

2017-08-21

## Fördjupning utifrån SKLs analys av Region Jämtland Härjedalen

Regionstyrelsens ordförande kontaktade i april 2017 Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, för samtal om hur en liten region med svag skattekraft ska klara att finansiera sin egen välfärd. SKL föreslog att SKL i ett första steg gör en standardanalys av regionens ekonomi och styrning, utan krav på ersättning. Den grundläggande idén bakom analysen är att arbeta fram en översiktlig analys av nuläget och de framtida ekonomiska förutsättningarna. Denna kan sedan utgöra en plattform för regionens fortsatta utvecklingsarbete. Den kan också tjäna som underlag för fortsatt diskussion av ytterligare stöd av SKL. Regionstyrelsen godkände detta 2017-04-18 § 79.

Analysen presenterades i form av en powerpointpresentation dels till regionstyrelsen och dels till regionfullmäktige 2017-06-20. Då beslutade också regionstyrelsen § 168 att ge regiondirektören i uppdrag att utifrån den analys som SKL presenterade göra fördjupade analyser tillsammans med SKL och återkomma till regionstyrelsen i augusti och presentera analyserna och förslag till åtgärder. Analyser och förslag till åtgärder ska i första hand inriktas på att minska kostnader för den specialiserade sjukhusvården.

Regiondirektören tillsatte i juni 2017 en analysgrupp som består av följande personer:

- Roland Ylander - ekonomstrateg och regionens KPP-ansvarige - ingår i SKLs nätverk för KPP och controllernätverket
- Annika Jonsson - utredare/projektledare och analyserare (ekonom)
- Jennie Eriksson - chefscontroller (ekonom)
- Annica Sörensdotter – personaldirektör
- AnnaKerstin Lejonklou - kontaktperson för öppna jämförelser och andra kvalitetsjämförelser
- Anna-Karin Andersson - hälso- och sjukvårdssamordnare, är hälso- och sjukvårdsdirektörens högra hand och erfaren verksamhetsutvecklare inom sjukhuset
- Ingela Jönsson sammankallande för gruppen och leder analysarbetet i rollen som Planeringschef och chef för Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen.

Under sommaren har regionens KPP-ansvarige tagit fram:

- dels sammanställningar av olika produktionsuppgifter på uppdrag av ekonomiutskottet,
- och dels selekterat fram information ur KPP för 2016 där Östersunds sjukhus jämförs med länssjukhusen i Sunderbyn, Sundsvall, Gävle, Kalmar, Karlstad och Södra Älvsborg.

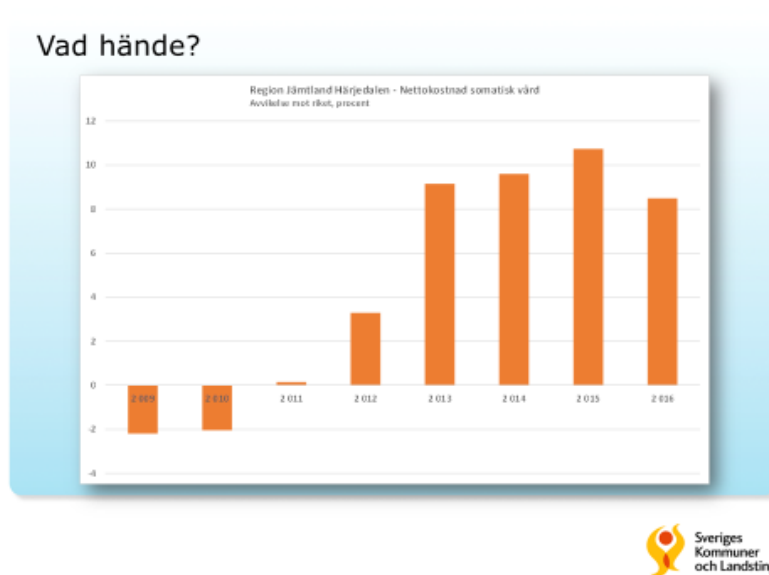
2017-08-21

Med SKLs analys och sommarens KPP-underlag träffades analysgruppen och representanter från SKLs analysgrupp den 15 augusti 2017. Från SKL deltog:

- Fredrik Westander, utredare, Avdelningen för vård och omsorg och ansvarig för SKLs arbete med Öppna Jämförelser, Vården i siffror mm
- Jonas Eriksson, ekonom, Avdelningen för ekonomi och styrning och ansvarig för analyser utifrån räkenskapssammandragen mm
- Anna Häggqvist, samordnare, Avdelningen för ekonomi och styrning, jobbar med bl a controllernätverket och Ekonomidirektörsnätverkets KPP-baserade benchmarkingprojekt.

## Diskussionerna ledde fram till följande första analysobjekt:

### 1. Utvecklingstakten – Nettokostnad somatisk vård – avvikelse mot riket i procent – Bild 105 i SKLs analys



#### Analysfrågeställningar:

- Kan utvecklingstakten brytas ner per verksamhet dvs medicin, kirurgi, ortopedi, barn, kvinna? - och jämföras med andra sjukhus?
- Kan utvecklingstakten för diagnostikverksamheterna brytas ut? - och jämföras med andra sjukhus?

#### Vem gör? + tidplan:

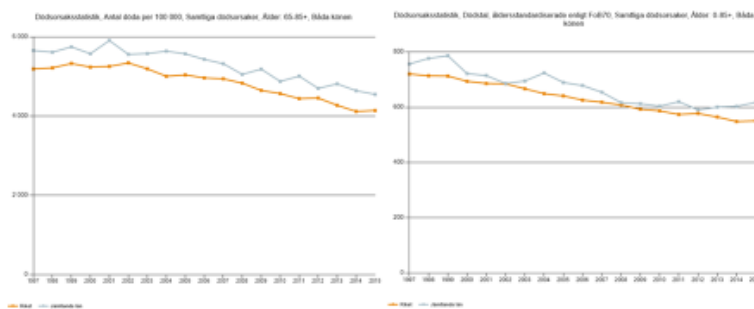
- SKL undersöker vilken info de har, d.v.s. om deras uppgifter i ovanstående bild har detaljer att lyfta fram – Klart 15 september  
SKL undersöker info om medicinsk service i t ex Nysam eller liknande – Klart 15 september
- Regionens analysgrupp tar fram ett faktpaket per område med
  - Produktionsutvecklingen (Rolands uppgifter)
  - Personalkostnadsutveckling, kronor och arbetade timmar för olika yrkeskategorier (Annika, Anna-Karin tar fram)

2017-08-21

- Hyrpersonalkostnadsutveckling, kronor och timmar (Annika, Roland tar fram)
- Ovanstående för 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 jan-juni
- Klart 15 september
- Faktapaketen analyseras av respektive områdeschef för att söka förklaringar till utvecklingen - Klart 30 oktober.
- Åtgärdsanalys – d.v.s. kan utvecklingen vändas? Fokus på antal vårdplatser – kan antalet minska eller organiseras på ett personaleffektivare sätt?  
HS-direktören ansvarig – workshop med områdescheferna när faktaanalysen ”hemmavid” är gjord. – Klart december.

## 2. Hög dödlighet = högre ohälsa o högre sjukdomsförekomst. Spåra orsaken! Bild 16 i SKL-analysen

### Antal döda per 100 000 inv 65 år och äldre samt åldersstandardiserat



Den högre (oberoende av ålder) dödligheten i Jämtland är en indikator på ohälsa & högre sjukdomsförekomst, men vi har svårt spåra den i (viss) diagnosbaserad statistik. Se kommande bilder.



#### Analysfrågeställningar:

Kan dödsorsaksregistret ge mer information?

#### Vem gör? + tidplan:

SKL (Fredrik) är bollplank till analysgruppen kring vilken data som kan finnas och hur den ska tolkas. Klart 30 september.

