

LEDA FÖR TILLGÄNGLIGHET

---

# Tillgänglighet i ledningssystemet

VERONIKA SUNDSTRÖM

På uppdrag av nätverket för Hälso- och  
sjukvårdsdirektörerna i landstingen

## Förord

Vårdgarantier av olika slag har funnits i den svenska sjukvården sedan 1992. Ändå är bristande tillgänglighet fortfarande den svenska sjukvårdens akilleshäla och det som drar ned det samlade betyget allra mest. De alldeles för långa väntetiderna står i bjärt kontrast till den svenska vårdens goda medicinska prestationer och resultat.

Men till bilden hör också att det sedan några år finns ett antal enheter som bedriver sin verksamhet med god tillgänglighet, det gäller både vårdcentraler och kliniker inom den specialiserade vården vid sjukhus. Genom konsekventa förbättringsarbeten har de åstadkommit en hållbar tillgänglighet som ligger inom ramen för vårdgarantins krav på leveranstid.

De många åren med vårdgarantier har gett oss erfarenheter. En sådan är att särskilda satsningar på att korta köer endast gett tillfällig effekt. Det som krävs är ett förändrat arbetssätt i grunden, annars är köerna snart där igen.

Att stödja landstingen i arbetet med att skapa en bestående god tillgänglighet är ett av SKL:s prioriterade områden. För att nå resultat har SKL och landstingen förenats i ett nationellt nätverk för kunskapsspridning och erfarenhetsutbyte. Arbetet kretsar kring sex aktivitetsområden; nationella medicinska indikationer, remisshantering, rutiner för väntande, uppföljning av väntetider, information och kommunikation samt processutveckling.

Att arbetet på ett strategiskt sätt integreras i ledningens styrsystem framstår allt mer som en sjunde viktig framgångsfaktor. SKL och Nätverket för hälso- och sjukvårdsdirektörer har därför uppdragit till Veronika Sundström, Norrbottens läns landsting, att kartlägga hur arbetet med tillgänglighet integrerats i landstingens styrsystem.

Rapporten kommer att användas som underlag i hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverkets arbete med tillgänglighet. De insikter om ledarskapets betydelse som förmedlas i rapporten förtjänar dock även en vidare spridning, varför den också görs tillgänglig på detta sätt. För slutsatserna svarar Veronika Sundström.

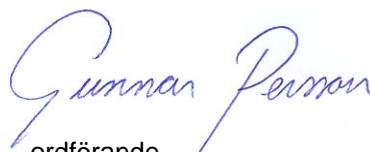
Stockholm i november 2007

Ellen Hyttsten



Direktör  
Sveriges Kommuner och Landsting

Gunnar Persson



ordförande  
Nätverket för hälso- och  
sjukvårdsdirektörer.

## Slutrapport –

# Tillgänglighet i ledningssystemet

## Sammanfattning

- Samtliga har integrerat styrparametrar kring tillgängligheten i sitt ordinarie lednings-/styrningssystem.
- Man ser tillgänglighetsfrågan som en integrerad del av det ordinarie verksamhets- och ledaransvaret på alla nivåer. Det har bedrivits ett omfattande arbete under flera år och de flesta menar att tillgänglighetsfrågorna trots allt utvecklas i positiv riktning.
- Både högsta ledningens och politikernas engagemang är högt. Trots det finns en viss tröghet i organisationen då det gäller att nå resultat. Flera menar att det ytterst beror på en djupt rotad kultur-/attitydfråga som tar tid att förändra.
- Inriktningen på tillgänglighetsarbetet verkar i hög grad ha handlat om att hitta effektiva metoder antingen för hur man mäter och följer upp eller metoder för att förnya och optimera arbetssättet. Man har inte i lika hög grad fokuserat frågor om ledarskap och kultur/ attityder.
- Engagerade chefer ses som en av de i särklass viktigaste framgångsfaktorerna. Det gäller i synnerhet verksamhetscheferna. Övriga framgångsfaktorer som oftast nämns är den tydliga uppföljningen och högsta ledningens sätt att uthålligt hålla frågan på agendan.
- Flera bedömer att verktyg för mera konkret produktionsplanering och analys är ett område som bör utvecklas.
- Flera nämner också mera arbete kring utveckling av vårdkedjan/processerna, fördelning primärvård/specialistvård etc.
- Arbetet med utveckling av gemensamma medicinska indikationer ses som mycket viktigt av de flesta samtidigt som det betraktas som ett ytterst svårt område

