

Granskningsrapport 2019/2020

Genomförd på uppdrag av revisorerna
Februari 2020

Region Jämtland Härjedalen

Granskning av tillgänglighet



EY

Building a better
working world

Innehåll

1. Inledning	3
1.1. Bakgrund.....	3
1.2. Syfte och revisionsfrågor	3
1.3. Genomförande	3
1.4. Revisionskriterier.....	4
2. Hälso- och sjukvårdsnämndens styrning avseende tillgänglighet.....	6
2.1. I nämndens delårsrapport per 30 augusti 2019 var tillgängligheten inom specialiserad vård alltför bristfällig	7
2.2. Tillgänglighetsstatistiken är under utveckling.....	7
2.3. I HSN:s verksamhetsplan finns även en uppföljningsplan.....	8
2.4. Månadsrapporterna innehåller ingen information om tillgänglighet	9
2.5. Bedömning	9
3. Det strategiska perspektivet.....	11
3.1. Primärvården.....	11
3.2. Psykiatri	12
3.3. Bedömning.....	13
4. Det lokala perspektivet – enheternas tillgänglighetsarbete	14
4.1. Bedömning (Färdigställs efter faktagranskningen).....	14
5. Svar på revisionsfrågor	16
Bilaga 1: Intervjuade funktioner	18
Bilaga 2: Lokal vårdlogistik vid granskade enheter.....	19

Sammanfattning och rekommendationer

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna genomfört en granskning av arbetet med att skapa tillgänglighet. Det övergripande syftet är att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) utövar tillräcklig intern kontroll av att patienterna får vård i tid samt om det bedrivs ett aktivt arbete med tillgänglighetsskapande åtgärder.

Den sammanfattande bedömningen är att hälso- och sjukvårdsnämnden brister i sin styrning av tillgängligheten. Nämnden håller sig visserligen informerad om läget när det gäller tillgängligheten men endast utifrån vårdgarantins gränsvärden vilket bedöms vara otillräckligt av flera skäl som redogörs för i rapporten. De resultat som nämnden tagit del av har inte heller resulterat i några krav på åtgärder vilket ska göras enligt nämndens egen uppföljningsplan.

En faktor som gör ovanstående än mer problematiskt är att kvaliteten i den statistik som nämnden tar del av inte är god. Arbete pågår dock med att åtgärda dessa brister.

På verksamhetsnivå bedömer vi att flera av de granskade enheterna har betydande förbättringsmöjligheter i den inre vårdlogistiken och produktionsplaneringen. Det finns dock undantag, exempelvis har öron/näsa/hals kliniken en väl utbyggd och använd produktions- och kapacitetsplanering. I rapporten finns en analys av sex enheters inre arbete med styrning av tillgängligheten.

På strategisk nivå bedömer vi att primärvården genomför flera adekvata åtgärder för att förbättra tillgängligheten samt att analyser görs samt omprövning av arbetssätt. Detta sker i mindre grad inom sjukhusvården. Gemensamt är att det finns få stödresurser för både sjukhusvård och primärvård för att utveckla moderna sätt att styra den inre vårdlogistiken.

Detaljerade svar på revisionsfrågorna finns på sidan 16.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer till hälso- och sjukvårdsnämnden:

- ▶ Utveckla en målstruktur och uppföljning av tillgänglighet som inte utgår från vårdgarantin utan ifrån målet om balans mellan behov och kapacitet och som täcker alla aspekter av tillgänglighet.
- ▶ Initiera aktiviteter och åtgärder vid avvikelser från målsättningarna.
- ▶ Etablera kunskapsstöd i större omfattning för att de enskilda verksamheterna ska kunna arbeta med modern produktionsstyrning och processutveckling.
- ▶ Säkerställ att korrekt information finns i tillgänglighetsstatistiken, både i den som levereras till SKR och den som används internt.

Mer information kring rekommendationerna finns i bedömningsavsnitten i rapporten.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Region Jämtland Härjedalen brottas med betydande brister i tillgängligheten till både primärvård och sjukhusvård. Revisorerna har därför valt att rikta en fördjupad granskningen mot arbetet med att förbättra tillgängligheten.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Det övergripande syftet är att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) utövar tillräcklig intern kontroll av att patienterna får vård i tid samt om det bedrivs ett aktivt arbete med tillgänglighetsskapande åtgärder.

