

Ingen rök utan eldsjälar

Om SU´s roll som motor i den
regionala sjukvården

Rapport framtagen på uppdrag av revisorerna i Västra Götalands-
regionen och i samverkan med Revisionsenheten

2006-06-12

Ulf-Johan Olson

Ernst & Young

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Sammanfattning	2
Ingen rök utan eldsjälur – om SU´s roll i den regionala sjukvården	5
Syfte	5
Genomförande	5
Motorn	6
En motor med dubbla funktioner	6
Motorn som begrepp	7
Förslag till definition	8
”Kardanknutarna”	9
Sektorsråden	10
Ägarstyrd samordning	11
Styrmiljö	12
Beställar-/utförarmodellen och motorvisionen	12
Akademin	14
Särskilda svårigheter och behov av styråtgärder	15
Väsentliga iakttagelser från övriga sjukhus	16
Samarbete kring enskilda patienter	17
Nivåstrukturer och ansvar för utbildning och utveckling	17
Ledarskap och entreprenörskap	18
Analys	18
FoUU är bränslet, inte motorn	18
Entreprenörskap och ledarskap	19
Motorn ska driva en cirkulationspump i ett kretslopp	20
Den strategiska kartan	20
Styråtgärder	21

Sammanfattning

I denna revisionsrapport granskas SU's roll som motor i utvecklingen av hälso- och sjukvården i regionen. Denna viktiga uppgift omnämns såväl i Regionens utvecklingsstrategi som i budgeten. Enligt dessa styrdokument har motorn två olika funktioner. Den ena rör utvecklingen av den regionala sjukvården till frömma för hela regionens befolkning och en effektiv sjukvårdsproduktion. Den andra rör bidraget till regional utveckling genom att forskningsresultat kan kommersialiseras inom läkemedelsindustrin eller medicintekniska företag. Granskningen har avgränsats till SU's roll i den regionala sjukvården och berör inte sjukhusets roll som drivkraft i regional utveckling inom bioteknikindustrin.

Det är oundvikligt att en forskningstät akademiskt påverkad miljö har påtagliga och åtråvärda effekter. Ny kunskap skapas, som implementeras i vårdens diagnostik och behandling samt inom läkemedels- och medicintekniska företag. Detta kommer givetvis regionen tillgodo och metaforen om SU som motor framstår på många sätt som självklar.

I rapporten problematiseras motorbegreppet utifrån de föreställningar idén förmedlar, men främst med utgångspunkt i vad motorn egentligen består av. Den vagt definierade motorn har stimulerat såväl intervjuades som rapportförfattarens tekniska bildspråk. De ingenjörinspirerade metaforerna, som kanske alltför ymnigt förekommer i rapporten, torde bli färre när större klarhet har bringats i uppdraget till SU. För att inte störa de mindre tekniskt intresserade läsarna har dessa ofta lagts i fotnoter. Viktigast är - bortom alla liknelser och tolkningar - att Sahlgrenskas ledande roll i den västsvenska sjukvården ges ett innehåll som gör de övriga vårdgivarna till partners i en gemensam process.

Det är viktigt att först slå fast att innovation och kunskapsproduktion inte är problemet. Denna del av motorn fungerar väl och hackar sällan. Däremot finns vissa problem i kraftöverföringen. Implementeringen av ny kunskap och ny teknik tycks vara en mer komplex process än den som skapar den, eller i alla fall mindre utarbetad.

Skilj på bränsle och motor!

Analysen tar sin utgångspunkt i att innovationer och kunskap är bränslet, inte själva motorn. Att vara motor i utvecklingen av den regionala sjukvården innebär mer än att föra ut ny kunskap och introducera nya metoder i vården. Eftersom dessa har organisatoriska och ekonomiska konsekvenser för vårdsystemet innebär det också ett ansvar för en ändamålsenlig nivåstrukturering¹ och för den långsiktiga kompetensförsörjningen.

I vilken mån motoreffekten tas ut i den regionala vården är mindre beroende av SU's forskning och mer av sjukhusföreträdarnas entreprenöranda och ledarskap i förhållande till den regionala vården. Närheten till FoUU är en viktig förutsättning, men absolut ingen garanti för SU's ledarskap i den regionala vården. De professionella incitamenten tycks styra mer mot Acapulco än mot Lidköping och många av SU's specialister och chefer siktar "högre" än på ledarskapet i den regionala vården. SU's målbild är bred och självklart ska även dessa ambitioner bejakas och uppmuntras. Problemet är att alltför få är villiga att satsa sin karriär på att kratta i den regionala manegen. De akademiska meriternas förstfödsrätt innebär att framtagandet av förbättrade metoder fortfarande värderas betydligt högre än förmågan att

¹ Med nivåstrukturering avses arbetsfördelningen mellan vårdgivare i vårdkedjan. Denna utgår från logiken i olika vårdprocesser, inklusive patientperspektivet, och kostnadseffektiviteten. Nivåstrukturering kan antingen ske genom övergripande strukturbeslut, där man centralt beslutar om vilken vårdgivare som gör vad, eller genom successiva överenskommelser mellan ingående vårdgivare i vårdkedjan samt beställarna.

skapa uppslutning kring deras användning i den regionala sjukvården. Samma sak gäller för acceptansen av de praktiska konsekvenserna för arbetsfördelning och organisation de för med sig.

Sista utpost eller främsta framkant

SU's uppdrag som sista utpost sammanfaller i delar med idén om SU som motor i den regionala sjukvården. I SU's ansvar för underhåll och säkring av regionvårdskompetensen finns dock ingen referens till den regionala sjukvårdens planering och utformning, vilket hänger nära samman med när SU's särskilda resurser behövs i vården. Även uppdraget som sista utpost borde innebära att SU intar en aktiv roll i nivåstruktureringen av vården.

Otydligt uppdrag

Motoruppgiften har inte överförs till ett mer konkret uppdrag till SU och något, med ägaren eller beställaren, avstämt åtagande existerar inte. Motorrollen har heller inte varit föremål för uppföljning.

I rapporten konstateras att motoruppdraget till SU är ytterligt allmänt hållet och att SU saknar genomarbetade strategier för viktiga delar av implementeringen. Den senare gäller framför allt att systematiskt etablera ett ledarskap i utvecklingen av den regionala vården där även nivåstrukturering och ett gemensamt ansvar för respektive specialitet sätts i fokus. Motorfunktionen upprätthålls inte i ett opersonligt maskineri, utan hanteras i en dynamisk verklighet av kunniga personer med stor drivkraft. Det handlar om ett mindre antal eldsjäl- lar, som kombinerat sin sakkunskap med entreprenörskap och en god förmåga att skapa uppslutning kring gemensamma lösningar i regionen. De aktuella verksamheternas ledare har inte motiverats av existerande incitament eller styrs av en uttalad strategi från SU. De har demonstrerat entreprenörskap och har tagit, och blivit accepterade i, rollen att hålla samman specialiteten inom regionen. Hematologi och reumatologi är goda exempel.

Även sektorsrådets uppdrag är otydligt i den del som rör den kunskapsdrivna nivåstrukturen av vården. Sektorsråden utgör samtidigt starka och viktiga nätverk som kompletterar SU's roll som motor i den regionala sjukvården.

Regional integration kräver ett bredare perspektiv av alla aktörer

Den regionala integration som skett under senare år, bl a i form av en ökande nivåstrukturen, är främst en frukt av det ökade samarbetet mellan verksamhetschefer och professionsföreträdare inom olika specialiteter. Sektorsråden har här varit viktiga som arenor för diskussion och samverkan. De lokala nämnderna och sjukhusledningarna har inte "regionaliserat" sig på motsvarande sätt. HSN tar befolkningsansvar för geografiskt begränsade områden och även sjukhusledningarna har ofta ett otillräckligt helhetsperspektiv och tar i begränsad utsträckning ansvar för den regionala helheten.

SU's ledning har under 2006 inlett ett mer målinriktat arbete för att precisera motorns innehåll och leva upp till visionen. Det ligger en stor potential i en mer integrerad och samordnad vård i regionen. Det finns också stora möjligheter för SU att mer systematiskt utveckla ett ledarskap som är anpassat till utvecklingen av den regionala hälso- och sjukvården. Framför allt behöver SU i ökad grad identifiera ledare och entreprenörer som har förutsättningar och drivkraft att skapa uppslutning kring hur den regionala vården inom en specialitet ska knytas ihop. Enstaka eldsjäl- ar har en begränsad brinntid, medan en bredare kår av entreprenörliknande ledare har större hållbarhet.