## Uppdrag

Uppdraget har varit att inventera framgångsrika ledningsstrategier som säkerställer en långsiktigt hållbar god tillgänglighet till hälso- och sjukvården. Uppdragsgivare är nätverket för hälso- och sjukvårdsdirektörer i landet och har finansierats av SKL. Inventeringen har gjorts med hjälp av intervjuer med hälso- och sjukvårdsdirektörer/motsv. i landet.

## Arbetssätt

Intervjuerna har gjorts enligt ett frågebatteri (se bilaga 1) men de intervjuade har haft stor möjlighet att själva påverka inriktningen och lyfta fram frågor som man själv anser vara väsentliga.

Arbetet har bedrivits från april till september 2007. Inledningsvis genomfördes intervjuerna genom personliga besök men har efterhand övergått till telefonintervjuer.

Ibland har fler än en intervjuperson deltagit.

Enligt önskemål från uppdragsgivaren har också en handfull personer på sjukhusdirektörsnivå intervjuats. Dessa intervjuer ska ses som ett komplement till huvuduppdraget för att stämma av var i ledningssystemet som bekymren börjar. Några generella slutsatser kan av naturliga skäl inte dras av dessa diskussioner.

Förutom intervjuerna har en del skriftligt material gåtts igenom, t ex planer, uppdragsbeskrivningar, uppföljningsmodeller etc.

## Generaliserbarhet

Hälso- och sjukvårdsdirektörer/motsv. i 16 av 21 landsting har intervjuats. Relativt tydliga mönster framgår även om alla inte ger likadana svar inom alla delområden. Värt att framhålla är att detta inte är en kvantitativ studie utan mera ett försök att tränga djupare in i orsaker och samband ur ett ledningsperspektiv.

## Analys av resultat

### Ledningssystemet

Landstingen har integrerat tillgänglighetsfrågorna i sina ordinarie system för ledning och styrning från högsta nivå och så långt in i organisationerna som denna studie kan överblicka. Målsättningen är tydlig och man sviktar inte i sina ambitioner. Däremot intar inte tillgängligheten någon överordnad ställning i förhållande till andra frågor. Det finns en insikt om att detta har kommit för att stanna och att man måste arbeta långsiktigt och uthålligt med frågan. Utmärkande är också både allmänhetens och politikernas starka intresse för detta samt de goda möjligheter som finns till kontinuerlig uppföljning och jämförelser nationellt.

*"Tillgängligheten är ett lika stort eller lika litet problem som allt annat inom sjukvården. Enda skillnaden är att trycket från den politiska nivån är särskilt högt"*

*"Vi försöker använda ett integrerat synsätt för att åstadkomma god vård och där är tillgängligheten en viktig komponent."*

Svar på frågan om det finns en särskild utpekad strategi för att uppnå god tillgänglighet handlar ofta om vilka metoder som använts. Exempelvis Genombrott, Bra mottagning, förbättrade system/metoder för uppföljning, utformning av nyckeltal osv. Mitt intryck är att många saknar en särskild utpekad strategi som enbart gäller tillgänglighet. De flesta ser detta som en integrerad del av ledning och styrning i stort.

Generellt sett finns en känsla av att man nått långt med den interna processen kring tillgänglighetsfrågorna. Ett seriöst arbete har bedrivits och bedrivs i många delar av verksamheten. De allra flesta tycker att diskussionerna om tillgänglighetsfrågorna har mognat och att mycket har hänt de senaste åren. Endast i ett fåtal av landstingen uppger de tillfrågade att man fortfarande "står och stampar".

Flera av de tillfrågade har emellertid svårt att med någon säkerhet uttala sig om engagemanget längre in i organisationen än förvaltningschefer/motsv. eftersom man inte har direktkontakt med nivåer längre ned.

