

Strategiskt utvecklingsarbete i hälso- och sjukvården

Pilotstudie av sambandet mellan utvecklingskraft
och utvecklingen av vården för personer med
kroniska sjukdomar

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

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

Artikelnummer 2016-11-15
Publicerad www.socialstyrelsen.se

Förord

Socialstyrelsen har flera uppdrag inom ramen för regeringens satsning på att förebygga och behandla kroniska sjukdomar. Ett av dem är att lämna en årlig lägesrapport om utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar. Detta är den andra av tre rapporter. Rapporten riktar sig i första hand till regeringen samt till landsting och regioner i det fortsatta arbetet med att utveckla vården för personer med kroniska sjukdomar.

I denna rapport beskrivs hur landstingens och regionernas strategiska utvecklingsarbete kan förstås på systemnivå. Detta görs genom en systematisk kartläggning av en sjukvårdshuvudmans *utvecklingskraft*. I det här fallet en pilotstudie i Region Östergötland.

Rapporten har planerats och författats av Martin Jansson, Socialstyrelsen och Dag Norén, Videre Consulting AB. Socialstyrelsen vill rikta ett särskilt tack till Landstinget Blekinge och Region Östergötland för värdefulla synpunkter och förslag som på ett betydelsefullt sätt bidragit till kunskapsutvecklingen i detta utvecklingsarbete. Martin Sparr har varit ansvarig chef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Bakgrund	9
Inledning.....	9
Att förstå patientcentrerad vård ur ett systemperspektiv	11
Utvecklingskraften i en region – pilotstudie av Region Östergötland	16
Inledning.....	16
Resultat	16
Sammanfattande iakttagelser om utvecklingskraften i Region Östergötland	31
Avslutande diskussion	34
Referenser	36
Bilaga 1. Beskrivning av kartläggningsmodell för utvecklingskraft.....	37
Bilaga 2. Region Östergötland – en översiktlig bild	41
Bilaga 3 – Lista över respondenter Region Östergötland	52
Bilaga 4 – Intervjuguide anpassad till politiska ledningen	53
Bilaga 5 - Intervjuguide anpassad till tjänstemannaledningen.....	57

Sammanfattning

Socialstyrelsen har i uppdrag att under perioden 2014–2017 göra en årlig lägesrapport om vården för personer med kroniska sjukdomar. Myndigheten har också i uppdrag att utifrån ett helhetsperspektiv beskriva landstingens och regionernas strategiska utvecklingsarbete.

Personer med kroniska sjukdomar är ofta i behov av en hälso- och sjukvård som är anpassad till långa och icke-linjära sjukdomsförlopp som präglas av ett stort behov av kontinuitet, samverkan mellan vårdaktörer och förmågan att integrera och göra patienten till en central aktör i vård och behandling. Personer med långvarig sjukdom anser i lägre utsträckning än befolkningen i övrigt att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver.

En central strategi i utvecklingen av denna vård är, på såväl nationell som regional nivå, en ökad tillgänglighet och patientcentrering. I förra årets rapport konstaterades att vården för personer med kroniska sjukdomar under lång tid har varit eftersatt, bland annat som en konsekvens av att fokus för uppbyggnaden av svensk hälso- och sjukvård har legat på att möta, diagnostisera och behandla patienter med akuta sjukdomstillstånd.

Hälso- och sjukvården står inför omfattande strukturella utmaningar att utveckla nya arbetssätt och sammanhängande vårdprocesser för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar. Detta ställer stora krav på ett uthålligt strategiskt utvecklingsarbete i landsting och regioner. I denna lägesrapport, den andra av tre rapporter om utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar, vill Socialstyrelsen flytta fokus från problembeskrivning till ökad förståelse av den *utvecklingskraft* som ska leda till nödvändiga förändringar, bland annat i form av ökad tillgänglighet och patientcentrering.

Med *utvecklingskraft* menas i denna rapport en organisations adaptiva förmåga att på ett strukturerat och systematiskt sätt ta till vara och skapa ett produktivt samspel mellan drivkrafter, styrning, förmågor och tjänsteutveckling. Det bakomliggande antagandet som Socialstyrelsen gör är att ett sådant samspel gynnar framtagandet av effektiva och hållbara lösningar för hur vården för personer med kroniska sjukdomar ska utvecklas.

I denna lägesrapport redovisas delresultat av detta arbete i form av en pilotstudie som beskriver utvecklingskraften i Region Östergötland samt den kartläggningsmodell som tagits fram för att anlägga ett helhetsperspektiv på landstingens och regionernas utvecklingskraft. Av kartläggningen framgår att den kartläggningsmodell som legat till grund för denna pilotstudie har bidragit till att identifiera ett intensivt och ömsesidigt samspel mellan ett par av modellens utpekade systemfaktorer – *styrning* och *förmågor*. Detta samspel verkar ligga till grund för framväxten av en stabil och uthållig verksamhetskultur som, i sin tur, varit en förutsättning för det väl förankrade och systematiska utvecklings- och förbättringsarbete som bedrivits under en längre tid i Region Östergötland. Paradoxalt nog antyder resultaten, på samma gång, att denna verksamhetskultur kan komma att utgöra ett hinder i en situation där fokus för organisationens verksamhetsutvecklingslogik behöver flyttas *från* förbättrings- och utvecklingsarbete *till* utveckling av nya

arbetssätt och vårdtjänster för personer med kroniska sjukdomar. För att ta till vara den kraftfulla resurs som verksamhetskulturen utgör, görs bedömningen att den befintliga och i Region Östergötland väl inarbetade behovsstyrningsmodellen för planering av hälso- och sjukvården justeras på ett sätt som stödjer utvecklingen av tjänsteinnovationer och stärker implementeringen av nya arbetssätt.

Arbetet med att belysa utvecklingskraften i fler landsting och regioner pågår och det samlade resultatet är tänkt att vara en grund för de förslag om utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar som Socialstyrelsen avser att lägga i den sista lägesrapporten 2017.

Bakgrund

Inledning

Regeringen gör under 2016 en särskild satsning på olika insatser för bättre vård till personer med kroniska sjukdomar. Inriktning för satsningen är bland annat att få till stånd en mer patientcentrerad vård, att ta fram nya kunskapsstöd och riktlinjer och ett ökat fokus på primärvårdens arbete. I en överenskommelse med SKL vill regeringen särskilt främja utveckling av primärvården och avsätter 78 miljoner kronor varav 48 miljoner kronor går till landstingen. I överenskommelsen ingår bland annat att utveckla nya patientcentrerade arbetssätt och metoder i primärvården som bidrar till att vård och behandling erbjuds med utgångspunkt från patientens förutsättningar och behov.

Uppdrag med årliga lägesrapporter

Uppdraget att lämna lägesrapporter om utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar sträcker sig över hela den tidsperiod som regeringens satsning på att förebygga och behandla kroniska sjukdomar pågår, 2014–2017. Socialstyrelsens olika rapporter om utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar kan åskådliggöras på följande sätt:



2014 års rapport är ett underlag för grund och struktur för kommande lägesrapporter om kroniska sjukdomar. I rapporten beskrivs behovet att redogöra för utvecklingen såväl med indikatorer som genom mer kvalitativa beskrivningar av den grundläggande strukturella problematik som omger utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar. Med detta underlag som utgångspunkt publicerade därför Socialstyrelsen en öppen jämförelse om kroniska sjukdomar parallellt med 2015 års lägesrapport om utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar. Av den öppna jämförelsen framgår bland annat att personer med långvarig sjukdom anser i lägre utsträckning än befolkningen i övrigt att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver. Samma förhållande gäller förtroendet för hälso- och sjukvård. Av redovisningen framgår också att en stor del av den vård som ges vid kroniska sjukdomar eller tillstånd utförs i primärvården. Dessa insatser kan endast redovisas i begränsad omfattning, till exempel uppgifter från nationella kvalitetsregister, eftersom det i nuläget saknas tillgång till registerdata på nationell nivå för primärvården.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar vidare i en ny rapport att personer med kroniska sjukdomar involveras i mindre utsträckning i

sin vård och behandling i Sverige [1] än i jämförbara länder. Att med olika angreppssätt illustrera hur organisatoriska och strukturella förhållanden och faktorer påverkar förmågan att möta dessa vårdbehov bedömer Socialstyrelsen därför vara angeläget för att öka kunskapen om hur vården för personer med kroniska sjukdomar kan utvecklas i en mer tillgänglig och patientcentrerad riktning.

I syfte att öka kunskapen om de strukturella faktorer och förhållanden som över tid har kommit att påverka denna utveckling utgick *2015 års lägesrapport* därför ifrån ett historiskt perspektiv. Att fördjupa kunskapen och förståelsen för de historiska förhållanden och omständigheter som lett till dagens situation bedömdes vara en grundläggande förutsättning för det fortsatta arbetet med att utveckla och fördjupa analysen av den samtida hälso- och sjukvården på systemnivå. Därtill identifierades tre strukturella förhållanden som bedöms ha präglat förutsättningarna för utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar på ett negativt sätt – betoning på slutenvård, stark koncentration av resurser till sjukhusväsendet samt hög grad av specialisering. Dessa faktorer har sammantaget även bidragit till ytterligare en strukturell omständighet som försvårar utvecklingen av en patientcentrerad vård för personer med kroniska sjukdomar, nämligen att svensk hälso- och sjukvård till stora delar är uppbyggd för att möta, diagnostisera och behandla patienter med akuta sjukdomstillstånd. Personer med kroniska sjukdomar behöver dock en hälso- och sjukvård som är anpassad till långa och icke-linjära sjukdomsförlopp och som därför präglas av ett stort behov av kontinuitet och samverkan mellan vårdaktörer samt förmågan att integrera och göra patienten till en central aktör i vård och behandling. Att belysa och beskriva den strukturella konflikten mellan hälso- och sjukvårdssystemets produktionslogik och kroniskt sjuka patienters faktiska vårdbehov har därför varit en förutsättning för att i nästa steg kunna bidra till att peka ut omständigheter och förhållanden som möjliggör eller försvårar utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar.

I denna lägesrapport 2016 vill Socialstyrelsen flytta fokus från problembeskrivning till ökad förståelse av den *utvecklingskraft* som ska leda till nödvändiga förändringar av tillgänglighet och patientcentrering. Syftet är att utifrån ett systemperspektiv fördjupa kunskapen om och förståelsen för hur utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar är nära förknippad med landstingens och regionernas förmåga att bedriva strategiskt utvecklingsarbete i en mer tillgänglig och patientcentrerad riktning. Socialstyrelsen bedömer att sådan kunskap är en viktig grund för att det samlade förändringsarbete som svensk hälso- och sjukvård står inför ska kunna bedrivas på ett effektivt sätt som leder till en varaktig och stabil utveckling av vården för personer med kroniska sjukdomar.

I denna lägesrapport redovisas en pilotstudie av utvecklingskraften i Region Östergötland och den kartläggningsmodell som utvecklas i arbetet. Arbetet med att beskriva utvecklingskraften i flera landsting och regioner fortgår under 2016 och 2017.

I den avslutande lägesrapporten 2017 kommer de samlade erfarenheterna från samtliga genomlysningar att ligga till grund för förslag om vilka insatser

och åtgärder såväl staten som sjukvårdshuvudmännen kan vidta för att stärka utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar.

Närliggande uppdrag

Beskriva landstingens och regionernas strategiska utvecklingsarbete

Socialstyrelsen har även med anledning av den överenskommelse som staten träffade med Sveriges kommuner och landsting 2015 – Tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård i uppdrag att följa, analysera och stödja utvecklingen mot en mer tillgänglig och patientcentrerad vård med utgångspunkt i överenskommelsen (dnr 2015/3210/FS). I uppdraget ingår att utifrån ett helhetsperspektiv beskriva landstingens och regionernas strategiska utvecklingsarbete, vilka utmaningar som lyfts fram samt eventuella förändringar som planeras och genomförs, till exempel vad avser organisation, kommunikation, tjänsteutformning och ersättningsystem.

Redovisa tillgänglighet

Socialstyrelsen har i uppdrag att utveckla den nationella redovisningen om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet (dnr 2016/00445/FS). I uppdraget ingår att beskriva och analysera dimensioner av tillgänglighet för patienter med kroniska sjukdomar. I samarbete med ett antal kvalitetsregister bedriver Socialstyrelsen ett utvecklingsarbete vars första resultat redovisas den 15 februari 2017.

Att förstå patientcentrerad vård ur ett systemperspektiv

Socialstyrelsen lyfter i denna rapport fram vikten av att anlägga ett systemperspektiv för att fördjupa kunskapen om huvudmännens skilda förutsättningar och förmågor att bedriva strategiskt utvecklingsarbete – om deras utvecklingskraft. Syftet är att utveckla kunskaperna och lärandet om komplexiteten i och utmaningarna med att utveckla hälso- och sjukvården. En sådan kunskapsutveckling bör på sikt kunna få betydelse för exempelvis statens utformning av reformer, rekommendationer och andra insatser och åtgärder som riktar sig till sjukvårdshuvudmännen.

Valet av begreppet utvecklingskraft utgår ifrån antagandet att det finns ett samband mellan ett landstings eller en regions utvecklingskraft och dess förmåga och kapacitet att driva och utveckla hälso- och sjukvården i önskad riktning – i detta fall mot en mer tillgänglig och patientcentrerad vård.

Landstingens och regionernas förmåga till strategiskt utvecklingsarbete mot en mer tillgänglig och patientcentrerad hälso- och sjukvård bedöms vara en central del i utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar.