Att vara motor innebär här att axla ett ansvar för respektive specialitets utveckling och att vara ledare i regionens kunskapsorganisation. Följande åtgärder bör övervägas i syfte att utveckla SU's roll som motor i den regionala sjukvården:

- SU behöver ett tydligt uppdrag från Regionstyrelsen där det framgår vilka förväntningarna är på sjukhusets motorfunktion.
 - Förutom de självklara delarna kring kunskapsproduktion och kunskapsspridning, bör behovet av nivåstrukturering, kunskapsledning och ett sammanhållet ledarskap inom respektive specialitet lyftas fram.
 - Regionledningen bör också klargöra vilken roll SU (med stöd av akademien) förväntas ha när det gäller utvärderingar och kunskapsunderlag för den aviserade betoningen på uppföljning och vårdprocesser.
- SU behöver förtydliga sina egna mål och strategier för att leva upp till de olika förväntningarna och öka motorns effekt.
 - Motorns karaktär behöver förtydligas: En utvecklad FoU och kunskapsöverföring är basen, men inte mekanismen. Motorns vridmoment skapas av organisationens verksamhetschefer och specialister, i de fall de kännetecknas av entreprenörs- och ledarskap.
 - Partnerskapet mellan SU och övriga vårdgivare behöver också betonas starkare.
- Incitamenten för verksamhetschefer och specialister behöver förändras så att de styr mer mot den regionala sjukvården. Utan att ge avkall på den akademiska profilen behöver fler eldsjälar och ledare med regionala ambitioner lockas fram ur organisationsdjupet.
- Sektorrådet uppdrag bör i större grad betona deras roll i den löpande nivåstruktureringen av regionens sjukvård. Här finns ett starkt nätverk som kompletterar SU's motorroll.
- Överväg idén om en "regionalisering" av SU's styrelse.
 - Alla utförarsjukhus har en lokalt förankrad styrelse. Till skillnad från övriga sjukhus är SU hela regionens sjukhus. Det gäller både ansvaret för regionens högspecialiserade vård och som motor i regionens sjukvård. En geografiskt bredare sammansatt styrelse skulle ge den politiska nivån ökade incitament att bidra till sjukvårdssystemets pågående integration.
- Avvägningen mellan vad som ska styras i beställningen respektive vad som ska styras genom tillämpad kunskapsstyrning och mellan sjukhusen överenskommen nivåstrukturering behöver övervägas. Pågående utvecklingsarbete och översyn av beställar/-utförarmodellen kan lämpligen pröva detta.
 - Möjligheten att förtydliga och förstärka SU's roll som motor i Regionens sjukvård är beroende av andra styrsystem. Skulle SU få en mer uttalad roll som motor i regionens sjukvård innebär det att sjukhusets mandat från beställarna behöver öka, alternativt att uppdraget från ägaren blir tydligare på bekostnad av beställarnas inflytande.

Ingen rök utan eldsjälar – om SU's roll i den regionala sjukvården

Revisorerna i Västra Götaland har i väsentlighets- och riskanalyser och i olika granskningar problematiserat styrningen av hälso- och sjukvården i regionen. Bland annat har den splittade beställarstyrningen, tillsammans med en svagt utvecklad ägarstyrning, problematiserats.

Såväl i regionens budget som i SU:s planeringsdokument lyfts visionen eller utgångspunkten om SU som motor i Regionens hälso- och sjukvård. I fullmäktiges budget för 2004 framgår att "SU är motorn i regionens FoU-arbete och sjukhuset har ett särskilt ansvar för att sprida och tillämpa forskningsrön i andra delar av organisationen". Även SU:s roll i utbildningen betonas. Regionens utvecklingsstrategi, som fastställdes i fullmäktige 2004-09-14 har samma inriktning. Motormetaforen konkretiseras dock i liten utsträckning. Det gäller såväl i Regionens som SU:s budget och planeringsdokument. I rapporteringen finns inte heller en tydlig uppföljning utifrån detta mål.

Att se SU som motor eller drivkraft i regionens hälso- och sjukvård kan appellera intuitivt till föreställningarna om SU som ett sjukhus med en väl utvecklad FoUU och med många specialister. Att sjukhuset dessutom står för cirka 40 % av Regionens budget för hälso- och sjukvård ger föreställningen ytterligare näring. SU är också en viktig faktor i den regionala utvecklingen genom innovationer och utvecklingsarbete som kan kommersialiseras genom läkemedels- och medicintekniska företag. Tyngdpunkten i rapporten ligger på SU's roll som motor i Regionens sjukvård.

SU har en övergripande beställning från hälso- och sjukvårdsnämnderna och inget tydligt ägaruppdrag. SU:s uppgift att företräda Regionens inför Sahlgrenska Akademin och att besätta ordförandeposten i gruppen som arbetar med specialistläkarutbildningen är visserligen ägaruppdrag, men i övrigt finns inga särskilda preciseringar från ägaren. Motorvisionen har inte konkretiserats vare sig i dialogen med beställarna eller med ägaren. Idén om SU som motor i hälso- och sjukvården förutsätter ändamålsenliga kontaktytor och arbetsrelationer med övriga sjukhus och till primärvården.

Syfte

Syftet med den efterfrågade granskningen är att undersöka i vilken grad motorvisionen lever som idé och i praktiken i regionens hälso- och sjukvård. Det innebär att såväl SU som övriga sjukhus, primärvård och beställarna kommer att involveras i arbetet.

Genomförande

Relevanta styr- och uppföljningsdokument har granskats och intervjuer genomförts med företrädare för SU och Sahlgrenska Akademin, andra sjukhus, primärvården, sektorsråden, hälso- och sjukvårdsavdelningen och beställarna. Initialt gjordes ett antal förberedande intervjuer med olika nyckelpersoner. En preliminär föredragning och diskussion genomfördes med SU's ledningsgrupp i slutet av november 2005 och med hjälp av revisionsenheten gjordes en samlad intervjurunda på sjukhuset i början på december. Därefter intervjuades sex sektorsråd och ytterligare nyckelpersoner inom olika verksamheter. I mars 2006 genomfördes på SÅS motsvarande intervjuaktivitet som tidigare å SU under två dagar.

Insatsen har inneburit ett stegvis gransknings- och analysarbete:

- Identifiering och beskrivning av motorfunktionen

- Granskning av hur kunskap överförs till övriga sjukhus och PV samt hur arbetsfördelningen mellan SU och övriga planeras och genomförs
- Analys och reflektion kring hur styrmiljö, attityder etc påverkar genomförandet av motorvisionen samt aktuella styråtgärders ändamålsenlighet. Vilket stöd finns i beställarprocessen, ägarstyrningen och den kunskapsstyrning som samordnas via de olika sektorsråden?

De nivåer som beaktas i granskningen är Regionen, SU och övriga sjukhus, primärvården och beställarorganisationen.

Motorn

SU:s roll och uppgift i regionens sjukvård formuleras i Regionens budget 2004 under avsnittet om HSS, men inte 2005 (där avsnittet om HSS utgått). Motorvisionen finns också beskriven i Hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategi 2004:

- Regionsjukhuset överför fortlöpande kunskaper till andra sjukhus i regionen som ett led i en regional kompetensutveckling och som grund för decentralisering av medicinska metoder
- I forskning, utveckling och utbildning är regionsjukhuset ”motorn” i regionen och har ett nära samarbete med främst Sahlgrenska Akademin
- Regionsjukhuset är en kunskaps- och vårdresurs för hela regionen och har en nyckelroll i den fortsatta kunskapsutvecklingen av hälso- och sjukvården

I SU:s verksamhetsplan för 2005 konstateras att ”SU har regionens uppdrag att vara motorn och drivkraften i utvecklingen av hälso- och sjukvården i regionen”. Det klargörs att detta gäller både högspecialiserad vård och länssjukvård. Dessutom lyfts bidraget till regional utveckling lyfts fram. Följande kännetecken för sjukhuset framhålls:

- SU skapar ny kunskap inom basal och högspecialiserade vård
- SU omsätter nu kunskap i det dagliga arbetet
- SU är attraktivt för forskare

Verksamhetsplanen begär regionledningens stöd i dessa frågor - ”Det är för de kommande åren viktigt att denna roll på olika sätt stöds av VGR:s ledning, men självklart också att vi kan uppvisa resultat som bekräftar vår ställning och ambition”. Samtidigt saknar SU:s strategiska mål för FoU direkta regionala referenser.

En motor med dubbla funktioner

Idén om SU som motor i Regionens sjukvård är inte enbart förknippad med regionens sjukvårdssystem. SU:s ansamlade kompetens och starka inriktning på FoU har även stor betydelse för industrin i regionen och därmed för regional utveckling. 100-tals projekt drivs med extern finansiering och den FoU som bedrivs på sjukhuset har inte sällan kommersialiserats inom läkemedels- och bioteknikföretag.

Verksamhetsområdet ”Regional utveckling” inom Västra Götalandsregionen har två fokusområden - företag inom fordons- och bioteknikindustrin. Det finns fler offentliga organ som arbetar i liknande riktning. Business Region Göteborg AB med 13 ägarkommuner driver olika bransch- och samarbetsprojekt, bl a Medicinsk Framtid i Väst.

Hälso-SAM är det övergripande organet för samarbete mellan Västra Götalandsregionen och Göteborgs Universitet inom hälso- och sjukvårdsområdet. Övriga är Medi-SAM, Odont-SAM och Vård-SAM. Det pågår också diskussioner mellan bl a Hälso- och sjukvårdsavdelningen, SU, SA och Chalmers för att etablera ett ramverk för samverkan i syfte att erbjuda ett gemensamt forskningssystem i regionen.

