesberg, eftersom verksamheterna där inte alltid kan rekrytera den kompetens som önskas.

Flera intervjupersoner tycker att uppdelningen mellan länsdelssjukvård och länssjukvård har förändrats och inte längre är så lätt att definiera eftersom sjukvården blivit allt mer komplex. ”**När är en hjärtpatient en länsdelspatient och när är den en länspatient?**”, som en intervjuperson uttrycker det. Om verksamheterna inte är överens om uppdelningen kan detta gå ut över patienterna.

Patienter med tydliga diagnoser är det inga problem att fördela mellan sjukhusen, till exempel infarktpatienter. De definieras som länssjukvård och skickas utan problem in till Universitetssjukhuset. Uppfattningen från en intervjuperson är att när det gäller multisyjuka så är gränsdragningen mycket svårare – då blir det lätt så att det är någon annan som ”borde” ta ansvaret.

När det gäller gränsdragningen mellan länssjukvård och länsdelssjukvård påpekar en annan intervjuperson att det skett en förskjutning av primärvårdens uppdrag, där mycket nu kan göras i primärvården som tidigare gjordes i specialistvården. Detta påverkar även vården vid sjukhuset. Hen påpekar att den här delen av vården inte löser sig självt: ”Ska vi kunna vårda folk hemma måste stöd ges från de som kan mer.”

När det över huvud taget gäller vårdens uppdrag lyfter flera intervjupersoner fram att många verksamheter saknar definierade uppdrag. En av intervjupersonerna påpekar att det försvårar omställningen till ”nära vård”. För att en omställning ska vara möjlig behöver varje verksamhet veta mer tydligt vilken del i vårdkedjan som den enskilda verksamheten har huvudansvar för, enligt intervjupersonen.

Flera intervjupersoner varnar för att länsdelssjukvården för framför allt äldre patienter sviktar. Det beskrivs som att det inte är attraktivt att jobba med äldre patienter och att verksamheter därför skjutsar patienter vidare i ”systemet”. En tydligare fokusering kring patientgruppen skulle göra arbetet mer attraktivt, enligt en intervjuperson.

Verktyg för att hantera målkonflikter

Ett verktyg för att klara av fyra parallella uppdrag som nämns av en intervjuperson är just att förtydliga uppdrag. Inom Medicinska kliniken bedrivs forskning som ligger i framkant, bland annat inom gastroentologi. Hur länsdelssjukvården kan skapa sig utrymme då är inte helt enkelt, men intervjupersonen ser en lösning i utformningen av uppdraget: **”Målkonflikten i vardagen kan bli mindre om du har ett tydligt uppdrag mot länsdelsfunktionen.”**

Intervjupersonen betonar också att forskningsuppdraget är positivt för det kliniska uppdraget. En miljö där forskning bedrivs leder till att personalen blir bättre på att ta till sig ny kunskap, enligt intervjupersonen.

Ytterligare en målkonflikt

En målkonflikt som framkommer starkt i intervjuerna är mellan Medicinska klinikkens egen verksamhet och uppdraget att bemanna jourlinjer vid Akutmottagningen. Den kan dock inte hänföras till de fyra uppdragen, utan kan snarast kopplas till den

målkonflikt som vården ofta ställs inför mellan akut vård och planerad vård.

Konkret innebär målkonflikten i det här fallet om att subspecialiserade läkare – enligt intervjupersonen – hellre ägnar sin tid åt de specialiserade sektionerna där de är anställda än åt Akutmottagningen. Eftersom de har vidare specialiserat sig har de varken intresse eller aktuell kunskap för det breda jouruppdraget, menar intervjupersonen. Målkonflikten förvärras av att alla läkare inte har kompetens för att utföra jouruppdrag. Svårigheter att rekrytera en viss specialitet gör att läkare har rekryteras som inte har erfarenhet av breda jouruppdrag. Det ökar behovet av att andra läkare tar jourtjänstgöring istället, påpekar intervjupersonen.

Det finns även en intern jourfråga inom Medicinska kliniken. Den handlar om bemanningen vid klinikens Akutvårdsavdelning, AVA, och innebär en liknande målkonflikt kring var kompetensen ska användas – i akut vård på AVA eller planerad vård på de subspecialiserade sektionerna.

9.2 Utredningens analys

Bilden av hur klinikerna påverkas av att ha flera uppdrag med olika mål stämmer väl med den bild som framkom i intervjuerna med företrädare från andra regioner och som redovisades i förra kapitlet. Uppdraget leder till målkonflikter, framför allt mellan klinisk verksamhet och forskning. Detta riskerar att i första hand gå ut över länsdelssjukvården.

Flera intervjupersoner har uppfattningen att situationen för äldre patienter med flera diagnoser (så kallat multijuka) behöver förbättras vid Universitetssjukhuset. Det kan exempelvis handla om patienter med både diabetes och hjärtsvikt, eller både problem med mage och njurar. När länsdelssjukvården riskerar att få stå tillbaka så är det i stor utsträckning den här patientgruppen som påverkas. I sammanhanget bör påpekas att den demografiska utvecklingen visar att detta är en växande patientgrupp.

Att flera intervjupersoner lyfter fram ett bristande omhändertagande av äldre multijuka patienter är bekymmersamt, men inte särskilt överraskande. Förbättringsbehovet har redan uppmärksammats av hälso- och sjukvårdsnämnden som har gett hälso- och sjukvårdsförvaltningen ett uppdrag att förbättra omhändertagandet under 2021.¹⁹ Utredningen visar att det är angeläget att uppdraget utförs.

Gränsdragningen mellan länsdelssjukvård och länssjukvård förefaller vara svår att göra. Det gör det oklart vilket sjukhus som ansvarar för att ta hand om en patient. Värt att notera i sammanhanget är att en av tankarna med omställningen till en nära

¹⁹ Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2021, uppdrag 5, sidan 9.

vård är att förflytta vården närmare patienterna. Det borde innebära att det som är
länssjukvård i dag kan vara länsdelssjukvård i morgon.

10. Erbjuder klinikerna jämlik vård?

Detta kapitel fokuserar på utredningens fjärde mål: att jämföra den vård som ingår i klinikernas medicinska områden och som Region Örebro län erbjuder länsinvånarna vid sina tre sjukhus.

Begreppet jämlik vård kan ha flera olika betydelser. Det kan handla om hur människor blir bemötta i vården är likvärdig utifrån exempelvis könstillhörighet, sexualitet, socioekonomiska faktorer. Uppdraget för den här utredningen är att jämföra om länsinvånarna får en jämlik vård oavsett geografiska skillnader inom regionen.

10.1 Intervjupersonernas reflektioner

Skillnader i sjukhusvården

Flera intervjupersoner uppger att det finns flera områden där det är väl känt att sjukhusvården i länet inte är jämlik. En intervjuperson säger: **”Den palliativa vården och smärtbehandlingen är en väldigt ojämlig vård i länet.”** Även rehabilitering nämns som ett område där verksamheterna inte ger en jämlik vård.

Samtidigt är andra intervjupersoner av uppfattningen att vården inom området som helhet är jämlik, eller att det är svårt att bedöma om vården är jämlik inom länet. En intervjuperson framhåller också att det kan finnas skäl till att låta vårdens utbud variera som geriatriska kliniken lyfter fram är att den åldrande befolkningen inte är spridd över länet på ett jämnt sätt. En intervjuperson tycker att skillnaderna i vården behöver öka på grund av socioekonomiska variationer: **”Hur vi ska säkra de socialt utsatta grupper som vi har?”**

Intervjupersonerna beskriver både oavsiktliga och avsiktliga skillnader för hur vården bedrivs på länets sjukhus. En oavsiktlig skillnad finns när det gäller vilka specialistkompetenser som finns bland läkarna på de olika sjukhusen. Några intervjupersoner beskriver att tillgången till kompetens beror på vilken kompetens som sjukhusen lyckats rekrytera. En betydligt mer avsiktlig skillnad är när varje sjukhus gör egna riktlinjer och rutiner, som en annan intervjuperson beskriver. Hen betonar att det kan medföra att vården inte blir jämlik och att det blir svårt att se till helhet och att fördela resurser så att vården når de som behöver vården bäst.

En intervjuperson beskriver att skillnader i sjukhusvården kan bero på vilka individer som jobbar på klinikerna. Det handlar om kompetens och vilja: **”kompetens ger vilja”**.

Åsikterna går isär när det gäller om patienten får bättre eller sämre vård vid USÖ jämfört med vid de andra sjukhusen. Flera intervjupersoner bedömer att vården blir bättre vid USÖ eftersom det finns fler olika specialistkompetenser där, en bred palett av både allmän internmedicinsk och mer specialiserad kompetens som ger bra förutsättningar för en heltäckande bedömning av patienten.

Andra intervjupersoner varnar för att patienter på USÖ skickas runt inom sjukhuset på ett sätt som gör vården sämre. **”Det är ett större helhetsgrepp i Karlskoga och Lindesberg”**, bedömer en intervjuperson som också tycker att Geriatriska kliniken har ett helhetsgrepp om patienten tillsammans med kommunen, något som hen menar att inte Medicinska kliniken gör.

En intervjuperson har uppfattningen att bemanningen inom några områden, exempelvis dialys, är lägre på USÖ än på de andra sjukhusen och varnar för att det kan ge patienterna en sämre vård.

Även sjukhusens placering lyfts fram som en risk för ojämlikhet när den norra och västra länsdelen har varsitt mindre sjukhus medan den södra länsdelen inte har något sjukhus alls.

En intervjuperson betonar att vården av geografiska skäl inte bör vara exakt lika i hela länet: **”Jag kan inte bygga ett system som är lika som i Örebro, det är för långa avstånd för det i norr.”**

Andra aktörer påverkar jämlikheten

Flera intervjupersoner lyfter fram att det inte enbart är sjukhusvården som är avgörande för om vården blir jämlik eller inte mellan länets patienter. Ojämlik vård kan uppstå på grund av att bemanningen varierar mellan länets vårdcentraler och för att kommunerna är olika väl rustade när det gäller sköterskekompetens. **”Det är ojämlikt om man behöver åka in för att få en spruta eller om någon kommer hem till dig för att ge sprutan”**, påpekar en intervjuperson.

En intervjuperson ser risker när Region Örebro län utvecklar lokala samarbeten med enstaka kommuner och tar som exempel Tullhuset i Örebro och att de mobila teamen i länets olika delar har olika uppdrag: **”Det är hela tiden en avvägning mellan att ge utrymme för lokala lösningar men ändå få ihop en jämlik vård”**. En annan intervjuperson tycker tvärt om att man inte behöver vara rädd för ojämlikhet, eftersom det kan leda till en lärandeprocess för fler aktörer: **”Det är inte så farligt om vi ger olika och det blir lite bättre för en grupp, för då kan andra lära sig av det. Då kan man växeldra.”**

Flera intervjupersoner lyfter fram att förutsättningarna för samverkan mellan Region Örebro län och den kommunala hälso- och sjukvården är bättre i väster och norr jämfört med Örebro. Det är betydligt lättare att arbeta i mindre konstellationer, beskriver en intervjuperson, där det finns en vårdcentral och ett mindre sjukhus att koppla på. **”Förut var det tuffa gränsdragningar. Nu bygger vi tät teamsamverkan, helt i andan av nära vård. Här har norr och väster gått före.”**

Mindre kommuner har jobbat längre med nära vård-konceptet än de större kommunerna och är således bättre på att nyttja den nära vården, säger en intervjuperson, som gör bedömningen att det för större kommuner är lättare att skicka in patienter till sjukhuset. Hen tar upp de korta beslutsvägarna i en mindre kommun som en fördel.

Verktyg för ökad jämlikhet

Flera intervjupersoner framhåller att jämlikheten när det gäller vanligt förekommande sjukdomsförlopp har förbättrats och förklarar det med att vården blivit mer standardiserad. En baksida med det är dock att det som inte går att standardisera riskerar att bli olika. En annan intervjuperson varnar också för att länsdelssjukhusen tappat en del i omhändertagandet av den allmänsjuka patienten när de ska följa riktlinjer som är gemensamma för hela länet. En tredje intervjuperson har förhoppningar på att ökad kunskapsstyrning ska leda till att alla verksamheter i länet på sikt jobba efter bästa tillgängliga kunskap.

En intervjuperson säger att det behöver finnas lokala lösningar, men beklagar att det i dag saknas mål för vad som ska uppnås. ”Vad:et” behöver vara mer gemensamt: **”Vi måste ha kriterier för vad jämlikheten ska innebära för invånarna och jobba utifrån det.”**

Länkliniker nämns av en intervjuperson som ett bra medel för att nå likvärdighet i vården eftersom varje sjukhus då inte behöver ta fram egna rutiner. Men hen trycker på att det samtidigt krävs lokal styrning, lokala samarbeten och att positiva krafter inte får tappas bort.

Ett exempel på förbättrad jämlikhet är diabetesvården, enligt en intervjuperson. Där har verksamheterna arbetat länsövergripande under lång tid, följt upp resultat samt arbetat med förbättringar utifrån det. En annan intervjuperson beskriver hur uppföljningar kring olika tumörtyper kunnat visa problem med att länsdelssjukhusen utreder en del svårare patientfall. Det kan innebära en försening i vården, innan patienten skickas vidare till länsnivån. Uppföljningar av vården vid flera olika tumörer har visat exempel på detta.

Flera intervjupersoner tar upp de svårigheter som finns med att hitta enkla men givande sätt att följa upp. Ett råd som en intervjuperson ger är att **”I stället för att titta på organiseringen, titta på medborgaren”** och tar som exempel att uppföljning av om patienter dör på sjukhus eller i hemmet kan vara ett sätt att följa upp den palliativa vården.