De högsta nivåerna i landstingen med politikerna i spetsen har nästan undantagslöst ett mycket högt engagemang i frågorna. Detta är avgörande och en nödvändig förutsättning men leder inte med automatik till snabba resultat i form av hög tillgänglighet längre in i organisationen. Det kan i sig bero på den specifika komplexiteten ledningsmässigt som sjukvården utgör och som inte enbart slår igenom då det gäller tillgänglighetsfrågorna. Den relativt hierarkiska organisationsstrukturen inom hälso- och sjukvården främjar inte heller ett snabbt genomslag för nya frågor eller förhållningssätt.

*”Ledningen på alla nivåer måste tro på och driva frågorna, annars händer ingenting.”*

Det är när det gäller detta som många menar att knuten sitter; dvs hur man får hela ledningskedjan att dra åt samma håll. I de allra flesta landsting är ansvaret för tillgängligheten helt och hållet en integrerad del av det ordinarie ledaransvaret.

### Ledarna

Inriktningen på tillgänglighetsarbetet verkar i hög grad ha handlat om att hitta effektiva metoder antingen för hur man mäter och följer upp eller metoder för att förnya och optimera arbetssättet (t ex Genombrott/Bra mottagning). Man har inte i lika hög grad fokuserat frågor om ledarskap och kultur/attityder. Just dessa frågor lyfter majoriteten fram som avgörande framgångsfaktorer; chefernas inställning, engagemang och kulturen/attityderna.

*”Det handlar om att ändra sitt arbetssätt/förhållningssätt i grunden där mycket bygger på standardisering. Det är en mycket längre resa och kräver en kulturförändring.”*

Det är ont om särskilda utvecklingsinsatser riktade till chefer på temat ”att leda för god tillgänglighet”. Det hänger troligen ihop med resonemanget ovan om att ledarskapet inte varit det som primärt stått i fokus. Många har hoppats få ledningens engagemang så som på köpet med hjälp av deltagande i olika förbättringsarbeten. Det verkar inte alltid fungera och man kan därför fråga sig om det även krävs andra insatser som specifikt fokuserar ledningens roll och ansvar men även finlipar verktygen för ledning. De förbättringsmetoder som används verkar framförallt vara en hjälp på lokalt plan men används inte för att aggregera upp till ett större system.

*”Tanken har varit att man genom att delta i olika utvecklingsaktiviteter ska få in rätt tänk.”*

Flera nämner läkarna som en nyckelgrupp men som ledningen generellt har svårt att nå. Man är väldigt beroende av de medicinska cheferna och därmed deras engagemang. I synnerhet betonas verksamhetschefernas roll. Många av de intervjuade vittnar genomgående om positiva effekter på tillgängligheten där de medicinska cheferna är engagerade och driver frågan internt.

*”Läkarna kan både vara en motor och en broms.”*

### Orsaker tillgänglighetsproblem

I de flesta fall bygger kartläggningar av problem på de uppgifter som verksamheterna själva redovisar. Flera menar att kvalitén på dessa kartläggningar är varierande

beroende på hur öppen för förnyelse och förändring som den aktuella verksamheten är. Det resulterar ibland i skilda problembilder mellan ledning och verksamhet.

Några av de tillfrågade har inte dagsaktuell information kring problemområden utan hänvisar till den inventering som gjordes då vårdgarantin infördes. Jag tolkar detta som att man befinner sig för långt ifrån den konkreta verksamheten för att bli direkt involverad i frågor av den karaktären.

De flesta har emellertid god kännedom om var svagheterna finns och arbetar aktivt med åtgärder. Problemen finns i hög grad inom de opererande specialiteterna (t ex ortopedi, kirurgi, ögon, urologi). Å andra sidan är det inom dessa områden som man arbetat mest med tillgängligheten under senare år och även gjort stora framsteg. En intressant iakttagelse är att primärvården i några fall utpekats som det område där mest arbete återstår att göra. Detta beror på att vårdgarantin anses komma i konflikt med primärvårdens klassiska inriktning mot kroniskt sjuka och äldre. Tillgängligheten för andra grupper kommer i andra hand.