SU:s potential för att stimulera och vara drivkraft i den regionala utvecklingen inom bioteknikindustrin har, i likhet med rollen inom den regionala sjukvården, vilat tungt på enskilda forskares drivkraft. Pågående arbete inom Hälso-SAM och andra fora syftar till en mer systematisk samordning och därmed också ett tydligare ”erbjudande” till externa intressenter. Denna del av motorn har inte varit föremål för granskning.

Motorn som begrepp

Vid ett första påseende är motorn som metafor attraktiv. En motor utvecklar kraft och kan driva en utveckling. Det har dock påpekats att motormetaforen är inspirerad av det gamla industrisamhället och kanske inte helt anpassad till nya förutsättningar. Genom sin unika kompetens och den nära samverkan med SA sätter SU de facto standarder inom en rad områden. Kanske rollen som standardsättare är mer relevant för att beskriva SU:s funktion som drivkraft i regionens hälso- och sjukvård? Frågan är dock om SU idag har den tyngd och auktoritet som krävs för en sådan normerande funktion. Samtidigt kräver rollen som standardsättare också drivkraft för att utveckla sjukvården i regionen, d v s något som liknar en motor.

En annan aspekt av motorvisionen är dess drag av centralstyrning och hierarki. Visserligen sker en överväldigande del av forskningen på SU och sjukhusets kunskapsstillväxt är omfattande. Samtidigt sker mycket av utvecklingsarbetet i sjukhusinterna, regionala, nationella och internationella nätverk. En modernare metafor skulle vara en hub eller navet i ett större nätverk. Även här saknas dock inslaget av drivkraft. Processledare är ett annat alternativ. SU är processledare för FoU-processen i regionen och för en rad olika processer där syftet är kunskapsöverföring till regionens övriga utförare. Det senare synsättet är mer tilltalande för de professionsföreträdare som inte kommer från SU och som ofta framhåller att utveckling sker i ett samspel. All kunskapsstillväxt och alla idéer emanerar ju inte från SU.

Den vagt definierade motorn har stimulerat såväl intervjuades som rapportförfattarens tekniska bildspråk. De ingenjörinspirerade metaforerna, som kanske alltför ymnigt förekommer i rapporten, torde bli färre när större klarhet har bringats i uppdraget till SU. För att inte störa den mindre tekniskt intresserade läsaren har dessa ofta lagts i fotnoter.

Sista eller ”första” utposten

”Sista utposten” innebär bl a att Universitetssjukhuset, dygnet runt, tillhandahåller kunskap och är sista länken i vårdkedjan för de mer komplicerade vårdfallen. Denna funktion utgör även direkt grund för medelstilldelning via beställningen av högspecialiserad vård. Av den totala ersättningen för beställd högspecialiserad vård utgör ersättningen för FoU/sista utposten drygt 600 Mkr. Varav sista utposten utgör strax under 50 %.

I Regionens definition av sista utposten ingår den beredskap dygnet runt som SU håller för både högspecialiserad och övrig sjukvård. Ur ersättningssynpunkt anses dock att sjukhuset i huvudsak kompenseras för beredskapen genom den vårdersättning som genereras av de konkreta vårdinsatserna. De övriga delarna

- rådgivning och konsultation till sjukvårdsenheter utanför SU,
- kunskapsöverföring till sjukvårdsenheter utanför SU samt

- underhåll och säkring av regionvårdskompetensen

ersätts däremot som en del av uppdraget sista utposten.

Begreppet sista utposten har en stark klang av dramatik, men passar ändå ganska bra för den del av uppdraget som utgör att hålla beredskap. De tre punkterna ovan skulle snarare kunna betecknas som ”första utposten” eller ”främsta framkant”, d v s SU’s uppdrag att aktivt bidra till att Regionens sjukvård att klarar sitt långsiktiga uppdrag.

SU:s ansvar för kritisk kompetens och att hålla beredskap, d v s att vara sista utposten i bokstavlig mening, är oomtvistat. SU ska säkerställa regionvårdskompetensen, men är oklart i vilken grad man också har ett ansvar för Regionens samlade hälso- och sjukvårdskompetens. Kunskapsöverföring genom utbildning, auskultation, konsultationer och rådgivning ligger i uppdraget. Samtidigt blir omfattningen av detta starkt beroende av arbetsfördelningen i sjukvårdssystemet. Vem som gör vad styrs mycket av tradition och regionintresset är inte alltid styrande. Det hanteras sällan i dialogen mellan beställare och utförare och sektorsråden förmår bara hantera detta när alla är överens. Inte heller SU har en självklar roll eller ansvar när det gäller att hitta en ändamålsenlig arbetsfördelning inom olika vårdområden och specialiteter. Beställare uttrycker att när det kommer till frågor om arbetsfördelning, d v s vad som produceras av olika utförare, ska de kopplas in i diskussionen.

När sista utposten och motorvisionen placeras sida vid sida blir både överlappningar och unika drag tydliga. Medan den genuina delen av sista utposten – beredskapen i form av kompetens och patientkapacitet - har en unik innebörd, så överlappar övriga delar med de betydelse som lagts i motorvisionen.

I SU’s ansvar för att upprätthålla en kritisk kompetens och att hålla beredskap ligger lika mycket ett krav på ledarskap i den regionala sjukvårdens planering och utformning som att finnas till hands som sista instans när situationen så kräver. Även uppdraget som sista utpost kräver att SU intar en aktiv roll i nivåstruktureringen av vården.

Förslag till definition

Motorvisionen innebär i praktiken ett väl utvecklat FoUU-uppdrag kombinerat med en ändamålsenlig nivåstrukturerings och arbetsfördelning mellan vårdproducenterna. Viktiga delar i det förstnämnda är att samla, förädla, pröva och producera samt föra ut kunskap i närområde, region och nationellt. Motorns beståndsdelar består sålunda av:

- Medicinsk grundforskning
- Klinisk forskning och kliniska prövningar
- Utbildning av läkare och övrig vårdpersonal
- Kunskaps- och teknologiöverföring till, och samarbete med, andra vårdgivare i en överenskommen vårdstruktur och arbetsfördelning

De tre första punkterna är relativt tydliga och okontroversiella. Den fjärde punkten, som också innebär att driva nivåstruktureringsprocessen, är inte självklar på samma sätt.

Den snabba kunskapsutvecklingen ställer stora krav på flexibilitet och omställningar. Eftersom vården ständigt utvecklas och förändras innebär det att även arbetsfördelningen mellan sjukhus och vårdnivåer ständigt måste omprövas. SU’s roll som motor innebär därför inte endast att ”leverera kraft”, utan består i betydande delar av att komma överens med andra utförare. Det gäller allt från utbildningens inriktning till en fungerande nivåstrukturerings där arbetsfördelningen i vårdssystemet är optimal för olika patientgrupper.

”Kardanknutarna”

De flesta är överens om att motorn är på plats. Den fungerar väl och hackar sällan. Kardanknutarnas² kraftöverföring kan däremot ibland vara problematisk. Det finns flera sätt att fördela motorns drivkraft till regionens sjukvård:

- Grund- och specialistutbildningar
- Rådgivning, konsultationer och riktad utbildning
- Sektorsråden
- Överenskommelser med andra utförare, ägare och beställare
 - Utvecklat samarbete och arbetsfördelning mellan SU och andra sjukhus (t ex reumatologin) i en överenskommen vårdstruktur
 - Överföring av behandlingsteknologier och utrustning
 - Överföring av uppdrag och patientansvar
 - Gemensamma FoU-projekt
- Kompetensförsörjning
 - Kompetens- och chefsförsörjningen från SU till övriga sjukhus
 - Gemensamma läkarstaber
- Gemensamma kliniker/regionkliniker

Radiologin är ett intressant exempel där ny teknik ger bättre möjligheter att utveckla både kompetens och effektivare samverkansstrukturer. På SU finns både organspecialister och generalister, medan de på övriga sjukhus oftast är generalister. I sektorsrådet för radiologi diskuteras lämplig ”teamstruktur” för att nå en så effektiv radiologisk verksamhet som möjligt. Nu när en röntgenbild utan svårighet kan tas i Skövde och tolkas på SU, öppnas nya möjligheter för ett optimalt kompetensutnyttjande och en effektiv arbetsfördelning.

Inom patologin finns en överenskommelse om kompetensutveckling, där superspecialisterna på SU vidareutbildar patologerna på regionens övriga sjukhus.