För att uppnå syftet besvaras följande delfrågor:

- Finns det en strategi och/eller handlingsplan för att klara vårdgarantin och sker i så fall en uppföljning och kontroll av att dessa strategier och handlingsplaner följs?
- Mäts och redovisas tillgängligheten på ett korrekt sätt?
- Finns en kontroll över och aktiv styrning mot att återbesök sker inom den tid som är medicinskt motiverad?
- Finns en ändamålsenlig och aktiv bevakning/styrning av att patienterna med det största vårdbehovet kommer först?
- Hur arbetar den aktuella vårdcentralen/kliniken med planering, tidbokning, vårdlogistik, bemanning, kallelser m.m. för att skapa ett effektivt flöde?
- Vilka målbilder används på lokal nivå för att skapa en tillgänglighet som eliminerar onödig väntan för patienterna?
- Hur styr vårdcentralen/kliniken utvecklingsarbetet för ökad tillgänglighet och vilket stöd finns för de enskilda verksamheterna?

1.3. Genomförande

Utöver intervjuer med centrala chefer har intervjuer genomförts vid sex verksamheter, tre hälsocentraler, två psykiatriska mottagningar samt öron/näsa/halskliniken vid Östersunds sjukhus. Syftet med denna del har varit att bedöma det lokala arbetet och styrningen av tillgänglighet. Samtliga intervjuade framgår av bilaga 1.

Samtliga intervjuade har erbjudits möjlighet att sakgranska rapporten, för att säkerställa att slutsatser bygger på korrekta fakta och uttalanden. Bedömningarna och slutsatserna svarar EY för. Granskningen är genomförd mellan december 2019 och februari 2020.

1.3.1. Utgångspunkter och avgränsning

Granskningen avser hälso- och sjukvårdsnämnden och har genomförts utifrån perspektiven nedan:

Lokalt operativt perspektiv

Hur arbetar den aktuella vårdcentralen/mottagningen med tidbokning, vårdlogistik, bemanning, kallelser m.m. för att få ett effektivt flöde?

Strategiskt perspektiv

Hur styr förvaltningen utvecklingsarbetet för ökad tillgänglighet och vilket stöd finns för de enskilda verksamheterna?

Strukturellt perspektiv

Vilka strukturella åtgärder görs för att göra hälso- och sjukvårdssystemet mer effektivt och tillgängligt?

Granskningen har inriktats mot det lokala och strategiska perspektivet. Det strukturella perspektivet, som i regionens fall bland annat inbegriper omställningsarbetet mot nära vård, granskas inte mer än att det kommenteras som en bakgrundsfaktor.

Det lokala och strategiska perspektivet är relevant oavsett i vilken struktur vården ges. För bedömning av det lokala perspektivet har vi använt oss av bedömningskriterier som vi utvecklat i tidigare granskningar och som är grundade på vedertagen kunskap om vårdlogistik och processtyrning inom hälso- och sjukvården.

I det lokala perspektivet är inriktningen öppenvård vid mottagningar.

Vi vill även betona att dålig tillgänglighet kan bero på brist på relevant kompetens. Vi gör därför en avgränsning då kompetensförsörjningsarbetet inte på ett rättvist sätt kan bedömas inom ramen för denna granskning. Vi menar därtill att oavsett om den aktuella verksamheten har full bemanning eller inte bör ett arbete bedrivas för effektiva flöden.

1.4. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i förstudien för analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna kan hämtas ifrån lagar och förarbeten eller interna regelverk, policyer och fullmäktigebeslut. Kriterier kan också ha sin grund i jämförbar praxis eller erkänd teoribildning. Revisionskriterier för denna granskning presenteras i avsnitten nedan.

1.4.1. Hälso- och sjukvårdslag 2017:30

Ett av de rekvisit som ska uppnås för att nå hälso- och sjukvårdens mål om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen är att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde (3 kap. 1§). För att uppnå kraven på en god vård framgår särskilt fem kriterier, varav en av dem är att vården ska vara lättillgänglig.

Ur hälso- och sjukvårdslagens perspektiv regleras frågan om tillgänglighet inom ramen för vårdgarantin. Vårdgarantin inom primärvården innebär en försäkrans om att den enskilde inom viss tid får kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti) och får besöka läkare inom primärvården (besöksgaranti). Det är regionen som ansvarar för att erbjuda vård inom vårdgarantins gränser. Hälso- och sjukvårdslagen stipulerar alltså inte att ett uppfyllande av vårdgarantin är liktydigt med god tillgänglighet.