Några av de strukturella utmaningar som omger vården av personer med kroniska sjukdomar är t.ex. bristande kontinuitet, samverkan och delaktighet i vård och behandling. Den huvudsakliga orsaken till att dessa utmaningar återkommande nämns i skiftande sammanhang är att hälso- och sjukvården inte kan anses vara tillräckligt tillgänglig och patientcentrerad – det är svårt

att tänka sig en patientcentrerad hälso- och sjukvård som utmärks av bristande kontinuitet, samverkan och delaktighet. Exempelvis skulle sammanhängande vårdprocesser för personer med kroniska sjukdomar få en stor och positiv påverkan på kontinuiteten i vården för dessa patienter. De skulle också förutsätta andra former för samverkan mellan olika vårdaktörer. En sammanhängande vårdprocess skulle även innebära att patienten görs delaktig i vård och behandling på nya sätt. Att skapa en sammanhängande vårdprocess kräver således att ett hälso- och sjukvårdssystem förmår kombinera exempelvis styrning, drivkrafter, förmågor och tjänsteutveckling på ett strukturerat och uthålligt sätt för att uppnå detta mål. Det innebär vidare att olika beslutsnivåer, professioner, institutioner och inte minst patienterna själva är involverade i ett sådant förändrings- och utvecklingsarbete.

Om begreppet utvecklingskraft

Begreppet utvecklingskraft är inte entydigt definierat och förekommer dessutom ofta i vardagligt tal i abstrakt mening för att beskriva exempelvis en organisations förmåga att mobilisera och påverka utvecklingen av hälso- och sjukvården i en riktning. Begreppet är centralt i Ansvarskommitténs del- och slutbetänkande (SOU 2003:123, SOU 2007:10) [2, 3]. Däremot ges begreppet i kommitténs betänkanden endast en översiktlig beskrivning och ett generellt innehåll.

I arbetet med att skapa en ram för kartläggning och analys av landstingens och regionernas utvecklingskraft har följande definition utgjort utgångspunkt:

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

Det är främst två förhållanden i definitionen ovan som här förtjänar att uppmärksammas. För det första de övergripande systemfaktorer som även legat till grund för den kartläggningsmodell som tagits fram – drivkrafter, styrning, förmågor och tjänsteutveckling. Särskilt fokus ligger på relationerna mellan dessa faktorer och deras inbördes påverkan. Ett antagande är att styrkan, tätheten eller graden av samspel mellan dessa systemfaktorer säger något viktigt om utvecklingskraften ett landsting eller en region.

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

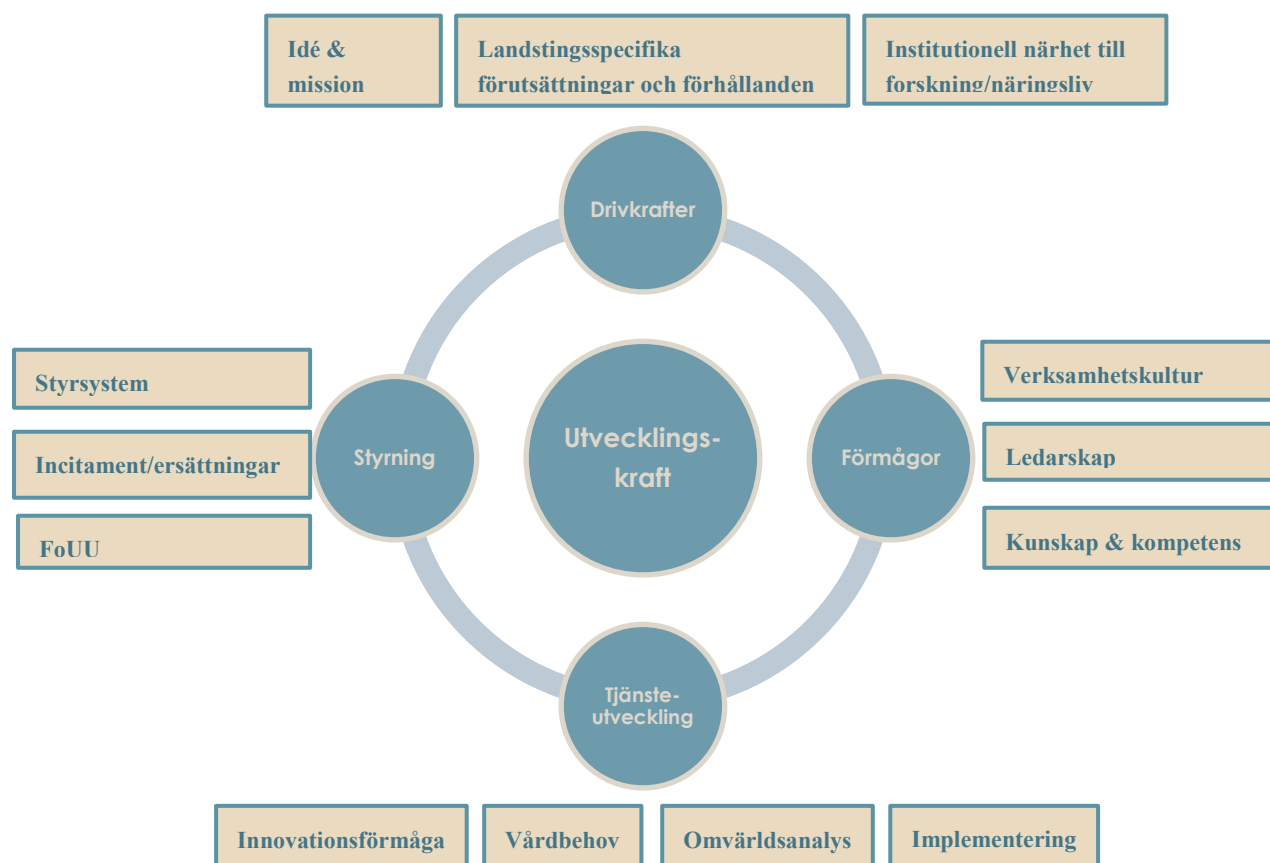
Att beskriva utvecklingskraft

Beskrivningen av utvecklingskraften i ett landsting eller en region kan göras på flera olika sätt utifrån olika perspektiv och angreppssätt. Att kartlägga och analysera något så komplext som en hälso- och sjukvårdsorganisation på

systemnivå medför teoretiska och empiriska överväganden, avgränsningsproblem och vägval.

Samtidigt skulle det vara förenat med stora svårigheter att utifrån endast en abstrakt, språkligt teknisk och komprimerad definition försöka beskriva utvecklingskraften i landsting och regioner. Därför har en systematisk kartläggningsmodell utarbetats (Figur 1). Modellen ska ge en överblick och förståelse över det komplexa system som studeras och därmed skapa förutsättningar att angripa denna komplexitet på ett strukturerat och konsekvent sätt. Genom att skapa en modell för hur utvecklingskraften i ett landsting eller en region kan förstås och beskrivas skapas också förutsättningar för strukturerad och systematisk datainsamling. Modellen bidrar också till att skapa en betydelsefull förståelse kring vilka ytterligare kritiska avvägningar som behöver göras för att få en relevant bild av utvecklingskraften i olika landsting och regioner. Exempel på sådana avvägningar kan handla om valet av informationsinsamlingsmetod eller hur information ska struktureras på ett meningsfullt och kunskapsgenererande sätt. Gemensamt för dessa avvägningar är att kartläggningsmodellen bidrar till att öka förståelsen för de olika hälso- och sjukvårdssystemens komplexitet.

Kartläggningsmodellen presenteras närmare i *bilaga 1*.



Figur. 1 Modell över utvecklingskraft.

Metodutveckling i nära samarbete med sjukvårdshuvudmännen

En grundläggande utmaning i utvecklingsarbetet av kartläggningsmodellen är att den behöver ta hänsyn till och medge en relevant beskrivning av de enskilda landstingen och regionernas specifika förhållanden, samtidigt som den är tillräckligt generell för att kunna tillämpas i beskrivningen av olika sjukvårdshuvudmän. Detta fick två konsekvenser i utvecklingsarbetet av modellen. För det första att arbetet med att utveckla modellen tog utgångspunkt i ett nära samarbete med sjukvårdshuvudmännen, samt, för det andra, att ett tydligt kartläggningsperspektiv skulle genomsyra arbetet. Ett syfte var bland annat att säkerställa igenkänningsfaktorn i modellen, men också att det skulle stimulera till ett ömsesidigt erfarenhetsutbyte och lärande mellan Socialstyrelsen och sjukvårdshuvudmännen.

I utvecklingsarbetet med kartläggningsmodellen har Socialstyrelsen haft återkommande diskussioner och möten med Landstinget Blekinge och Region Östergötland. Dessa möten och diskussioner har i väsentlig del centerats runt de antaganden och överväganden som ligger bakom modellen och huruvida modellen i sig kan anses bidra till kartläggningen av utvecklingskraften i landsting och regioner. Dessutom har Socialstyrelsen besökt Landstinget Västernorrland och Västra Götalandsregionen för att hämta in synpunkter och ändringsförslag.

Den samlade bedömning som görs utifrån landstingens och regionernas återkoppling är att kartläggningsmodellen uppfattas som relevant och att den kan bidra till att öka förståelsen av och kunskapen om hur den egna organisationen kan beskrivas och förstås på systemnivå.

Något om kartläggningens praktiska genomförande

Den information som ligger till grund för kartläggningen av utvecklingskraften i Region Östergötland har hämtats in och presenteras på två olika sätt – dels genom en desktopanalys, dels via en intervjustudie. I desktopanalysen beskrivs det enskilda landstinget eller regionen på ett systematiskt sätt utifrån öppna källor såsom webbsidor, årsredovisningar, styrdokument, data och statistik från KOLADA och SCB, etc. Detta medger en första övergripande bild av grundläggande förutsättningar och förhållanden i det enskilda landstinget/regionen.

Denna övergripande bild kompletteras och förtäts därefter med stöd av en intervjustudie. Som underlag för intervjustudien har målgruppsanpassade intervjuguider utarbetats med utgångspunkt i kartläggningsmodellen för utvecklingskraft som förlaga (se bilaga 4 och 5). Intervjuguiderna är delvis strukturerade och utgår ifrån kartläggningsmodellens centrala komponenter, dvs. de fyra systemfaktorer som i samspel antas öka förståelsen för ett landstings eller en regions utvecklingskraft.

När det gäller frågan om urval av intervjurespondenter har ett strategiskt urval gjorts i samarbete med Region Östergötland. Med den utgångspunkten att begreppet utvecklingskraft hänför sig till något övergripande och abstrakt gjordes bedömningen att det är centralt för svars kvaliteten att respondenterna utgörs av personer som är verksamma på strategiska och beslutsfattande

positioner. Av det skälet har tjänstemannaledningen och det politiska ledarskapet i Region Östergötland intervjuats via telefon (se bilaga 3). Att Socialstyrelsen valde att genomföra denna pilotstudie med Region Östergötland hör samman med att det sedan tidigare finns ett tydligt och etablerat fokus på kvalitetsförbättringsarbete i regionen. Sammanlagt har 15 intervjuer genomförts.

Var och en av intervjuerna tog mellan 2 timmar och 2 timmar och 45 minuter att genomföra. Denna insamlade information har sedan legat till grund för den beskrivning av utvecklingskraften i Region Östergötland som återfinns i kommande kapitel i denna rapport.

Rapportens disposition

I den här rapporten ges en tentativ bild av hur en regions utvecklingskraft kan beskrivas utifrån ett systemperspektiv. Beskrivningen görs utifrån den pilotstudie som gjorts med Region Östergötland och vars resultat presenteras i nästa avsnitt. Som underlag för intervjustudien togs ett faktaunderlag fram med grundläggande organisatoriska och strukturella förhållanden i Region Östergötland. Underlaget tar sin utgångspunkt i öppna källor såsom webbsidor, data och statistik från KOLADA och SCB samt årsredovisningar. (bilaga 2). Därefter följer en sammanfattande diskussion om syftet med pilotstudien och det fortsatta arbetet. Resultatet av utvecklingsarbetet med att utarbeta en kartläggningsmodell för analys och beskrivning av landstingens och regionernas utvecklingskraft återfinns i bilaga 1.

Utvecklingskraften i en region – pilotstudie av Region Östergötland

Inledning

Nedan redovisas resultaten av den intervjustudie som gjorts med 15 chefer och ledare i Region Östergötland utifrån den intervjuguide som återfinns i bilaga 2. Syftet är att utifrån ett systemsynsätt förstå faktorer som i ett interaktivt samspel antas ha särskilt stor betydelse för utvecklingskraften – drivkrafter, styrning, förmågor samt tjänsteutveckling. Redovisningen följer strukturen för den grundläggande kartläggningsmodellen som redovisas i bilaga 1, där dessa faktorer beskrivs närmare.

Resultat

Drivkrafter

I detta inledande avsnitt återges de huvudsakliga iakttagelser som gjordes under intervjusamtalen rörande de drivkrafter på organisatorisk nivå som av respondenterna bedöms påverka utvecklingskraften i Region Östergötland. Redogörelsen utgår ifrån de aspekter som relaterar till systemfaktorn drivkraft enligt kartläggningsmodellen- idé/mission, institutionell närhet till forskningsmiljöer och näringslivsutveckling samt regionspecifika förutsättningar och förhållanden.

Idé/mission

Ett tydligt exempel på en inre drivkraft är den idé/mission som samlar och uttrycker en organisations förmåga att gå gemensamt i en riktning i syfte att nå ett uttalat mål. Under intervjusamtalen förmedlar respondenternas svar bilden av att Region Östergötlands idé/mission under lång tid har artikulerats tydligt och därmed kommit att spridas till och övertas av organisationens medarbetare. På så sätt har denna idé/mission kunnat bli en viktig drivkraft i det löpande förbättrings- och utvecklingsarbetet. Däremot påpekar ett antal respondenter att det starka fokus som omger det ständiga förbättringsarbetet kan leda till att organisationen riskerar att möta svårigheter när det gäller att flytta sig utanför etablerade strukturer och arbetssätt utifrån en ny produktionslogik.