Majoriteten kan sägas ha en god bild av var problemen finns men har inte gjort någon grundligare undersökning av vad problemen egentligen består av.

*”Vi vet var problemen finns men har väl inte definierat det i sina delar.”*

Endast ett fåtal nämner läkarbrist som ett problem, där detta är en orsak betraktas det emellertid som en grundbult för att överhuvudtaget ha en chans att klara tillgängligheten. Någon uttrycker hur viktigt det är att åtgärderna anpassas till problemets art, dvs om läkarbrist orsakar tillgänglighetsproblem så måste en mera långsiktig handlingsplan utarbetas. Då är t ex tillfälliga volymökningar inte verkningsfulla.

Det är ovanligt att landstingen använder konkreta produktionsplaner som ett sätt att styra och följa verksamheten. Många säger att produktionsplanering finns fast på lägre nivå men att man inte är direkt involverad. Flera bedömer att mera konkreta produktionsplaner är ett område som bör utvecklas. Goda exempel är ofta elektiva enheter med definierade uppdrag.

Något som direkt motverkar en bra diskussion om tillgängligheten är när ledningen på högsta nivå inte fokuserar verksamhetens kärna; dvs sjukvårdens innehåll, kvalitet och resultat utan istället administrationen av sjukvård. Framst ekonomi- och personalfrågor. Detta är ett synsätt som emellertid är mycket ovanligt.

När det gäller resursfrågan så menar många att man trots allt inte kan bortse från den men att man inte kan börja diskussionen med att ställa ekonomi och tillgänglighet mot varandra. Flera menar att det inte minst är viktigt hur den högsta ledningen väljer att diskutera tillgänglighet.

*”Attitydfrågan är viktigast där ledningen måste gå före... Däremot är det inte helt entydigt att tillgängligheten överhuvudtaget inte skulle ha något samband med resurserna/ekonomin. Någonstans finns även en sådan problematik som måste hanteras men det går inte att börja diskussionen i den ändan.”*

## Verktygen

Eftersom tillgänglighetsfrågorna många gånger kräver en reell omprövning av invanda arbetssätt och strukturer så behövs också verktyg för att framförallt identifiera rimliga nivåer på uppdraget utifrån de samlade resurserna. Ledningar verkar generellt ha svårt att finna sådana instrument som gör att man kan föra en verklig dialog om detta. Då fastnar man lätt i ett slags ställningskrig där verksamheten säger en sak och ledningen hävdar något annat.

*”Det finns generellt en motvilja i sjukvården mot att tänka i produktivitetstermer och det är en del i den kultur som måste förändras”*

*”Det finns en förbättringspotential i processdelarna. Det behövs en mera specifik produktionsplanering på en nivå som är närmare verksamheten.”*

Det går inte att utläsa något generellt samband mellan god tillgänglighet och omfattningen av stödresurser (t ex väntetidskanslier, stöd i förbättringsarbeten eller annat). Ett sådant samband kan däremot inte uteslutas men den här undersökningen kan inte påvisa något sådant.

Däremot har de absolut flesta arbetat fram kraftfulla verktyg för uppföljning av hur tillgängligheten utvecklas. De bygger i hög grad på de uppgifter som lämnas in till den nationella databasen men flera följer även andra parametrar samt har en tätare frekvens på uppföljningen.

En intressant synpunkt är att någon anser att landstingen bör bli bättre på att nyttja varandras marginalkapacitet. Det verkar m a o som att samarbetet på ledningsnivå mellan landstingen inte fungerar så att det resulterar i en konkret samverkan genom att ”byta” patienter (vi har kö på ett område men ledig kapacitet inom ett annat). Väntetidsdatabasen är ju tänkt som ett sätt att kunna hitta ledig kapacitet men det är uppenbarligen inget planeringsinstrument för ledningsorganisationen som har ansvar för tillgängligheten.