10.2 Utredningens analys

Att flera intervjupersoner hävdar att det finns tydliga ojämlikheter i vården är anmärkningsvärt. Uppgifterna behöver undersökas och värderas och vid behov åtgärdas. Men analysen av intervjupersonernas svar visar också att uppföljningen av vården behöver förbättras, för att kunna avgöra om den är jämlik eller inte.

Påfallande är att när intervjupersonerna får frågor om jämlik vård så svarar de med hänvisning till sina upplevelser och inte med stöd av faktaunderlag. En liknande tendens finns för övrigt när samma frågor har ställts till intervjupersoner från andra regioner.

Det finns alltså ett tydligt förbättringsområde när det gäller att följa upp vården i syfte att säkerställa jämlikheten. Intressant är att inte någon av verksamheterna verkar ha något uppdrag för att göra uppföljningar. Vården ska vara jämlik, men utan uppföljning och jämförelser med andra är det omöjligt för en verksamhet att veta om vården den bedriver är jämlik.

Det förefaller dock som att en viktig utgångspunkt är att det inte är verksamheterna som ska mätas för att se om vården är jämlik, utan resultatet för patienterna. Det krävs kunskap om vårdens effekter för att kunna avgöra vilka skillnader i arbetssätt och utbud som faktiskt gör vården ojämlik för patienten.

11. Hur bör klinikerna vara organiserade?

Detta kapitel fokuserar på utredningens femte och sista mål: Att lämna rekommendationer om organisatoriska förändringar för att säkerställa de fyra uppgifterna vid de två klinikerna och en jämlik vård i länet inom klinikernas medicinska områden.

I avsnittet redovisas och analyseras intervjupersonernas reflektioner kring organisation. Intervjupersonerna har särskilt uppmanats att reflektera utifrån samarbetsbehov, och reflektionerna redovisas klustrat kring olika samarbetsbehov. Rekommendationerna redovisas i utredningens avslutande kapitel.

11.1 Intervjupersonernas reflektioner

Ett svar på frågan i kapitlets rubrik är enligt flera intervjupersoner att det inte spelar någon roll. De trycker på att själva organisationsmodellen inte är det viktigaste för att verksamheten ska fungera. **”Samverkan kan man lösa ändå, oavsett vilken organisation man tillhör.”**, som en intervjuperson uttrycker det.

Hos många av intervjupersonerna finns dock en stark uppfattning om att själva organisationsstrukturen spelar en stor roll för verksamhetens utveckling. Flera av dem återkommer till vikten av att ledare för verksamheter med många beröringspunkter bör sitta i samma ledningsgrupp.

En annan intervjuperson är inne på att vårdens organisering ändå har en viss betydelse. **”Jag brukar tänka att man bara kan underlätta eller försvåra med organisationen”**, säger intervjupersonen som tycker att det finns en övertro på vad organisationen kan lösa. Det som är viktigt är enligt intervjupersonen istället uppdrag, arbetssätt och prioriteringar som måste vara tydliga. Kulturen inom organisationen lyfts också fram som betydelsefull.

En tredje intervjuperson betonar att en förändrad organisation inte automatiskt leder till förbättringar. Hen varnar istället för att alla omstruktureringar riskerar att göra något sämre.

Reflektioner från andra regioner

Verksamheterna i de andra regionerna brottas också med utmaningar om hur samarbete kan förbättras. En väg att öka förmågan till samarbete som lyfts fram är respekt och förståelse för andras uppdrag. Att se vården av patienten som ett gemensamt uppdrag. I en region har alla aktörer – oavsett huvudman - samlats och gemensamt gått igenom hela vårdförloppet för enskilda patienter.

En intervjuperson beskriver hur det finns processer för hur samverkan ska ske med primärvården och processerna följs. Trots det saknas i praktiken nödvändig uppföljning av patienter som skrivs ut från slutenvården. En tänkbar förklaring är att medarbetarna saknar kunskap om vilka förutsättningar som medarbetarna hos den andra parten har. En annan tänkbar orsak är att läkarna enbart blir ordentlig inkopplade i fall som är så komplexa att det görs samordnad individuell planering (SIP). **”För vissa patienter blir detta för mycket en sköterskeprocess och för lite en läkarprocess”**, resonerar intervjupersonen.

Samarbete mellan sjukhuskliniker

Flera intervjupersoner är tydliga med att de båda undersökta klinikerna i stor utsträckning har samma eller liknande patientgrupper. Detta innebär ett behov av samarbete. Trots det finns det för närvarande inga strukturerade samarbeten mellan klinikerna.

För båda klinikerna finns även stora samarbetsbehov med andra sjukhuskliniker på grund av att en patient kan ha flera diagnoser. I intervjuerna framkommer att samarbetsbehovet finns med både andra kliniker inom Område Specialiserad vård och med Område Psykiatri.

Ett särskilt starkt samband finns till Akutkliniken. Ett exempel på det är att en intervjuperson beräknar att på den allmängeriatriska avdelningen på Geriatriska kliniken (avdelning 82) kommer två tredjedelar direkt från akutmottagningen. För Medicinska kliniken är omfattande jourtjänstgöring av klinikens läkare som knyter ihop den med Akutkliniken.

Samarbete mellan kliniker och primärvård

När det gäller samarbete mellan primärvården och Geriatriska kliniken berättar en intervjuperson att det sedan lång tid finns en etablerad uppdelning mellan primärvård och specialistvård. Det gäller till exempel demens och palliativ vård. I praktiken har samma läkare på Geriatriska kliniken under lång tid bedömt alla remisser för palliativ vård och beslutat om vårdnivån är allmän palliativ vård som ska ges av primärvården eller ska bedömas som specialiserad palliativ vård och erbjudas av Geriatriska kliniken. Detta har fungerat mycket bra tack enligt intervjupersonen som tror att förklaringen är ömsesidig respekt och smidigt samverkan.

Under pandemin upplever intervjupersonerna att Geriatriska kliniken ”klivit fram” och tagit ett större ansvar för vården. Det har varit en ovanlig upplevelse för primärvården och inneburit att primärvården kommit närmare kliniken.

När det gäller samarbete mellan Medicinska kliniken och primärvården beskrivs det av flera intervjupersoner som nära nog obefintligt på det organisatoriska planet. Detta trots att det finns en insikt hos dem om att det vore bättre för en del av klinikens patienter om de omhändertogs i primärvården istället för på sjukhus.

Samtidigt beskriver andra ett väl fungerande samarbete mellan primärvården och Medicinska kliniken, trots att det varken finns organiserade mötesplatser eller samarbetsgrupper på andra sätt. **”Av alla specialistkliniker så är samarbetet med Medicinkliniken minst komplicerat. Det finns tillgängliga konsulter. Bättre kan man inte ha det”**, uppger en intervjuperson.

Tidigare saknade primärvården stöd kring ”vanligt sjuka patienter”, men detta har förbättrats tack vare ett standardiserat vårdförlopp kring ”Allvarliga ospecifika symptom” som Medicinklinikens sektion för allmän internmedicin nu tar ett ansvar för, enligt flera intervjupersoner.

Samarbetsproblemen är dock inte helt botade. Det finns en tendens att specialistkliniker tycker att ”nu är det här inte roligt längre, vi har inte tid med det” och lämpar över arbetsuppgifter och patienter på primärvården. Det går ut över patienter, eftersom även primärvårdens resurser är begränsade.

När sådana problem uppstår behöver läkargrupperingar bildas för att nå en samsyn. En av intervjupersonerna lyfter fram att samarbeten bäst byggs genom dialog mellan läkare. **”Det blir sämre om en chef går in och pekar.”**

Intervjupersonen säger också att det varit svårare att hantera gränssnittet när primärvården har varit uppdelad på tre olika områden och tror därför att samarbetet blir lättare efter att primärvården från och med årsskiftet har samlats i ett länsgemensamt område.

Mellan sjukhuskliniker och kommuner

När det gäller strukturerad samverkan mellan kliniker och kommuner så sker det på en hög chefsnivå. Relationerna beskrivs av flera som mycket goda. Samtidigt betonar flera intervjupersoner återkommande problem med informationsöverföring på patientnivå.

Innan årsskiftet var det områdeschefen för de båda klinikerna som träffade kommunernas socialchefer. En intervjuperson lyfter fram att det funnits ett problem att områdeschefen då inte har företrätt hela sjukhuset. För kommunerna har det inte varit tydligt vem de ska prata med i USÖ-relaterade ärenden, som exempelvis

utskrivningsfrågor. Det är betydligt enklare med de små sjukhusen där det går att samla de personer som berörs i ett rum, säger intervjupersonen. **”Drömscenariot är att man når fram med frågor i USÖ:s organisation.”**, säger hen och lyfter fram behovet av sammanhållande funktioner.

En gemensam färdplan till ”God och nära vård” är på gång att tas fram i samarbete mellan Region Örebro län och länets kommuner. En intervjuperson berättar att arbetet har skjutits fram på grund av den pågående pandemin.

Att omställningen till nära vård inte är valbar, utan bygger på ett riksdagsbeslut, lyfts fram av en av intervjupersonerna som menar att huvudmännen för hälso- och sjukvård därför behöver komma närmare varandra: **”Vi behöver jobba som att vi har en huvudman med samma mål och ha personen som vi ska hjälpa i centrum”**. Intervjupersonen är också tydlig med att det brådskar att förbättra samarbetet, med tanke på framtidens befolkningsutveckling med allt fler äldre. **”Vi behöver börja nu och se till att vi bygger så att vi kan ta hand om våra äldre. Det är ingen rocket science att titta på en demografikurva.”**

Övriga kommentarer

En intervjuperson betonar att sjukhuset generellt behöver jobba närmare både primärvård och kommunal sjukvård. Hen tycker att Geriatriska kliniken har försökt göra det, men inte den övriga sjukhusvården i tillräcklig omfattning.

Intervjupersonen lyfter även fram att det är angeläget att jobba mer med olika vårdnivåer för att kunna utveckla patienternas vårdkedja och att våga bryta upp gamla strukturer där samarbete inte fungerar över gränserna och där patienten kommer i kläm i dag.

Ett pågående arbete som hen lyfter fram som en viktig aktivitet för ett bättre samarbete är att ta fram en ny överenskommelse mellan Region Örebro län och länets kommuner kring vård i hemmet. Den kommer att omfatta hela livscykeln och såväl psykiatri som somatik.

En av de intervjuade lyfter fram att förtydligade uppdrag inte räcker för att underlätta samarbete. Diskussioner om uppdrag kommer alltid förekomma, påpekar hen, och tycker att det mer handlar om att kunna ha en dialog. **”Det funkar som sämst när man försöker peka på en regel.”**

En intervjuperson uppmärksammar att det även finns ekonomiska fördelar med att förbättra samverkan. **”Det som kostar pengar och är svårt att hålla reda på är patientflödena.”** Som exempel på möjligheter till möjliga besparingar nämner hen att

ha bättre koll på läkemedelsförskrivning och provtagningar så att inte flera delar i vårdkedjan gör samma sak.

Förändringsförslag

Flera intervjupersoner förordar att Geriatrisk kliniken flyttas till Område Nära vård. Motivet är främst att det bedöms gynna samverkan med den kommunala vården. Även ett annat förslag till konkret organisationsförändring kommer från flera av intervjupersonerna. En person beskriver det som ett behov av en ny klinikstruktur där några behöver få i uppdrag att utveckla vården tillsammans med primärvård och kommunal vård.

Förändringen handlar om att bryta loss läkarspecialiteten internmedicin från Medicinska kliniken och kanske även att slå ihop den delen med Geriatriska kliniken. Syftet är att bilda en länsfunktion för internmedicin. Fördelarna skulle vara att säkerställa omhändertagandet av patienten och att bygga ett varumärke kring denna specialitet. Ytterligare en fördel som nämns är att det skulle kunna stimulera till ökad forskning inom området, genom att upparbeta både forskningskultur och lämpligt patientunderlag för studier.

Alla som väcker tanken på en sådan organisatorisk förändring ser samtidigt en baksida. Hur ska bemanning av olika jourlinjer på Akutmottagningen och Medicinklinikens akutvårdsavdelning lösas? En intervjuperson påpekar att antalet patienter som söker vård på Akutmottagningen är avgörande för hur många jourläkare som behövs från Medicinska kliniken, eller andra kliniker.

11.2 Utredningens analys

Intervjuerna bekräftar bilden av att vårdens verksamheter har stora utmaningar när det gäller förmågan att samarbeta. Ett förbättrat samarbete är nödvändigt för att säkerställa patienternas vårdkedjor så att vården uppfyller sin lagstadgade skyldighet att ha ett helhetsgrepp om patientens vård. Det är tydligt att detta inte alls är något som enbart gäller vården vid USÖ. Samma utmaningar finns även i andra regioner.

Det är också tydligt att det gäller samarbete mellan de två klinikerna men också med övriga sjukhuskliniker, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. När det gäller samarbetet med den kommunala hälso- och sjukvården förefaller det som angeläget att arbetet med att ta fram en gemensam färdplan för nära vård fullföljs.

Uppfattningen att organisationsmodeller inte står för fullkomliga lösningar av olika problem återkommer i intervjuerna. Det är tänkbart att detta stämmer särskilt väl när det gäller den vård som den här utredningen fokuserar på. Den ges till patienter som i många fall har både långvariga och flera olika vårdbehov. Det innebär att olika delar

av vården och även olika huvudmän blir delaktiga i vården av patienten. Då har samarbetet mellan organisationsrutorna större betydelse än hur organisationsrutorna är ritade. Oavsett hur rutorna ritas i organisationsskisserna, så måste de människor som finns i en ruta samarbeta med de som finns i andra rutor.