Den delen av vårdgarantin som avser primärvården har förstärkts från den 1 januari 2019. Förstärkningen innebär att patienter som kontaktar primärvården för ett nytt eller försämrat hälsoproblem har rätt till en medicinsk bedömning inom tre dagar. Bedömningen ska göras av en läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården.

1.4.2. Regionfullmäktiges beslut och målsättningar

I regionplan för 2019 beskrivs att regionen ligger bland de sämsta i landet vad gäller tillgänglighet. Vårdgarantin för primärvården ska klaras och 1177 Vårdguiden ska ha korta svarstider. Som ett led i det arbetet ska fler aktörer bjudas in till sjukvårdssektorn och regionen ska vara positiv till alternativa driftsformer. Vidare beskrivs att

”Genom bland annat så kallade virtuella hälsorum och virtuella akutrum, där en specialistläkare finns med via videolänk, kan patienter få hjälp med olika vårdbehov i anslutning till sin hälsocentral”.

I regionplanen finns även ett avsnitt om förbättrad produktions- och kapacitetsplanering och ett arbetssätt utifrån konceptet lean för att skapa god tillgänglighet.

1.4.3. Hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente

I reglementet finns inga specifikationer avseende tillgänglighet utöver följande:

*”leda hälso- och sjukvården inom regionen enligt 11 kap 1 § hälso- och sjukvårdslagen utom vad avser beställning av hälso- och sjukvård enligt valfrihetssystem för primärvård eller annan vård och frågor som berör lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik”
(2.1 sid 5)*

I reglementet hänvisas till hälso- och sjukvårdslagen där det framgår att vården ska vara ”lätt tillgänglig” (5 kap 1§)

1.4.4. Hälsovalets krav i förfrågningsunderlaget till hälsocentraler

I det styrdokument som anger kraven för att bli godkänd som hälsocentral framgår bland annat att

”Patienterna ska erbjudas en god och säker vård med hög tillgänglighet så att de känner trygghet och har förtroende för vården”.

Tillgänglighet är en av primärvårdens viktigaste uppgifter för att kunna vara basen i sjukvården. Vårdgivaren ansvarar för att det finns information om dess öppettider, hur man kontaktar mottagningen, och hur man bokar tid, via exempelvis 1177.se, hemsida, anslag och telefon.

Dessutom finns ett antal krav knutna till lokaler, telefon, m.m. Sammantaget finns det en stark betoning på tillgänglighet i detta styrdokument och krav på att utvecklingsarbete sker för att främja tillgänglighet.

2. Hälso- och sjukvårdsnämndens styrning avseende tillgänglighet

I verksamhetsplanen 2019 beskrivs nämndens översättning av fullmäktiges mål avseende tillgänglighet. Följande punkter har direkt koppling till tillgänglighet:

Resultatmål	Utgångsvärde	Målvärde
Vårdgarantin ska vara uppfylld (0-3-90-90)	December 2018: Telefontillgänglighet primärvård, 87% kontakt 0 dagar	0:an och 3:an 100 %, 90 och 90: 90 %
Utifrån Region Jämtland Härjedalens utgångsläge 2018 sätts mål för 2019:	99% till läkare i primärvården inom 7 dagar	
0:an och 3:an 100% 90 och 90 70%	60% har väntat 90 dagar eller kortare för första besök i specialiserad vård. 53% har väntat 90 dagar eller kortare till operation/åtgärd.	

För år 2019 har nämndens målsättning avseende tillgänglighet alltså varit 100 procents uppfyllelse av vårdgarantin för primärvården och 90 procents måluppfyllelse av vårdgarantin för specialistvården.

Därutöver nämns att ledtider ska minska för standardiserade vårdförlopp inom cancervården samt för "andra snabbspår, exempelvis höftfraktur".

I nämndens verksamhetsplan för år 2020 anges att "Tillgängligheten är fortsatt låg inom slutenvården, både vad gäller första besök och behandling, och den nya uppdaterade kömiljarden ställer krav, men ger också möjligheter att med förbättrad tillgänglighet få nationella stimulansmedel". Vidare beskrivs att andelen patienter under 2019 som vid akutmottagningen kunde handläggas inom fyra timmar var 61 procent och vårdgarantin för barn och unga med psykisk ohälsa klarades inte.