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

Även om det mödosamma men framgångsrika arbetet med att ändra bilden av hälso- och sjukvården från att uppfattas som en isolerad företeelse till att betraktas som en naturlig och integrerad del av den regionala utvecklingen,

identifierar respondenterna möjliga framtida strukturella hinder och svårigheter. Exempelvis bedrivs det regionala utvecklingsarbetet i processform medan hälso- och sjukvårdens utvecklingsarbete och arbetssätt ännu präglas av ett traditionellt produktionssynsätt.

Institutionell närhet till forskningsmiljöer och näringslivsutveckling

När det gäller yttre drivkrafter som påverkar utvecklingskraften i Region Östergötland är forskningens roll och betydelse påtagligt närvarande under intervjusamtalen. Strukturerad samverkan mellan regionen och Linköpings universitet har utvecklats och växt fram under lång tid och bedrivs idag på olika nivåer i de båda organisationerna. Ett bra exempel på hur forskning och hälso- och sjukvård vävs samman och integreras är verksamheten ”Från student till docent” som är ett samarbete mellan Linköpings universitet och Region Östergötland. Målet med verksamheten är att stärka och underlätta klinisk forskning och akademisk karriärutveckling och vänder sig till såväl forskningsintresserade studenter som disputerad vårdpersonal som söker forskningsstöd. Ytterligare ett exempel är det strukturerade och kontinuerliga strategiska samarbete som sker på högsta ledningsnivå mellan regionen och universitetet.

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

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

Regionsspecifika förutsättningar och förhållanden

Denna aspekt av begreppet drivkrafter avser fånga och ge utrymme för de förutsättningar och förhållanden som kan antas påverka utvecklingskraften men som hälso- och sjukvårdsorganisationen inte självklart kan påverka i motsvarande omfattning. Regionsspecifika förutsättningar och förhållanden kan handla om regionens storlek, den demografiska utvecklingen, geografiska förhållanden eller regionala tillgångar.

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

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

Under intervjusamtalen pekar ett antal respondenter på det goda samarbetsklimatet i sydöstra sjukvårdsregionen som ett gynnsamt förhållande för Region Östergötland. Det sedan länge väl etablerade och strukturerade samarbetet med Region Jönköpings län och Landstinget i Kalmar län anses ge ett inflöde av inspiration och lärande. På samma sätt som det forskningsnära samarbetet bedrivs på olika nivåer mellan huvudmännen, bedrivs det sjukvårdsregionala samarbetet på olika nivåer. De regionala medicinska programgrupperna (RMPG) nämns återkommande som forum för diskussion och spridning av kunskap.

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

Styrning

Styrning är oftast sedd som olika strukturer, exempelvis organisationsscheman, befattningsbeskrivningar, processrutiner eller ersättningsmodeller som ska påverka arbetet i en viss riktning mot uppsatta mål och önskade resultat. Respondenterna bekräftar förvisso den allmänt etablerade bilden att styrning är nära förknippad med olika strukturerade processer och styrdokument, men påpekar även att den kan utövas genom mer öppna och svårbeskrivbara "sociala processer" som exempelvis utbildningar, väl kommunicerade och diskuterade målbilder och olika former av mötesforum.

Inte lika framträdande i intervjuerna är hur styrningen påverkas av kunskapsstyrningen genom medicinska riktlinjer samt hur FoUU-verksamheter påverkar utifrån styrningen – även om samverkan med den medicinska forskningen och annan forskning anges som "tät" och välfungerande.

Det är allmänt känt att styrningsmodeller är viktiga för att nå långsiktiga resultat, särskilt i mer komplexa organisationer. Samtidigt kan dessa modeller bidra till att "låsa fast" verksamheter i gamla strukturer och utdaterade beteenden om inte styrningen ses över utifrån eventuella förändrade förutsättningar. Det finns även risker med ett alltför omfattande inslag av styrning som resulterar i en tidskrävande "rapporteringskultur" som, i sin tur, kan hämma arbetet med utvecklingsorienterade uppgifter. Det framgår av intervju svaren att det här finns en kritisk "balansgång" som beskrivs som viktig för att utvecklingskraften ska behållas levande inför det framtida utvecklingsarbetet.

Styrsystem med basen i behov

Ett för Region Östergötland utmärkande inslag av styrning är den omfattande och grundläggande behovsstyrningsmodellen. Den utförs med stöd av såväl behovsanalys som brukardialoger inom särskilda sjukdoms- eller behovsgrupper. Med det politiska ansvaret för att samla in och fastställa befolkningens behov av hälso- och sjukvård utformas vårduppdrag och avtal gentemot utförarverksamheterna. Den för Region Östergötland väl etablerade styrmodellen utifrån behovsstyrning beskrivs av de flesta respondenter som tydlig och med skapandet av starka mandat för verksamhetens styrning (även om den av en del anges vara svår att förstå till en början).

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

Samspelet mellan fastställande av behov och vårdtjänster och den överenskommelse som görs utifrån detta "binder" parterna till att ta ansvar för att klara uppdragen inom gällande ramar. Behovsstyrningsmodellen har grunden i en för Region Östergötland tydlig uppdelning i att politiken ansvarar för *vad* som ska utföras (i ett behovsperspektiv utifrån befolkningen) och att

tjänstemannaledningen ansvarar för *hur* detta ska säkerställas genom tjänster inom hälso- och sjukvården. Denna tydliga ansvarsuppdelning återkommer i respondenternas beskrivningar och verkar ovanligt väl inarbetat i något som närmast kan liknas vid en verksamhetskultur; ett förhållande som bestått över majoritetsskiftet och med löpande utbyte av politiska företrädare och ledande tjänstemän.

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

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

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

Andra former av styrsystem

I intervjuerna är det påfallande att många anger att Region Östergötland har en särskild förmåga att utveckla strukturer för styrning. En respondent anger att ”vi är vana att hantera kunskapsmängder och omsätta detta i styrning”. Den starka kopplingen till forskningsmiljöer, understödd av verksamhetskulturen, kan ha påverkat till dessa arbetssätt som flera respondenter anger som tydligt i Region Östergötland.

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

Andra styrformer som används för att skapa riktning och fokus i verksamhetsutvecklingen är mer socialt inriktade som exempelvis den målbild som

har använts under en längre tid med de tre värdeorden: tillgänglighet, kvalitet och delaktighet. Denna målbild anges i några fall som inte lika tydlig och närvarande längre och att det finns en stor potential i att använda denna form av styrsystem mer systematiskt. Som en av respondenterna uttryckte det med kopplingen till diskussionen om målbild och styrning att "om alla arbetar med samma eller liknande grunder skulle detta ge mer än användningen av alla kontrollinstrumenten". Ett exempel på styrning som påverkar beteende är det ofta under intervjusamtalen återkommande ordet "sidledsansvar". Detta närmast egna begrepp verkar välkänt inom Region Östergötland och understryker det ansvar man har för att underlätta för nästkommande insatser och samarbetspartners att kunna ta vid; ett fokus på ansvaret för att samarbetsförmågor upprätthålls.

Andra exempel på socialt inriktade och "mjuka" styrsystem som anges är det flertal olika mötesforumen som involverar medarbetarna. Dessa styrsystem syftar till att utveckla mer av gemensamma synsätt och delaktighet som gynnar verksamheternas utvecklingsbehov. Dessa mötesforum beskrivs med respekt och uppskattning av i stort sett samtliga respondenter. I många andra sammanhang anges ofta mötesforum som något man är tvungen att delta i, som tidsödande och föga värdeskapande för verksamheten. Det är en påtaglig skillnad om detta i de intervjusamtal som förts. Uppenbarligen läggs stor möda vid att skapa och driva möten som ger mervärden för de som deltar, som är engagerande i sitt mötesformat och som kan skapa bra stämning. Exempel på mötesforum av detta slag är de återkommande "kunskapssammanträden" som genomförs utifrån olika teman och frågeställningar där politiker, tjänstemän och professioner deltar. Vidare anordnas olika "utvecklingsdagar" samt de olika samrådsgrupper som finns utifrån olika teman.

Ersättningssystem

Återkommande under intervjuerna uttalas en generellt positiv hållning till ersättningsmodeller där fast ekonomisk ersättning är den allra största delen; som kapiteringsmodeller eller rambudgetar. För att uppnå vissa särskilda mervärden, som exempelvis viktiga nyttor för en patient, bör ersättningssystem "toppas" med rörliga ersättningar utifrån uppnådda kvalitetsmål. Det verkar finnas en samsyn att detta är de ersättningssystem som ger bäst resultat samtidigt som utveckling kan främjas.

Ersättningssystemen anges ofta som välfungerande men samtidigt med en tydlig bas av "kontroll" och med anpassning till etablerade insatser och arbetsmodeller. Uppnås exempelvis inte vissa mål och effektivitetsmått så utgår viten för verksamhetsorganisationen. I flera intervjusamtal anges att man under lång tid utvecklat och etablerat ersättningssystem som styr bra i detaljerna och med koppling till uppföljning men som inte lämnar utrymme för att finna nya lösningar av exempelvis samordnade insatser över verksamhetsgränser. Som en av respondenterna uttryckte det: "Vi har excellerat i industriell logik men hur går vi till en ny värdebaserad nätverksvård i detta?" Det finns uttalade önskemål om att utveckla hälso- och sjukvården mot mer personcentrerade arbetssätt och inom regionen har man utvecklat närsjukvårdsområden tänkta för nya samverkansmodeller. Dessa nya samverkansformer har varit svåra att utveckla och kan förstås ha sina orsaker i många

olika faktorer men ett flertal respondenter har framfört att ersättningssystemen skulle kunna utformas bättre för att stödja detta och inte enbart slussas genom de traditionella stuprörsfunktionerna.

FoU och utbildningar som styrning

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

Generellt i intervjusamtalen anges att utbildningarna som erbjuds är bra och mycket relevanta för att styra mot utvecklingskraft. Övergripande verkar man vara noga inom Region Östergötland att utveckla och driva utbildningsprogrammen på egen hand. Det uppfattas som ett strategiskt viktigt instrument för styrning (liksom utveckling av verksamhetskultur) som man inte släpper till en extern part att driva i sin helhet.

Sammanfattning om styrningen inom Region Östergötland

Av intervjusamtalen framkommer att man i de flesta fall uppfattar den övergripande styrningen som relativt tydlig. Det är påfallande att respondenterna på likartade sätt beskriver hur styrningen har bedrivits med kontinuitet under lång tid och lämnats opåverkad av majoritetsskiftet. Att man gärna gör internrekryteringar har stärkt kontinuiteten ytterligare. Styrningen är närmast en del av en verksamhetskultur med fokus på ”ordning och reda” och ”ständig förbättring”. En lång tid av goda resultat har förankrat styrningssystemen ytterligare.

Med den strukturerade styrningen nämns också att man har möjlighet att mäta mycket; vilket man också gör. I intervjusamtalen nämns det ofta att man har blivit mycket bra på detta men att man också kan gå för långt i ”måteriet”, att styrningen och uppföljningen blir en låsning som kan hämma utvecklingskraften.

Ett flertal respondenter nämner att all den kompetens och de starka strukturer man har för den löpande styrningen av verksamheten kan bli ett stort problem när ”språng” måste göras eller som nämndes i ett sammanhang ”när både ”vad” och ”hur” måste tänkas om – samtidigt.

Förmågor

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

Intervjusvaren inom detta område visar tydligt hur verksamhetskulturen spelar en särskild roll i detta sammanhang som kan både bromsa och stödja möjligheterna att ta till sig den utvecklingskraft som kan komma att behövas framöver. I flera intervjusamtal återkommer man till om verksamhetskulturen kommer att utgöra en vägg eller en öppen dörr till de nya kunskaper och kompetenser som kan behövas för att utveckla de nya, personcentrerade arbetssätt som behövs – särskilt till patientgrupperna med sammansatta och kroniska behov.

Det anges i flera fall att många av de kunskaper och kompetenser som behövs för den fortsatta utvecklingen finns inom eller i verksamhetsorganisationernas närhet. Frågan som ställs är om verksamhetskulturen och ledarskapet framöver har förmågan att mobilisera den utvecklingskraft som behövs.

Ett samspel mellan verksamhetskultur och utvecklingskraft

De intervjusamtal som förts med representanter från det politiska ledarskapet och tjänstemannaledningen visar på att det finns en stark verksamhetskultur inom Region Östergötland. Precis som styrningen, i det föregående avsnittet, beskrevs på i stort sett samma sätt av samtliga intervjurespondenter, är fallet detsamma när det gäller att beskriva verksamhetskulturen.

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

Att verksamhetskulturen är tydlig har också flera andra orsaker. Det nämns i flera intervjusamtal att det finns en bakgrund i slutet av 1980-talet och inledningsvis i 1990-talet där det dåvarande länet och hälso- och sjukvårds-

verksamheten kände sig hotad inför möjligheten att Regionsjukhuset i Linköping (RiL) skulle förlora sin status som regionsjukhus. En vilja växte fram att klara situationen vilket bidrog till ett fokus på uthållighet och efter hand en gradvis ökande samverkan inom länet. Kontinuitet i styrning och arbetssätt, systematik och metodiska angreppssätt har blivit viktiga beståndsdelar i verksamhetskulturen och har gynnat utvecklingskraften inom nuvarande Region Östergötland. ”Ordning och reda-tänkande” med fokus på behovsstyrning och ekonomi beskrivs i flera intervjusamtal som viktigt för de bra resultat man nu kan visa upp i jämförelser med många andra landsting och regioner.

De goda resultaten har kommit under en längre tid vilket har förstärkt verksamhetskulturen och bidragit till att den inte utmanats trots återkommande byte av ledande personer inom såväl den politiska ledningen som tjänstemannaledningen. Vidare har detta underlättat för den decentralisering och det framväxande förtroende som anges som utmärkande inom Region Östergötland. Det anges i ett antal intervjusamtal att förtroendet ”kontrolleras” av frihet under ansvar. Behovsstyrningen från politiken efterföljs av en frihet för tjänstemännen att utforma hur behoven ska bemötas men, som en av intervjurespondenterna beskrev det att ”man får ta ansvar för alla kostnader man skapar”. Som ett exempel i detta sammanhang nämndes att man var först i landet med att lägga kostnadsansvaret för läkemedel hos vårdcentralerna.