Värt att notera är hur intervjupersonerna upplever de nya benämningarna för hälso- och sjukvårdsförvaltningens områden. Intervjuresultaten antyder att det här finns pedagogiska problem. Den pågående omställningen till nära vård ska inte förväxlas med område nära vård. Intentionen med omställningen är att den är en förändring av hela det svenska sjukvårdssystemet. Det innebär att den berör samtliga fyra områden inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Det förändringsarbete som en verksamhet behöver gå igenom på grund av omställningen blir med det synsättet inte något avgörande argument för vilket område verksamheten ska tillhöra.

På samma sätt kan namnet på område specialiserad vård leda tankarna fel. I all vård på sjukhuset är specialistutbildade läkare viktiga nyckelpersoner. I den bemärkelsen är all sjukhusvård specialiserad vård. Även primärvård kan sägas vara specialiserad eftersom allmänläkare är en egen specialitet.

Sammanfattningsvis blir intrycket att klinikerna behöver organiseras för att utveckla samarbetet med både primärvård, kommunal vård och med varandra. Men intrycket av intervjuerna blir också att organiseringen möjligen kan stärka en positiv utveckling, men inte vara hela lösningen på problemet.

12. Sammanfattande reflektioner

Vikten av samarbete och samverkan går som en röd tråd genom utredningen. Med inspiration från den starka fokuseringen på förbättrat samarbete som finns i den pågående omställningen nära vård, fick frågor om samarbete stort utrymme i samband med intervjuerna. Svaren gav många exempel på nödvändiga samarbeten och samverkansstrukturer. Det handlar om samarbete mellan sjukhuskliniker och mellan sjukhus och primärvård. Det handlar också om samarbete mellan den vård som Region Örebro bedriver och den vård som länets kommuner bedriver.

Två viktiga förbättringsområden har framkommit under utredningens arbete. Omhändertagandet av äldre multisjuka vid USÖ och jämlikheten i länet. Inom båda områdena är förbättrat samarbete och förbättrad samverkan en viktig nyckel.

När det gäller omhändertagandet av multisjuka är det viktigt att de undersökta klinikerna särskilt förbättrar samarbetet med varandra och med Akutkliniken. Det har också blivit tydligt att ett förbättrat samarbete med andra sjukhuskliniker, primärvård och den kommunala hälso- och sjukvården är avgörande för att säkra vårdkedjorna. Samarbete är avgörande för att färre äldre ska behöva söka sig till Akutmottagningen, och att färre patienter efter utskrivning ska behöva återvända till sjukhuset akut.

När det gäller jämlikheten förefaller det som att ett närmare samarbete behövs mellan de aktuella klinikerna och systerklinikerna i Karlskoga och Lindesberg.

Landets regioner har under lång tid och på olika vis brottats med organisationsfrågor, utan att hitta något tydligt svar. Det är därför ingen överraskning att den nationella omvärldsbevakning som gjorts i inledningen av den här utredningen tydligt visar att olika regioner väljer olika sätt att organisera sina vårdverksamheter. Det talar också för att själva organiseringen inte har någon avgörande betydelse för hur effektiv vården blir.

Intervjuerna förstärker den bilden. **”Organisation spelar generellt sett ofta större roll för de anställda än för patienterna.”**, som en av de intervjuade uttrycker det. För patienternas del förefaller det avgörande vara att de mellanrum som organisationsskisserna ofrånkomligen skapar, kan överbryggas.

Ett konkret exempel på att en organisatorisk förändring inte varit tillräcklig för att skapa samarbete är att flera intervjupersoner ser ett behov av vårdplatser som på något vis är gemensamma för de undersökta klinikerna. Detta har inte skapats trots att klinikerna sedan 2015 varit organiserade i samma område.

Ett annat tydligt intryck är också att viljan till samarbete kraftigt har förbättrats under det senast året. Orsaken är den pågående pandemin som tvingat de inblandade att samarbeta. **”Länet har blivit rundare, både mellan sjukhusenheterna och mellan sjukhusen och vårdcentralerna”**, beskriver en intervjuperson.

Utredningen befäster bilden av att det är en utmaning för verksamheterna att hantera fyra parallella uppdrag. Ett sätt att hantera utmaningen är att se dem som delar av ett gemensamt uppdrag för verksamheterna. Det bör till och med ses som ett gemensamt uppdrag även för övrig verksamhet som motsvarande kliniker på andra sjukhus och för primärvården eftersom sambanden med dessa verksamheter är så påtagliga som utredningen visar. Det som förenar uppdragen är patienten. Patienten låter sig inte delas upp mellan de fyra uppdragen utan kan vara knuten till flera av uppdragen samtidigt.

12.1 Utredningens rekommendationer

Under utredningens gång har hälso- och sjukvårdsdirektören presenterat ett förslag på hur den framtida organiseringen skulle kunna se ut. Enligt det förslaget ska Geriatriska kliniken flyttas över till Område nära vård medan medicinska kliniken ska bli kvar i Område specialiserad vård.

Utredningen visar inte på något sätt att förslaget skulle vara olämpligt. Idén om att Geriatriska kliniken ska byta områdestillhörighet har flera av intervjupersonerna känt till i samband med intervjuerna, och inte haft några invändningar emot. Tvärtom har idén av många uppfattats som en välkommen förändring och som en potentiell förbättring. Framför allt uppmärksammas att det väntas leda till ett ännu närmare samarbete med den kommunala vården.

Utredningen vill lämna två rekommendationer till det arbete som återstår innan beslut om en ny organisation för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

12.1.1 Överväg att dela upp Medicinska kliniken

Medicinska kliniken har en stor medicinsk bredd. Det är möjligt att en tydligare medicinsk inriktning skulle underlätta klinikens utveckling. Flera intervjupersoner framför den tanken. Den har också stöd i den klinikstruktur som finns på Universitets-sjukhuset i Linköping (Region Östergötland).

Utredningen rekommenderar därför att överväga en uppdelning av Medicinska kliniken. Det skulle innebära en egen klinik för den läkarspecialitet som i dag benämns Internmedicin och som har ett brett perspektiv i vården av patienten. De specialiteter som inriktar sig på ett enskilt organ i kroppen - som till exempel Njurmedicin eller Medicinsk gastroenterologi och hepatologi (inriktar sig på magen

och andra inre organ) – skulle bilda en eller flera egna kliniker.

En tänkbar fördel som återkommer från flera intervjupersoner är att detta skulle kunna öka attraktiviteten för att jobba med det breda perspektivet. Rekommendationen är här tydligt inspirerad av de strategier som andra regioner har för att hantera de målkonflikter som uppdragen riskerar att leda till.

Därmed skulle omhändertagandet av de äldre multisjuka patienterna kunna förbättras. Även argumentet att det skulle stimulera forskning inom området är intressant. Den bild som förmedlas är att Internmedicin inte alls är lika forskningsintensiv som andra specialiteter vid kliniken. De ekonomiska förutsättningarna för att forska beskrivs som goda för närvarande. Detta i kombination med omställningen till ”nära vård”, borde kunna inspirera till mer forskning inom området.

Dessutom är det möjligt att en uppdelning skulle förbättra möjligheterna för övriga specialiteter att utveckla den högspecialiserade vården om de mer kunde fokusera på sitt eget medicinska område. Som framgått tidigare är den högspecialiserade vården för närvarande av mycket begränsad storlek på klinikerna.

Den tydligaste nackdel som framförs av intervjupersoner är att en uppdelning skulle försvåra möjligheten att bemanna både Akutmottagningen och Medicinsk klinikens egen Akutvårdsavdelning. Detta behöver självklart belysas ytterligare innan beslut.

Över huvud taget behöver påverkan på relationen till andra sjukhuskliniker ytterligare utredas. Av särskilt intresse förefaller relationen till Akutmottagningen vara. Det är viktigt att en eventuell förändring inte leder till ökad fragmentisering av vården av den enskilde patienten.

Tanken att dela upp Medicinska kliniken är inte ny. En intervjuperson uppger att idén övervägdes i samband med att den gemensamma Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bildades 2014, men inte blev genomförd. ”**Kanske är vi modigare nu**”, hoppas intervjupersonen.

12.1.2 Överväg att samorganisera länsdelssjukvården

För närvarande finns inget organiserat samarbete alls mellan Lindesbergs och Karlskogas kliniker för medicin och geriatrik, och Geriatriska kliniken vid USÖ. De två klinikerna har också ett mycket begränsat samarbete med Medicinska kliniken vid USÖ.

Den bristande jämlikhet som framkommer i intervjuerna tyder på att klinikerna behöver knytas närmare varandra. Det förefaller som att någon behöver ha i uppdrag

att upprätthålla kompetensnivån i hela länet och att fördela tillgänglig kompetens mellan sjukhusen.

När sammanslagningar av kliniker vid olika sjukhus övervägs kan en potentiell fördel vara att enstaka ingrepp kan samordnas i större volymer för att öka kvalitet och resurseffektivitet. Det förefaller inte alls vara aktuellt inom detta område. Istället är det en ökad geografisk jämlikhet när det gäller vårdutbud och kunskap som är potentiella vinster i det här sammanhanget. I övrigt hänvisas här till utredningen ”Förutsättningar för fler länsverksamheter”.

Eftersom utredningens uppdrag är koncentrerat till Universitetssjukhuset i Örebro har utredningen inte samlat in något material kring hur en samorganisering skulle påverka verksamheten i Karlskoga och Lindesberg. Detta behöver därför utredas vidare.

13

Anmälning- och
meddelandeärenden

20RS12059

Tjänsteställe, handläggare
Nämndadministration, Maria Boström

Sammanträdesdatum
2021-03-17

FöredragningsPM
Dnr: 20RS12059

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnd

Anmälnings- och meddelandeärenden

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna redovisningen.

Sammanfattning

Anmälningsärenden:

1. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat tilldelningsbeslut för upphandling av korneal/hornhinnemikroskop, 19RS3915.
2. Hälso- och sjukvårdsdirektören har undertecknat avtal för korneal/hornhinnemikroskop, 19RS3915.
3. Områdeschefen för Specialiserad vård har beslutat om tillfällig stängning av två vårdplatser på avdelning 38 fram till vecka 12.
4. Platsansvarige för sjukhusverksamhet norr har beslutat om tillfällig stängning och omdisponering av vårdplatser på avdelning 1, kliniken för medicin och geriatrik, 2021-02-15 – 2021-03-14, 21RS1532.
5. Områdeschefen för psykiatri har beslutat om tillfällig stängning av 4 vårdplatser på avdelning 1 2021-02-02 - 2021-03-01, 21RS1239-2.
6. Områdeschefen för psykiatri har beslutat om tillfällig stängning av 2 vårdplatser på psykiatrisk observationsavdelning 2021-04-01 – 2022-01-03, 21RS1239-3.
7. Områdeschefen för psykiatri har beslutat om tillfällig stängning av 4 vårdplatser på beroendecentrums vårdavdelning 2021-02-02 – 2021-03-01, 21RS1239-4.

8. Hälso- och sjukvårdsdirektören har undertecknat PUB-avtal (personuppgiftsbiträdesavtal) med Brainomix PDP Agreement, 21RS1774.
9. Hälso- och sjukvårdsdirektören har undertecknat avtal mellan Region Örebro län och Örebro kommun gällande skolläkare och skolöverläkare, 21RS1899.
10. Hälso- och sjukvårdsdirektören har beslutat om justering av Plan för vaccinationer mot covid-19 i Region Örebro län avseende viss definition av personer i fas 2, 20RS13256.
11. Platsansvarige för sjukhusverksamhet norr har beslutat om tillfällig neddragning och omdisponering av vårdplatser på avdelning 1, kliniken för medicin och geriatrik 2021-03-15 – 2021-05-30, 21RS2366.
12. Hälso- och sjukvårdsdirektören har beslutat om avslut av det öppna erbjudandet till allmänheten om antikroppstestning för SARS-CoV-2.

Meddelandeärenden:

1. Protokollsutdrag regionstyrelsen 2021-01-26, §10 Tidplan verksamhetsplan med budget 2022 och uppföljning 2021.
2. Tidplan verksamhetsplan med budget 2022 och uppföljning 2021 Region Örebro län.
3. Protokollsutdrag beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård 2021-01-28, §3 BSH Svar på motion om självtest för gynekologisk cellprovtagning.
4. Protokollsutdrag beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård 2021-01-28, §4 BSH Svar på motion om införande av självtest för HPV-virus
5. Protokollsutdrag beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård 2021-01-28, §7 BSH Behov av fördjupad kunskap om läkemedelsutvecklingen.
6. Protokoll beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård 2021-01-28.
7. Protokoll beredning psykiatri, habilitering och hjälpmedel 2021-01-29.
8. Protokoll beredning för närsjukvård 2021-02-03.
9. Synpunkter från medborgare gällande diagnosen cystisk fibros, 21RS2038.
10. Svar på synpunkter från medborgare gällande diagnosen cystisk fibros, 21RS2038.

Tjänsteställe, handläggare
Nämndadministration, Maria Boström

Sammanträdesdatum
2021-03-17

FöredragningsPM
Dnr: 20RS12059

11. Revisionsrapport - Granskning av ärendeberedningsprocessen, 21RS1838.

12. Skrivelse från (MP), (V), (LPo), (KD), (M), (SD) och (L) i fullmäktige
Lindesbergs kommun gällande jourförändringarna i Lindesberg, 21RS2526.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-03-17, Anmälning- och
meddelandeärenden

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör



§ 10 Tidsplan verksamhetsplan med budget 2022 och uppföljning 2021

Diarienummer: 20RS12713

Sammanfattning

Förslag till tidsplan för verksamhetsplan med budget 2022 och uppföljning 2021.