Ett vanligt hinder för att klara en nivåstrukturering och överenskommelser om arbetsfördelning inom en viss specialitet är konkurrens om patienter och personal. Även om utbildningsområdet kanske är det mest självgående kan det finnas anledning att även här problematisera vissa delar. Utifrån idén om SU:s roll som motor i regionens sjukvård är det ändamålsenligt att de som har sin ST-utbildning utanför SU, gör en del av tiden på Universitetssjukhuset. Motsvarande krav borde ställas på dem som gör sin ST på SU, d v s att arbeta en del av tiden på ett av regionens länssjukhus. Ytterligare en synpunkt som framkommit kring ST-utbildningen är att allmänläkarna i allt mindre utsträckning inkluderar randutbildning på olika specialistkliniker. Detta tidigare vanliga fenomen bidrar dels till utbildningens kvalitet och djup, dels till att förbättra de viktiga kontaktytorna med den specialiserade vården.

² En kardanknut möjliggör kraftöverföring i valfri riktning. Det vanligaste exemplet där en kardanknut behövs är i bilar mellan växellåda och hjulen.

Inte heller begreppet kardanknut är oproblematiskt, även om det skulle handla om moderna viskokopplingar³. Även om mycket av utvecklingen sker på och utgår från SU är motormetaforen ofullständig. Det är dessutom ingen attraktiv bild för dem som arbetar utanför SU, eftersom de också bidrar, och vill bidra, till utvecklingen. Det bedrivs även forskning och utveckling utanför SU på övriga sjukhus och inom primärvården.

Sektorsråden

De medicinska sektorsråden är viktiga knutpunkter i Regionens kunskapsstyrning. En intervjuad beskrev sektorsråden som servoassisterade kopplingar med dubbelriktad verkan.

Sektorsrådets uppgift är att värna om och samordna kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården. Sektorsråden består främst av verksamhetschefer. Dessutom har varje råd en företrädare för Sahlgrenska Akademin. Sektorsråden är rådgivare till hälso- och sjukvårdsledningen/ägaren, ett professionellt nätverk och samrådsorgan för verksamhetschefer inom respektive (större) specialitet.

De regionala medicinska sektorsråden arbetar enligt gällande instruktion kontinuerligt med att

- verka för gemensamma indikationer för diagnostik, behandling och uppföljning
- verka för gemensamma grunder för prioriteringar inom vården
- värdera nya och befintliga medicinska metoder
- initiera och godkänna förslag till regionala vårdprogram

När det gäller vårdprogrammen kommer normering oftast från den nationella eller den internationella nivån samt regionala vårdprogramgrupper. Intervjuade sektorsråd tonar ner rådets arbete med vårdprogram – ”vi är ingen specialistförening”. Huvudfrågan är snarare hur vårdprogrammets anvisningar vävs in i den organisatoriska väven tillsammans med bedömningar av kostnadseffektivitet och prioriteringar. Verksamhetsadministrativa frågor dominerar, som t ex planering av ST-block och många andra praktiska verksamhetsfrågor. Uppdrag från hälso- och sjukvårdsledningen tar också mycket tid. Sektorsråden hanterar även i viss mån den löpande nivåstruktureringen, d v s arbetsfördelningen i vårdsystemet.

Intervjuade sektorsråd pekar på otydliga uppdrag och mandat. Detta är sällan ett problem när sektorsrådet fått ett visst uppdrag, men betydligt större när rådet har idéer om hur behov ska tillgodoses och/eller verksamheten effektiviseras. Det finns ofta en osäkerhet om var förslag och idéer ska presenteras och flera har upplevt att det är lätt att få ”smäll på fingrarna”. I det fall specialiteten är verksam inom ett område med starka patientföreningar är situationen annorlunda. Då hamnar eventuella förslag snabbt på den politiska organisationens agenda och drivs därmed på flera nivåer. Det innebär att beredningen av frågor som rör mindre patientgrupper kan hamna i skymundan, särskilt som det inte finns någon självklar mottagare eller ägare av ärendet. Ett exempel på det sistnämnda är sektorsrådets förslag/förfrågan från sektorsrådet i psykiatri kring behandling av transsexuella, där det inte kom någon respons från ledningen överhuvudtaget.

Verksamhetscheferna inom en specialitet utgör ett starkt nätverk i Regionen, oftast betydligt starkare än verksamhetscheferna för olika specialiteterna inom ett sjukhus. Det är kol-

³ En viskokoppling känner av det enskilda hjulets hastighet och friktion och kan utifrån detta anpassa kraftöverföringen.

legorna på det egna sjukhuset som är de främsta konkurrenterna om de ekonomiska resurserna.

”Servicedisciplinerna” är inte omnämnda i den regionala utvecklingsstrategin. Ändå blir de ofta kraftigt påverkade av vissa planerade strukturförändringar. Sektorsrådet i anesthesi påpekar att anesthesi både är en omistlig förutsättning för många verksamheter och dessutom en dyr resurs. Idag ser man sina påverkansmöjligheter som små och att man kommer in sent i många förändringsprocesser. När det gäller förändringarna inom ortopedin har man dock med från början i processen.

Ledningen på SU hade under några år slutat att regelbundet träffa sina sektorsrådsrepresentanter. Detta kommer nu att återupptas. Praxis på de övriga sjukhusen varierar.

Barnsjukvården

Uppbyggnaden av ett särskilt barnsjukhus inom SU och regionen har haft många positiva effekter. En negativ konsekvens var dock initialt den kraftiga centraliseringen av vårdinsatser, även av sådan vård som med fördel skulle kunna utföras på andra sjukhus eller i primärvården. Denna olyckliga nivåstrukturering är under omprövning och ett arbete pågår för att få en bättre arbetsfördelning med övriga vårdgivare och för att utveckla utbildnings- och konsultstödet från barnsjukhusets sida. Även beställarna är involverade i denna utvecklingsprocess.

Samordning med förhinder (ett exempel)

Regionen hade tidigare inget kompetenscentrum för metadonbehandling. Patienter aktuella för denna behandling skickades till Akademiska sjukhuset. Nackdelarna med de fysiska avstånden gjorde att sektorsrådet i psykiatri föreslog att ett kompetenscentrum för detta skulle starta inom SU. Efter en del turer hamnade ärendet på hälsokansliet för Göteborg, som tog initiativ till en samordning med övriga kanslier/HSN. Verksamheterna hade föredragit en lösning där samtliga beställarnämnder bidrog till finansieringen av behandlingen på SU. Resultat blev att Göteborgsnämnderna ensam finansierade satsningen. För övriga nämnder blev det fråga om fortsatt köpt vård på Akademiska eller på SU. Denna bristande samordning påverkar satsningen på aktuellt kompetenscentrum och blir sannolikt även en dyrare lösning för Regionens som helhet.

Ägarstyrd samordning

SU har efterfrågat ett tydligare ägaruppdrag när det gäller rollen som motor i Regionens sjukvård. Från SU:s sida handlar det främst om legitimitet, för Regionens om större möjligheter att täta effektläckage.

Det finns exempel på ägaruppdrag i liknande avseenden. På regiondirektörens uppdrag har en utredning genomförts i syfte att undersöka förutsättningarna för ett fördjupat samarbete inom den medicinska diagnostiken i Västra Götalandsregionen (”Medicinsk Diagnostik i Västra Götaland”, Bo Samuelsson och Dan Wiklund, oktober 2005). Utredningsuppdraget är avslutat och nu driver Hälso- och sjukvårdsavdelningen vissa av de utvecklingsprocesser som föreslogs. Det gäller t ex tillskapandet av ett regiongemensamt bildarkiv, inkl remiss och svar. Detta öppnar stora möjligheter till effektivare jourverksamhet och arbetsfördelning inom radiologin. Även en regionalisering av mammografin förbereds.

Eftersom ”servicespecialiteterna” (laboratoriemedicin, radiologi och medicinsk fysik och teknik) primärt är ett ansvar för utförarna, och endast berör beställarna indirekt, har utvecklingsprocessen varit enklare och styrprocessen underlättats. Tanken är att knyta ihop aktuella verksamheter i nätverk. Idealt sett tar formella beslut sin utgångspunkt i ett enigt sektors-

råd, där representanterna för med sig önskemål till respektive sjukvårdsdirektör, som i sin tur lyfter frågan i utförargruppen.

Styrmiljö

Hälso- och sjukvården är en mycket dynamisk verksamhet som präglas av ständig utveckling och av ifrågasättanden eller förfiningar av existerande metoder. Samtidigt lever verksamheten i en komplicerad blandning av politisk, administrativ och professionell styrning samt styrimpulser från samtliga nivåer i samhällsorganisationen. Styrmiljön, sett i relation till SU's roll i den regionala sjukvården, präglas av otydliga uppdrag och hög grad av autonomi hos personal och vårdenheter. Sektorsråden hanterar främst övergripande frågor och när det gäller vårdprogrammen hänvisas ofta till specialistföreningarna.

Som alla universitetssjukhus har SU två huvudmän. Styrmiljö och styrsystem skiljer sig kraftigt åt mellan dessa, vilket ytterligare bidrar till svårigheterna att styra universitetssjukhuset.

Beställar-/utförarmodellen och motorvisionen

SU finns i ett regionalt styrsystem som karaktäriseras av en starkt decentraliserad beställarorganisation, övergripande beställningar och ett otydligt ägaruppdrag. Samtidigt disponerar SU cirka 40 % av regionens resurser för hälso- och sjukvård och sjukhusledningen och är därmed en av de största "beställarna". Internt arbetar sjukhuset med chefsuppdrag, balanserat styrkort och anslag. För medicinsk service finns ett system för interndebitering.