Den starka verksamhetskulturen har förstås sina nyanser och påverkan på sätt som inte alltid gynnar utvecklingskraft. Verksamhetskulturen beskrivs som öppen och prestigelös inom de högsta ledningsgrupperna inom regionen, vilket har gynnat samarbete och regional utveckling, men i några intervjusamtal framkommer det att det kanske inte fungerar på samma sätt i andra delar av organisationen. Primärvården beskrivs ofta som en ”egen” kultur och inte alltid i samspel med andra vårdområden. Närsjukvården har inte utvecklats som tänkts. Sjukhusens inflytande är också olika. I Motalaområdet, där det mindre sjukhuset av de tre finns, beskrivs som lite mer öppet för mobila arbetssätt och där sjukhuset medverkar mer aktivt. Vidare anges i några sammanhang att det alltså finns en form av konflikt mellan en administrativ kultur och professionskulturerna.

De sidor av verksamhetskulturen som kan begränsa utvecklingskraften är att det kan bli en ”rapporteringskultur” som är tungrodd och begränsar utrymmet för nytänkande. Det kan bli många handlingsplaner och underlag att hantera. Det nämns i vissa intervjusamtal att med omfattande målstyrning kan det bli svårt att prioritera det som är viktigt just nu. Frågeställningar som kommer i flera av intervjuerna nämner att verksamhetskulturen har stött verksamheterna länge när det har funnits en ganska given modell att arbeta efter – men den modellen av traditionell hälso- och sjukvårdsindelning och insatsfokus ifrågasätts alltmer. Framför allt när det gäller grupper med stora och återkommande behov som patientgrupper med kroniska sjukdomar.

I intervjusamtalen har många pekat på att man tidigt i Östergötland såg att ”helheter” och patientfokus var viktigt i verksamheterna och att sjukhusen måste ses mer som delar av ett större vårdsystem. Verksamhetskulturen formades för att hantera ett produktionssystem på dessa grunder. När nu nya

utvecklingssteg är på gång, som starkare fokus på personcentrerade lösningar och målgruppsfokus som inbegriper ansvarsövergripande lösningar, anser flera att verksamhetskulturen kan behöva modifieras. Det anses att det finns styrkor att bygga nya lösningar på men det är en form av ”version 2” av verksamhetskulturen som kan behövas för att klara utmaningarna.

Möjligheterna i ledarskapet

Ledarskap kan ses som en form av styrning men med fokus på att löpande och varierande efter behov mobilisera medarbetarna mot de resultat man strävar efter. Den tydliga uppdelningen inom Region Östergötland mellan ledarskapet för ”systemägarnivån” och ledarskapet för verksamhetsdriften anges av flertalet av de intervjuade ha gagnat utvecklingen av hälso- och sjukvården i Östergötland. Denna tydliga uppdelning har bidragit till ett målinriktat ledarskap över tiden som har bestått. Den väl förankrade styrningen utifrån återkommande fastställande av befolkningsbehov har också bidragit med en starkare legitimitet för ledarskapet.

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

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

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

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

viktigt för utvecklingskraften inom en organisation. Försök pågår med att komma åt denna problematik exempelvis genom att pröva att dela upp chefsrollen i en strategisk roll och en mer operativ roll. I flera intervjusamtal återkommer respondenter till frågan att man kan behöva tänka om hur man leder verksamheter idag, hur det löpande rapporteringsarbetet kan göras effektivare och hur det strategiska utvecklingsuppdraget kan säkras på mer uthålliga sätt. Förändrad arbetsorganisation med förnyad ansvarsuppdelning samt bättre stödsystem anges kunna vara en lösning för att få till detta.

Kunskap och kompetens

Tillgängliga kunskaper och kompetenser kan betraktas som omsesidigt förstärkande faktorer. I den meningen kan de bidra till att öka förståelsen för verksamhetskulturens vidare betydelse i en organisation. Detta är påtagligt i Region Östergötland.

Behovsstyrningens starka ställning har lett till goda kunskaper om befolkningens demografiska profil och sjukdomspanoraman. De inom behovsstyrningen ingående brukardialogerna har bidragit med särskilda kunskaper om grupper med större behov. Samtidigt anges av vissa intervjurespondenter att de arbetssätt som används inom behovsstyrningen inte har utvecklat kunskaper och kompetenser om patientgruppers helheter av problematiker – vilka kan vara viktiga för ett personcentrat angreppssätt och för de nya tjänster som kan behöva utvecklas till grupper med sammansatta vårdbehov.

Samverkan inom Sydöstra sjukvårdsregionen med Landstinget i Kalmar län och Region Jönköpings län beskrivs som mycket positivt för kunskapsutvecklingen och har gynnats av gemensamma synsätt om vad som utgör viktiga kunskaper och kompetenser.

Intresset för kunskaps- och kompetensutveckling framstår som centralt i intervjuerna. Flera respondenter pekar också på att med de många kvalificerade medarbetare som finns i verksamheterna bör det kunna gå att få ut mycket mer av befintliga kunskaper och kompetenser. I ett intervjusammanhang talas det om ”stoppklossar” i form av till exempel en juridik som hindrar sammankopplingar över organisations- och professionsgränser som skulle ge mycket. Exempelvis påpekar en respondent att ”juridikens bör blir politikens skall”. Vidare uppges att det saknas strukturer för att stödja ett bredare samarbete; trots att samarbetsläget i allmänhet beskrivs som bra inom regionen och även vidare ut mot kommunerna. Organisations- och arbetsuppgiftsindelningen beskrivs också som en ”stoppkloss” i flera sammanhang. Invanda kunskaper och kompetenser består och nya har svårt att få fäste. Även FoU-verksamheter beskrivs som många gånger otillräckliga eller för traditionella för att öppna upp för nya kombinationer som gynnar kunskaper och kompetenser liksom helt nya inslag.

Ett antal kunskaps- och kompetensområden som uppges saknas återkommer vid ett antal intervjusamtal. Systemtänkande och angreppssätt för detta nämns ofta i detta sammanhang. Exempelvis uppges ett flertal respondenter att systemteoretiska kunskaper är viktiga då de skulle kunna underlätta utvecklingen av och bidra till utvecklingen av bättre samverkansmodeller och personcentrerade lösningar. Vidare nämns särskilda managementkunskaper som exempelvis ”operations management” samt hälsoekonomisk analyskun-

skap och implementeringskunskaper som viktiga kompetensområden att ytterligare stärka. Att dessa kunskaper inte har kommit fram bättre förklaras av en del av respondenterna med att det ”medicinska paradigmet” alltså dominerar med en särskild kunskapsyn.

För att komma vidare med att etablera och sprida nya kompetenser anges i intervjuerna att synsätt behöver förändras. Utbildningar och lärande forum-möten ses som nycklarna till detta inledningsvis. Framsynta och väl genomtänkta idéer kan också dra igång utvecklingsrörelser på samma sätt som ”kvalitetsrörelsen” har gjort tidigare.

Det grundläggande för att lägga till en ny dimension av kompetenser till ett medicinskt fokus kan enligt vissa respondenter ligga i hur verksamheten uppfattar sin identitet – att skifta från att se sig som ”ett produktionssystem” till att se sig som ett ”system för att hantera patienter eller medborgare”. Som en intervjurespondent uttryckte det så kan utmaningen för Region Östergötland ligga i ”att man har varit bäst på det som gällt hittills”. Samtidigt pekar många av intervjusamtalen mot att det finns existerande tillgångar avseende både strukturer och människor som kan bidra med goda möjligheter till att utveckla de kunskaper och kompetenser som behövs i en tid som kan kräva en förnyad utvecklingskraft.

Tjänsteutveckling

Tjänsteutveckling handlar mer om förnyelse av tjänster än förbättring av tjänster, även om det senare också kan vara ett inslag av utveckling. Intervjurespondenterna är samtliga väl medvetna om att man inom Region Östergötland har fokuserat förbättringsarbetet på ett omfattande och systematiskt sätt. När det gäller förnyelse av tjänster framstår detta som ett område med många utmaningar och osäkerheter.

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

Trots att verksamheterna sedan länge är genomsyrat av innovationsarbete när det gäller exempelvis medicinska behandlingsmetoder och medicinsk teknik anger de flesta intervjurespondenterna att innovationer av arbetssätt och organisatoriska innovationer fortfarande ett område som är relativt outvecklat och svårt att få till.

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

Förståelsen av vårdbehov utgångspunkt för tjänsteutveckling

Som beskrivits tidigare så har Region Östergötland ett väl etablerat styrsystem för behovsanalys (där medborgardialoger ingår) som ligger till grund för att formera vårduppgifterna till utförarverksamheterna. Denna struktur för styrning anges i intervjusamtalen kunna vara till fördel för att komma vidare i utvecklingen av vårdbehov som grund för tjänsteutvecklingen. För att kunna ta detta steg behöver förmodligen uttolkningen av medborgarnas

vårdbehov göras på nya sätt och inte lika insatsuppdelat som tidigare. För patientgrupper med större och löpande behov, som multisjuka äldre och andra grupper med kroniska sjukdomar, kan vårdbehoven behöva förstås som helheter och inte uppdelade på primärvård, sjukhusbaserad vård och övrig specialistvård. Som exempel nämns att olika former av patientsegmentering för grupper med stora behov kan vara ett sätt att komma framåt. I några av intervjusamtalen framförs att medborgarna ofta har helt andra synsätt på hur interaktionen med vården ska se ut och att denna kunskap bör utnyttjas mer systematiskt. De möjligheter som finns utnyttjas inte som att exempelvis använda och analysera sociala medier. Ett annat sätt för att komma åt dessa möjligheter kan vara uppföljningar av vårduppgiften, som tar in mer av nyttoperspektiv för patienterna, vara ett sätt att komma framåt i denna utveckling. Synpunkter som summerar utvecklingsläget inom detta delområde är exempelvis att ”vi har inte kommit vidare i detta till att vi ställer frågan ”what matters to you” (med hänvisning till Institute for Healthcare Improvement, IHI, och arbetskonceptet att fånga patientens perspektiv).

Omvärldsanalyser som stödjer tjänsteutvecklingen

Inom Region Östergötland, med sin nära koppling till forskningskulturen, existerar en etablerad vana vid att hantera stora kunskapsmängder och strukturera dessa för att underlätta för förståelsen inom verksamheterna. Det är därför naturligt att omvärldsanalyser av olika slag förekommer ofta.

Det kan noteras att flertalet av respondenterna anger att det inte finns någon gemensam strukturerad process för omvärldsanalyser. Det finns exempelvis ingen befattning som planeringsdirektör eller utvecklingsdirektör. Dessa positioner förekommer inte sällan inom andra landsting och regioner med ett uttalat ansvar för omvärldsanalyser.

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

I övrigt är det i stort sett upp till varje verksamhetsansvarig att välja hur omvärldsanalyserarbetet hanteras. Vissa av respondenterna anger att det finns förbättringspotential när det gäller arbetet med omvärldsanalyser, medan andra pekar på framgångsrika exempel. Denna diskrepans kan möjligtvis förklaras av det egna intresset eller hur den enskilda verksamheten har valt att fokusera på detta. Det är möjligt att mer av gemensamma, och för vissa särskilt viktiga frågor, skulle fokuserade omvärldsanalyser bättre stödja tjänsteutvecklingen. Särskilt då tjänsteutvecklingen ofta bedöms vara beroende av mer samordnade initiativ.

Behöver innovationsförmågan få mer fokus?

Många tankar har förts fram om innovationsförmågan under intervjusamtalen. I samtliga respondenters perspektiv anges detta som ett svårt område att hantera även om ett fåtal tycker att man börjar komma framåt inom detta viktiga delområde inom tjänsteutvecklingen. I en av intervjuerna görs reflektionen att innovationer inom hälso- och sjukvården främst relaterar till medicinska behandlingar och införandet av medicinsk teknik, men när det gäller nya arbetssätt tar det av någon anledning stopp. Det finns dock exem-

pel på innovationsförmåga inom tjänsteutveckling som gett resultat som exempelvis det nationellt välkända "Hälsans nya verktyg".

Region Östergötlands utmaning inom innovation kan kanske beskrivas med en av kommentarerna från intervjuerna: "vi är bra på att göra saker som styrs av modeller och pilar, men inte så bra på att utveckla sådant som inte är strukturerat". Som beskrivits tidigare utmärks Region Östergötland av en stark kultur och god kunskap om förbättringsarbete men förnyelsearbete är något annorlunda vilket också många av respondenterna framför. Andra möjliga motkrafter som nämns är bl.a. att det är mycket som ska mätas och rapporteras vilket verkar hämmande på kreativiteten, att evidenssynsätt kan bromsa, att juridiken ofta blir ett hinder till att hitta nya gränsöverskridande lösningar ("juridikens bör blir politikens ska"), samt att innovationstänkande på "okänd mark" förutsätter mycket god tillit och förtroende. I många fall uttrycker respondenterna att det finns en rädsla för att övervältringseffekter ska uppkomma; att en förändring innebär att någon part blir tvungen ta över ansvar och kostnader från en annan part. Vidare anger en respondent att Region Östergötland är en "präktig" huvudmannorganisation och man vill absolut inte ta risker och "ge sig ut på äventyr".

För att komma vidare med att utveckla en större innovationsförmåga nämns olika angreppssätt och strategier. En väg framåt som anges är att mer systematiskt frikoppla innovationsarbetet från produktionen. Idag är utgångsläget att innovationsprocesserna bedrivs inom de befintliga verksamhetsorganisationerna vilket anses hämma höjden i innovationerna. Etablerade arbetssätt, som måste upprätthållas för att klara det dagliga vårduppdraget, begränsar möjligheterna att både se och göra det nya. Alltmer används olika "frizoner" för innovationsarbetet; exempelvis nämns i flera fall testbäddar och innovationsslussar.