## Framgångsfaktorer

De framgångsfaktorer i det egna tillgänglighetsarbetet som oftast nämns av de intervjuade själva är engagerade chefer, den tydliga uppföljningen och högsta ledningens sätt att uthålligt hålla frågan på agendan. Många uttrycker också att just det faktum att ansvaret ligger ute i linjen främjar tillgängligheten. En viss skillnad finns mellan större och mindre landsting/regioner. De större landstingen tenderar att mera betona system för uppföljning, tydliga uppdrag och mål. De mindre betonar i högre grad närheten och dialogen i ledningssystemet. De flesta är dock överens om att det krävs ett ständigt ”gnetande” och frågeställande för att hålla frågan vid liv.

*”Man måste hela tiden ligga på, följa upp, ställa frågor osv – ett ständigt gnetande”*

*”Hos oss har kommunikationen och närheten till verksamhetscheferna varit avgörande – vi äger frågan gemensamt”*

## Struktur

Tillgängligheten har vanligtvis inte varit drivkraften bakom de strukturella förändringar som gjorts i landstingen på senare år. Det har i de flesta fall istället handlat om att koncentrera för att höja kvalitet och uppnå en långsiktigt hållbar verksamhet. De som har koncentrerat elektiv verksamhet har i samtliga fall goda erfarenheter av detta även ur tillgänglighetsperspektiv.

De svarande har varierande kunskaper om huruvida man skiljer på akut/planerad verksamhet. Många menar dock att detta är en nyckelfråga för att öka produktiviteten.

Smala specialiteter är oftast en regionfråga och inget som man generellt upplever är svårhanterligt ur tillgänglighetsperspektiv. Det är främst de mindre landstingen som lyfter fram att detta börjar bli ett bekymmer även inom länssjukvården. Den medicinska utvecklingen går dithän att specialiseringen ökar vilket i sin tur kräver ett utökat regionalt samarbete.

## Kunskaper

Ingen har gjort någon särskild kartläggning av kunskaper om vårdgarantin bland medarbetarna. Signaler om att det fungerar eller inte kommer vanligtvis via patientnämnder/patientservice/sjukvårdsupplysning etc. Kunskaperna upplevs generellt som goda och de flesta har tidigare genomfört omfattande kampanjer för att höja kunskapsnivån. Inom några landsting tycker man sig se kunskapsluckor och man har olika idéer kring hur de ska täppas igen.

## Andra röster

Samtalen med en handfull sjukhusdirektörer/motsv. visade på en tydlighet kring målsättningarna om tillgänglighet. Enligt dessa personer finns en bred acceptans för vårdgarantin i organisationen medan de ser sig begränsade då det gäller förutsättningarna att faktiskt uppnå tillgänglighetsmålen.

*”Mitt ansvar gäller inte enbart detta område... Som ledare ska man fokusera på en större bild och där ligger ofta dilemmat. Ibland blir konflikten gentemot ekonomin, vilken del ska prioriteras? Så ser vardagen ut.”*

De anser inte att dialogen uppåt i organisationen om tillgänglighetsfrågorna fungerar tillfredsställande. Målen betraktas som fastställda och många gånger anses kraven vara motstridiga och man menar att det är först då det uppstår problem i processerna som det förekommer någon slags dialog. Även denna grupp betraktar arbetat med gemensamma indikationer som ett område i stort behov av utveckling.

En av de tillfrågade uttryckte särskilt tydligt att tillgänglighetsfrågorna visar på behov av en djupare utveckling av ledarskap och kultur och menade att arbetet hittills i alltför hög grad istället handlat om olika metoder för förbättringar.

*”Det gäller att på allvar ha patientfokus och på djupet skapa insikt och förståelse för hur verksamheten bör bedrivas utifrån det.”*

## Övrigt

Jag har också frågat om behovet av stöd/samarbete på den nationella nivån.