Beställarstyrningen och idén om SU som motor i regionens sjukvård är föreställningar som delvis är på kollisionskurs. Beställarstyrningen innebär att HSN gör överenskommelser med varje förvaltning och står för den övergripande styrningen av produktionsinriktningen. Motorvisionen förutsätter att SU har ett mandat att påverka kompetens- och arbetsfördelning mellan universitetssjukhuset och övriga sjukhus i regionen.

Beställarorganisationen bygger på lokala beställarnämnder. De sista centrala beställaruppgifterna kring den högspecialiserade vården förs från och med 2006 till HSN. Även sjukhusgrupperna och, från nästa år, också primärvårdsområdena har politiska utförarstyrelser med lokal förankring. På försök kommer enstaka styrelser att utses på icke-politiska grunder. Den decentraliserade styrningen må ha flera fördelar, men när det gäller SU:s roll och uppgift som motor i den regionala sjukvården är den politiska basen svag. Inte heller SU's styrelseledamöter kommer från hela regionen.

Den integration som skett i Regionen under senare år, bl a i form av en ökande nivåstrukturering, är främst en frukt av det ökade samarbetet mellan verksamhetschefer och professionsföreträdare inom sjukhus och primärvård. Sektorsråden har här varit viktiga arenor för diskussion och samverkan. De lokala nämnderna och sjukhusledningarna har inte "regionaliserat" sig på motsvarande sätt. HSN tar befolkningsansvar för geografiskt begränsade områden och även sjukhusledningarna har ofta ett otillräckligt helhetsperspektiv och tar i begränsad utsträckning ansvar för den regionala helheten.

I verksamhetsplanen lyfter SU fram sin uppgift som motor och drivkraft i utvecklingen av regionens sjukvård. Intrycket är att sjukhuset under många år betraktat denna funktion som självklar och som en naturlig del av universitetssjukhusets vardag. Spetskompetens och stark forskningsanknytning tillsammans med sjukhusets storlek har gjort att motorfunktionen inte problematiserats i någon högre grad.

Under 2006 har SU's ledningsgrupp lyft fram motorvisionen och inbjudit verksamhetscheferna till seminarier på detta tema. I syfte att förtydliga motorfunktionen och öka dess verk-

ningsgrad arbetas nu en handlingsplan fram av SU's ledning. Kontentan är att det finns en rörelse inom sjukhuset för att leva upp till målet att vara motor i regionens sjukvård. Förslagen strategi innebär att understödja pågående förändringar samt att identifiera var särskilda stödinsatser behöver göras och att bidra till att dessa genomförs.

Regionens utvecklingsstrategi

Regionens utvecklingsstrategi har ambitionen att effektivisera hälso- och sjukvårdens utbudsstruktur och hitta en mer ändamålsenlig arbetsfördelning och specialisering mellan sjukhusen.. Anvisningar har gjorts för vissa övergripande strukturförändringar. Ägaren har det yttersta ansvaret och planen ska genomföras av beställare och utförare tillsammans. Syftet är att bättre tillvarata de gemensamma resurserna genom att koncentrera specialiserad och kostnadskrävande verksamhet och i övrigt arbeta för en effektiv vård nära medborgarna. Intressant är att de största strukturförändringarna sker inom SU.

Utvecklingsstrategin fokuserar främst på vårdnivåerna och befintliga förvaltningar. Pågående regionövergripande arbete inom medicinsk diagnostik i Västra Götaland nämns inte i utvecklingsstrategin. Den gemensamma bildhanteringen inom radiologin kommer dock att skrivas in i planen. Området omsätter över 2 Mdkr och rapporten visar på omfattande samverkans- och utvecklingsmöjligheter.

Kunskapsstyrning

Professionens kunskapsstyrning sker via specialitetsföreningarna och vårdprogramgrupper samt via sektorsrådets diskussioner och överenskommelser. Det är inte alltid lätt att nå konsensus i sektorsråden, eftersom många talar för sin verksamhet och sina metoder. Kunskapsutveckling, samverkan och revirbevakande lever sida vid sida i en komplex relation.

För de stora patientgrupperna finns det evidensbaserade nationella riktlinjer. Till detta kommer regionala och lokala vårdprogram. Praxis kan i viss mån följas genom kvalitetsregister och vårdprogramgruppernas övergripande bedömningar. I övrigt finns idag ingen etablerad utvärderingsinstans inom Regionen som löpande följer praxis och effekter av vårdprogram. Ett förslag till en sådan funktion är under beredning – Centrum för utvärdering avseende nyttoeffekter av metoder och tekniker inom hälso- och sjukvården. HälsoSAM har därvid fastslagit att HTA - Health Technology Assessment - ska etableras som metod i VGR och inom Sahlgrenska Akademien.

Det finns flera exempel där SU bedömt vissa nya dyra läkemedel och implantat (t ex läkemedelsavgivande stentar) som mindre kostnadseffektiva och därför inte använt dem i den kliniska verksamheten. Samtidigt har dessa använts av andra sjukhus i regionen. Sektorsråden är viktiga organ för prioriteringar och etablering av medicinsk praxis. Genom bättre kunskapsunderlag skulle de kunna bidra till ett mer evidensbaserat och konsistent kliniskt beslutsfattande.

Den nya ledningsgruppen för Regionens Hälso- och sjukvårdsprogram är relativt ny och dess funktion är relativt övergripande. Vårdprogramgrupper och sektorsråd är nyckelaktörer när det gäller komma överens om lämplig diagnostik och behandling. Implementeringsansvaret för att ny kunskap och/eller nya vårdprogram tillämpas ligger naturligtvis på såväl verksamhetschefer som profession och inte minst de som deltagit i vårdprogramarbetet. För att utbildnings- och kompetensutvecklingsfrågor ska kunna hanteras tillsammans med diskussion och avgöranden kring nivåstrukturering, behöver regionsjukhuset ofta ta en ledande roll.

Den dubbla arrogansen

Eftersom SU's roll som motor i den regionala sjukvården är svagt förankrad i Regionens styrsystem blir kommunikativa färdigheter och önskan att samverka än viktigare för ett gott resultat. Traditionellt har SU haft hög svansföring i förhållande till övriga sjukhus i kompetensfrågor. Ibland har detta kombinerats med svagt utvecklade kommunikativa färdigheter och då blivit hinder i samarbetet med övriga sjukhus/klinker i VGR. Idag är detta problem avsevärt mindre, särskilt inom de vårdnära delarna. En ny generation läkare och forskare har bidragit till detta.

Administratörer och företrädare för andra sjukhus i regionen kan dock fortfarande se SU som ett hot och förvänta sig att dess företrädare ska uppträda i enlighet med tidigare traditioner. Det senare innebär att försvarsattityder etableras, som i sin tur inte sällan medverkar till att framkalla de beteenden man från början tillskrivit det stora sjukhusets företrädare. Detta fenomen har kallats det dubbla arrogansproblemet. Det är naturligtvis lika bekymmersamt om SU-företrädare är betar sig arrogant eller om övriga sjukhusföreträdare förväntar sig att de ska vara det. Idag tycks man i större utsträckning, gemensamt och avspänt, kunna prata och skämta om relationerna. T ex apropå motorvisionen: "SU är ångvält i Regionens sjukvård." Ett stort steg framåt!

Akademien

Sahlgrenska Akademien (SA) är nu *en* fakultet som organiserar all akademisk vårdutbildning utgör cirka 40 % av Göteborgs Universitet, vilket innebär att SA, precis som SU, har en dominerande ställning inom den egna organisationen.

Parterna driver många gemensamma projekt och har ett nära samarbete. Det bedrivs t ex cirka 300 FoU-projekt finansierade med LuA-medel och cirka 150 FoU-projekt finansierade av Regionen. Utöver detta driver SA projekt för motsvarande 300 mkr/år där finansieringen kommer från olika håll och Regionen driver dessutom flera egenfinansierade projekt inriktade på uppföljning och kvalitetsutveckling. Till detta kommer cirka 200 läkemedelsprövningar finansierade av läkemedelsbolag.

Totalt sett har SA/SU tillgång till ungefär 200 professorer:

- Cirka 100 adjungerade professorer är anställda på SU (ofta med bistånd av extern finansiering), men ägnar 20-30 % av tiden till FoU vid SA
- Cirka 100 kombinationstjänster där professorerna är anställda inom SA, men ägnar 20-30 % av tiden till klinisk verksamhet på SU

Till detta kommer cirka 400 oavlönade docenter. Dessa har, förutom sina kliniska meriter, en hög forskningskompetens. Det finns inga formella forskningskrav på docenterna, däremot ska de handleda läkarkandidater. Från akademins sida finns viss oro för minskad forskningsvilja.