Vidare framförs att innovationsupphandlingar skulle kunna användas mer systematiskt; exempelvis ett komplett omhändertagandesystem eller lösning av helhetsproblematiker för multisjuka äldre. Problemet som framförs med dessa arbetssätt i nuläget är att de ofta är enstaka undantag i sammanhanget och att många satsningar utförs med tillfälliga projektmedel som sedan försvinner och med det försvinner även initiativet och ansvaren för innovationsarbetet.

En annan strategi som framförs i flera intervjusamtal är att det måste bli en mycket starkare styrning inom innovationsarbetet om det ska ge resultat. Det har inte investerats tillräckligt i stödsystem och det räcker inte med goda projektledningssystem. På samma sätt som tidigare Landstinget i Jönköpings län (nuvarande Region Jönköpings län) byggde upp Qulturum för att fokusera systematiskt på praktisknära kunskaper inom kvalitets- och förbättringsarbete framförde en respondent att ett kunskapscentrum om innovationsarbete borde utvecklas i Region Östergötland för att få styrfart. Idag finns det ingen uthållig bas för att framsynta och starka idéer kan få fäste. Vidare framförs i några intervjusamtal att innovationspotentialerna idag mest handlar om nya och ansvarsövergripande arbetssätt. Detta är utveckling som för det mesta kommer underifrån-och-upp. Det är en annan styrningsmodell än den för hälso- och sjukvården traditionella styrningen uppifrån-och-ner.

Ett praktisknära perspektiv bör därför komma till för att innovationsförmågan ska kunna stödjas bättre.

Implementering - den svaga länken?

Implementering ses närmast undantagslöst av respondenterna som en problematik som är svår att komma åt och där man ger uttryck för att ”vi har svårt för detta som så många andra” och att detta har ”en fantastisk förmåga att stanna upp”. Flera respondenter anger att det är svårt att ändra beteenden i vardagen. Att vardagen tar över och att det är väldigt många ärenden på en och samma gång som måste lösas här och nu. Den dagliga driften krockar med det utvecklingsarbete som behöver systematik. Det anges också att principen och motkraften ”not invented here” är stark i sammanhangen. För att implementering av nya arbetssätt ska bli ekonomiskt effektiva och få spridning måste också utmönstringar av tidigare arbetssätt kunna göras; något som anges av flera respondenter att man inte är bra på. Förmåga till att skapa spridning av innovationer är något som pekas ut som kritiskt. ”Vi är bra på att föra in, men inte på att föra ut” uttrycker ett sammanhang där beslut förvisso fattas men att verkställigheten av dessa av olika skäl uteblir.

Om implementeringsarbetet fortsätter att vara den svaga länken i kedjan blir innovationsarbetet urvattnat och tappar i förtroende. På frågan om hur denna länk kan stärkas framförs en rad olika tankar i intervjusamtalen. Dels behöver förmågan att skapa och visa vilka ”win-win-situationer” och systemvinster för vården som helhet som kan uppstå genom implementeringen förbättras. Dels bedöms effekthemtagningen behöva ha ett starkare fokus mot att tidigt i processen planera för hur uppnådda resultat på systemnivå redovisas; bl.a. genom utvecklad och målanpassad uppföljning. Vidare påpekas att planeringen av hur implementeringen ska integreras i utvecklingsarbetet behöver komma in i ett mycket tidigare skede än vad som är fallet nu. Även förmågan att kommunicera och att samlas runt samma ”bilder” kring nyttan av aktuella innovationer kan ytterligare förstärkas. Dessutom anges att det behövs ett skarpare fokus på att lyfta bort det som bromsar integreringen av innovationer i ordinär verksamhet. Flera respondenter uppger att detta fokus inte finns idag och att implementeringsarbetet närmast lämnas till sitt öde fast man i realiteten kan göra en del åt detta. En respondent angav att det behövs mer ”pull” än ”push” för att göra detta men oftast blir det senare man lite för sent försöker göra.

I flera sammanhang uttrycks att kunskaperna är lite för grunda för att förstå implementering av nya arbetssätt. Alltjämt är det medicinska kunskapsparadigmet så dominerande att sociala och närliggande tekniska kunskaper, inom exempelvis digital kommunikation och information, inte får det kunskapsutrymme som behövs. En respondent anger att management-kunskaper med möjligheter att tillföra i sammanhanget har fått stort utrymme i andra länder som USA men inte alls får samma chanser att utvecklas i de svenska hälso- och sjukvårdssystemen. Vidare menar ett flertal respondenter att det vid Linköpings universitet finns ledande implementeringsforskning som skulle kunna utnyttjas bättre.

Särskilda observationer om tjänsteutveckling i Region Östergötland

Intervjusamtalen kring tjänsteutveckling har sammantaget pekat på att det finns en utmaning i den pågående rörelseutvecklingen från ett producentfokus till ett förnyat målgruppsfokus. Med ett mer uttalat målgruppsfokus träder också en annan utvecklingslogik fram. Den är beroende av att utvecklas underifrån-och-upp vilket delvis kan ställa krav på andra sätt att både styra ("vad") och arbeta ("hur") med tjänsteutveckling. Den tidigare långa erfarenheten av och förmågan till systematiskt förbättringsarbete har varit en vinnande och framgångsrik formel under många år men enligt många av respondenterna är dessa erfarenheter och denna förmåga inte lika användbara när ett ökat målgruppsfokus gradvis behöver ersätta ett producentfokus. Ett sådant skifte i fokus förutsätter andra arbetsmetoder än de som råder i dagsläget och respondenterna uttrycker att man inte uppfattar att man känner sig rustad inför detta förändringsarbete.

Samtidigt anges av vissa respondenter att det faktiskt finns möjligheter och förutsättningar att ställa om i detta "skifte" på ett godtagbart sätt. Vanan och erfarenheten av att arbeta med ett systematiskt förhållningssätt på ett uthålligt sätt, samt att man tidigare lyckats föra in arbetssätt som lean med stort genomslag och spridning av metodkunskaper, nämns som en resurs att tillgå i detta omställningsarbete. Vidare diskuterades under intervjusamtalen att den väl etablerade behovsstyrningen kan underlätta för Region Östergötland att ta detta steg snabbare än i andra landstings- och regionsammanhang – förutsatt att de nya verktygen som krävs för detta kan etableras på ett bra sätt i organisationens verksamheter.

Sammanfattande iakttagelser om utvecklingskraften i Region Östergötland

Utifrån pilotstudien inom Region Östergötland skisseras i detta avsnitt hur aktuella systemfaktorer kan samagera för att nå en riktning i utvecklingskraften mot de arbetssätt som bättre stödjer arbetssätt eller sammanhängande vårdprocesser för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar.

Kan en stark verksamhetskultur ta in helt nya idéer?

Det är påtagligt att Region Östergötland har en stark verksamhetskultur som under lång tid har varit givande för att övergripande nå relativt bra resultat i hälso- och sjukvårdsverksamheterna. Det har tidigare i denna rapport redogjorts för hur utmärkande och särskilt tydlig verksamhetskulturen är i den kartläggning av utvecklingskraft som utförts. En genomtänkt behovsstyrning kombinerat med systematiskt fokus på förbättringsarbete har bidragit till att verksamhetssystemet bedrivits väl utifrån rådande förhållanden. Fokus på struktur samt ordning och reda liksom många utvecklingsorienterade arbetssätt som "vårdar" den rådande verksamhetskulturen har skapat en stabilitet. Framgångarna har bidragit till att steg för steg skapa en gemensam syn som i stora delar binder ihop verksamhetssystemet.

Däremot har det visat sig svårare att utveckla verksamhetsområden där "kartorna" är mer otydliga och där nya idéer behöver komma in i bilden.

Närsjukvården är ett exempel och visar på att befintliga styrmekanismer och arbetssätt inte fungerar lika väl i dessa sammanhang. Det efterfrågas alltmer lösningar som är mer organisations- och ansvarsövergripande när personcentrerade arbetssätt kommer på tal. Samma gäller för vissa kronikergrupper med omfattande och sammanhängande behov som exempelvis multisjuka äldre. Allt fler goda exempel inom dessa områden visar på vad som kan åstadkommas och sätter press på verksamheterna att ta till sig dessa utvecklingskrafter.

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

Utvecklingen förutsätter att nya kunskaps- och kompetensområden släpps in

De nya arbetssätten som omnämns ovan är beroende av delvis nya kunskaper men kanske främst av de synsätt som möjliggör att både befintliga och nya kunskaper och kompetenser kan träda fram och sättas i system. Kartläggningen av utvecklingskraft inom Region Östergötland har visat på att tjänsteutvecklingen är ett stort utvecklingsområde framöver. Kunskaper och arbetssätt för att utveckla såväl tjänsteinnovationer som kraftfullare implementering behöver få ett bättre stöd. Mycket talar för att denna utveckling kan ta fart om rätt förutsättningar ges för verksamheterna. Samtidigt finns det tecken på att en stark verksamhetskultur och invanda arbetssätt kan utestänga behoven av nytänkande trots att insikt och vilja kan finnas. Verksamhetssystemet med dess kultur förblir alltför komplext och svårt att påverka för att en ny utvecklingskraft ska ta fart.

Ett förnyat ledarskap med nya styrningsmetoder kan behövas

Den etablerade styrningen utifrån behoven (politikens ansvar för ”vad”), som ska bemötas med tjänster som säkrar kvalitet med god resursanvändning (tjänstemannaledningarnas ansvar för ”hur”), är en viktig strukturtillgång i sammanhanget. För att bemöta det utvecklingstryck som beskrivs ovan är det förmodligen en viktig uppgift för politiken att styra på nya sätt utifrån rollen att formulera ett ”vad” som ger tjänstemannaledningen fortsatt goda förutsättningar att utveckla ett för verksamheten gynnsamt ”hur”.

Utmaningen ligger här i att utveckla en ny plattform för utvecklingskraft samtidigt som man har en tradition och ett nuläge av goda resultat som också ska fortsätta att genereras. För att komma framåt kan det behövas en förändrad behovsstyrningsmodell med fokus på vissa målgrupper där man mer efterfrågar ”helhetslösningar” och system för omhändertagande – att utvecklas i verksamhetsorganisationen med stöd av både nya och befintliga kunskaper samt kompetenser i framdriften mot nya arbetssätt.

Samspelet mellan systemfaktorerna i kartläggningen av utvecklingskraft

Pilotstudien av utvecklingskraften inom Region Östergötland har greppat över stora frågor och skiftande faktorer. Kartläggningsmodellen har syftat till att förstå varje systemfaktor för sig men även att analysera hur viktiga systemfaktorer verkar samspela. Bedömningen är att en systemanalys av detta slag är svår att göra men kan visa på intressanta orsaker kring varför utvecklingskraft kan vara svårt att driva inom komplexa och stora hälso- och sjukvårdsverksamheter.

Det finns bland intervjurespondenterna en god insikt i och förståelse om att vårdtjänster till målgrupper med kroniska sjukdomar kräver en förnyad tjänsteutveckling utifrån olika kunskaper och erfarenheter. Samtidigt framkommer det att det är mycket svårt att få till stånd detta utvecklingsarbete. Det anges i vissa intervjusamtal som närmast märkligt att man inte kommit längre. Kartläggningen visar dock att andra systemfaktorer i samverkan kan bli så starka att det som inte passar in stöts bort. I Region Östergötlands fall tycks det självförstärkande samspelet mellan verksamhetskultur och styrmodeller blivit så robust att arbetssätten blir svåra att rubba, liksom att lägga till nya arbetssätt som drivs utifrån en annan verksamhetslogik. Det gäller även drivkrafter i form av nya idéer eller kunskaper som kommer från andra kunskapsbaser utanför den egna verksamhetsorganisationen eller i de upparbetade kontakterna.

En tentativ slutsats är att tjänsteutvecklingen (när det gäller tjänster till målgrupper med kroniska sjukdomar) i detta fall är beroende av att en anpassad styrningsmodell utvecklas och drivs på andra grunder än den ordinära styrningen utifrån bedömda vårdbehov. Det som inom Region Östergötland beskrivs som politikernas uppgift att identifiera ”vad” när det gäller vårdbehov kan behöva utvecklas på ett mer målgruppsanpassat sätt och sedan följas upp med nya indikatorer som kompletterar de befintliga. Om denna styrning blir rätt utformad finns det goda möjligheter för den mycket välstrukturerade verksamhetsdriften (tjänstemannaledningarnas ”hur”) inom Region Östergötland att motsvara dessa vårdbehov genom utveckling av målgruppsanpassade vårdtjänster.

Avslutande diskussion

Hälso- och sjukvårdssystem i landsting och regioner förändras kontinuerligt för att anpassa sig till nya förutsättningar och förändringar i omvärlden. Delmål för förändringsarbetet har under lång tid bland annat varit att i högre grad anpassa vården till att en stor andel patienter i dag har kroniska sjukdomar. Ökad patientcentrering och tillgänglighet har som en del i detta betonats på såväl nationell som regional nivå. Utifrån ett systemsynsätt är det rimligt att anta att rådande ”nivåer” av tillgänglighet och patientcentrering är en funktion av hur nuvarande system är konstruerade.

För att nå högre nivåer av tillgänglighet och patientcentrering finns behov att förändra systemen på ett mer genomgripande utöver den dagliga verksamhetsutvecklingen. Men eftersom hälso- och sjukvården är komplexa system, med stora skillnader från ett landsting till ett annat, behövs en bättre förståelse av respektive systems förutsättningar, förmåga och inneboende dynamik. Socialstyrelsen bedriver därför ett utvecklingsarbete i samarbete med ett antal landsting och regioner i syfte att kunna beskriva och analysera det som här benämns utvecklingskraften i dessa.