2.1. I nämndens delårsrapport per 30 augusti 2019 var tillgängligheten inom specialiserad vård alltså bristfällig.

I delårsrapporten anges målet för tillgänglighet som "Vårdgarantin ska vara uppfylld" I siffror var resultatet enligt följande:

Andel inringande som får kontakt samma dag	90 % (Mål 100 %)
Andel sökande patienter som för en första bedömning i primärvården inom 3 dagar	97 % (Mål 100 %) Denna siffra gäller enbart läkarbesök. Arbete på går med att även inkludera bedömning övrig legitimerad personal.
Andel patienter som fick ett första besök inom specialistvården inom 90 dagar	57 % (Mål 90 %)
Andel patienter som fick behandling inom 90 dagar	52 % (Mål 90 %)
Andel patienter som handläggs inom 4 timmar på akutmottagningen	61 % (Mål 80 %)

Sammantaget var måluppfyllelsen anmärkningsvärt låg för specialistvården. Trenderna var enligt delårsrapporten att tillgängligheten inom primärvården stadigt förbättras medan det motsatta gäller för specialistvården.

Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören har även tillgängligheten för återbesök tagits upp vid några sammanträden men det är inget som framgår av protokollen under 2019.

2.2. Tillgänglighetsstatistiken är under utveckling

Primärvårdens tillgänglighetsstatistik består idag av två komponenter:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Tiden från påringning i telefon till svar (samma dag eller senare) - Tiden från kontakt till en första bedömning av legitimerad sjukvårdspersonal |
|--|

Statistik finns ännu inte färdigutvecklad när det gäller tillgängligheten till samtliga legitimerade yrkesgrupper men uppges vara under införande.

När patienten ringer till en hälsocentral svarar en sjuksköterska direkt om det inte är telefonkö. Är det kö kan patienten vänta i luren eller välja alternativet att bli uppringd, s.k. call-back-system¹. Enligt intervjuad verksamhetsutvecklare blir alla som väljer det senare alternativet uppringda samma dag. Detta åstadkoms genom att de som bemannar telefonerna är schemalagda till 30 minuter efter att telefontiden upphör för dagen och kan då tömma kön på obesvarade samtal. Det gäller även de som valt att vänta i telefon men som inte fått svar. Som framgår ovan är det ändå långt ifrån alla vårdcentraler som klarar målet för telefontillgänglighet och det beror på att en väsentlig del av patienterna väljer att vänta i telefonen och ger upp efter en stund. Statistiken anger antalet individer som inte kommer

¹ Call-backsystem finns inte vid de minsta vårdcentralerna.

fram, inte antalet samtal. Systemet kan identifiera hur många A-nummer som ringer in och därmed ta bort dubbelringningar från statistiken.

En riktlinje är att det ska kunna finnas 4 köande samtal per tjänstgörande sjuksköterska. Om telefonen är bemannad med tre sjuksköterskor och det finns 12 personer i telefonkö får den 13e som ringer in meddelandet att hen ombeds att ringa senare eller nästa dag om det inträffar sen eftermiddag.

Varje hälsocentral har tillgång till detaljerad statistik med information om hur många som ringt, hur länge de väntat, hur många gånger de ringt, hur många som fått besked att ringa senare m.m. Detta för att kunna användas i utvecklingssyfte. Varje år genomförs workshops i syfte att utveckla arbetssätt och tekniska lösningar.

Enligt intervjuade pågår arbete med att förbereda för att även kunna producera data som visar i vilken utsträckning hälsocentralen lyckas träffa patienten för återbesök inom den tid som bedöms vara motiverat av medicinska skäl. Det kallas medicinskt måldatum. Idag kan dessa data inte hämtas ur journalsystemet och mäts därför inte. Primärvården har som standard att be patienten att höra av sig när det närmar sig tid för återbesök. Undantag görs för patienter som av olika skäl inte är förmögna att ta ansvaret för att höra av sig eller där det finns betydande risker för ökad sjuklighet om inte återbesöket sker som planerat. Diabetes typ 2 är ett exempel på det senare.