Regionens och Universitetets olika styrsystem är inte direkt kompatibla. SA kännetecknas av akademisk frihet och mer kollegiala styrformer. Dessa ska samexistera med Regionens politiska styrning, linjeorganisation, beställarstyrning och kunskapsstyrning. Det är i den sistnämnda som likheterna är störst.

Särskilda svårigheter och behov av styråtgärder

”Cirkulationsrubbningsar”

SU:s roll som motor i kunskapsstyrningen är påtaglig när det gäller FoUU. Här finns etablerade system och arbetssätt. En svårighet som uppstått är att den cirkulation av läkare som tidigare fanns i Regionen, och även landet som helhet, har försvagats påtagligt.

Intrycket är att den tidigare strömmen från SU, ersatts av en inströmning till SU. Förklaringen till att de disputerade i allt högre grad stannar kvar på SU är främst att de genom subspecialisering blivit alltför smala för Regionens övriga sjukhus. Parallellt med detta har länssjukhusen blivit mer självförsörjande när det gäller personal. De tidigare ”ryggsäckspengarna” för ST-läkarna finns inte längre. De var dessutom enkelriktade. Idag finns ett behov av dubbelriktad trafik.

Även den tidigare chefsförsörjningen från SU av disputerade läkare till övriga sjukhus tycks ha avstannat. Länssjukhusen anställer allt oftare någon inifrån den egna verksamheten. Samtidigt har antalet disputerade ökat väsentligt på SU och deras möjligheter till befordring minskat.

Subspecialiteternas dilemman

Den ständigt pågående subspecialiseringen inom hälso- och sjukvården innebär att den regionala kompetensförsörjningen kan vara problematisk inom vissa specialiteter. Det sammanhänger såväl med att SU attraherar och behåller specialister från övriga länssjukhus i regionen som att specialiteten har nått en sådan mognad och tillväxt att det är lämpligt att upprätthålla en större del av vården på länssjukhusen. I vissa fall – t ex när det gäller reumatologi och hematologi – har SU och professionen tagit ett stort ansvar för att hitta lösningar. SU har tagit ett övergripande ansvar för utbildning och personalförsörjning för de andra sjukhusen, liksom för en framgångsrik nivåstrukturerings.

Personal- eller kompetensbrist är ett starkt incitament för att hitta gemensamma lösningar. Ett annat är begränsade patientvolymerna. Det senare innebär att det finns behov av att klargöra ansvars- och arbetsfördelningen för insatserna gentemot dessa patienter. Sektorsråden har beskrivits som ”fel” forum att diskutera de mindre subspecialiteternas viktiga frågor. Här har organ som t ex ”Endokrinkirurgi i Väst” tagit på sig olika ansvar.

Beroende på (sub)specialitet finns behov av både decentralisering och centralisering där kompetensöverföring, filialmottagning, gemensam läkarstab eller regionklinik kan vara olika arbetsmodeller. Om dessa frågor inte löses tillfredsställande blir resultatet ofta konkurrens om patienter och personal samt bristande tillgänglighet för patienterna. Det som sedermera blev goda lösningar för reumatologin och hematologi kännetecknades initialt av just detta.

Beställarna är sällan inblandade i diskussioner om ovanstående svårigheter och avvägningar kring sjukhusens arbetsfördelning. Kommunikationen sker i första hand i sektorsråd, direkt med kollegorna på andra sjukhus och i linjeorganisationen. Om alla är överens uppstår sällan problem. Om inte finns sällan någon med ansvar för och mandat att driva utvecklingen. I dessa situationer är det särskilt viktigt att SU har entreprenöriella verksamhetschefer och prestigelösa specialister.

Beställarna och arbetsfördelningen i sjukvårdssystemet

Även inom områden där patientvolymerna är stora behövs tydliga överenskommelser mellan verksamheterna på de olika sjukhusen. På SU klagas ibland på ”ovidkommande” akut-

vård och ett högt inflöde av högspecialiserad vård, som riskerar att tränga ut planerad läns-sjukvård för Göteborgspatienterna.

När det gäller de stora volymerna, t ex för PCI, har beställarna gått in och detaljreglerat produktionen och även beslutat var ingreppen ska göras. Ett problem i sammanhanget har varit den starka volymtillväxten och PCI-ingreppets utveckling från ett planerat ingrepp till ett akut. De senare utgör idag cirka 85 % av utförda behandlingar. Utvecklingen har inneburit att beställningarna har haltat och behövts kompletteras. Idag finns, förutom produktionskraven och sista utposten, ett krav på SU att utbilda PCI-operatörer. SU har i första hand haft inflytande i dessa frågor genom sin kompetens och stora volymer, men inget processansvar eller formellt uppdrag att driva PCI-utvecklingen i regionen.

När tekniken var etablerad och volymerna stora ville SU sprida PCI-teknologin stegvis till de andra länsjukhusen. Det centrala beställarkansliet involverades för att bestämma vilket sjukhus som skulle vara först ut. Alla ville dock vara med från start, vilket också beställarna godkände. Resultatet blev en alltför snabb process med stora brister i kompetensförsörjningen. En viktig fråga som aktualiserats i samband med PCI-utvecklingen är vilken instans som upprätthåller Regionperspektivet när nya behandlingar är aktuella att genomföras på fler sjukhus. Aktuella sektorsråd är viktiga och inte minst det 2005 bildade "Prioriteringsrådet", ett av de fem horisontella sektorsråden, bestående av två sjukhusdirektörer och fem yngre verksamhetsföreträdare. Ordförande är biträdande hälso- och sjukvårdsdirektören.

Exemplet PCI är ovanligt och är ett resultat av snabb utvecklingstakt, resursbrist och initiala otidigheter om SU:s roll som motor respektive producent. Det finns ett starkt behov av att klargöra hur den mer professions- respektive organisationsinriktade styrning kan och ska samverka med beställarnas behovsinriktade produktionsstyrning. Om SU eller sektorsråden ska ha en större roll i denna typ av styrning ska det då ske på uppdrag av beställarna eller av ägaren?

En reflektion kring beställningarna av PCI är den höga detaljeringsgraden i valet av operationsmetod. Beställarna volymsätter både antalet bypassoperationer och antalet PCI, snarare än att beställa ett visst antal revaskulariseringar. Varför ska beställaren välja operationsmetod? Beställarkravet borde snarare betona att tillräckligt många revaskulariseringar görs och att de metoder som används är evidensbaserade och används på rätt indikationer. Nuvarande förhållanden speglar frånvaron av både en legitim medicinsk ledningsfunktion och ett tydligare motoruppdrag till SU.

En annan reflektion är att beställarna i första hand kopplas in när ny verksamhet ska föras ut. Mindre ofta problematiseras befintlig nivåstrukturering och arbetsfördelning mellan sjukhusen. Det kanske inte heller är beställaren som ska problematisera befintliga vårdprocessers ändamålsenlighet utifrån ett kunskaps- och produktionsperspektiv.

Väsentliga iakttagelser från övriga sjukhus

I syfte att undersöka hur SU's arbete och roll i regionens sjukvård uppfattades gjordes en snabbrevision på SÄS den 20-21.3 2006. Företrädesvis verksamhetschefer, vissa specialister och sjukhusledningen intervjuades. Sammantaget gjordes 18 intervjuer av revisionsteamet.

Intressant är att flera av de här diskuterade begreppen inte var kända av alla intervjuade. Uppfattningarna om "motorn" och "sista utposten" var inte sällan mer intuitiva än faktabaserade. SU's bredare uppdrag är väl förstått och okontroversiellt. SÄS beskrevs genomgående som "produktionsinriktat" och SU som mer "akademiskt" orienterat.

Samarbete kring enskilda patienter

Bland de verksamheter som hade någon form av samverkan med SU utifrån enskilda patienter var de flesta huvudsakligen nöjda eller mycket nöjda med SU's insatser. Viss konkurrens kunde märkas inom vissa områden, men oftast fanns någon form av överenskommelser eller fungerande praxis som stöd. Ett exempel på en väl fungerande nivåstrukturering som lyftes fram var strålningen av tumörer, där verksamhetschefen på Jubileumskliniken och verksamhetschefen på SÄS onkologiska verksamhet har och tar ett gemensamt ansvar för verksamheten. Den konkurrens som tidigare hade funnits om patienterna var borta.

I några fall underlättades samverkan påtagligt av att verksamhetschefen tidigare hade arbetat på SU. Sannolikt underlättas den även om specialisterna haft denna erfarenhet. Motsvarande bör rimligtvis gälla om SU's chefer och specialister vid någon tid tjänstgjort på SÄS. "Cirkulationsrubbnings" togs upp som ett problem av flertalet verksamhetschefer, som menade att en framgångsrik samverkan starkt underlättades av personer som arbetat på bägge sjukhusen. Rotationstjänstgöring föreslogs av flera som ett medel för att integrera den regionala vården bättre.