I denna rapport har ett delresultat av detta utvecklingsarbete redovisats i form av en pilotstudie över hur hälso- och sjukvårdens utvecklingskraft i Region Östergötland kan förstås. Detta utvecklingsarbete har resulterat i två huvudsakliga slutsatser. För det första att kunskapen om hur man kan förstå och beskriva landsting och regioner på systemnivå har ökat. En konsekvens av detta är, för det andra, att kunskapen om de systembundna styrkor och svagheter som påverkar Region Östergötlands strategiska utvecklingsarbete för en tillgänglig och patientcentrerad vård har ökat.

Det framgår i avslutningen av förra kapitlet att den kartläggningsmodell som legat till grund för denna pilotstudie har bidragit till att identifiera ett intensivt och ömsesidigt samspel mellan ett par av modellens utpekade systemfaktorer – *styrning* och *förmågor*. Detta samspel verkar ligga till grund för framväxten av en stabil och uthållig verksamhetskultur som, i sin tur, varit en förutsättning för det väl förankrade och systematiska utvecklings- och förbättringsarbete som bedrivits under en längre tid i Region Östergötland. Paradoxalt nog antyder resultaten, på samma gång, att denna verksamhetskultur kan komma att utgöra ett hinder i en situation där fokus för organisationens verksamhetsutvecklingslogik behöver flyttas *från* förbättrings- och utvecklingsarbete *till* utveckling av nya arbetssätt och vårdtjänster för personer med kroniska sjukdomar. För att ta till vara den kraftfulla resurs som verksamhetskulturen utgör, görs bedömningen att den befintliga och i Region Östergötland väl inarbetade behovsstyrningsmodellen för planering av hälso- och sjukvården justeras på ett sätt som stödjer utvecklingen av tjänsteinnovationer och stärker implementeringen av nya arbetssätt.

Sammantaget visar pilotstudien över Region Östergötlands utvecklingskraft att kartläggningsmodellen och det sätt som den använts på kan bidra till att tydliggöra innebörden av och förhållandet mellan vissa strukturella systemfaktorer. Detta tydliggörande kan, i sin tur, på sikt stödja sjukvårdshu-

vudmännen i arbetet med var fokus bör ligga i att identifiera exempelvis nya arbetssätt och åtgärder för att utveckla sammanhängande vårdprocesser.

Efter utvärdering av kartläggningsmodellen och denna pilotstudie kommer ytterligare kartläggningar att genomföras med ett antal landsting och regioner. Socialstyrelsen bedömer att den sammanlade kunskap som dessa kartläggningar genererar bör kunna utgöra en väsentlig del i det fortsatta arbetet att ta fram förslag om utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar till den sista lägesrapporten inom detta uppdrag, som ska lämnas 2017.

Referenser

1. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, PM 2016:5, *Vården ur befolkningens perspektiv – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*: 42-46
2. SOU, 2003:123, *Utvecklingskraft för hållbar välfärd*
3. SOU, 2007:10, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*

Bilaga 1. Beskrivning av kartläggningsmodell för utvecklingskraft

Beskrivning av kartläggningsmodell för utvecklingskraft

Det är utmanande att på systemnivå fånga något så dynamiskt och komplext i en statisk bild som utvecklingskraften i ett landstings eller en regions hälso- och sjukvårdsorganisation. Samtidigt har det varit viktigt att skapa förutsättningar för att på ett strukturerat sätt inhämta information på ett sammanhängande och konsekvent sätt. Därför ska kartläggningsmodellen för utvecklingskraft i första hand ses som ett verktyg för inhämtning och strukturering av information, snarare än att *de facto* peka ut utvecklingskraften i ett landsting eller region.

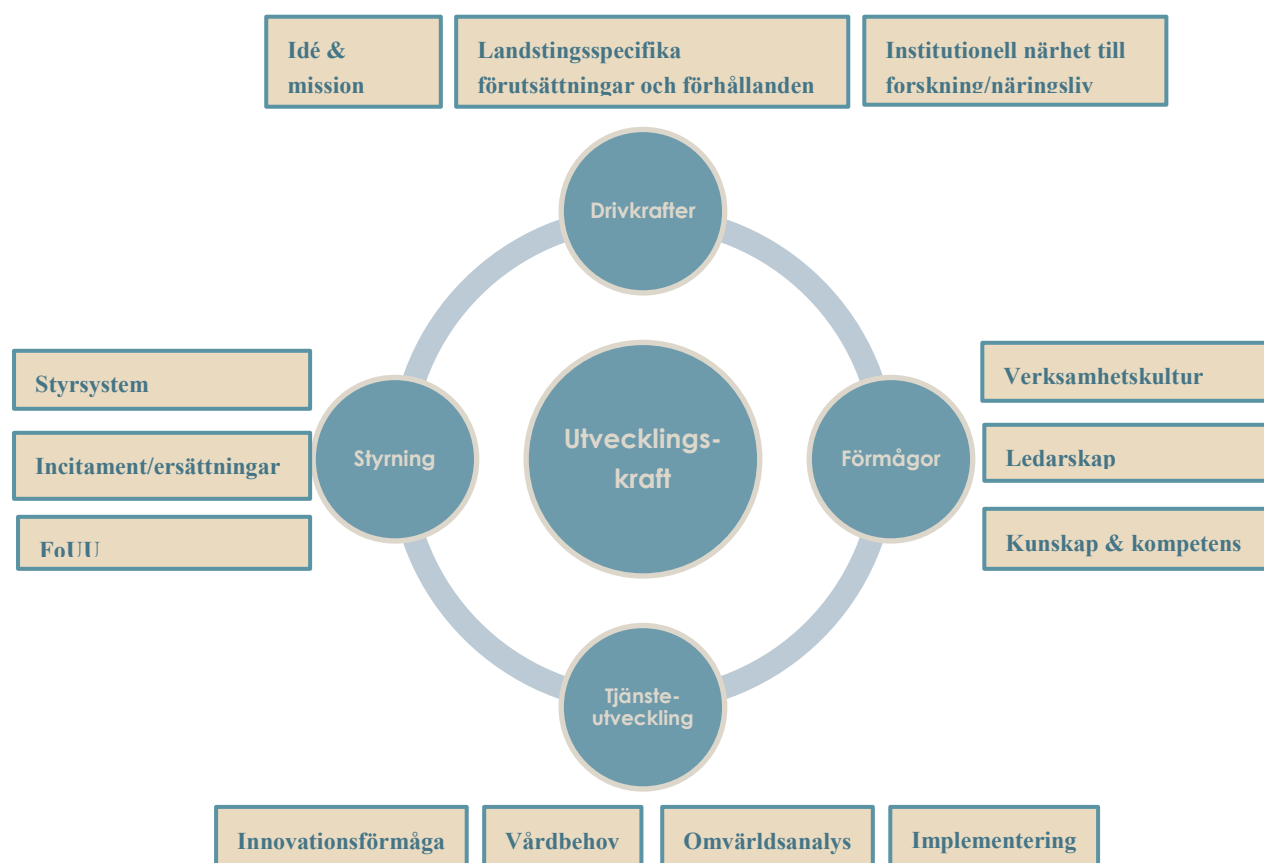


Fig. 1 Modell över utvecklingskraft.

Utgångspunkten i kartläggningsmodellen är de fyra övergripande systemfaktorer som i ett interaktivt samspel antas ha särskilt stor betydelse för utvecklingskraften – drivkrafter, styrning, förmågor samt tjänsteutveckling. Var och

en av dessa fyra övergripande systemfaktorer är i sig så omfattande och komplexa att de behöver brytas ner ytterligare för att öka precisionen och detaljeringsgraden i den information som hämtas in. Detta görs genom att beakta ett antal aspekter av de begrepp och uttryck som återfinns i rektanglarna i modellen. Exempelvis ställs inom systemfaktorn *förmågor* frågor om verksamhetskultur, ledarskap samt kunskap och kompetens.

Drivkrafter

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

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

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

Styrning

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

I syfte att ytterligare fördjupa kunskapen om styrning beaktas även den roll och funktion som FoUU-verksamheten intar i ett landsting eller region där frågor om hur samspelet med linjeverksamheten ser ut? Vilka åtgärder och

insatser vidtas för att säkerställa att FoUU-arbetet får genomslag i organisationen och dess verksamheter?

Förmågor

Om styrning handlar om att förstå hur mer hårda aspekter av en organisation påverkar utvecklingskraften, är utgångspunkten när det gäller *förmågor* att få ökad kännedom om sjukvårdshuvudmännens förmåga att mobilisera sina mjuka aspekter av verksamheten för att uppnå utvecklingskraft. Mjuka aspekter kan avse exempelvis verksamhetskulturens påverkan, tillgång till kritisk kompetens eller betydelsen som ett aktivt ledarskap tillskrivs i organisationen.

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

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

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

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

Tjänsteutveckling

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

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

Underrubriken vårdbehov avser spegla landstingens och regionernas förmåga att uttolka vårdbehov och bemöta dessa genom utveckling av nya

vårdtjänster. Särskilt intressant är att identifiera de övergripande överväganden och beslut som styr detta arbete och hur det bedöms påverka utvecklingskraften i landstinget eller regionen.

En särskild utmaning för hälso- och sjukvården är att bedriva ett effektivt implementeringsarbete. Att särskilt belysa denna problematik kan därmed underlätta att identifiera systembundna hinder eller svårigheter i detta avseende. Exempelvis behöver närmare undersökas vilka förhållanden och förutsättningar som landstingen och regionerna bedömer är särskilt viktiga för ett framgångsrikt implementeringsarbete. Vilka de specifika förhållanden och förutsättningar är som bedöms få en särskild påverkan på implementeringsarbetet i landstingen och regionerna är en annan central aspekt där kunskapsläget behöver förstärkas.

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

Sammanfattning av modellen

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

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

Bilaga 2. Region Östergötland – en översiktlig bild

Syftet med denna s.k. desktopanalys är att förmedla en inledande och övergripande bild av demografiska och organisatoriska förhållanden i Region Östergötland. Utgångspunkten i denna översiktliga beskrivning är sju olika faktabaserade förhållanden som allmänt anses spela en roll för hälso- och sjukvårdens förutsättningar för strategiskt utvecklingsarbete. Dessa är:

- Grundförutsättningar
- Vårdbehov
- Organisation
- System och angreppssätt för utvecklingsarbete
- Organisering av vården
- Styrning
- Kultur

Grundförutsättningar

Ev rubrik	Ev rubrik
Invånare	442 105
Invånare/kvm	41,9
Andel inv. i tätort*	84 %
Kommuner	13
Landstingsskatt**	10,7 %
Hälso- och sjukvårdsbudget**	10 717 mkr
Läkartäthet (antal / 1000 inv.)***	3,4

*Avser 2010, ** Avser 2016, ***Antal landstingsanställda läkare per landsting 2014

Vårdbehov

Befolkningen i Östergötland är något äldre och arbetslösheten något högre än genomsnittet i riket. Inom många aspekter av hälsa befinner sig befolkningen bland de sämre i landet (t.ex. rökning och psykiskt välbefinnande).

Invånare	Andel (%)	Jmf med riket (%)
0-19 år	22,5	0,4
20-64 år	57,4	0,9
65-79 år	14,8	-1,1
80+	5,4	-0,3
Arbetslöshet		7,6 % (+0,5 % jmf med riket)

Invånare 16-84 år	Andel (%)†
Bra självskattat hälsotillstånd	71
Dålig tandhälsa	11

Nedsatt psykiskt välbefinnande	17
Fetma	16
Röker dagligen	14
Riskabla alkoholvanor	17

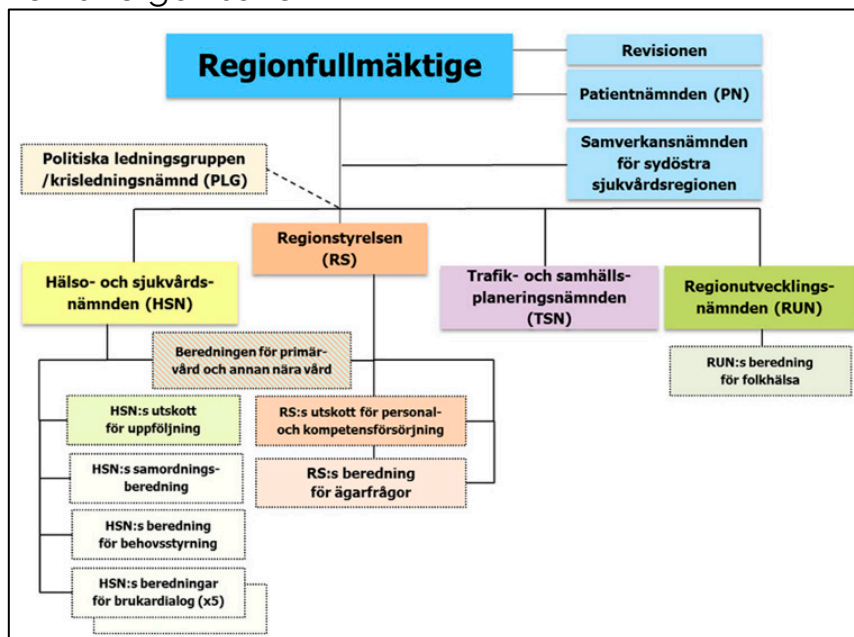
† Rangordning av samtliga landsting enligt Kolada. Grönt: bästa 33%, gult: mittersta 33%, rött: sämsta 33%
 Källa: Kolada, SCB, Region Östergötlands websida, Hälso- och sjukvårdsnämndens årsbudget 2016,
 Region fakta