Tidsplanen för verksamhetsplan med budget 2022 ska skapa förutsättningar för en tydlig och transparent process att ta fram verksamhetsplan med budget för kommande verksamhetsår. Arbetet ska starta med ett omvärldsseminarium i samband med regionstyrelsens sammanträde i mars. Det utgör en del i underlag till förutsättningar för verksamhetsplan med budget som ska informeras om i regionstyrelsen i mars. Förutsättningarna kompletteras enligt regeringens vårproposition och ny skatteunderlagsprognos i maj. Efter politisk beredning fattas beslut om verksamhetsplan med budget vid regionstyrelsens sammanträde i maj och regionfullmäktiges sammanträde i juni. Nämndernas verksamhetsplaner ska beslutas i oktober. Nämndernas verksamhetsplaner ska presenteras vid ett seminarium i november för att säkerställa regionstyrelsens uppsiktsplikt.

Tidsplanen innehåller också beskrivning av uppföljning av verksamhetsplan med budget under 2021. Det avser uppföljning av helår 2020 och uppföljning i form av periodrapporter, delårsrapport och uppföljning av helår avseende år 2021.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM regionstyrelsen 2021-01-26, tidsplan verksamhetsplan med budget 2022 och uppföljning 2021
- Tidsplan verksamhetsplan med budget 2022 och uppföljning 2021, justerad efter beslut i regionstyrelsens arbetsutskott

Yrkanden

Patrik Nyström (SD) yrkar att tidsplanen för verksamhetsplan med budget 2022 bör förlängas till att beslut i regionfullmäktige fattas under november månad 2021.

Andreas Svahn (S) yrkar bifall till förvaltningens förslag och avslag på Patrik Nyströms (SD) yrkande.

Propositionsordning

Ordföranden ställer de båda förslagen mot varandra och finner att styrelsen beslutar enligt förvaltningens förslag.

Reservationer

Mot styrelsens beslut reserverar sig Patrik Nyström (SD) och Elin Jensen (SD) till förmån för Patrik Nyströms (SD) yrkande.

Regionstyrelsen**Beslut**

Regionstyrelsen beslutar

att fastställa Region Örebro läns tidsplan för verksamhetsplan med budget 2022 och uppföljning 2021.

Skickas till

Samtliga nämnder och förvaltningar

Tidsplan verksamhetsplan med budget 2022 och uppföljning 2021

Regionstyrelsen 26 januari 2021

1. Inledning

Tidsplanen för verksamhetsplan med budget 2022 ska skapa förutsättningar för en tydlig och transparent process för att ta fram verksamhetsplan med budget för kommande verksamhetsår. Arbetet ska starta med ett omvärldsseminarium i samband med regionstyrelsens sammanträde i mars. Det utgör en del i underlaget till förutsättningar för verksamhetsplan med budget som det ska informeras om i regionstyrelsen i mars. Förutsättningarna ska kompletteras enligt regeringens vårproposition och ny skatteunderlagsprognos i maj. Efter politisk beredning fattas beslut om Region Örebro läns verksamhetsplan med budget vid regionstyrelsens sammanträde i maj och regionfullmäktiges sammanträde i juni.

Nämndernas verksamhetsplaner ska beslutas i oktober. Nämndernas verksamhetsplaner ska presenteras vid ett seminarium i november för att säkerställa regionstyrelsens uppsiktsplikt.

Tidsplanen innehåller också beskrivning av uppföljning av verksamhetsplan med budget under år 2021. Det avser årsredovisning/verksamhetsberättelse 2020 och uppföljning i form av periodrapporter, delårsrapport och årsredovisning/verksamhetsberättelse avseende år 2021.

2. Tidsplan verksamhetsplan med budget 2022 och uppföljning 2021

Politiskt organ/ datum	Beslut/aktivitet/dokument
Regionstyrelsen/ 26 januari	Regionstyrelsen beslutar om tidsplan för verksamhetsplan med budget 2022 och uppföljning 2021. Regionstyrelsens seminarium. Utifrån regionstyrelsens uppsiktsplikt, bland annat för att säkerställa ”den röda tråden” och handlingsplaner för ekonomi i balans, ska nämnderna presentera sina respektive ”Verksamhetsplan med budget 2021”. Detta sker vid två tillfällen, den 26 januari och 18 februari.

Politiskt organ/ datum	Beslut/aktivitet/dokument
Regionstyrelsen/ 18 februari	Regionstyrelsen beslutar regionstyrelsens ”verksamhetsberättelse 2020”. Regionstyrelsens seminarium. Utifrån regionstyrelsens uppsiktsplikt, bland annat för att säkerställa ”den röda tråden” och handlingsplaner för ekonomi i balans, ska nämnderna presentera sina respektive ”Verksamhetsplan med budget 2021”. Fortsättning från mötet den 26 januari.
Nämnderna/ februari	Nämnderna beslutar nämndens ”verksamhetsberättelse 2020”.
Regionstyrelsens arbetsutskott/ 16 mars	Regionstyrelsens arbetsutskott bereder ”Region Örebro läns årsredovisning 2020”. Regionstyrelsens arbetsutskott informeras om förslag till ”Förutsättningar för verksamhetsplan med budget 2022-2024”, enligt nedan.
Regionstyrelsen/ 22-23 mars	Regionstyrelsen bereder ”Region Örebro läns årsredovisning 2020”. Regionstyrelsen beslutar ”Region Örebro läns periodrapport per 28 februari 2021”. Regionstyrelsens omvärldsseminarium. Presentation av omvärldsrapport med trender och hur dessa påverkar verksamhetens förutsättningar, konsekvenser och strategiska vägvalsfrågor. Regionstyrelsen informeras om ”Förutsättningar för verksamhetsplan med budget 2022-2024”. Förutsättningarna innehåller sammanfattande slutsatser från omvärldsrapporten samt en preliminär ekonomisk kalkyl för perioden 2022-2024 inklusive preliminär investeringsbudget. Underlag enligt SKR:s skatteunderlagsprognos i februari och regionprisindex.
Region- fullmäktige/ 14 april	Regionfullmäktige beslutar ”Region Örebro läns årsredovisning 2020”.
Regionstyrelsen/ 29 april	Regionstyrelsen beslutar ”Region Örebro läns periodrapport per 31 mars 2021”.

Politiskt organ/ datum	Beslut/aktivitet/dokument
4 maj	Komplettering av ekonomisk kalkyl till ”Förutsättningar för verksamhetsplan med budget 2022-2024” enligt regeringens vårproposition och ny skatteunderlagsprognos.
Mars-maj	Politisk beredning av ”Region Örebro läns verksamhetsplan med budget 2022 och planeringsförutsättningar 2023-2024”.
Regionstyrelsens arbetsutskott/ 18 maj	Regionstyrelsens arbetsutskott bereder ”Region Örebro läns verksamhetsplan med budget 2022 och planeringsförutsättningar 2023-2024” inklusive skattesats.
Regionstyrelsen/ 25 maj	Regionstyrelsen beslutar ”Region Örebro läns periodrapport per 30 april 2021”. Regionstyrelsen bereder ”Region Örebro läns verksamhetsplan med budget 2022 och planeringsförutsättningar 2023-2024” inklusive skattesats.
Regionstyrelsen/ 11 juni	Regionstyrelsen informeras om ekonomiskt utfall per 31 maj 2021.
Region- fullmäktige/ 21-22 juni	Regionfullmäktige beslutar ”Region Örebro läns verksamhetsplan med budget 2022 och planeringsförutsättningar 2023-2024” inklusive skattesats.
Regionstyrelsen/ juni-oktober	Regionstyrelsen bereder regionstyrelsens ”Verksamhetsplan med budget 2022”.
Nämnderna/ juni-oktober	Nämnderna bereder nämndens ”Verksamhetsplan med budget 2022”.
Regionstyrelsen/ 31 augusti	Regionstyrelsen beslutar regionstyrelsens ”delårsrapport per 31 juli 2021”.
Nämnderna/ augusti-september	Nämnderna beslutar nämndens ”delårsrapport per 31 juli 2021”.
Regionstyrelsens arbetsutskott/ 14 september	Regionstyrelsens arbetsutskott bereder ”Region Örebro läns delårsrapport per 31 juli 2021”.
Regionstyrelsen/ 21 september	Regionstyrelsen bereder ”Region Örebro läns delårsrapport per 31 juli 2021”.
Region- fullmäktige/ 5 oktober	Regionfullmäktige beslutar ”Region Örebro läns delårsrapport per 31 juli 2021”.

Politiskt organ/ datum	Beslut/aktivitet/dokument
Regionstyrelsen/ 27 oktober	Regionstyrelsen beslutar ”Region Örebro läns periodrapport per 30 september 2021”. Regionstyrelsen beslutar regionstyrelsens ”Verksamhetsplan med budget 2022”.
Nämnderna/ oktober	Nämnderna beslutar nämndens ”Verksamhetsplan med budget 2022”.
Regionstyrelsen/ 23 november	Regionstyrelsen beslutar ”Region Örebro läns periodrapport per 31 oktober 2021”. Regionstyrelsens seminarium. Utifrån regionstyrelsens uppsiktsplikt, bland annat för att säkerställa ”den röda tråden” och handlingsplaner för ekonomi i balans, ska nämnderna presentera sina respektive ”Verksamhetsplan med budget 2022”.
Regionstyrelsen/ 21 december	Regionstyrelsen beslutar ”Region Örebro läns periodrapport per 30 november 2021”.
Regionstyrelsen/ februari 2022	Regionstyrelsen beslutar regionstyrelsens ”verksamhetsberättelse 2021”.
Nämnderna/ februari 2022	Nämnderna beslutar nämndens ”verksamhetsberättelse 2021”.
Regionstyrelsens arbetsutskott/ mars 2022	Regionstyrelsens arbetsutskott bereder ”Region Örebro läns årsredovisning 2021”.
Regionstyrelsen/ mars 2022	Regionstyrelsen bereder ”Region Örebro läns årsredovisning 2021”.
Region- fullmäktige/ april 2022	Regionfullmäktige beslutar ”Region Örebro läns årsredovisning 2021”.



§ 3 Svar på motion om självtest för gynekologisk cellprovtagning

Diarienummer: 17RS4032

Sammanfattning

Ewa Sundkvist och Elin Enes (KD) har i en motion till Region Örebro län den 29 juni 2017 tagit upp att det är viktigt att så många kvinnor som möjligt genomför ett cellprov och att självtest är en viktig åtgärd för att öka antalet kvinnor som testar sig.

Örebro län har ett screeningsdeltagande som ligger över rikets genomsnitt, samtidigt är länet ett av åtta län med lågt antal insjuknade i livmoderhalscancer årligen. Idag saknas ett IT-stöd för att kunna identifiera kvinnor som uteblir från cellprovtagning under en lång tid.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård 2021-01-28 Motion om självtest för gynekologisk cellprovtagning
- Svar på motion om självtest för gynekologisk cellprovtagning
- Motion från Ewa Sundkvist och Elin Enes (KD) självtest för att få fler att ta cellprov

Beslut

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden föreslå regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

att motionen ska anses besvarad.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden



**Beredning för somatisk
specialistvård och
högspecialiserad vård**

§ 4 Svar på motion om införande av självtest för HPV-virus

Diarienummer: 20RS9673

Sammanfattning

Vänsterpartiet har i en motion till regionfullmäktige föreslagit att Region Örebro län ska införa självtest för HPV-virus för de kvinnor som uteblir från cellprovstestning och till de övriga som önskar självtest.

Örebro län har ett screeningsdeltagande som ligger över rikets genomsnitt, samtidigt är länet ett av åtta län med lågt antal insjuknade i livmoderhalscancer årligen. Idag saknas ett IT-stöd för att kunna identifiera kvinnor som uteblir från cellprovtagning under en lång tid.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård 2021-01-28 Svar på motion om att införa självtest för HPV-virus
- Svar på motion om införande av självtest för HPV-virus
- Motion - Inför självtest för HPV-virus och rädda livet på många kvinnor

Beslut

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden föreslå regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

att motionen ska anses besvarad.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden



**Beredning för somatisk
specialistvård och
högspecialiserad vård**

§ 7 Behov av fördjupad kunskap om läkemedelsutvecklingen

Diarienummer: 21RS934

Sammanfattning

Maria Palmetun Ekbäck, chef på Läkemedelscentrum, informerar om kostnadsutvecklingen inom läkemedelsområdet och de medicinska, ekonomiska och etiska aspekterna på detta. Beredningen ser efter att ha tagit del av denna genomgång ett stort behov av att uppmärksamma och noga följa arbetet med hanteringen av dessa frågor på i synnerhet Läkemedelsverket och Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) då detta har och kommer att ha en betydande stor påverkan på Region Örebro län. Det finns all anledning att arbeta proaktivt och strategiskt med detta.

Beslut

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård beslutar

att informera hälso- och sjukvårdsnämnden om vikten av att lyfta frågan om kostnadsutvecklingen inom läkemedelsområdet och de medicinska, ekonomiska och etiska aspekterna på detta.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Beredning för somatisk
specialistvård och
högspecialiserad vårdSammanträdesdatum
2021-01-28

Plats och tid	Digitalt och konferensrum Eken, Eklundavägen 1 kl. 09:00-14:30
Tjänstgörande ledamöter	Ewa Sundkvist (KD) (ordförande) Azra Prepic (S) (vice ordförande) Ulla Kalander-Karlsson (S) Ingvar Ernstson (C) Linda Brunzell (M) Birgitta Malmberg (L) Gunilla Fredriksson (SD) Erica Gidlöf (KD) Monika Klockars (M) ersätter Sebastian Cehlin (M)
Närvarande ersättare	Andreas Tranderyd (MP)
Övriga närvarande	Katrin Boström, hälso- och sjukvårdsstrateg §§3-4 Inger Nordin Olsson, regional vaccinationssamordnare, del av §6 Erik Fredholm, apotekare, del av §6 Gustav Ekbäck, planeringschef Tobias Kjellberg, områdeschef, del av §6 Maria Palmetun Ekbäck, chef Läkemedelscentrum, del av §6 Ted Rylander, utredare Per Marcusson, nämndsekreterare Maria Boström, nämndsekreterare
Utses att justera	Ingvar Ernstson
Justeringens tid	2021-02-09
Protokollet omfattar	§§1-7

ANSLAG/BEVIS

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.