Nivåstrukturering och ansvar för utbildning och utveckling

Nivåstrukturering sker inom flera specialiteter, t ex hjärtsjukvården (PCI), onkologi/strålning, hematologi, reumatologi, patologi etc. Inom PCI-verksamheten skedde det, som framgått tidigare, inte utan slitningar. SU hade det kunskapsmässiga ledarskapet, men övriga sjukhus och Regionen tryckte på för att snabbare få ut delar av verksamheten till flera sjukhus. En konsekvens blev personalbrist inom kritiska delar med åtföljande stora kostnadsökningar.

Inom patologin har verksamhetscheferna inom Regionen fått i uppdrag att ta fram en teamstruktur för olika diagnoser. Uppdraget inkluderar även hur den utbyggda digitaliseringen ska nyttiggöras i detta.

I de volymmässigt mycket stora specialiteterna blir verksamheterna på SU och på övriga stora sjukhus mer lika varandra och nivåstruktureringen mer komplicerad. Man är i ökad grad "sig själv nok", men behovet av en ändamålsenlig arbetsfördelning är inte mindre och samtidigt är det svårare att stiga fram som ledare för specialiteten. SU's inre organisation för dessa verksamheter uppfattas ofta som ett hinder. Sammanfattningsvis fanns både en förväntan på att SU's företrädare tydligare skulle ta ledningen i dessa frågor och en oro för att så faktiskt skulle ske.

Akutverksamheten är ett bredare område som enligt flera kan struktureras bättre med medverkan av samliga vårdnivåer. Det framkom också det saknas nätverk för de medicinska akutvårdsavdelningarna (MAVA) i regionen.

SU väger tungt i sektorsråden, men det finns ingen automatik eller likhetstecken mellan stor numerär och obestridliga ledare. Sektorsråden är ett praktiskt forum för verksamhetscheferna att diskutera viktiga frågor och göra överenskommelser samt att hantera uppdrag från hälso- och sjukvårdsavdelningen. Frågor om nivåstrukturering hamnar dock inte på det enskilda sektorsrådets bord om frågan inte väcks antingen av enskilda ledamöter eller kommer som ett uppdrag från hälso- och sjukvårdsavdelningen.

Flera intervjuade ansåg att SU behövde ett *tydligt* motoruppdrag. Det gällde främst hur arbetet med nivåstruktureringen skulle drivas. I dessa diskussioner lyftes också att SU har vissa problem med bassjukvården och därför i större grad borde dra nytta av andra leverantörer i Regionen.

Ofta fanns gemensamt planerade ST-block. Sektorsråden var den viktigaste arenan för att resonera om dessa. SU's insatser för vidareutbildning, handledning och stöd bedömdes i huvudsak positivt, men med viss spridning beroende på specialitet. Större rotation av personal efterfrågades av flera. Det gällde inte minst från SU till andra sjukhus. Det är bara inom ett fåtal verksamheter som man lånar personal av varandra. Oftast är det patienterna som får flytta. "Ut med akademien" till flera sjukhus var ett annat fältrop. FoU är inte bundet till vissa byggnader, utan kan utövas i hela regionen.

Ledarskap och entreprenörskap

När intervjupersonerna berättade om SU's roll i utvecklingen inom den egna specialiteten framkom bilden av å ena sidan "ljumma" eller "inåtvända" verksamhetschefer på SU och å andra sidan "entusiastiska" och "drivande" verksamhetschefer. De senare hade klara entreprenördrag och hade tagit, och blivit accepterade, i rollen att hålla samman specialiteten inom regionen. Hematologi och reumatologi är goda exempel på detta. Det framkom att motorfunktionen inte upprätthålls i ett opersonligt maskineri, utan hanteras i en dynamisk verklighet av kunniga personer med stor drivkraft. Tilltron till (vissa) personer tycks vara betydligt större än tilltron till system.

Analys

Det finns en stor osäkerhet kring de styrsignaler som rör SU's roll i den regionala sjukvården. Är texterna i budgeten och utvecklingsstrategin, där SU beskrivs som motor i Regionens sjukvård, i första hand beskrivningar av verkligheten? Eller är de uppdrag och uppmaningar till SU?

Motoruppgiften har inte överförs till ett mer konkret uppdrag till SU och något, med ägaren eller beställaren, avstämt åtagande existerar inte. Motorrollen har heller inte varit föremål för uppföljning.

FoUU är bränslet, inte motorn

Det är oundvikligt att en forskningstät akademiskt påverkad miljö har påtagliga och viktiga effekter. Ny kunskap skapas som implementeras inom diagnostik och behandling samt inom läkemedels- och medicintekniska företag.

Enligt utvecklingsstrategin överför Regionsjukhuset "fortlöpande kunskaper till andra sjukhus i regionen som ett led i en regional kompetensutveckling och som en grund för decentralisering av medicinska metoder".

I vilken mån motoreffekten tas ut i den regionala vården är mindre beroende av SU's forskning och mer av sjukhusföreträdarnas entreprenöranda och ledarskap i förhållande till den regionala vården. Närheten till FoUU är en viktig förutsättning, men absolut ingen garanti för SU's ledarskap i den regionala vården. De professionella incitamenten tycks styra mer mot Acapulco än mot Lidköping och många av SU's specialister och chefer siktar "högre" än på ledarskapet i den regionala vården. SU's målbild är bred och självklart ska även dessa ambitioner bejakas och uppmuntras. Problemet är att alltför få är villiga att satsa sin karriär på att kratta i den regionala manegen. De akademiska meriternas förstfödsrätt innebär att framtagandet av förbättrade metoder fortfarande värderas betydligt högre än förmågan att skapa uppslutning kring deras användning i den regionala sjukvården.

Ledarskap i denna miljö är ingen lätt sak. Dagens ledartröjor ser annorlunda ut och tradition och yrkeskoder är inte alltid till hjälp.

Entreprenörskap och ledarskap

Excellens inom FoU respektive diagnostik och behandling är bara indirekt relaterat till ledarskap. Samma sak gäller SU's numerära dominans i vården, sektorsråden och i andra sammanhang. I förhållande till den regionala sjukvården är motorfunktionens viktigaste framgångsfaktorer entreprenör- och ledarskap. SU har lyckats etablera detta inom flera specialiteter. Det har i dessa fall inte varit resultatet av en medveten planering från SU's sida, utan snarare initiativ utifrån enskilda verksamhetschefer och deras engagemang för att skapa en god vård för hela regionens invånare. I dessa fall har forskningsintensiteten på SU och impulserna från akademien varit viktiga, men ensamma hade de inte räckt.

Den högspecialiserade vården är sällan något problem i dessa sammanhang. Det är snarare den kvalificerade specialiserade vården som blir föremål för diskussion när nivåstrukturering ska göras och arbetsfördelning beslutas.

Medarbetarnas incitament för att verka i SU's roll som motor i regionens sjukvård är idag näst intill obefintliga, med undantag för eventuell personlig tillfredsställelse i att bygga upp en fungerande regional vårdstruktur. Uppskattningen från samarbetspartners är naturligtvis viktig, men frågan är om det är dessa drivkrafter som präglar disputerade verksamhetschefer med stort intresse för FoU. Entreprenörskap och ledarskap i den regionala vården blir då ofta ett spontant och frivilligt åtagande, utanför sjukhusets strategiska planering och styrning.

SU och dess företrädare måste inse att motoreffekten inte automatiskt ges av forsknings- och utbildningsdelarna. Förmågan att skapa uppslutning kring hur vården ska hanteras inom specialiteten är avgörande. I teorin skulle denna typ av ledarskap kunna uppstå på SU likaväl som på andra sjukhus.

SU som "motor" i Regionens sjukvård och "sista utposten" har diskuterats tidigare. I den begreppsmoras som råder kan lite förenklat sägas att SU både ska vara sista utpost och främsta framkant. Motordefinitionen innehåller båda delar. Det som saknas i koncepten är vem eller vilka som ska driva på. Ett sjukhus kan inte driva på en utveckling, endast enskilda chefer och specialister kan göra detta. En viktig del i SU's strategi bör därför i ökad grad vara att hitta och uppmuntra medarbetare/chefer med ambitioner som sträcker sig in i den regionala sjukvården. Vårdens nivåstrukturering och samverkan kring denna är ett starkt regionintresse och måste vara viktigt för de personer som ska se till att SU's motor får tillräcklig effekt i Regionens sjukvård.

Motormetaforens viktigaste svaghet är den förenklade och ensidiga bild den ger av SU och övriga vårdgivare i Regionen. Budskapet är att kraft genereras i centrum och att den sedan fördelas på olika sätt ut till periferin. Den allvarligaste invändningen är att denna bild försvårar ett gott ledarskap för aktuella verksamhetschefer. Genom sitt innehåll av FoU, högspecialiserad vård och en mycket stor andel av regionens specialiserade sjukhusvård är det rimligt att SU har en ledande roll i det västsvenska vårdssystemet. Den ledande rollen skapas dock inte främst utifrån överlägsen specialistkompetens och begreppsmässiga besvärjelser (motorn), utan genom aktiv och medveten styrning. Det senare handlar i hög grad om att rekrytera och stimulera verksamhetschefer och specialister som vill ta ett stort ansvar för den regionala utvecklingen inom sin specialitet.