Regionorganisationen

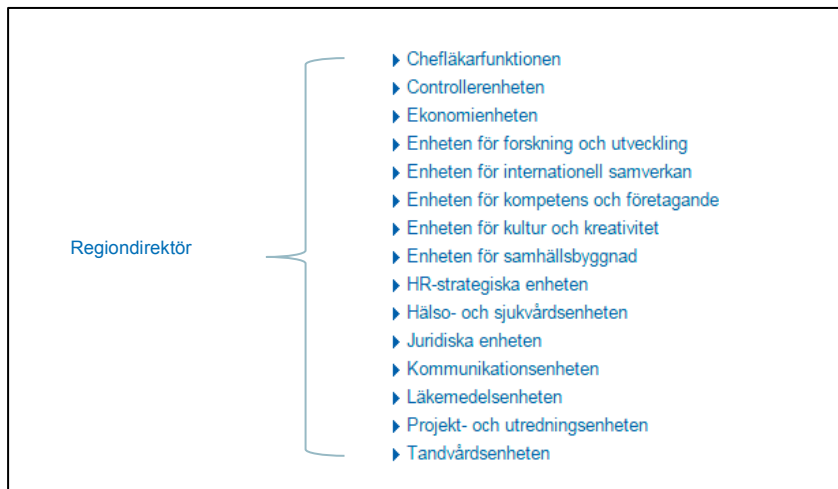
- Är region sedan 1 januari 2015 och tillhör den sydöstra sjukvårdsregionen.
- Under regionsfullmäktige (RF) verkar Regionsstyrelsen (RS) och tre nämnder; Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), Trafik och samhällsplaneringsnämnden (TSN) samt Regionutvecklingsnämnden (RUN) (se bild s. 2).
- Underställda RF finns även Patientnämnden och Samverkansnämnden för sydöstra sjukvårdsregionen.
- Under HSN finns Beredningen för behovsstyrning, Beredningar för brukardialog (5st), HSN samordningsberedning, samt utskottet för uppföljning. Dessutom har HSN och RS en gemensam beredning för primärvård och annan nära vård.
- Under den politiska ledningen finns tjänstemannaledningen och ledningsstaben som leds av Regionsdirektören (RD).
 - Tjänstemannaledningen ansvarar för verksamhetens samlade organisation som är uppdelad i s.k. produktionsenheter.
 - I Regionens tjänstemannaledning sitter ledningen för var och en av regionens produktionsenheter.
 - Hälso- och sjukvården har 10 produktionsenheter inom olika områden.
 - Utöver de produktionsenheter som arbetar med vård finns fem stöd- och serviceenheter, som ger stöd åt och utvecklar regionens samlade verksamhet.
- Ledningsstaben arbetar med övergripande och långsiktiga lednings- och utvecklingsfrågor och är organiserad i 15 enheter (t.ex. Ekonomienheten och Läkemedelsenheten) med ca. 100 medarbetare.

Antal medarbetare i regionen 11922 st.

Politisk organisation

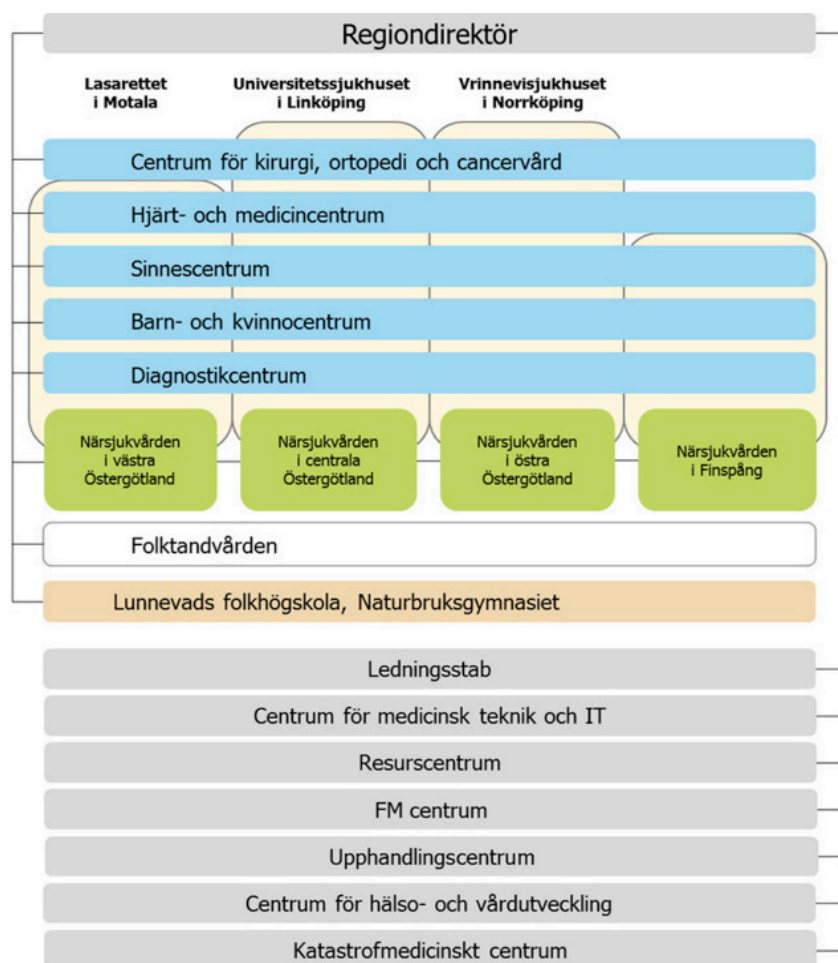


Ledningsstab



Källa: Region Östergötlands websida

Verksamhetens organisation



System och angreppssätt för utvecklingsarbete

Modell för generell beredning i utvecklingsfrågor

- Hälso- och sjukvårdens arbete med utvecklings- och kvalitetsfrågor sker framförallt i:
 - Beredningen för primärvård och annan nära vård
 - Beredningen för behovsstyrning (för mer info se s. 6)
 - Beredningarna för brukardialog (för mer info se s. 6)

Utvecklingsprocesser

- Regionen har ett starkt samarbete med Linköpings universitet inom forskning och utveckling.
- Inom nedan centrum och enheter bedrivs forsknings-, utvecklings- och utbildningsfrågor:
 - Centrum för hälso- och vårdutveckling
 - Enheten för Forskning och utveckling
 - Forsknings- och utvecklingsenheten för närsjukvården
- I Regionens verksamheter finns även lokalt förankrade s.k. FoU-samordnare för frågor som rör forskning och utveckling.
- Forskningssamverkan i sydöstra sjukvårdsregionen sker i stor utsträckning inom ramen för Forskningsrådet i Sydöstra Sverige (FORSS).
- I Regionens treårsbudget finns ett processperspektiv där forskning- och utvecklingsarbete finns med som strategiskt mål.

Organisering av vården

Organisering av vårdnivåer

- Den specialiserade vården är länsövergripande och bedrivs i form av fem olika centra (centrum för kirurgi, ortopedi och cancervård, Hjärt- och medicincentrum, Sinnescentrum, Barn- och kvinnocentrum, Diagnostikcentrum) med tillhörande kliniker med verksamhet på regionens tre sjukhus:
 - Universitetssjukhuset i Linköping (ca 600 vårdplatser)
 - Vrinnevisjukhuset i Norrköping (ca 300 vårdplatser)
 - Lasarettet i Motala (ca 100 vårdplatser)
- Närsjukvården är uppdelad utifrån fyra geografiska områden med öppen vård (organiserad i mottagningar), vårdcentraler (ca 40st) och specialistvård samt sjukhusvård och akut vård.

Avgränsning av regionens ansvar

- Inom den högspecialiserade vården har Region Östergötland ett region- och riksansvar.
- Gemensam samordning av vården sker med Kalmar och Jönköping i den gemensamma nämnden *Samverkansnämnden* för sydöstra sjukvårdsregionen.
- Sedan 2014 drivs hemsjukvården av kommunerna.

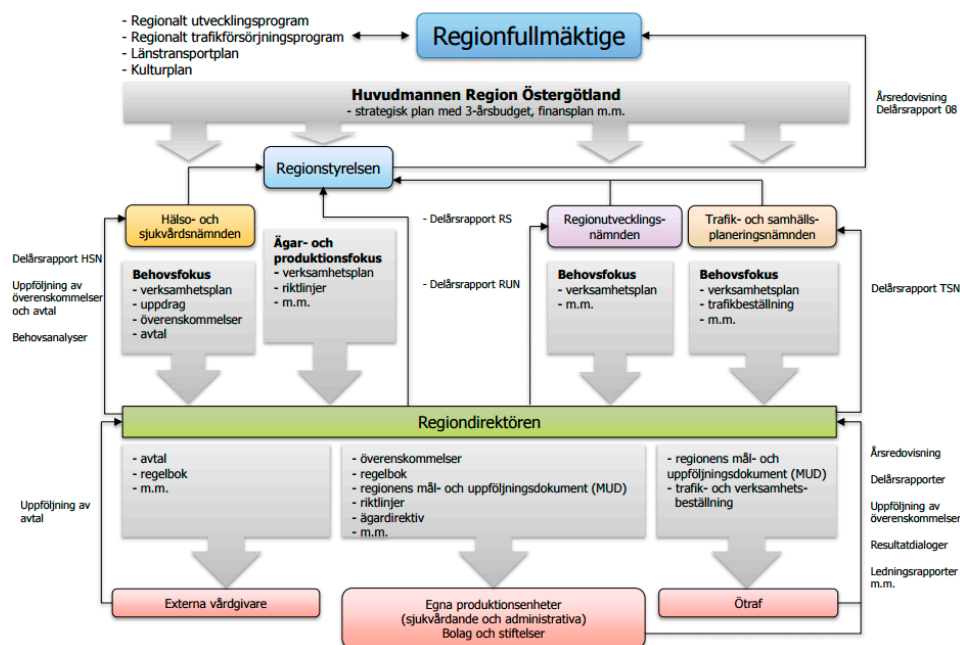
Samverkan /samordning med kommuner

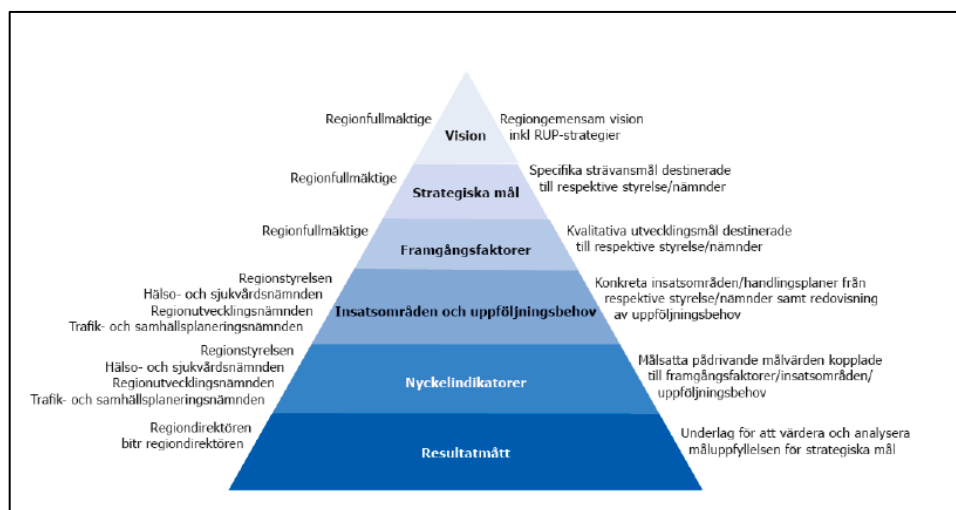
- *Sakområdessamrådet för vård och omsorg*, med ledamöter från HSN och social- och omsorgsnämnderna från samtliga kommuner i regionen, hantlar frågor kring samverkan och arbetar med gemensam kunskapsstyrning och kunskapsutveckling.
 - Exempel på samverkan i regionen:
 - Gemensam mottagningsverksamhet för ungdomshälsa och beroendevård i Linköping, Norrköping, Motala och Mjölby.
 - *Med Hjärtat*; ett samarbete över verksamhetsgränser för att minska hjärt- och kärlsjukdomar i östra Östergötland.
 - Finspångs kommun har sedan 2003 i nära samverkan med närsjukvården drivit en mellanvårdsavdelning.