Organ
Sammanträdesdatum
Datum för anslags
uppsättande
Förvaringsplats för
protokollet
UnderskriftBeredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård
2021-01-28

2021-02-10

Datum för anslags
nedtagande


2021-03-04

Regionkansliet, Eklundavägen 2, Örebro

.....
Maria Boström

Underskrifter

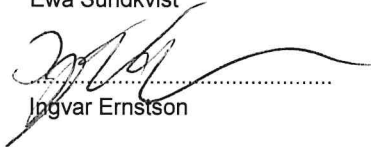
Sekreterare


.....
Maria Boström

Ordförande


.....
Ewa Sundkvist

Justerande


.....
Ingvar Ernstson



Innehållsförteckning

§ 1	Protokollsjustering
§ 2	Anmälan av frågor
§ 3	Svar på motion om självtest för gynekologisk cellprovtagning
§ 4	Svar på motion om införande av självtest för HPV-virus
§ 5	Meddelandeärende
§ 6	Information
§ 7	Behov av fördjupad kunskap om läkemedelsutvecklingen



§ 1 Protokollsjustering

Beslut

Beredning för somatisk specialistvård samt högspecialiserad vård beslutar

att jämte ordföranden justera dagens protokoll utse Ingvar Ernstson (C) med Ulla Kalanders Karlsson (S) som ersättare.

Protokollet ska vara justerat senast den 11 februari 2021.



§ 2 Anmälan av frågor

Inga frågor anmälda till dagens sammanträde.



§ 3 Svar på motion om självtest för gynekologisk cellprovtagning

Diarienummer: 17RS4032

Sammanfattning

Ewa Sundkvist och Elin Enes (KD) har i en motion till Region Örebro län den 29 juni 2017 tagit upp att det är viktigt att så många kvinnor som möjligt genomför ett cellprov och att självtest är en viktig åtgärd för att öka antalet kvinnor som testar sig.

Örebro län har ett screeningsdeltagande som ligger över rikets genomsnitt, samtidigt är länet ett av åtta län med lågt antal insjuknade i livmoderhalscancer årligen. Idag saknas ett IT-stöd för att kunna identifiera kvinnor som uteblir från cellprovtagning under en lång tid.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård 2021-01-28 Motion om självtest för gynekologisk cellprovtagning
- Svar på motion om självtest för gynekologisk cellprovtagning
- Motion från Ewa Sundkvist och Elin Enes (KD) självtest för att få fler att ta cellprov

Beslut

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden föreslå regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

att motionen ska anses besvarad.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden

§ 4 Svar på motion om införande av självtest för HPV-virus

Diarienummer: 20RS9673

Sammanfattning

Vänsterpartiet har i en motion till regionfullmäktige föreslagit att Region Örebro län ska införa självtest för HPV-virus för de kvinnor som uteblir från cellprovstestning och till de övriga som önskar självtest.

Örebro län har ett screeningsdeltagande som ligger över rikets genomsnitt, samtidigt är länet ett av åtta län med lågt antal insjuknade i livmoderhalscancer årligen. Idag saknas ett IT-stöd för att kunna identifiera kvinnor som uteblir från cellprovtagning under en lång tid.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård 2021-01-28 Svar på motion om att införa självtest för HPV-virus
- Svar på motion om införande av självtest för HPV-virus
- Motion - Inför självtest för HPV-virus och rädda livet på många kvinnor

Beslut

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden föreslå regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

att motionen ska anses besvarad.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden



§ 5 Meddelandeärende

Diarienummer: 20RS12101

Sammanfattning

Meddelandeärende:

Protokollsutdrag regionfullmäktige 2020-11-11 §148 Anmälan av motion från Jihad Menhem, Jessica Carlqvist och Anneli Mylly (V) om införandet av självtest för HPV-virus, 20RS9673

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård 2021-01-28, Anmälnings- och meddelandeärenden
- §148 RF Anmälan av motion från Jihad Menhem, Jessica Carlqvist och Anneli Mylly (V) om införandet av självtest fö

Beslut

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård beslutar

att godkänna redovisningen.



§ 6 Information

Aktuellt från verksamheten

Gustav Ekbäck informerar om:

Tillgängligheten

Siffor presenteras över tillgängligheten till förstabesök och operation/åtgärd i jämförelse med 2019. Information ges om produktionsbortfall i jämförelse med 2019. Antalet utskrivningsklara dagar per år presenteras över den somatiska vården och den psykiatriska vården, en stadig nedgång sedan 2017.

Covid-läge

Rapport ges om aktuellt covid-läge. Antalet nyupptäckta fall har minskat, det är dock ett fortsatt högt tryck på vården. Just nu vårdas 4 covid-patienter på intensivvårdsavdelning och 35 covid-patienter på annan vårdavdelning.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens organisationsöversyn

Steg 1 är genomfört med en ny områdesindelning sedan den 1 januari 2021. Steg 2 är nu att organisera under områdena. Målsättningen är beslut under våren med införande den 1 september 2021.

Jourförändringen i Lindsberg

Antalet sökande patienter klockan 21.00-07.00 presenteras. En ändring som skett sedan genomförandet är att det nu är bakjour på kirurgen i Lindsberg som är första instans för sjuksköterska att vända sig till för bedömning av kirurgpatienter som kommer under natten, istället för som tidigare operationsjouren på Universitetssjukhuset Örebro. Förändringen gäller sedan den 1 januari 2021.

Vaccinationsprocessen, covid-19

Inger Nordin Olsson informerar om vaccinationsprocessen mot covid-19. Samtliga landets regioner befinner sig nu i en pressad situation då antal vaccindoser som kommit minskat nationellt. Regeringens preliminära tidplan riskerar därför att förskjutas. Region Örebro län och länets kommuner vaccinerar fullt ut med de doser som finns. Fas 1 pågår, och beslutad överlappning mellan fas 1 och fas 2 sker med vaccinering av personal inom intensivvård, akutsjukvård, ambulanssjukvård och covid-vård. När respektive prioriteringsgrupp kan börja vaccineras kommer tydligt annonseras i alla media, prioriteringsordningen följer Folkhälsomyndighetens rekommendationer. Tidbokning kommer att ske via 1177 eller callcenter.

Erik Fredholm informerar om de olika vaccintyperna, hur de verkar i kroppen, hur de ska förvaras, hur de ska transporteras, samt dess hållbarhet. En kort presentation av de olika företagens vaccin görs. Samtliga vaccin ska ges i två doser, dos 1 och 2 ska ges av samma vaccin.



Målbild för hälso- och sjukvård 2030

Gustav Ekbäck informerar om bakgrund och process vid framtagande av målbilden. Information ges kort om innehåll och utgångspunkter. Var Region Örebro län nu befinner sig ur ett invånare- och patientperspektiv, medarbetarperspektiv och organisationsperspektiv presenteras.

Presentation av ny områdeschef för Specialiserad vård

Tobias Kjellberg presenterar sig och sin yrkesbakgrund.

Länsverksamheter

Tobias Kjellberg presenterar vilka länskliniker och vilka specialistmottagningar som finns inom Region Örebro län. Länsklinikerna bedriver specialistvård på alla eller fler av Region Örebro län sjukhus. Länsklinikernas syfte är att skapa en jämlik vård med likvärdig väntetid och likvärdig prioritering.

Utmaningar med nya, dyra läkemedel

Maria Palmetun Ekbäck informerar om kostnadsutvecklingen inom läkemedelsområdet, och de medicinska, ekonomiska och etiska aspekterna på detta. Information ges om regionernas samverkansmodell för läkemedel, bland annat om läkemedlets väg från idé till patient.

Aktuellt nationellt, sjukvårdsregionalt, lokalt

Ted Rylander informerar om nationella vårdkompetensrådet och att de gjort en analys av coronapandemins påverkan på kompetensförsörjningen i vården. Sjukvårdsregionalt är ett nytt samverkansavtal klart inom Sjukvårdsregion Mellansverige. Lokalt pågår fördjupade utredningar om Hälso- och sjukvårdsförvaltningens organisation.

Aktivitetsplan 2021, inklusive årets uppdrag

Gustav Ekbäck och Ted Rylander informerar om vilka områden beredningen ska prioritera 2021 utifrån de uppdrag som givits via hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan och budget 2021.



§ 7 Behov av fördjupad kunskap om läkemedelsutvecklingen

Diarienummer: 21RS934

Sammanfattning

Maria Palmetun Ekbäck, chef på Läkemedelscentrum, informerar om kostnadsutvecklingen inom läkemedelsområdet och de medicinska, ekonomiska och etiska aspekterna på detta. Beredningen ser efter att ha tagit del av denna genomgång ett stort behov av att uppmärksamma och noga följa arbetet med hanteringen av dessa frågor på i synnerhet Läkemedelsverket och Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) då detta har och kommer att ha en bekymmersamt stor påverkan på Region Örebro län. Det finns all anledning att arbeta proaktivt och strategiskt med detta.

Beslut

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård beslutar

att informera hälso- och sjukvårdsnämnden om vikten av att lyfta frågan om kostnadsutvecklingen inom läkemedelsområdet och de medicinska, ekonomiska och etiska aspekterna på detta.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden





Plats och tid	Digitalt och Eken, Eklundavägen 1 kl. 09:00-12:45
Tjänstgörande ledamöter	Carina Dahl (S) (ordförande) Emilia Molin (C) (vice ordförande) Kristian Berglund (M) (2:e vice ordförande) Thomas Andersson (S) Malin Silén (KD) Lennart Carlsson (M) Pia Frohman (MP) Pernilla Marberg (SD) Mats Einestam (L) ersätter Linda Torége (S)
Närvarande ersättare	Inger Högström-Westerling (M)
Övriga närvarande	Johanna Häll, utvecklingsledare del av §3 Tommy Larserö, projektledare del av §3 Tina Löwgren, sjuksköterska infektionskliniken §3 Elisabeth Ljunglöf, verksamhetschef vuxenhabilitering del av §3 Karin Haster, områdeschef psykiatri Mats Eriksson, områdeschef habilitering och hjälpmedel Gabriel Stenström, utredare Kristina Berglund, nämndsekreterare Marita Jansson, nämndsekreterare
Justeringens tid	2021-02-15
Protokollet omfattar	§§1-5

ANSLAG/BEVIS

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.

Organ
Sammanträdesdatum
**Datum för anslags
uppsättande**
**Förvaringsplats för
protokollet**
Underskrift

Beredning för psykiatri, hjälpmedel och habilitering
2021-01-29

2021-02-18
Regionkansliet, Eklundavägen 2, Örebro

**Datum för anslags
nedtagande**

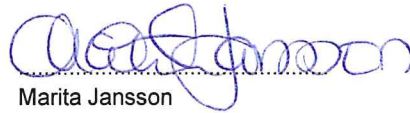
2021-03-13

Marita Jansson

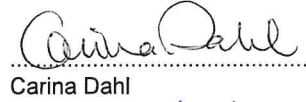


Underskrifter

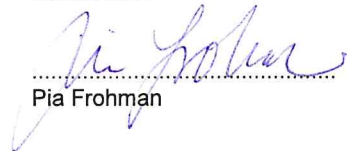
Sekreterare


.....
Marita Jansson

Ordförande


.....
Carina Dahl

Justerande


.....
Pia Frohman





**Beredning för psykiatri,
hjälpmedel och habilitering**

Innehållsförteckning

§ 1	Protokollsjusterare
§ 2	Anmälan om frågor
§ 3	Information
§ 4	Beredning: Aktivitetsplan 2021 för beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel
§ 5	Svar på anmälda frågor

§ 1 Protokollsjusterare

Beslut

Beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel beslutar

att jämte ordförande justera dagens protokoll utse Pia Frohman (MP) med Pernilla Marberg (SD) ersättare.

§ 2 Anmälan om frågor

Kristian Berglund (M) frågar om hur prognosen för hyresläkarkostnader ser ut för 2021.

Kristian Berglund (M) frågar om effektiviteten och produktiviteten inom barnpsykiatrin.



§ 3 Information

Handlingsplan för psykisk hälsa

Johanna Häll redogör för handlingsplanen för psykisk hälsa, vilken är långsiktig och sträcker sig till 2023. Tidigare gjorde Region Örebro län och varje kommun i länet en egen handlingsplan, men inför arbetet med den här handlingsplanen kom parterna överens om att samverka och göra en gemensam handlingsplan. Psykisk hälsa/ohälsa är en gemensam samhällsutmaning för regioner, kommuner och civilsamhället och i det här arbetet finns inte en lösning, utan alla aktörer måste samverka för en gemensam målbild och strategi. Det kräver samarbete och samordning. Vidare redogörs för det fortsatta arbetet. Medel har betalats ut, bland annat medel för stärka det suicidpreventiva arbetet.

Medborgardialog unga vuxna

Tommy Larserö redogör för ett förslag till arbetsmodell när det gäller den medborgardialog om psykisk ohälsa som beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel önskar genomföra tillsammans med beredning för närsjukvård under 2021. Meningen var att den skulle genomföras föregående år, men det var inte möjligt på grund av pandemin. Målgruppen är ungdomar mellan 18 och 25 år. Syftet med medborgardialogen är i första hand en kunskapsinhämtning för att få en bild av hur målgruppen tänker och funderar kring psykisk ohälsa, men också för att få förslag och underlag för förbättringsåtgärder inom nära vården och psykiatrin. På grund av pandemin kommer medborgardialogen genomföras digitalt. Beredningen är positiv till att genomföra medborgardialogen men det förslag till arbetsmodell som här föreslås.