### 3. Fördjupning av analyserna kring polikliniseringen. Bild 35 i SKL-analysen

Egen vårdplatskapacitet per 1000 inv: RJH ungefär som riket, men högre för kirurgisk vård. Därtill har RJH hög andel köpt vård, vilket bör påverka tolkningen. Vårt studera.

Tabell V 30 Genomsnittligt disponibla vårdplatser<sup>1)</sup> per 1000 invånare efter medicinsk huvudgrupp 2015

Husman <sup>2)</sup>	Specialiserad sömnsk vård	vård				Specialiserad psykiatrisk vård	Summa specialiserad vård	Primär- vård	Totalt
		Medicinsk korttidsvård	Kirurgisk korttidsvård	Geriatrisk vård	Övrig <sup>3)</sup> vård				
Stockholm	1,98	0,78	0,56	0,42	0,12	0,44	2,31	-	2,31
Uppsala	2,25	1,06	0,99	0,15	0,08	0,35	2,61	-	2,61
Sjösås	1,65	0,99	0,14	-	1,42	0,76	2,42	-	2,42
Östergötland	1,85	0,85	0,85	0,09	0,08	0,37	2,24	-	2,24
Jämsjöping	2,11	0,95	0,81	0,34	-	0,42	2,52	-	2,52
Kronoberg	2,05	1,15	0,80	0,09	-	0,88	2,93	-	2,93
Kalmar	2,32	1,12	0,91	0,15	0,14	0,42	2,74	-	2,74
Blekinge	2,37	1,31	0,90	0,13	0,03	0,29	2,66	-	2,66
Söder	1,89	1,11	0,79	0,82	0,07	0,39	2,28	-	2,28
Hälsjö	1,84	0,95	0,75	-	0,11	0,27	2,11	0,03	2,13
Västra Götaland	1,97	1,01	0,80	0,10	0,08	0,48	2,45	-	2,45
Värmland	2,00	1,18	0,82	-	-	0,37	2,37	-	2,37
Örebro	2,09	1,08	0,87	0,10	0,04	0,42	2,51	-	2,51
Västmanland	1,95	1,15	0,83	0,09	0,07	0,48	2,41	-	2,41
Blekinge	2,14	1,03	0,78	0,28	0,13	0,47	2,60	-	2,60
Gästrik	1,91	1,08	0,82	0,05	-	0,29	2,07	0,05	2,13
Västernorrland	1,99	1,25	0,14	-	-	0,75	2,75	-	2,75
Jämtland	2,04	1,05	0,95	-	-	0,38	2,42	0,05	2,48
Västervik	2,44	1,25	0,81	0,29	0,05	0,39	2,83	0,11	2,94
Norrbo	2,08	0,78	-	-	0,05	0,47	2,55	0,13	2,68
Göteborg	2,33	1,53	0,88	-	-	0,23	2,56	-	2,56
TOTALT	1,97	0,87	0,71	0,17	0,13	0,44	2,41	0,01	2,42

1) Räknytt per sjuksäng till all hög- och försäljning förekommer mellan länsregioner.  
2) Inaktiva enheter bedöms i länsregioner som drivs av andra vårdgivare.  
3) Övriga korttidsvård samt övrig sjukvård.



#### Analysfrågeställningar:

- Vad är det andra polikliniserat som vi ännu inte gjort? Finns något exempel på landsting/region med bra nivå av poliklinisering, trots långa avstånd? Argumentet emot poliklinisering här är oftast långa avstånd och risk för patienten om hen får komplikationer - att inte hinna till vården - om behov av hjälp skulle uppstå.