Vid flera vårdcentraler har så kallade öppna mottagningar införts. Tanken är att patienter med enklare söksaker ska kunna komma till vårdcentralen utan att boka tid. Det innebär att många patienter för en första bedömning samma dag de kommer vilket förbättrat tillgängligheten för första bedömning. Av totalt cirka 590 000 besök 2019 genomfördes cirka 42 000 vid dessa drop-in-mottagningar men ingen påtaglig effekt på antalet inkommande telefonsamtal har kunnat registreras enligt intervjuad primärvårdschef. De olika hälsocentraler har dock olika erfarenheter av detta vilket beskrivs i bilaga 2.

2.3. I HSN:s verksamhetsplan finns även en uppföljningsplan

Enligt nämndens uppföljningsplan ska nämnden uppmärksamt ska följa de frågor som nämnden har ansvar för. Redovisningen ska göras utifrån tre frågeställningar.

- ▶ Vilka mål finns för området/verksamheten (framförallt i hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan, regionplan och andra övergripande styrdokument)?
- ▶ Hur ser måluppfyllelsen ut?
- ▶ Om målen inte ser ut att kunna uppfyllas – vilka åtgärder genomförs eller behöver genomföras?

Uppföljningar bör enligt uppföljningsplanen innehålla tidsserie, utvecklingstrend, förklaring till utveckling, om tillämplig nedbrytning till olika enheters delar av målvärdet, riksjämförelser, prognos för måluppfyllelse på helår, samt förslag till åtgärder för att nå målet, och annat av intresse för att förstå läget.

I delårsrapportens sammanfattning berörs kort den förbättrade tillgängligheten inom primärvården, dock inte den försämrade inom specialistvården. Fokus är på ekonomi vilket stämmer överens med den bild som de intervjuade beskriver. Tillgänglighetsfrågorna har varit i skymundan för arbetet med att komma i ekonomisk balans. I paragraf 11 i protokollet redogörs för implikationerna av den uppdaterade kömiljarden som regionen avser att ta sikte på.

Vid nämndens sammanträden 19 september eller 24 oktober finns inga uppdrag formulerade för att åtgärda den bristande måluppfyllelsen som redovisades i delårsrapporten. Däremot finns aktiviteter formulerade kring arbetet med att rapportera tillgänglighet kopplat till den uppdaterade kömiljarden.

2.4. Månadsrapporterna innehåller information om tillgänglighet

Varje månad lämnar respektive verksamhetschef eller verksamhetsområdeschef en månadsrapport till förvaltningsledningen. Den mall utifrån vilken rapporten ska redovisas innehåller endast frågeområdena ekonomi och väsentliga personalförhållanden. Den månadsrapport som HSN får innehåller dock kort information om utfallet av 0-3-90-90.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har även upprättat en plan för intern kontroll för 2019 men planen innehåller inga kontrollmoment avseende tillgänglighet.

2.5. Bedömning

Vår bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden i hög grad brister i sin styrning avseende frågan om tillgänglighet. Uppdraget att säkerställa tillgänglighet är tydligt formulerat i regionplanen. Måluppfyllelsen uttryckt enligt de målsättningar som är angivna i regionplanen samt i HSN:s verksamhetsplan är mycket bristfällig inom specialistvården. Det finns även brister inom primärvården lokalt. Drygt hälften av patienterna inom specialistvården får bedömning och behandling inom 90 dagar vilket är långt ifrån det uppsatta målet.

Hälso- och sjukvårdsnämnden är ett verkställande organ och bör ha som uppgift att översätta de mål som är formulerade av fullmäktige. HSN har valt att inte precisera målbilden av vad som ska betecknas som god tillgänglighet utan utgår ifrån en lag som har som syfte att försäkra patienterna att de kan få vård i de fall då den primära vårdgivaren har uppenbara problem att ta emot de sökande patienterna. Vår bedömning är att vårdgarantin för specialistvården är direkt olämplig att använda som verksamhetsmål för den lokala styrningen av specialistvården. Vårdgarantin är mer relevant att använda som mål i primärvården eftersom de målen är betydligt skarpere.

Även om specialistvården skulle klara 100 procent av patienterna inom 90 dagar är det fullt möjligt att en patient kan få vänta 85 + 85 dagar innan behandling påbörjas. Då ska det betänkas att eventuell väntan på röntgen eller annan diagnostik kan tillkomma utöver de 170 dagarna. Om detta fiktiva fall skulle vara verklighet lyser ändå alla nämndens tillgänglighetsindikatorer grönt med nuvarande målstyrning.