SU har haft en intern satsning på ledarutveckling. Fokus har varit på att bli "linjeledare", dvs att hantera verksamhet, ekonomi och personal (samtidigt). Verksamhetschefer och övriga chefer väljs i ökande grad utifrån ledaregenskaper. De akademiska meriterna är viktiga, men flera uppfattar att de minskat i betydelse. Samtidigt sjunker forskningsviljan och SA uttrycker kritik för att chefsrekryteringen inte baseras mer på akademiska meriter. Sjukhuset går här en balansgång.

Om motormetaforen ska behållas behöver SU's FoU och specialiserade kunskaper ses som bränsle till motorn, snarare än själva motorn. Motorn, eller drivkraften, är idag resultatet av enskilda eldsjälur. Det innebär att entreprenörskap och ledarskap är motorns främsta kännetecken. Denna insikt gifter sig kanske inte omedelbart med den akademiskt präglade synen, men är likafullt oundgänglig om SU ska kunna bidra till utvecklingen av sjukvården i hela Västra Götaland.

Motorn ska driva en cirkulationspump i ett kretslopp

Motorn ska inte driva ett fordon. Regionens hälso- och sjukvårdssystem är alltför komplext för att en sådan metafor ska träffa sitt mål. Det finns inte *en* kraftkälla och *en* enkelriktad kraftöverföring. I förhållande till den regionala sjukvården ska SU's motor driva något som kan liknas vid en cirkulationspump - närmare bestämt en dynamisk displacementspump⁴, precis som hjärtat.

De tekniska metaforerna ska inte överdrivas. Viktigt är att systemsynen och det ömsesidiga beroendet mellan de olika delarna samt deras specifika funktioner framgår. Den tolkningsfantasi, som demonstrerats av såväl intervjuade som rapportförfattaren, får ses mot bakgrund av bristande konkretion i såväl uppdraget till SU som sjukhusets strategier. Det är viktigt att benämningen och tolkningen av Sahlgrenskas ledande roll i den västsvenska sjukvården ges ett innehåll som gör de övriga vårdgivarna till partners i en gemensam process. I så fall är den långsiktiga överlevnaden för tidigare kulturproblem mellan SU och övriga sjukhus hotad. En positiv utgångspunkt räcker dock inte, men det är en bra början.

Den strategiska kartan

Utvecklingen av hälso- och sjukvården kräver en kontinuerlig nivåstrukturering av vården, Vad ska spridas och ligga nära patienterna och vad ska koncentreras? Dialys, PCI och hematologi har förts ut i länssjukvården. Det finns även rörelser åt motsatta hållet, t ex behovet att koncentrera behandlingen av ändtarms- och pankreascancer. Både SU och sektorsråden har varit viktiga när det har gällt att föra ut verksamhet, men när det gäller koncentrationen av vissa ingrepp har processen varit mer komplicerad. Regionens utvecklingsstrategi nämner endast de stora rörelserna i utbudet.

Hälso- och sjukvårdsavdelningens perspektiv är i grunden processinriktat. Utgångspunkten är att det är processerna som styr, inte bara utvecklingen, utan hela hälso- och sjukvården. Den viktigaste ansatsen är därför att tydliggöra dessa och använda dem som underlag för beslut. Den ständiga frågan är hur vård- och stödprocesser bidrar till god vård och systemeffektivitet. Hälso- och sjukvårdsavdelningen har inga storslagna strukturplaner, utan planerar att intensifiera och systematisera sin uppföljning. Indikatorer på systemeffektivitet och följsamhet till best practice kommer att tas fram tillsammans med professionen. Beställarens uppgift är att följa upp överenskommelserna.

Strategin är att systematiskt utvärdera verksamheternas processer och låta detta vara underlag för förbättringar, effektiviseringar och strukturbeslut. Viktiga ägaruppdrag är bl a att följa nationella riktlinjer, en journal - en patient, hantera olikheter i IT-struktur, d v s grund-

⁴ I en dynamisk displacementspump återför inflödet kolven och styr samtidigt slagvolymen. Detta är förklaringen till att hjärtat smått mirakulöst kan hålla två seriekopplade system med olika tryck i perfekt balans, oavsett vad vi tar oss för. Översatt till SU's relation med omvärlden innebär det att det finns ett inflöde, även från övriga verksamheter, som påverkar och stimulerar cirkulationspumpens arbetssätt.

läggande krav på kärn- och stödprocesser i ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem. Pedagogisering används ofta som nyckelord.

Denna inriktning möter inga principiella hinder i en i grunden evidensbaserad verksamhet. En bredare och mer systematisk tillämpning av planerad strategi låter sig dock inte göras utan avsevärda insatser och stödjande strukturer. I detta sammanhang finns anledning att fundera kring SU's roll som motor i den regionala sjukvården, sektorsråden och eventuellt andra funktioner. Vissa formella strukturer har byggts upp kring initiering och godkännande av vårdprogram, t ex ledningsgruppen för Regionens Hälso- och sjukvårdsprogram. Fortfarande saknas dock regionala kunskapscentra för att stödja vårdprogramarbetet. Det regionala onkologiska centrat stödjer vårdprogramarbetet inom cancervården genom administrativ service och registrering/uppföljning av tumörer och behandlingsresultat. Det finns också tre vårdprogramråd för stroke, diabetes och prehospital vård.

Ska det ingå i SU's roll som motor att organisera "kunskapscentra", som Centrum för utvärdering avseende nyttoeffekter av metoder och tekniker inom hälso- och sjukvården. Behövs det också inomprofessionella "centra", som utvecklar best practice och formerna för den aktuella vården. Inriktningen skulle då vara systematisk och att organisera arbetet med evidensbaserade regionala vårdprogram, där vårdprocesserna och de olika vårdgivarnas insatser överenskomms.

Styråtgärder

Det är ingen tvekan om att SU fyller en viktig funktion som motor i regionens sjukvård. Verkningsgraden i motorn varierar dock kraftigt mellan olika områden. Innovationsgraden är relativt hög, liksom kunskapsproduktionen. Detta har en stimulerande effekt på både näringsliv och hälso- och sjukvården. Effekten skulle kunna vara betydligt högre när det gäller utvecklingen av regionens sjukvård. Att vara motor innebär här att axla ett ansvar för respektive specialitets utveckling och att vara ledare i regionens kunskapsorganisation.

Hur ska då SU's potential kunna realiseras i utvecklingen av den regionala sjukvården?

- SU behöver ett tydligt uppdrag från Regionstyrelsen där det framgår vilka förväntningarna är på sjukhusets motorfunktion.
 - Förutom de självklara delarna kring kunskapsproduktion och kunskaps-spridning, bör behovet av nivåstrukturering, kunskapsledning och ett sammanhållet ledarskap inom respektive specialitet lyftas fram.
 - Regionledningen bör också klargöra vilken roll SU (med stöd av akademien) förväntas ha när det gäller utvärderingar och kunskapsunderlag för den aviserade betoningen på uppföljning och vårdprocesser.
- SU behöver förtydliga sina egna mål och strategier för att leva upp till de olika förväntningarna och öka motorns effekt
 - Motorns karaktär behöver förtydligas: En utvecklad FoU och kunskapsöverföring är basen, men inte mekanismen. Motorns vridmoment skapas av organisationens verksamhetschefer och specialister, i de fall de kännetecknas av entreprenörs- och ledarskap.
 - Partnerskapet mellan SU och övriga vårdgivare behöver också betonas starkare
- Incitamenten för verksamhetschefer och specialister behöver förändras så att de styr mer mot den regionala sjukvården. Utan att ge avkall på den akademiska profilen be-

höver fler eldsjälar och ledare med regionala ambitioner lockas fram ur organisationsdjupet.

- Sektorsrådets uppdrag bör i större grad betona deras roll i den löpande nivåstrukturen av regionens sjukvård. Här finns ett starkt nätverk som kompletterar SU's motorroll.
- Överväg idén om en "regionalisering" av SU's styrelse.
 - Alla utförarsjukhus har en lokalt förankrad styrelse. Till skillnad från övriga sjukhus är SU hela regionens sjukhus. Det gäller både ansvaret för regionens högspecialiserade vård och som motor i regionens sjukvård. En geografiskt bredare sammansatt styrelse skulle ge den politiska nivån ökade incitament att bidra till sjukvårdssystemets pågående integration.
- Avvägningen mellan vad som ska styras i beställningen respektive vad som ska styras genom tillämpad kunskapsstyrning och mellan sjukhusen överenskommen nivåstrukturering behöver övervägas. Pågående utvecklingsarbete och översyn av beställar/utförarmodellen kan lämpligen pröva detta.
 - Möjligheten att förtydliga och förstärka SU's roll som motor i Regionens sjukvård är beroende av andra styrsystem. Skulle SU få en mer uttalad roll som motor i regionens sjukvård innebär det att sjukhusets mandat från beställarna behöver öka, alternativt att uppdraget från ägaren blir tydligare på bekostnad av beställarnas inflytande.