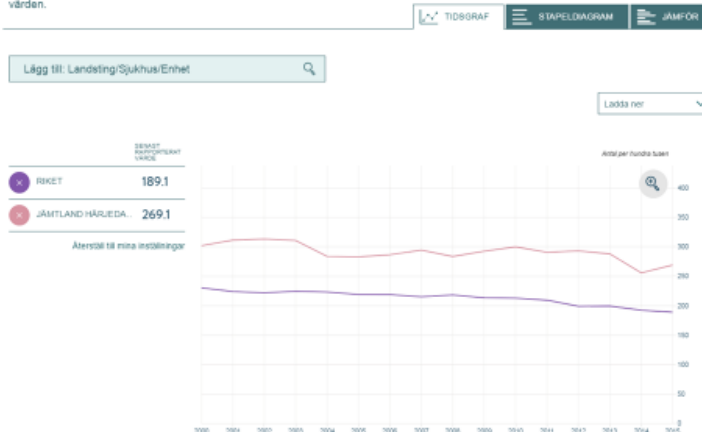
#### Vem gör? + tidplan:

SKL (Fredrik) är bollplank till analysgruppen kring vilken data som kan finnas och hur den ska tolkas. Klart 30 september.

### 4. Hög förekomst av höftfrakturer – vad beror det på? Bild 23 i SKL analysen

#### Förekomst av höftfraktur

Antal patienter med höftfraktur per 100 000 invånare. Ej åldersstandardiserade värden.



2017-08-21

Analysfrågeställningar:

- Varför ligger Jämtland Härjedalen hela 2000-talet så markant över riket när det gäller just höftfrakturer? Hur påverkas detta av att vi är sena att införa osteoporos-läkemedelsbehandling? Reoperationsgrad?

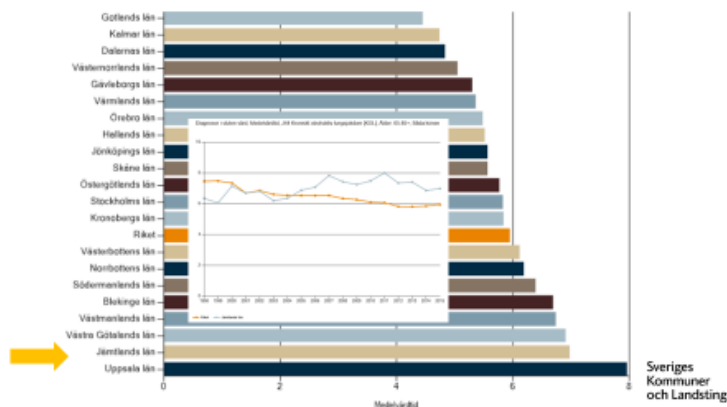
Vem gör? + tidplan:

Regionen och kommunerna har tillsammans i SVOM (samarbetsorgan) beslutat om en analys av just orsaker till höftfrakturerna som ska återredovisas till SVOM i höst. (Anna-Kerstin). Klart 30 november

**5. Långa vårdtider för KOL-patienterna, varför? Bild 45 i SKLanalysen**

**Medelvårdtid – slutenvård vid KOL. RJH lång vårdtid; har påverkan på KPP-kostnaden.**

Diagnoser i slutenvård, Medelvårdtid, J44 Kroniskt obstruktiv lungsjukdom [KOL], Ålder: 65-85+, Båda könen, 2015



Analysfrågeställningar:

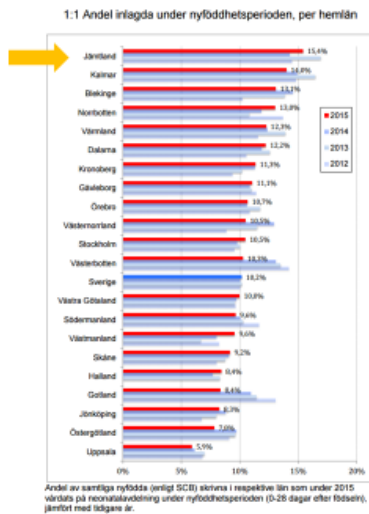
- Varför har Region Jämtland Härjedalen längsta vårdtiderna när det gäller KOL? Hur har andra organiserat denna vård? Hur går arbetet med att följa nationella riktlinjerna för KOL?