Aktuellt från verksamheten - Område psykiatri

Karin Haster redogör för det aktuella läget inom psykiatrin. De har de haft en utbredd smitta på ett par avdelningar, men läget är nu avsevärt förbättrat. Karin redogör vidare för den nya organisationen, tillgängligheten, hyrläkarsituationen, patientsäkerheten, sjukfrånvaron samt ekonomin. Arbetet med budget 2021 pågår och färdigställs under februari. De digitala besöken har ökat markant. En dialog pågår om att ansöka om att få starta en enhet för självskadebeteende i Örebro. Psykiatrin har haft personal som slutat, men personalomsättningen är inte högre inom psykiatrin än inom övriga förvaltningen.

Aktuellt från verksamheten Område habilitering och hjälpmedel

Mats Eriksson informerar om att när det gäller abonnemangsavgifter för hjälpmedel kommer patienterna att faktureras kvartalsvis istället för månadsvis. Centrum för hjälpmedel har fått tillbaka väldigt mycket hjälpmedel, inte minst TENS-apparater (transkutan elektrisk nervstimulering). Vidare redogörs för aktuellt läge inom området när det gäller tillgänglighet, resultatutveckling och årets resultat när det gäller intäkter, personalkostnader och övriga kostnader. En patientenkät för 2020 har genomförts. Covid har bland annat medfört fler digitala möten och återbesök, fler återbesök, hög sjukfrånvaro och stängda bassänger.



Sprututbytesmottagningen, sjuksköterska

Tina Löwgren har en samordnande funktion vid sprututbytesmottagningen, som startade i maj 2019, och är inbjuden för att berätta om vardagen på sprututbytesmottagningen. Cirka 180 personer är inskrivna vid mottagningen och av dessa kommer 110 med varierande regelbundenhet. Sista månaden kom 52 besökare. Det är ungefär lika många som andra sprututbytesmottagningar når ut till. Många är unga, 18-19 år, och många av dem är tjejer. De vill även få in de som har en lite mer ordnad tillvaro för sprutbyte. Byte till rena verktyg är bara en del av deras vardag, då de också tar sårodlingar, skriver remisser, startar upp behandlingar, gör orosanmälningar om det finns barn med mera. Tillit och förtroende är viktigt, att de som kommer får träffa samma personal. På onsdagar är det öppet bara för tjejer.

Vuxenhabiliteringen

Elisabeth Ljunglöf redogör för förändrade arbetssätt inom vuxenhabiliteringen, bland annat har de ökat teknikanvändandet, minskat de fysiska mötena och ökat tillgängligheten. Det har i sin tur gett tidsmässiga, ekonomiska och miljömässiga vinster. En tredjedel av alla patientmöten är digitala. Besöken 2020 har inte varit färre än 2019. En IT-handläggare anställdes sommaren 2019, vilket har varit ovärderligt nu när pandemin kom och användandet av digitaliseringen kom i en snabbare takt än tänkt.

Aktuellt nationellt, sjukvårdsregionalt, lokalt

Gabriel Stenström informerar om att Sveriges kommuner och regioner och staten har träffat en överenskommelse om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention för 2021-2022. Överenskommelsen bygger på tidigare överenskommelser och är en fortsättning på det långsiktiga arbete som stimulerats av staten och där Sveriges kommuner och regioner bidragit med utvecklingsstöd till kommuner och regioner. Samma parter har också träffat en överenskommelse som ger regionerna 2,9 miljarder kronor till ökad tillgänglighet och att korta köerna i hälso- och sjukvården. Av dem öronmärks 380 miljoner kronor för tillgänglighetsinsatser inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Dessutom finns det nu överenskommelser om regeringens satsning med 500 miljoner kronor för en stärkt cancervård och 397 miljoner kronor till sammanhållen, jämlik och säker vård. Lokalt kan informeras om att vaccinering för covid-19 har påbörjats. Till sist redogör Gabriel Stenström för hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan.

Klargörande om NP-utredningar (neuropsykiatriska utredningar)

Vid sammanträdet den 1 december 2020 uppstod frågetecken kring en skrivning i beredningens återrapportering till hälso- och sjukvårdsnämnden. Meningen lød: "Arbetet kommer även behöva analysera inflödet då antalet som söker för NP-utredning ej står i proportion till befolkningsunderlaget, utan ligger över vad som borde förväntas." Frågetecknet bestod i hur det förväntade antalet NP-utredningar beräknas.

Frågan vidarebefordrades till Ylva Rosén, verksamhetschef på barn- och ungdomspsykiatri, och hon svarar:

"Över tid har vi haft ett ökat antal inkommande remisser med frågeställning NP. I dialog med andra verksamhetschefer i Sverige beskrevs inte samma ökning, givetvis med variationer. Efter analys och omvärldsspaning tänker vi att en av förklaringarna hänger samman med att skolorna i vår Örebro län inte längre gör basutredning, utan frågan om



**Beredning för psykiatri,
hjälpmedel och habilitering**

”skolsvårigheter” hamnar på BUP i form av misstanke om ADHD och/eller autism med önskemål om NP utredning. Tyvärr kan jag inte verifiera detta i några siffror. Vill tillägga att under senare delen av hösten 2020, från oktober till december, har remisserna plötsligt minskat och detta tror vi har ett samband med Covid och att skolorna lite går på tomgång just nu och därför har man inte samma efterfrågan på NP-utredningar. Vi befarar dock att detta kommer öka dramatiskt när situationen med Covid förändras och alla skolor är i full verksamhet, då vi redan nu har fått mycket signaler om att barn och unga har en avsevärt försämrad psykisk hälsa. Vi ser det framför allt på våra pågående patienter som har mycket större behov av tätare kontakt och mer intensiva insatser än annars hos oss.”

Kristian Berglund (M) har en följdfråga om varför skolorna inte längre gör basutredningar i Örebro län. Den frågan tas med till nästa sammanträde.



§ 4 Beredning: Aktivitetsplan 2021 för beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel

Diarienummer: 20RS13292

Sammanfattning

Beslut om aktivitetsplan 2021 för beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel fattas på sammanträde den 2 mars 2021.

Beslutsunderlag

- Aktivitetsplan 2021 för beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar Gabriel Stenström underlaget.

§ 5 Svar på anmälda frågor

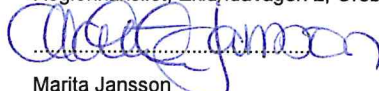
Karin Haster svarar på Kristian Berglunds (M) fråga om prognos för hyrläkare 2021 och säger att det finns utmaningar, särskilt inom psykiatrisk heldygnsvård som kommer att kosta även under 2021. Det ser bättre ut i öppenvården än inom slutenvården. Fyra av 19 ST-läkare blir färdiga 2021, vilket gör att fler ST-läkare kan och kommer att rekryteras.

Kristian Berglunds (M) fråga om effektivitet och produktivitet vid barnpsykiatri tas med till nästa sammanträde.

Plats och tid	Digitalt och konferensrum Eken, Eklundavägen 1 kl. 09:00-13:00
Tjänstgörande ledamöter	Charlotte Edberger (C) (ordförande) Gunnel Kask (S) (vice ordförande) Anna Ågerfalk (L) (2:e vice ordförande) Fredrika Jakobsen (S) Markus Lundin (KD) Maria Lönnberg (M) Ebba von Scheele (M) Fredrik Dahlberg (SD) Zaki Habib (S) ersätter Sven-Olof Reinholdsson (S)
Närvarande ersättare	Rose-Marie Wilnerzon-Thörn (KD) Ingvar Ernstson (C) Agneta Nilsson (MP)
Övriga närvarande	Johanna Häll, utvecklingsledare §3 Tommy Larserö, projektledare §3 Ingemar Ångman, områdeschef välfärd och folkhälsa §3 Kristina Luhr, utvecklingsledare välfärd och folkhälsa §3 Maria Gunnarsson, utvecklingschef §3 Jan Sundelius, samordnare nära vård §3 Madeleine Andersson, medicinsk rådgivare §3 Björn Strandell §3 Katrín Eriksson Lena Adolfsson §3 Eva Åkesson Enelo, utredare Maria Boström, nämndsekreterare Marita Jansson, nämndsekreterare
Utses att justera	Maria Lönnberg
Justeringens tid	2021-02-17
Protokollet omfattar	§§1-5

ANSLAG/BEVIS

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.

Organ
Sammanträdesdatum
Datum för anslags uppsättande
Förvaringsplats för protokollet
UnderskriftBeredning för närsjukvård
2021-02-032021-02-22
Regionkansliet, Eklundavägen 2, Örebro
Marita Jansson**Datum för anslags nedtagande**

2021-03-17

Underskrifter

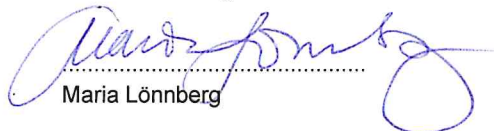
Sekreterare


.....
Marita Jansson

Ordförande


.....
Charlotte Edberger

Justerande


.....
Maria Lönnberg



Innehållsförteckning

- § 1 Protokollsjusterare
- § 2 Anmälan om frågor
- § 3 Information
- § 4 Beredning: Aktivitetsplan 2021
- § 5 Svar på anmälda frågor

§ 1 Protokollsjusterare

Beslut

Beredning för närsjukvård beslutar

att jämte ordförande justera dagens protokoll utse Maria Lönnberg (M) med Anna Ågerfalk (L) som ersättare.

Protokollet ska vara justerat senast den 17 februari 2021.





§ 2 Anmälan om frågor

Sammanfattning

Agneta Nilsson (MP) frågar om vilken vård de äldre med covid fick inledningsvis.

Agneta Nilsson (MP) frågar om Freja vårdcentral i Fellingsbro är igång och hur framtiden ut där.

Rose-Marie Wilnerzon-Thörn (KD) frågar om långtids-covid och äldre med anledning av hur organisationen ser ut med två huvudmannaskap, regional och kommunal hälso- och sjukvård:

- 1) Hur planerar man för ökade behov av rehabilitering med tanke på att resurserna när det gäller fysioterapeuter är begränsade.
- 2) Kan man inte använda samma checklistor för rehabiliteringsbehov som slutenvården använder sig av när det gäller screening av behov i den kommunala sjukvården?



C.E



§ 3 Information

Sammanfattning

Pågående pandemi

Jan Sundelius och Madeleine Andersson redogör för arbetet med covid-19, vad som gjordes inledningsvis och vad som gjorts framåt till det nuläge vi står inför idag. Det konstateras att pandemin har inneburit stora utmaningar. Enskilda beslut och åtgärder var sena och otillräckliga. Riktlinjer har förändrats allt eftersom mer kunskap inhämtats. Sjuksköterskor fick ta ett stort ansvar. Statistik visas gällande smitta över tid både när det gäller brukare på boenden och bland medarbetare, det finns dock ingen statistik på smittade inom primärvården. Vidare informeras om hur man arbetat med förstärkt samverkan, i vilken man haft med den representation som behövs, bland andra länets 12 kommuner, hälso- och sjukvården, smittskydd och vårdhygien, medicinska rådgivare, välfärd och hälsa, Hälsoval och Länsstyrelsen. Framöver behöver äldrevården stärkas och vårdskulden behöver ses över för att se vilka som inte har kunnat komma eller har valt att avstå från att söka vård för akut eller planerad vård. Den psykiska ohälsan har ökat. Det har visat sig att många patienter har långtidssymptom efter covid-19. När det gäller långtids-covid förbereds nu ett kunskapsseminarium för bland annat medicinskt ansvariga sjuksköterskor och arbetsterapeuter (MAS/MAR). Vidare visas statistik från palliativa rådet gällande palliativ vård, bland annat närvaro i dödsögonblick inom den kommunala verksamheten.

Inspektionen vård och omsorg, IVO, rapport/svar

Björn Strandell och Madeleine Andersson redogör för Region Örebro läns svar på den tillsyn som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) gjorde vid fyra av länets 69 vårdboenden. Tillsynen inleddes i juni 2020 och den resulterade i en rapport i november 2020. Beredningen informeras om beslutspunkter, orsaksanalys samt de åtgärdsförslag som tagits fram. Bland annat behöver normtider för läkarinsatser på vårdboende justeras. En redan pressad vårdssituation skapade ytterligare brist på tid och resurser.

Provtagning covid-19

Maria Gunnarsson har fått i uppdrag att hålla ihop provtagningarna för covid-19 och sedan vecka 13 2020 har 174 000 provtagningar genomförts vid länets 17 provtagningsenheter. Vidare redogörs för smittspårningsenhetens arbete. Avstämningar genomförs varje vecka och förbättringar sker ständigt då man försöker arbeta på ett bättre och smartare arbetssätt. Några regioner delar ut prov-kit som tas utan vårdpersonal och det kan vara ett sätt att få till bättre flöden. Just nu ser smittan ut att gå ner, men man vet aldrig och då är det bra att ha effektiviserat med tanke på resurser.

Vaccination

Ingemar Ångman och Kristina Luhr redogör för arbetet med vaccination mot covid-19 i Örebro läns kommuner, informerar om styrgruppen som finns inom Region Örebro län samt om samarbetet med kommunerna. Engagemanget är stort från alla inblandade. Vidare redogörs för hur vaccineringsarna går till. Välfärd och folkhälsa är en länk mot kommunerna och samordnar information och planering. En god logistik och en god planering krävs för att få det här att fungera. I Fas 1 som nu pågår har 10 829 doser getts av kommunerna. Målsättningen nationellt är att alla ska vara vaccinerade första halvåret av 2021, men det beror på hur mycket vaccin vi får.