- De flesta nämner arbetet med medicinska indikationer som en nyckelfråga men uttrycker också en viss uppgivenhet över att arbetet hittills inte lett till så mycket (detta bör i sig leda till djupare analys tycker någon – vad är egentligen orsaken till att detta inte får genomslag?). Det ses som ett mycket svårt område.
- Fler nationella riktlinjer/rekommendationer.
- Mera arbete kring utveckling av vårdkedjan/processerna, fördelning primärvård/specialistvård
- Väntetidsdatabasens fortsatta utveckling lyfts fram av många eftersom det innebär att man på så sätt håller frågan vid liv. Det anses som mycket viktigt med ett gemensamt förhållningssätt och att mäta likartat.
- Stöd i form av nätverk, mötesplatser, lyfta fram goda exempel etc
- Metoder, även mera konkret hur man gör för att etablera rimlig grundproduktion.

*”När man väl fått ordning på rutiner och flöden så aktualiseras frågor om prioriteringar/urval... vi går generellt mot en ökande standardisering när man ser att indikationerna spretar, se på det aktuella exemplet om sjukskrivningsprocessen som nu är på väg att stramas upp.”*

*”Variationer i praxis nationellt är för stora för att vara rimliga. Men hur ska man syna detta?”*

Jag har också ställt frågan om hur de ser på utvecklingen av vårdgarantin och det råder stor samstämmighet om att diagnostiken ur ett patientperspektiv bör ingå i garantin. Däremot är det inte många som tror på en generell skärpning, risken blir att förtroendet för reformen urholkas om man inte först lyckas uppnå dagens nivåer. Några landsting har emellertid redan infört skärpta nivåer.

## Bilaga 1: Intervjuguide

### Frågeområden ledningsstrategier tillgänglighet

#### 1. Tillgänglighet i ledningssystemet

- Finns konkreta mål kring tillgänglighet i landstinget/regionen?
- Finns särskild strategi för att uppnå god tillgänglighet?
- Hur engagerade är ordinarie linjeorganisation samt högsta ledning i uppföljning av tillgänglighet? Diskuteras detta på högsta ledningsnivå? Hur manifesteras detta, vad resulterar det i?
- Finns tillgängligheten med i den balanserade styrningen?
- Vilken direkt dialog har landstingsledning/motsv. med flera chefsled omkring tillgänglighetsfrågorna?
- Finns särskilda insatser/aktiviteter riktade till chefer på temat "att leda för god tillgänglighet"?
- Hur ser ledningen på sin roll och sitt ansvar för att ge förutsättningar så att verksamheten kan uppfylla vårdgarantin nu och över tid?

#### 2. Ansvar för tillgänglighet

- Hur tydliggörs ansvaret för tillgänglighet?
- Finns ansvar för tillgänglighet i linjen (exvis: vem vänder sig pat till, vem ansvarar för att hitta vård om ej tillgång finns i landstinget/regionen, vem tar ekonomiskt ansvar för vård enligt vårdgarantin utanför landstinget/regionen osv)?

#### 3. Orsaker till tillgänglighetsproblem

- Där problem med tillgänglighet finns – är problemet definierat? Finns "objektiv" kartläggning?
- Finns konkret produktionsplanering?
- På vilken nivå?
- Finns fastställda nivåer för grundproduktion?
- Vilken slags kartläggning bygger den isåfall på?
- Hur/var sker uppföljning?
- Bedrivs kökortningsprojekt? Kombinerar detta med översyn av ordinarie verksamhet/arbetsprocesser?

#### **4. Struktur**

- Har strukturella frågor aktualiserats/genomförts? Har motivet varit ökad tillgänglighet? Uppföljning/resultat?
- I vilken omfattning skiljs akut och planerad verksamhet åt rent organisatoriskt?
- Resonemang kring "smala" specialiteter med liten volym och få läkare?

#### **5 Kultur och dialog**

- Är alla delar av vården lika engagerade i uppfyllandet av tillgänglighetsmålen/vårdgarantin? Finns lägre acceptans i någon del av organisationen?
- Kunskaper om vårdgarantin bland medarbetare och ledning. Finns kartläggning? Resultat? I synnerhet kunskaper hos läkargruppen?
- Finns forum för dialog och diskussion om tillgänglighetsfrågor mellan olika nivåer i organisationen?

#### **6 Övrigt**

- Hur ser man på behovet av stöd från den nationella nivån – inom vilka områden, var är det viktigt att gå fram gemensamt osv?