Det verkliga resultatet är som ovan beskrivits endast drygt 50 % och nämnden har under 2019 inte initierat någon åtgärd mot bakgrund av det dåliga resultatet. Vi kan inte komma fram till annat än att HSN varit passiv i sin styrning av tillgänglighet under 2019 och inte följt de riktlinjer som nämnden själv formulerat i sin uppföljningsplan (se avsnitt 2.3)

Det finns ytterligare en faktor som gör bedömningen ovan av styrelsens agerande än mer allvarlig. Det finns ingen systematik i hur nämnden följer tillgängligheten för återbesök vilket innebär att tillgängligheten för de mest sjuka och patienter med kroniska besvär inte uppmärksammas alls av nämnden. Denna brist gäller både specialistvården och primärvården.

Regionen och nämnden har i sina målsättningar valt att arbeta med produktionsplanering och processutveckling utifrån leankonceptet. Vi bedömer det som helt adekvat och ändamålsenligt utifrån vår omfattande kunskap om dessa båda utvecklingskoncept. Problemet är att det då ter sig än mer anmärkningsvärt att målformuleringarna är som de är för specialistvården. En grundkomponent i både produktionsplanering och lean är att

verksamheten genom daglig styrning och processeffektivisering ska nå balans mellan inflöde och utflöde och därmed eliminera administrativa kökostnader och kvalitetsbrister. Som beskrevs ovan finns uppenbara risker med kökostnader även om specialistvården skulle uppfylla gällande målsättning till 100 procent.

Vår bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämndens målstyrning avseende tillgänglighet dels är undermålig dels inte hänger ihop utan är motsägelsefull.

3. Det strategiska perspektivet

I hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan för 2019 finns som tidigare nämnts inga specificerade uppdrag formulerade för att förbättra tillgängligheten. Vid intervju med hälso- och sjukvårdsdirektör och väntetidssamordnare framkommer att någon övergripande strategi och aktivitet inte initierats för att förbättra tillgängligheten. Däremot finns det enskilda aktiviteter och specifika verksamheter som genomfört åtgärder. Exempel på sådana aktiviteter är:

- ▶ Beslut har tagits om att respektive verksamhet inom specialistvården varje månad ska gå igenom sina väntelistor och säkerställa att de är aktuella. Tidigare var kravet att det skulle göras varje kvartal. Nya rutiner har införts.
- ▶ Inom specialistvården görs vissa extrasatsningar, exempelvis extrapass inom operation och vid mottagningar, för att minska köerna av oprioriterade patienter.
- ▶ Inom operationsverksamheten har nya åtgärder vidtagits för att förbättra produktionsplaneringen. Detta har enligt hälso- och sjukvårdsdirektören redan givit visst resultat.
- ▶ En logistiker är rekryterad med påbörjad anställning i februari 2020 för att arbeta med att utveckla metoder för produktionsplanering. Det finns sedan tidigare ett verktyg utformat för att verksamheterna ska kunna använda för produktionsplanering men detta används sporadiskt och ingen specifik uppföljning görs avseende användandet.

Hälso- och sjukvårdsdirektören uppger att arbetet med att förbättra produktionsplanering och effektivisering av processerna kommer att ske stegvis.

3.1. Primärvården

Ledningsgruppen för regionens primärvård består av primärvårdschef samt en verksamhetschef per kommun. Ledningsmöten sker en gång per månad och vid dessa tillfällen är tillgängligheten en stående punkt på agendan.

Den främsta åtgärden som påverkat tillgängligheten är införandet av s.k. lättakutmottagningar vilka fungerar som drop in-mottagningar. Istället för att patienten ringer till hälsocentralens sjukvårdsrådgivning kan denne, vid enklare sökorsaker, besöka hälsocentralen direkt och träffa en sjuksköterska. En läkare finns ofta knuten till denna mottagning. Enligt primärvårdschefen har detta förbättrat tiden till medicinsk bedömning väsentligt men det återspeglas i flera fall inte av den officiella statistiken. Det pågår därför arbete med att utreda orsakerna till detta.