Vem gör? + tidplan:

Områdeschef, MLA och MLU för KOL bör kunna förklara. Klart 30 september

2017-08-21

## 6. Överkapacitet på neonatalvården? Bild 71 i SKLanalysen



### Andel levande födda barn som vårdas i neonatalvård

Jämtland har påtagligt hög andel. Överkapacitet eller annan förklaring?

Kostnadseffekter?



Regionen  
Neonatalvårdens omfattning  
och resultat år 2015



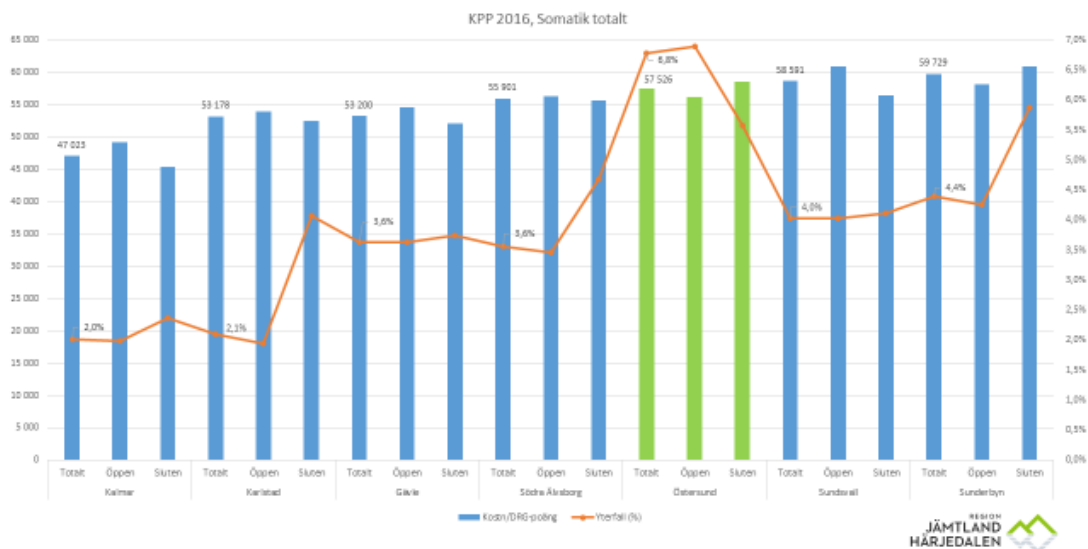
### Analysfrågeställningar:

- Varför har Region Jämtland Härjedalen hög andel neonatalvård? Innebär det överkapacitet? Säljer vi platser till andra?

### Vem gör? + tidplan:

Områdeschef och MLU för neonatalvården bör kunna förklara. Klart 30 september

## 7. Varför har Östersunds sjukhus så hög andel ytterfall 2016? Bild 1 i KPPanalysen



2017-08-21

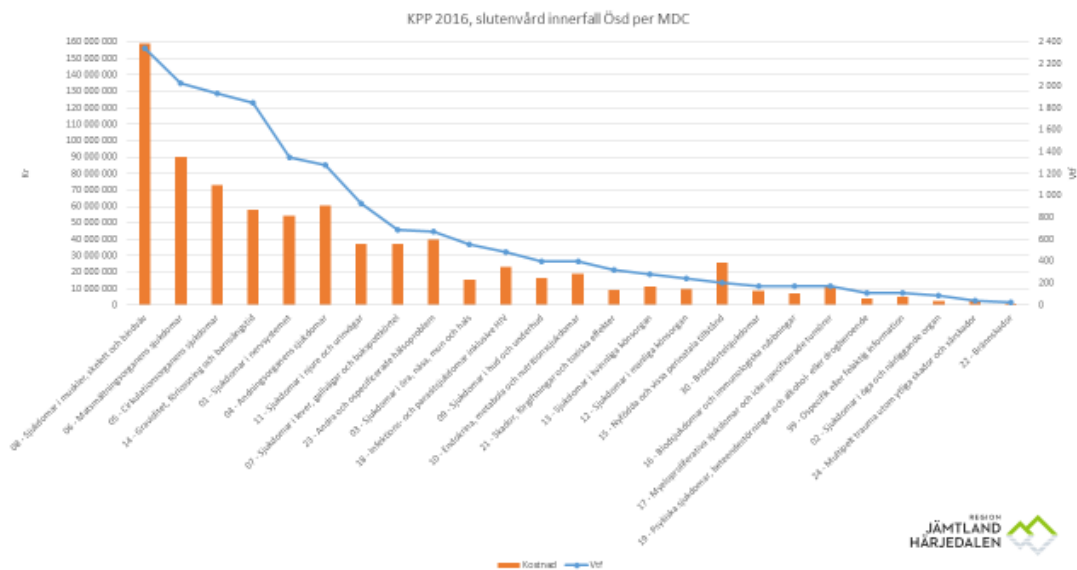
Analysfrågeställningar:

Kan ytterfallen analyseras vidare genom t ex kontroller av registreringskvalitet och journalgranskningar?

Vem gör? + tidplan:

Analysgruppen funderar vidare på hur analyserna bäst kan ske. Klart 30 november.

**8. Fördjupad analys av tre olika MDC för slutenvård. Bild 12 i KPP-analysen**



Analysfrågeställningar:

Kan informationen i MDC 8- sjukdomar i muskler, skelett och bindväv, MDC 6 - matsmältningsorganens sjukdomar och MDC 14 - graviditet, förlossning och barnsängstid brytas ner i diagnosgrupper för att se om något sticker ut vid jämförelse med de andra sjukhusen och analyseras vidare genom t ex kontroller av registreringskvalitet och journalgranskningar? Kan informationen bytas ner till regionens organisatoriska delar? Kan info om vad det är som är dyrare tas fram t ex andel personalkostnader av totalkostnaden och jämföra med de andra valda sjukhusen?

Vem gör? + tidplan:

Roland fortsätter nedbrytningen så långt han kommer i dialog med analysgruppen och Anna, Jonas och Fredrik från SKL.

SKL (Anna, Jonas) undersöker vilka detaljer som SKL kan bistå med.

Klart 15 oktober för att kunna vara underlag som områdescheferna analyserar i analysobjekt 1 ovan.

2017-08-21

## **9. Personalkostnader, bemanningsmål och utbildningsuppdrag. Vad kan vi lära av andra och nationell statistik?**

### Analysfrågeställningar:

- Finns det information i personalboksluten från de andra landstingen vars sjukhus vi jämför oss med som kan ge uppslag och värdefull kunskap?
- Finns det nationell statistik kring dessa frågor som är intressanta?
- Utbildningsuppdraget och forskningsuppdraget som all hälso- och sjukvård har - går det analysera hur mycket det kostar och om vi har större eller mindre kostnader för vårt sätt att utföra det? Går det få fram per utbildningskategori?

### Vem gör? + tidplan:

Annica S tar fram personalboksluten från de landsting/regioner vi jämför med i KPP-analysen. Skicka ut till analysgruppen för fortsatt diskussion. Klart 30 oktober.

SKL (Anna, Jonas och Fredrik) ger oss tips på vilken nationell information som kan vara intressant. Klart 15 september.

## **10. Analys av fullsortimentsjukhus och nivåstrukturering. Hur kan analyser göras?**

### Analysfrågeställningar:

SKL frågar i sammanfattningen av sin analys: "Kan ett så litet landsting ha ett fullsortimentslänsjukhus? Nivåstrukturering." Vad betyder detta? Hur kan analyser göras kring "smala" specialiteter som skulle kunna köpas istället för produceras?

### Vem gör? + tidplan:

Fredrik ska undersöka om SKL kan ge ytterligare ledtrådar kring detta, och om det finns statistik som går använda kring analys av "smala" specialiteter. Klart 30 oktober.

**Slutsatser av ovanstående 10 analysobjekt ska återredovisas till regionstyrelsen i december 2017.**

I tjänsten

Ingela Jönsson