Handlingsplan om psykisk hälsa

Johanna Häll redogör för handlingsplanen för psykisk hälsa, vilken är långsiktig och sträcker sig till 2023. Tidigare hade Region Örebro län och länets kommuner en egen handlingsplan, men inför arbetet med den här handlingsplanen kom man överens om att samverka och göra en gemensam. Psykisk hälsa/ohälsa är en gemensam samhällsutmaning för regioner, kommuner och civilsamhället och i det här arbetet finns inte en lösning, utan alla aktörer måste samverka för en gemensam målbild och strategi. Det kräver samarbete och samordning av resurser och arbetsinsatser. Vidare redogörs för det fortsatta arbetet och hur det är tänkt att de länsgemensamma medlem från den nationella överenskommelsen ska fördelas.

Medborgardialog unga vuxna

Tommy Larserö redogör för ett förslag till arbetsmodell när det gäller den medborgardialog om psykisk ohälsa som beredning för närsjukvård önskar genomföra tillsammans med beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel under 2021. Målgruppen är ungdomar mellan 18 och 25 år. Syftet med medborgardialogen är i första hand en kunskapsinhämtning för att få en bild av hur målgruppen tänker och funderar kring psykisk ohälsa, men också att få förslag och underlag för förbättringsåtgärder inom nära vården och psykiatri. Medborgardialogen kommer på grund av pandemin att genomföras digitalt. Beredningen är positiv till att genomföra medborgardialogen.

Organisation Område nära vård

Lena Adolfsson redogör för den nya organisationsförändringen, i vilken nio områden blev fyra områden vid årsskiftet; Område forskning och utbildning, Område psykiatri, Område nära vård och Område specialiserad vård. Inom Område nära vård finns de tre närsjukvårdsområdena norr, väster, Örebro och söder samt rehabilitering. Den nya organisationen ska ha en enklare och tydligare styrmodell som bättre matchar Målbild 2030. Målet är att undanröja hinder för samverkan och att vården blir bättre. Ett av uppdragen är att arbeta för en sammanhållen primärvård, då primärvården ska vara navet till hälso- och sjukvården. Det kommer att vara en interimistisk ledningsnivå fram till 1 september. Fackliga frågor hanteras via hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Arbetet med omställningen och ekonomin, den ekonomiska handlingsplanen, fortsätter. Bland annat försöker man hitta personal, exempelvis läkare för att inte behöva ta in hyrläkare.

Hälso- och sjukvårdsnämndens och hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan

Eva Åkesson Enelo redogör för hälso- och sjukvårdsnämndens och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan med budget för 2021. Klart är att pandemin lett till en förändrad vård-situation med uppskjutet vårdbehov och man vet ännu inte i vilken omfattning vården av covid-patienter kommer att påverka förutsättningarna för annan vård framåt. Pandemin har drivit utvecklingen framåt mot en mer nära vård med ett fördjupat samarbete mellan Region Örebro län och länets kommuner. Denna beredning har fått ett eget uppdrag, men också uppdrag som getts gemensamt med andra, exempelvis beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel.

Nationellt, sjukvårdsregionalt, lokalt

Informationspunkten utgår och tas istället vid nästa sammanträde.


C.E



§ 4 Beredning: Aktivitetsplan 2021

Sammanfattning

Beslut om aktivitetsplan 2021 för beredning för närsjukvård fattas vid sammanträde den 10 mars 2021.

Underlag

- Aktivitetsplan 2021 beredning för närsjukvård

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar Charlotte Edberger och Eva Åkesson Enelo underlaget.

§ 5 Svar på anmälda frågor

Sammanfattning

Agneta Nilsdotters fråga om vilken vård de äldre med covid fick inledningsvis besvaras genom informationspunkten om pandemin och informationspunkten om Inspektionen för vård och omsorgs tillsynsrapport och Region Örebro läns svar.

På Agneta Nilsdotters fråga om Freja vårdcentral i Fellingsbro konstateras att den är öppen, men att det bedrivs olika verksamheter vid Freja vårdcentral i Fellingsbro respektive vid Freja vårdcentral i Frövi.

Rose-Marie Wilnerzon-Thörns fråga om långtids-covid och äldre med anledning av hur organisationen ser ut med två huvudmannaskap, regional och kommunal hälso- och sjukvård, besvaras på nästa sammanträde.


C-E

Från: "Sundin Karin, Regionråd S Politisk ledning majoritet"
<karin.sundin@regionorebrolan.se>
Skickat: Thu, 25 Feb 2021 22:54:18 +0100
Till: "Boström Maria, Regionkansliet Nämndsadministration"
<maria.bostrom2@regionorebrolan.se>
Ämne: VB: Vet du hur det är att inte kunna andas?

Från: Ellinor Silverdahl <esilverdahl@gmail.com>
Skickat: den 17 februari 2021 21:55
Till: Sundin Karin, Regionråd S Politisk ledning majoritet <karin.sundin@regionorebrolan.se>; Sundkvist Ewa, Vikarie Regionråd KD Politisk ledning majoritet <ewa.sundkvist@regionorebrolan.se>; Cehlin Sebastian, Oppositionsråd M Politisk ledning opposition <sebastian.cehlin@regionorebrolan.se>; peterbjork91@gmail.com; Dahl Carina, Politisk ledning <carina.dahl@regionorebrolan.se>; charlotte.edberger@orebro.se; ulrika.bjorklund@moderaterna.se; willhelm.sundman@liberalerna.se; Aune Monika, Politisk sekreterare MP Politisk ledning opposition <monika.aune@regionorebrolan.se>; gunilla.fredriksson@telia.com; elin.jensen@sd.se
Ämne: Vet du hur det är att inte kunna andas?

Hej, jag heter Ellinor och bor i Örebro. Jag skriver till dig därför att min dotter har cystisk fibros (CF). Det är en medfödd svår genetisk och livsförkortande sjukdom. Cystisk fibros gör att det bildas ett ovanligt tjockt slem som främst påverkar lungorna och mag-tarmkanalen. Att frigöra luftvägarna från segt slem och bakterier tar flera timmar varje dag och mycket intravenösa antibiotika används. Trots den mycket stora dagliga behandlingsbördan försämras lungorna succesivt tills det inte längre går att andas. En transplantation blir ofta nödvändig som en sista utväg.

I Sverige finns cirka 700 patienter med CF och det föds cirka 20 barn per år med sjukdomen. Det finns inget botemedel, men det finns ett nytt läkemedel, Kaftrio, som kan behandla grundorsaken till CF.

Läkemedlet har god effekt och det skulle göra en enorm skillnad i livskvalité för de flesta med CF och ge dem möjligheten till ett längre och friskare liv. Men läkemedlet finns INTE tillgängligt i Sverige!

Däremot finns det i en rad andra länder så som Danmark, Storbritannien, Schweiz och USA.

Tillgång till läkemedlet är en fråga om liv och död. CF är en progressiv sjukdom. De flesta som hunnit bli vuxna med CF kämpar idag för sitt liv. Varje dag förs en kamp som innebär en omänskligt omfattande behandlingsbörda. Det är viktigt att läkemedlet sätts in så tidigt som möjligt, redan som barn, för att motverka risken för kroniska skador på lungorna.

CF har dessutom identifierats av Socialstyrelsen som en riskgrupp för covid-19. Det är än mer orimligt under rådande omständigheter att patienter i riskgrupp ska behöva vänta på att få tillgång till godkända läkemedel. Kaftrio är sedan 21 augusti 2020 godkänt inom EU men för Sveriges del

behöver det ingå i högkostnadsskyddet genom ett förmånsbeslut av tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) för att i praktiken bli tillgängligt för svenska patienter. Det är en komplicerad process som tar tid, men tiden håller på att rinna ut. Senast i mars 2021 ska beslut fattas. Mycket kunde egentligen redan ha gjorts om de inblandade parterna varit mer aktiva. Läkemedelsföretaget, TLV och sjukvårdsregionerna är de aktörer som är involverade i beslutet och det är osäkert hur utfallet blir. Nu behöver alla parter göra sitt yttersta för att nå i mål.

Jag önskar att du i din roll gör vad du kan för att alla med CF ska få möjlighet till ett längre och friskare liv.

Titta gärna på filmen som min dotter gjort för att få en liten inblick i hur det är att leva med CF.
<https://youtu.be/fVLX2wSkgAE>

Alla har rätt att andas.

Hälsningar,

Med vänlig hälsning

Från: "Sundin Karin, Regionråd S Politisk ledning majoritet"
<karin.sundin@regionorebrolan.se>
Skickat: Thu, 25 Feb 2021 22:55:56 +0100
Till: "Ellinor Silverdahl" <esilverdahl@gmail.com>
Ämne: SV: Vet du hur är att inte kunna andas?

Hej Ellinor!

Tack för ditt brev och för att du delar med dig av din dotters historia!

Det är hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Örebro läns mål att alla patienter ska erbjudas en god vård och behandling, Det ska ske på lika villkor för hela befolkningen, med respekt för alla människors lika värde och på ett sätt så att den som har det största behovet ska ges företräde.

Därför är det en viktig utgångspunkt att beslut om nya behandlingar och nya läkemedel fattas utifrån etablerade processer som syftar till väl avvägda och rättssäkra beslut. När det gäller att bedöma vilka läkemedel som ska ingå i läkemedelsförmånerna är det TLVs uppgift och TLVs ansvar att detta sker på ett jämlikt och systematiskt vis. Region Örebro län följer TLVs beslut.

Med vänliga hälsningar

Karin Sundin
Ordförande i hälso- och sjukvårdsnämnden (S)



Regionkansliet
Region Örebro län
Box 1613
701 16 Örebro
Besöksadress: Eklundavägen 2
Telefon: 019-602 74 04
Mobil: 072-142 06 20
www.regionorebrolan.se

Från: Ellinor Silverdahl <esilverdahl@gmail.com>
Skickat: den 17 februari 2021 21:55
Till: Sundin Karin, Regionråd S Politisk ledning majoritet <karin.sundin@regionorebrolan.se>; Sundkvist Ewa, Vikarie Regionråd KD Politisk ledning majoritet <ewa.sundkvist@regionorebrolan.se>; Cehlin Sebastian, Oppositionsråd M Politisk ledning opposition <sebastian.cehlin@regionorebrolan.se>; peterbjork91@gmail.com; Dahl Carina, Politisk ledning <carina.dahl@regionorebrolan.se>; charlotte.edberger@orebro.se; ulrika.bjorklund@moderaterna.se; willhelm.sundman@liberalerna.se; Aune Monika, Politisk sekreterare MP Politisk ledning opposition <monika.aune@regionorebrolan.se>; gunilla.fredriksson@telia.com; elin.jensen@sd.se
Ämne: Vet du hur det är att inte kunna andas?

Hej, jag heter Ellinor och bor i Örebro. Jag skriver till dig därför att min dotter har cystisk fibros (CF). Det är en medfödd svår genetisk och livsförkortande sjukdom. Cystisk fibros gör att det bildas ett ovanligt tjockt slem som främst påverkar lungorna och mag-tarmkanalen. Att frigöra luftvägarna från segt slem och bakterier tar flera timmar varje dag och mycket intravenösa antibiotika används. Trots den mycket stora dagliga behandlingsbördan försämras lungorna succesivt tills det inte längre går att andas. En transplantation blir ofta nödvändig som en sista utväg.

I Sverige finns cirka 700 patienter med CF och det föds cirka 20 barn per år med sjukdomen. Det finns inget botemedel, men det finns ett nytt läkemedel, Kaftrio, som kan behandla grundorsaken till CF.

Läkemedlet har god effekt och det skulle göra en enorm skillnad i livskvalité för de flesta med CF och ge dem möjligheten till ett längre och friskare liv. Men läkemedlet finns INTE tillgängligt i Sverige!

Däremot finns det i en rad andra länder så som Danmark, Storbritannien, Schweiz och USA.

Tillgång till läkemedlet är en fråga om liv och död. CF är en progressiv sjukdom. De flesta som hunnit bli vuxna med CF kämpar idag för sitt liv. Varje dag förs en kamp som innebär en omänskligt omfattande behandlingsbörda. Det är viktigt att läkemedlet sätts in så tidigt som möjligt, redan som barn, för att motverka risken för kroniska skador på lungorna.

CF har dessutom identifierats av Socialstyrelsen som en riskgrupp för covid-19. Det är än mer orimligt under rådande omständigheter att patienter i riskgrupp ska behöva vänta på att få tillgång till godkända läkemedel. Kaftrio är sedan 21 augusti 2020 godkänt inom EU men för Sveriges del behöver det ingå i högkostnadsskyddet genom ett förmånsbeslut av tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) för att i praktiken bli tillgängligt för svenska patienter. Det är en komplicerad process som tar tid, men tiden håller på att rinna ut. Senast i mars 2021 ska beslut fattas. Mycket kunde egentligen redan ha gjorts om de inblandade parterna varit mer aktiva. Läkemedelsföretaget, TLV och sjukvårdsregionerna är de aktörer som är involverade i beslutet och det är osäkert hur utfallet blir. Nu behöver alla parter göra sitt yttersta för att nå i mål.

Jag önskar att du i din roll gör vad du kan för att alla med CF ska få möjlighet till ett längre och friskare liv.

Titta gärna på filmen som min dotter gjort för att få en liten inblick i hur det är att leva med CF.
<https://youtu.be/fVLX2wSkgAE>

Alla har rätt att andas.