Ledningsgruppen följer även i vilken utsträckning återbesök sker inom medicinskt måldatum. Enligt primärvårdschefen får ledningsgruppen inte sällan signaler om upplevda undanträngningseffekter vid hälsocentralerna. Det innebär att kroniska patienter som ska till återbesök får dröja till förmån för nybesök vilket i sin tur kan innebära att den medicinska prioriteringen åsidosätts. Hur ofta detta förekommer kan denna granskning inte utreda.

Primärvårdschefen beskriver att utvecklingsinsatser för att modernisera produktionsplaneringen har påbörjats för diabetesmottagningar. Avsikten är att fortsätta med BVC och MVC och senare för gyn-mottagningar. Ledningsgruppen för även diskussioner kring hur primärvårdens strategi ska vara avseende besökstider. Under senare år har det förhärskande idealet i landet varit att det enbart är den aktuella sökorsaken som ska omhändertas vid besöket så att besöksmodulerna kan hållas korta för att öka produktiviteten. Tanken är att ompröva detta för att utröna om efterfrågan på hälsocentralens tjänster kan

minska om personalen själva i större utsträckning kan avgöra besökens längd för att optimera nyttan vid besöket för att på så vis minska behovet av fler besök. Vissa patienter, som patienter med kroniska besvär, kan behöva längre tid medan andra patienter vare sig är i behov av långa besök, fysiska besök eller kontinuitet. Med en ökad tillitsbaserad styrning kan hälsocentralernas medarbetare optimera planeringen utifrån en analys av patienternas behov beskriver intervjuad biträdande primärvårdschef.

En ytterligare satsning i utvecklingssyfte är att införa webbtidbok för BVC-verksamheten. Vidare pågår försöksverksamhet vid två hälsocentraler där personalen vid hälsocentralen har möjlighet att koppla upp sig till specialist inom psykiatrisk vård. Försöket har pågått cirka ett år men det finns ännu ingen sammanställning eller utvärdering av försöket.

Inom område primärvård finns en verksamhetsutvecklare som har kompetens inom produktionsplanering och kan bistå hälsocentralerna med stöd för att etablera produktions- och kapacitetsplanering.

3.2. Psykiatri

Den psykiatriska specialistvården har nyligen genomfört en organisationsförändring. Den nya organisationen består av två öppenvårdsområden samt en akutenhet. Neuropsykiatriska mottagningen finns inom öppenvårdsområde 1 och affektiva mottagningen är placerad i öppenvårdsområde 2 liksom traumaenheten. All specialistverksamhet ska förläggas till gemensamma lokaler.

När det gäller strategiska utvecklingsområden med bäring på tillgänglighet finns det några områden där det pågår eller där satsningar är planerade. Ett område är att minska andelen uteblivna patienter. Den statistik som finns att tillgå används inte systematiskt för att se hur en minskning av antalet uteblivna besök skulle kunna minskas och därmed påverka tillgängligheten. Tidigare har uteblivna besök varit föremål för mätning. Ett problem är att medarbetare i viss utsträckning haft en tendens att inte följa riktlinjerna som säger att patientavgift ska tas ut om denne inte avbokar ett besök och uteblir. Detta av omsorg för patienten.

Ett annat område som är i sin linda är att utveckla arbetssätt för att standardmässigt göra avstämning av pågående vårdprocesser för att ompröva om behandlingen ska fortsätta eller avslutas. Det finns en benägenhet för den enskilde behandlaren att fortsätta patientkontakten utan att det grundas i ett identifierat och kollegialt bedömt behov av att fortsätta. En förutsättning för att skapa god tillgänglighet är att kunna avsluta vårdepisoder då det är medicinskt motiverat. Försök pågår inom traumamottagningen inom område 1 med positivt resultat. Verksamhetschefen uppger att t.o.m. brukarrådet/patientrådet haft synpunkter på att verksamheten borde bli bättre på att avsluta patienter.

Ett av de centrala områdena som ska utvecklas i samband med den nya organisationen är etablering av digitala lösningar för kallelser, meddelandefunktion, skattning av tillstånd samt digitala besök via videolänk.

Medicinska sekreterare är nu i den nya organisationen samlade i en organisation där det är enklare att arbeta över gränserna vilket inneburit att ledtiderna för utskrift av diktat har förbättrats väsentligt. Sekreterarna genomför s.k. PULS-möten² varje morgon för att se hur de ligger till med balansen mellan inflöde och utflöde.