Källa: Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2016 (Region Östergötland), Region Östergötlands websida

Styrning

Regionsövergripande styrning

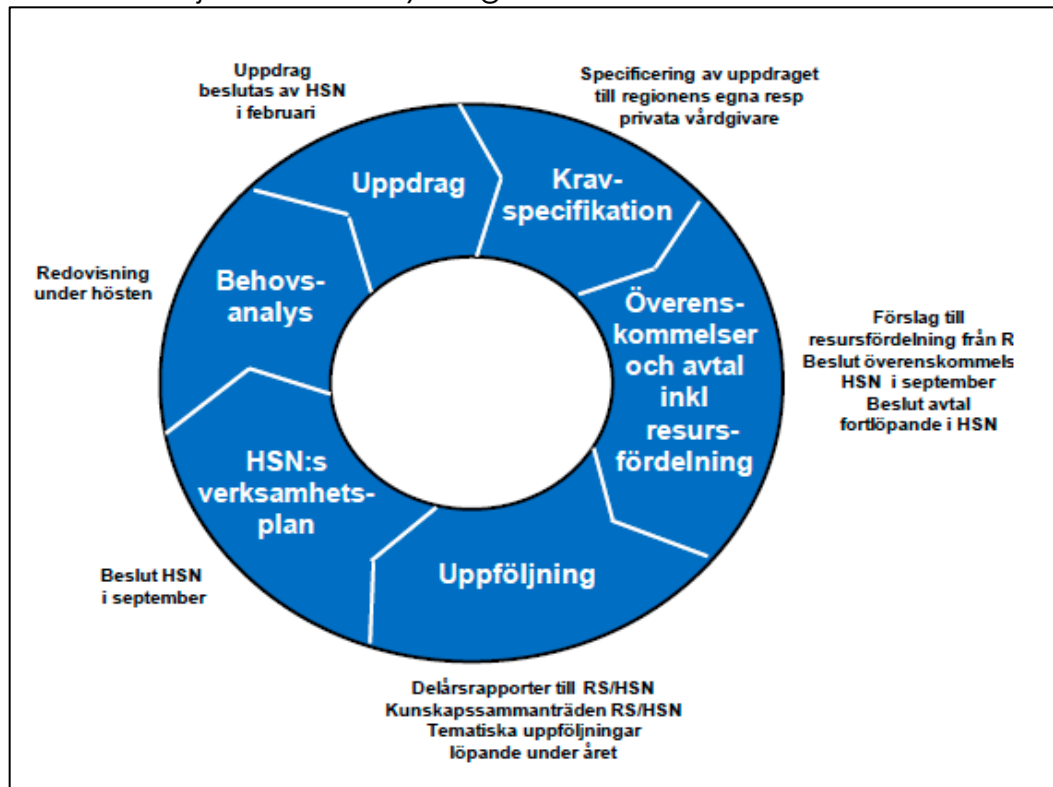




Källa: Region Östergötlands websida, Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2016 (Region Östergötland)

- Regionens politiska organ och dess produktionsenheter styr verksamheten med en gemensam metod, balanserad verksamhetsstyrning, för att skapa en tydlig styrningslogik som sträcker sig från politik till praktik.
 - RF beskriver i sin strategiska plan med treårsbudget (STÅB) regionens övergripande vision, strategiska mål och framgångsfaktorer inom fem olika perspektiv (samhälle, medborgare, process, medarbetare, ekonomi), vilka sammanställs i en s.k. Styrkortskarta.
 - Utifrån regionens strategiska mål och framgångsfaktorer utformar RS och nämnderna i sina verksamhetsplaner Insatsområden, samt tydliggör uppföljningsbehov (strategiskt viktiga utvecklingsområden att fokusera på i styrningen för att uppnå de strategiska målen och framgångsfaktorer) under verksamhetsåret. Dessa konkretiseras med hjälp av utformning av nyckelindikatorer och resultatmätt i Regionens mål- och uppföljningsdokument (MUD).
 - MUD och, för sjukvårdande enheter, överenskommelserna med HSN utgör i sin tur en utgångspunkt för produktionsenheternas verksamhetsplan och så även klinikernas/motsvarande verksamhetsplaner.

Hälso- och sjukvårdens styrning



Källa: Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2016 (Region Östergötland), Regelbok för primärvården 2016, Regelbok för Obesitaskirurgi, Regelbok för specialiserad vuxenpsykiatri, Region Östergötlands websida

- HNS uppdrag till vårdgivarna baseras till stor del på s.k. behovsanalyser.
 - Beredningen för behovsanalys och Beredningarna för brukardialog tar årligen fram ett antal behovsanalyser (med hjälp av medborgar- och brukardialoger) som belyser läget inom en sjukdoms- eller behovsgrupp.
- Regionens egna produktionsenheter i vårdverksamheterna styrs genom överenskommelser med HSN och genom avtal med privata vårdgivare.
- Regionens uppföljning av vården sker i huvudsak genom: Delårsrapporter/årsredovisningar, Behovsanalyser (HSN/RS), Uppföljning av uppdrag, överenskommelse och avtal till HSN. Uppföljning sker i första hand av Utskottet för uppföljning.

Ersättningsmodeller

- Ersättning inom primärvården baseras framförallt på listade patienters vårdbehov (ACG).
- Inom den specialiserade vården används både produktionsrelaterad och målrelaterad ersättning.

Kunskapsstyrning i regionen

- Regionen arbetar med kunskapsstyrning i form av bland annat behovsanalyser och särskilda utredningsuppdrag.
- För att öka kvaliteten och kunskapsstyrningen mellan primärvården i regionen genomförs varje år kvalitets- och tillgänglighetsuppföljningar av vårdcentralerna.
 - Planerad uppföljningsdialog genomförs mellan beställare och företrädare för vårdcentralerna. Uppföljningsdialog kan också genomföras på förekommen anledning.
 - Uppföljningen presenteras i en kvalitetsrapport med respektive vårdcentralens resultat och kommentarer.
- Ytterligare exempel på kunskapsstyrning:
 - Utbildning för implementering av nationella riktlinjer t.ex. Kunskap till praktik (inom missbruk- och beroende vård).
 - Projektet Bättre vård för sjuka äldre för ökad användning av Svenskt Palliativt register och Senior Alert.
 - Regionen arbetar med standardiserade vårdförlopp inom bl.a. cancer-vården.
- Genom Samverkansnämnden för sydöstra sjukvårdsregionen finns en aktiv samverkan i den Sydöstra sjukvårdsregionen ring kunskapsstyrning. Inom regionorganisationen finns:
 - Fyra Regionala centrumråd (inom tex. Hjärtsjukvård) vilka bl.a. ansvarar för regiongemensamma vårdprogram/riktlinjer.
 - Under varje centrumråd finns *regionala medicinska programgrupper* (RMPG, totalt 17 st) med representation från de nio sjukhusen i regionen. RMPG bevakar t.ex. utvecklingen inom sitt område, understödjer samarbetet i regionen samt sammanställer regionala vårdriktlinjer.

Ekonomisk stabilitet

- Regionens resultat för 2014 var 936 mkr (1 466 kr/inv). 2013 var resultatet 709 mkr (573 kr/inv). Motsvarande siffror för hälso- och sjukvårds-verksamheten var -253 mkr samt -71 mkr.
- Regionen hade landets näst bästa ekonomiska resultat per invånare 2014.

Kultur

Värdegrundarbete

- I HSN strategiska mål för jämlik hälso- och sjukvård beskrivs specifikt vikten av att regionens medarbetare har en värdegrund som bygger på alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet.
- Ett webbaserat läromaterial om Hälsofrämjande förhållningssätt i vården används tillsammans med studiematerial för diskussion och reflektion kring värdegrund i arbetet med patienter som har olika behov och resurser.

Referenser desktopanalys för Region Östergötland

1. Grundförutsättningar: Utdrag från SCB samt www.regionfakta.com

2. Vårdbehov: Utdrag från Kolada

3. Regionsorganisation:

- Så styrs Region Östergötland: <http://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Sa-styrs-Region-Ostergotland/>
- Region Östergötlands politiska organisation: <http://www.regionostergotland.se/Demokrati-och-insyn/Politisk-styrning/Region-Ostergotlands-politiska-organisation/>
- Regionens verksamheter och organisation: <https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Verksamheter/>
- Tjänstemannaledning: <https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Sa-styrs-Region-Ostergotland/Regiondirektor/Tjanstemannaledning/>
- Ledningsstab: <https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Verksamheter/Ledningsstab/>
- https://www.regionostergotland.se/PageFiles/307/Presentation_regionovergripande_20150316.pdf

4. System och angreppssätt för utvecklingsarbete:

- Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2016: [https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Sa-styrs-Region-Ostergotland/Arsredovisning/Halso--och-sjukvardsnamndens-planering-och-uppfoljning/Region Östergötlands strategiska plan 2016-2018:](https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Sa-styrs-Region-Ostergotland/Arsredovisning/Halso--och-sjukvardsnamndens-planering-och-uppfoljning/Region%20Ostergotlands-strategiska-plan-2016-2018)
- Utvecklingsarbete:
- Enheten för Forskning och Utveckling: <https://www.regionostergotland.se/Forskning-och-innovation/Samverkan-kring-forskning/Organisation-och-beslutsvagar/FoU-gruppen/>
- FoU-enheten: <https://www.regionostergotland.se/Forskning-och-innovation/Samverkan-kring-forskning/Organisation-och-beslutsvagar/Forsknings--och-utvecklingsenheten-for-narsjukvarden/>
- FoU-samordnare: <https://www.regionostergotland.se/Forskning-och-innovation/Samverkan-kring-forskning/Organisation-och-beslutsvagar/FoU-samordnare/> Centrum för hälso- och vårdutveckling: <https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Verksamheter/Centrum-for-halso--och-varldutveckling/>

5. Organisering av vården:

- Regionens verksamheter och organisation: <https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Verksamheter/>

6. Styrning:

- Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2016: <https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Sa-styrs-Region-Ostergotland/Arsredovisning/Halso--och-sjukvardsnamndens-planering-och-uppfoljning/>
- Region Östergötlands strategiska plan 2016-18: <https://wssext.regionostergotland.se/Hela%20landstinget/Landstingsfullm>

%C3%A4ktige/Region%20%C3%96sterg%C3%B6tlands%20strategiska
%20plan%202016-2018.pdf

- Region Östergötlands mål- och uppföljningsdokument 2016:
<https://wssext.regionostergotland.se/Politiska%20dokument/Regionutvecklingsn%C3%A4mnden/2015-10-06/Besluts%C3%A4renden/4.3%20Region%20%C3%96sterg%C3%B6tlands%20m%C3%A5l%20och%20uppf%C3%B6ljningsdokument%202016.pdf> Ersättningsmodeller:
- Primärvården: <http://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/For-privata-vardgivare/Vardval/For-vardleverantorer/Ersattning/Ersattning-till-vardcentralsverksamhet/>
- Specialiserad vård <http://www2.lio.se/Startsida/For-privata-vardgivare/Vardval/>
- Kunskapsstyrning:
- Uppföljning i primärvården: <http://vardgivarwebb.lio.se/Startsida/For-privata-vardgivare/Vardval/For-vardleverantorer/Uppfoljning/>
- Årsredovisning: <http://docplayer.se/4976802-Arsredovisning-2011-landstinget-i-ostergotland.html>
- Ekonomisk stabilitet: <https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Sastyr-Region-Ostergotland/Arsredovisning/Arsredovisning-med-statistik/>
- Årsredovisning 2014:
<https://wssext.regionostergotland.se/Hela%20landstinget/Landstingsfullm%C3%A4ktige/Landstingets%20%C3%A5rsredovisning%202014.pdf>

7. Kultur: Årsredovisning 2014 och Verksamhetsplan

Bilaga 3 – Lista över respondenter Region Östergötland

Politiska ledningen

Mats Johansson, Ordf. Regionstyrelsen (S)

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

Marie Morell, Regionråd (M)

Christoffer Bernsköld, ordf. Hälso- och sjukvårdsnämnden (S)

Fredrik Sjöstrand, 2:a vice ordf. Hälso- och sjukvårdsnämnden (M)

Regionledningen

Mats Uddin, Regiondirektör

Lena Lundgren, Hälso- och sjukvårdsdirektör

Annica Öhrn, Produktionsenhetschef, Centrum för hälso- och vårdutveckling

Robert Ring, Produktionsenhetschef, Diagnostikcentrum

Håkan Klarin, Produktionsenhetschef, Centrum för medicinsk teknik och IT

Martin Magnusson, Vårddirektör, chefläkare

Ditte Persson-Lindell, Vårddirektör, Universitetssjukhuset i Linköping

Bo Orlenius, Vårddirektör, Vrinnevisjukhuset i Norrköping

Gerd Sandgren-Lundström, Närsjukvårdsdirektör, Lasarettet i Motala

Åsa Hedin-Karlsson, Ekonomidirektör

Bilaga 4 – Intervjuguide anpassad till politiska ledningen

Underlag för intervjusamtal

Utvecklingskraft

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

Drivkrafter

Betydelse av och tillgång till regionala resurser

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

Frågor:

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

Landstingsspecifika förutsättningar och förhållanden

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

Frågor:

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

Idé/mission

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

Frågor:

- Hur skapar den politiska processen förutsättningar för landstingets utvecklingskraft?
- Hur utvärderas den politiska processens påverkan och betydelse för att utvecklingskraft uppnås?
- Hur ser samspelet ut mellan den politiska processens intentioner och tjänstemannaledningens strategier för att uppnå utvecklingskraft?

- Vilka utmaningar och möjligheter ser ni i detta sammanhang?

Förmågor

Verksamhetskultur

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

Frågor:

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

Ledarskap

Avser beskriva hur olika former av ledarskap påverkar organisationens utvecklingskraft.

Frågor:

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

Kunskap och kompetens

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

Frågor:

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

Tjänsteutveckling

Vårdbehov

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

Frågor:

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

Omvärldsanalys

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

Frågor:

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

Innovationsförmåga

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

Frågor:

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

Styrning

Styrmodeller

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

Frågor:

- Vilka styrmodeller är särskilt betydelsefulla för att uppnå utvecklingskraft?
- Hur ser samspelet med tjänstemannaledningen ut för att nå goda förutsättningar för utvecklingskraft?

- Hur kan den politiska styrningen vara framgångsrik i arbete med att uppnå utvecklingskraft?
- På vilket sätt ges patienter och medborgare möjlighet att påverka styrning och utveckling av hälso- och sjukvården?
- I vilken utsträckning används resultat från uppföljning/utvärdering/revision för att styra mot ökad utvecklingskraft?

Bilaga 5 - Intervjuguide anpassad till tjänstemannaledningen

Underlag för intervjusamtal

Utvecklingskraft

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

Drivkrafter

Närhet till forskningsmiljöer/näringslivsutveckling på institutionell nivå

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

Frågor:

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

Landstingsspecifika förutsättningar och förhållanden

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

Frågor:

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

Idé/mission

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

Frågor:

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

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

Förmågor

Verksamhetskultur

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

Frågor:

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

Ledarskap

Avser beskriva hur olika former av ledarskap påverkar organisationens utvecklingskraft.

Frågor:

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

Kunskap och kompetens

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

Frågor:

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

Tjänsteutveckling

Innovationsförmåga

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

Frågor:

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

Vårdbehov

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

Frågor:

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

Omvärldsanalys

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

Frågor:

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

Implementering

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

Frågor:

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

Styrning

Incitament/ersättningar

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

Frågor:

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

Styrsystem

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

Frågor:

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

FoUU

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

Frågor:

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