Hälsningar,

Med vänlig hälsning

Tjänsteställe, handläggare
Staben Administration juridik och säkerhet,
Niklas Tiedermann

Datum
2021-03-02

Delegationsbeslut
Dnr: 20RS13256

Justering av Plan för vaccinationer mot covid-19 i Region Örebro län avseende viss definition av personer i fas 2.

Ärendebeskrivning

Den 17 december 2020 fattade jag beslut om plan för vaccinationer mot covid-19 i Region Örebro län. Av planen framgår bland annat att vaccinationerna ska följa Folkhälsomyndighetens prioriteringsordning. Jag har senare reviderat beslutet i vissa avseenden genom beslut den 13 januari 2021 och den 3 februari 2021

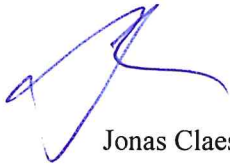
Av mitt beslut framgick även att planen kan komma att justeras i olika avseenden. Justering kan komma att ske bland annat mot bakgrund av fördjupad och förändrad kunskap i de frågor som berör planen liksom mot bakgrund av hur pandemin utvecklas.

Vaccineringen är nu inne den så kallade fas 2. I denna fas ingår vaccinering av personal inom vård och omsorg (inklusive LSS), som arbetar nära de patienter och omsorgstagare. Genom detta beslut definierar jag vad som avses med sådan personal.

Beslut

Till fas 2 av covid-19-vaccineringen ska sådan personal räknas som:

frekvent förekommande; vårdar, undersöker eller behandlar patienter i ett patientnära i arbete.



Jonas Claesson
Hälsa- och sjukvårdsdirektör

Beslutet är fattat i enlighet med punkten 1,2 i hälsa- och sjukvårdsnämndens delegationsordning., och delges nämnden vid dess kommande sammanträde.



Till regionstyrelsen, regionala tillväxtnämnden samt
hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande
Regionfullmäktige för kännedom

Granskning av ärendeberedningsprocessen

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Örebro län har PwC granskat regionens ärendeberedningsprocess. Syftet med granskningen har varit att bedöma om regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, regional tillväxtnämnden och samhällsbyggnadsnämnden har en ändamålsenlig ärendeberedningsprocess.

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, regional tillväxtnämnden och samhällsbyggnadsnämnden har en i allt väsentligt ändamålsenlig ärendeberedningsprocess.

Den revisionella bedömningen grundar sig på iakttagelser och bedömningar utifrån nedanstående revisionsfrågor.

Revisionsfråga	Kommentar	
Säkerställs en tillräcklig beredning inför beslutsfattande?	<p>Uppfyllt Kvalitetssäkring av underlag sker både vid tjänstemannaberedning och vid politisk beredning inför sammanträden.</p> <p>En enhetlig och dokumenterad process för ärendehantering som gäller styrelsen och samtliga nämnder finns.</p> <p>Enkätundersökningen indikerar att beslutsunderlag är tillräckliga och allsidigt belysta.</p>	
Finns fastställda, dokumenterade och ändamålsenliga riktlinjer och rutiner för ärendeberedningsprocessen i respektive nämnd?	<p>Uppfyllt Styrning finns upprättad och gäller samtliga nämnder.</p> <p>Granskningen indikerar att efterlevnaden är god, även</p>	

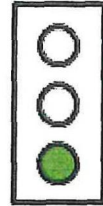


om det finns utvecklingsområden.

Finns en tydlig organisation där roller, ansvar och befogenheter i ärendeprocessen är definierade och dokumenterade?

Uppfyllt

Dokumenterad styrning i form av processbeskrivningar och ärendehandbok reglerar moment och roller i ärendeberedningen däribland ansvar för kvalitetssäkring.



Enkätundersökning och intervjuer indikerar att roller och ansvar inom ärendeberedningen upplevs vara tydliga.

Finns en tillräcklig grad av styrning och formalisering av beslutsunderlagens utformning och innehåll?

Uppfyllt

Mallar för upprättande av beslutsunderlag finns i tillräcklig grad.



Granskningen indikerar att det finns få förbättringsområden som är aktuella i nu gällande mallar.

Granskningen föranleder följande rekommendationer till styrelsen och granskade nämnder:

- Regionstyrelsen och nämnderna utvärderar ärendeberedningsprocessen kontinuerligt
- Regionstyrelsen och nämnderna prövar behovet av ytterligare verksamhets-specifik anpassning av riktlinjer, rutiner och mallar för beslutsunderlag.

Mot bakgrund av vad som framkommit i vår granskning ser vi inget behov av att styrelsen och granskade nämnder inkommer med ett yttrande.

För regionens revisorer

Sara Dicksen
Ordförande

Annica Blomgren
Revisor

Ärendeberednings- processen

Region Örebro Län

Januari 2021

Projektledare: Christer Marklund, certifierad kommunal revisor

Projektmedarbetare: Robert Bergman, revisionskonsult

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Inledning	4
Bakgrund	4
Syfte och revisionsfrågor	4
Revisionskriterier	5
Avgränsning och metod	5
Politisk beredning och tjänstemannaberedning	6
lakttagelser och bedömningar	6
Beredning inför beslutsfattande	6
lakttagelser	6
Bedömning	9
Riktlinjer och rutiner för ärendeberedningsprocessen	10
lakttagelser	10
Bedömning	12
Revisionsfråga: Organisation, roller, ansvar och befogenheter	12
lakttagelser	12
Bedömning	14
Revisionsfråga: Beslutsunderlagens utformning	14
lakttagelser	14
Bedömning	14
Revisionell bedömning och bedömning av revisionsfrågor	15
Revisionell bedömning	15
Bedömningar mot revisionsfrågor	15
Rekommendationer	16

Sammanfattning

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Örebro län har PwC granskat regionens ärendeberedningsprocess. Syftet med granskningen har varit att bedöma om regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, regional tillväxtnämnden och samhällsbyggnadsnämnden har en ändamålsenlig ärendeberedningsprocess. För att besvara granskningens syfte har nedanstående revisionsfrågor besvarats:

Säkerställs en tillräcklig beredning inför beslutsfattande? Uppfylld.

- Kvalitetssäkring av underlag sker både vid tjänstemannaberedning och vid politisk beredning inför sammanträden.
- Enhetlig och dokumenterad process för ärendehantering som gäller styrelsen och samtliga nämnder finns.
- Enkätundersökning indikerar att beslutsunderlag är tillräckliga och allsidigt belysta.

Finns fastställda, dokumenterade och ändamålsenliga riktlinjer och rutiner för ärendeberedningsprocessen i respektive nämnd? Uppfylld.

- Styrning finns upprättad och gäller samtliga nämnder.
- Granskningen indikerar att efterlevnaden är god, även om det finns utvecklingsområden.

Finns en tydlig organisation där roller, ansvar och befogenheter i ärendeprocessen är definierade och dokumenterade? Uppfylld.

- Dokumenterad styrning i form av processbeskrivningar och ärendehandbok reglerar moment och roller i ärendeberedningen däribland ansvar för kvalitetssäkring.
- Enkätundersökning och intervjuer indikerar att roller och ansvar inom ärendeberedningen upplevs vara tydliga.

Finns en tillräcklig grad av styrning och formalisering av beslutsunderlagets utformning och innehåll? Uppfylld.

- Mallar för upprättande av beslutsunderlag finns i tillräcklig grad.
- Granskningen indikerar att det finns få förbättringsområden som är aktuella i nu gällande mallar.

Bedömning

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, regional tillväxtnämnden och samhällsbyggnadsnämnden har en i allt väsentligt ändamålsenlig ärendeberedningsprocess.

Rekommendationer

I syfte att utveckla granskningsområdet lämnas följande rekommendationer:

- Regionstyrelsen och nämnderna utvärderar ärendeberedningsprocessen kontinuerligt
- Regionstyrelsen och nämnderna prövar behovet av ytterligare verksamhetsspecifik anpassning av riktlinjer, rutiner och mallar för beslutsunderlag.

Inledning

Bakgrund

Ärendehantering inför ett sammanträde i ett politiskt organ är en process med många medverkande med olika uppgifter. Om ärendeprocessen inte är tillräckligt tydlig och funktionell finns risk för att beslut fattas på fel nivå eller att de beslutsunderlag som nämnd, styrelse och regionfullmäktige ställs inför håller en ojämn kvalitet. Ofullständiga underlag riskerar att leda till att beslut fattas på otillräckliga eller i sämsta fall felaktiga grunder vilket i förlängningen kan leda till kvalitetsbrister i verksamheten och höga kostnader. Det finns också risk för att insynen i den demokratiska processen begränsas. Brister i beredningen av ett ärende kan även medföra att beslut överklagas.

I kommunallagen anges att innan ett ärende avgörs av fullmäktige, ska det ha beretts antingen av den nämnd vars verksamhetsområde ärendet berör eller av en fullmäktigeberedning (6 kap. 26-27 §§). Om ett ärende endast har beretts av en fullmäktigeberedning, ska den nämnd vars verksamhetsområde ärendet berör alltid ges tillfälle att yttra sig.

Kommunallagen reglerar inte i detalj hur nämndernas beredning av ärenden ska gå till. Det är däremot brukligt att regionfullmäktige genom reglementen fastslår beredningsordningen mellan nämnderna och styrelsen. Avsaknad av detaljreglering i kommunallagen innebär även att nämnderna bör se till att det finns rutiner och regler för hur beredning av de ärenden som ska behandlas i nämnden ska gå till. Det handlar såväl om kvalitet på besluten som att rättssäkerheten upprätthålls.

Utifrån risk- och väsentlighetsanalys har revisorerna i Region Örebro län valt att granska ärendeberedningsprocessen.

Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att bedöma om regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, regional tillväxtnämnden och samhällsbyggnadsnämnden har en ändamålsenlig ärendeberedningsprocess. I syfte att besvara granskningens syfte har följande revisionsfrågor formulerats:

- Säkerställs en tillräcklig beredning inför beslutsfattande?
- Finns fastställda, dokumenterade och ändamålsenliga riktlinjer och rutiner för ärendeberedningsprocessen i respektive nämnd?
- Finns en tydlig organisation där roller, ansvar och befogenheter i ärendeprocessen är definierade och dokumenterade?
- Finns en tillräcklig grad av styrning och formalisering av beslutsunderlagens utformning och innehåll?

Revisionskriterier

- Kommunallagen (2017:725)
- Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)
- Förvaltningslagen (2017:900)
- Reglementen och styrande dokument

Avgränsning och metod

Granskningen har avgränsats till att omfatta regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, regional tillväxtnämnd och samhällsbyggnadsnämnden.

Granskningen har vidare avgränsats till att omfatta beredning av ärenden som kan laglighetsprövas enligt kommunallagen. Därmed har granskningen inte innefattat beredningen av ärenden som berör myndighetsutövning mot enskild eller av ärenden som bereds i enlighet med regler i speciallagstiftning.

En enkätundersökning har genomförts bland ledamöter i regionstyrelsen och granskade nämnder. Svarsfrekvensen för enkäten var 73 procent. Totalt deltog 52 ledamöter i undersökningen.

Vidare har vi granskat styrande dokument däribland processbeskrivning för ärendeberedningsprocessen, regionens ärendehandbok, reglementen och rutinbeskrivningar.

Intervjuer har genomförts med regionstyrelsen och granskade nämnders presidier samt ansvariga tjänstemän kopplade till styrelsen och nämnderna. Vi har även genomfört intervjuer med representanter för regionkansliet.

Inför granskningen genomfördes ett uppstartsmöte med kansliet. Innan färdigställande har rapporten faktakontrolleras.

Politisk beredning och tjänstemannaberedning

Vi inleder denna rapport med en vedertagen definition av begreppet beredning.

Politisk beredning: Beredning inför nämndsammanträde - Genomgång av aktuella ärenden - ser efter så att underlaget som ska sändas ut i kallelsen är tillräckligt för att ge nämnden ett bra beslutsunderlag.

Tjänstemannaberedning: En typ av utredning, ett sätt att förbereda ett ärende innan det går till beslut. Beredningen kan göras av tjänstemän som tar fram fakta i ärendet och inhämtar synpunkter från andra nämnder, utskott och verksamheter.

En tjänstemannaberedning är en typ av utredning där ärenden förbereds innan nämndens/styrelsens behandling. Beredningen genomförs av tjänstemän som tar fram fakta i ärendet samt inhämtar synpunkter från tjänstepersoner inom andra verksamheter.

Iakttagelser och bedömningar

Beredning inför beslutsfattande

I följande avsnitt kommer vi att redogöra för iakttagelser och bedömningar kopplat till följande revisionsfråga:

Säkerställs en tillräcklig beredning inför beslutsfattande?

Iakttagelser

Ärendeberedningsprocessen

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av en dokumenterad övergripande processbeskrivning, Ärendeprocessen, samt tillhörande delprocesser som beskriver hur ärenden ska hanteras. D.v.s från att ett ärende inkommer/upprättas till att ärendet har behandlats av beslutande organ. Den övergripande processen, som ska tillämpas för regionstyrelsen och samtliga nämnder, omfattar även hur ärenden ska avslutas och så småningom långtidsarkiveras. Av intervjuer framgår att processbeskrivningen är framtagen på verksamhetsnivå och inte behandlad av styrelsen eller nämnder.

Granskning av processen visar att det finns flera olika beredningsgrupper. På tjänstemannanivå finns ledningsgrupp och tjänstemannaberedning. På politisk nivå förekommer rådsberedning och presidieträffar. Inför regionstyrelsens och nämndernas sammanträden informeras alltid oppositionen om aktuella ärenden. Syftet med processen är dels att vara en kvalitetssäkring av ärendeberedningen, dels att skapa tydlighet för personal inom kansliet kring hur arbetet för regionstyrelsen och nämnderna ska gå till.