² PULS-möte är ett sätt att utöva daglig styrning vilket är en av komponenterna i modern produktionsplanering och lean. Genom korta men frekventa avstämningsmöten kan mindre åtgärder vidtas för att förhindra köbildning i det aktuella flödet eller processen.

Ett annat problemområde som kommer att bli föremål för satsningar är det faktum att medarbetare har en tendens att allt för lättvindigt boka in läkarbesök till hyrläkare i syfte att utnyttja dessa maximalt.

Verksamhetschefen beskriver även att man ständigt arbetar utifrån konceptet RAK för att ompröva vilken yrkeskategori som ska göra vad.

3.3. Bedömning

Vår bedömning är att hälso- och sjukvårdsförvaltningens utvecklingsarbete vad gäller produktionsplanering är ett steg i rätt riktning. Det behövs sannolikt centralt stöd för att effektivisera processer och etablera en modern produktionsplanering. Inom den somatiska specialistvården har denna granskning omfattat endast område ögon/öron och där specifikt öron/näsa/halsverksamheten. I bilaga 2 framgår att kliniken tillämpar en metod för produktions- och kapacitetsplanering som uppfyller de flesta krav som kan ställas på en sådan. En uppskattning av volymen besök och behandlingar görs på årsbasis och ledningen kan följa produktionsutfallet dag för dag eller vecka för vecka. Resurserna är omsatta i kapacitetstermer, d.v.s. att exempelvis sjuksköterskeresursen och läkarresursen är översatt i antalet besök eller behandlingar. På det viset kan de existerande resurserna användas på ett optimalt sätt. Öronkliniken har dock avsevärda problem med tillgängligheten men de bedöms inte vara orsakade av dålig produktionsplanering.

Vi bedömer vidare att psykiatrin har en avsevärd förbättringspotential när det gäller den inre logistiken. Om det arbete som inletts med flera olika aktiviteter genomförs bedömer vi att den positiva effekten på tillgängligheten kan bli stor.

Det återstår dock mycket och ihärdigt arbete för att det ska lyckas och en förutsättning är att det arbetet stöds aktivt av förvaltningsledningen och av en nämnd som aktivt håller sig informerad om utvecklingen och initierar åtgärder.

4. Det lokala perspektivet – enheternas tillgänglighetsarbete

I detta avsnitt beskriver vi hur de granskade enheterna arbetar med den inre vårdlogistiken för att skapa bästa möjliga tillgänglighet. Beskrivningen bygger på fyra komponenter vilka är härledda från den vedertagna kunskap som vuxit fram inom hälso- och sjukvården under de senaste 15 åren. Denna kunskap har fått olika etiketter i form av Lean, Six sigma, värdebaserad vård m.m. När det gäller synen på logistiken finns dock en gemensam kärna och det är utifrån denna kärna som granskningskomponenterna är hämtade.

Nedan beskrivs de fyra faktorerna kapacitetsplanering, tidbokning, avvikelседata samt målstyrning tillsammans med sammantagna slutsatser från granskade enheter. En mer detaljerad beskrivning av respektive enhet återfinns i bilaga 2.

De granskade enheterna är:

- ▶ Odensala hälsocentral
- ▶ Svegs hälsocentral
- ▶ Bräcke hälsocentral
- ▶ Neuropsykiatriska mottagningen inom vuxenpsykiatri
- ▶ Affektiva mottagningen inom vuxenpsykiatri
- ▶ Öron/näsa/hals inom specialistvården i Östersund

4.1. Bedömning

Det finns betydande utvecklingsmöjligheter att utveckla den lokala vårdlogistiken. Några bedömningar är:

- Psykiatri har en stor förbättringsmöjlighet i att mer systematiskt arbeta med produktions- och kapacitetsplanering, vidta åtgärder för att minska avbokade och uteblivna besök. Det finns även betydande möjligheter att förbättra tillgängligheten genom att etablera vårdprocesser där det som standard finns ett moment där pågående värdepisoder utifrån vårdresultatet kollegialt omprövas om den ska fortsätta eller avslutas. Det finns redan lyckade försök i denna riktning som bör implementeras i hela organisationen. Även tidbokningsprocessen kan förbättras för att minska administration.
- Öron näsa hals har en väl utvecklad metod för produktionsplanering vilket är en grundförutsättning för att kunna arbeta för att förbättra den idag bristfälliga tillgängligheten. Utvecklingsmöjligheter finns i kallelseprocessen till mottagningen så att kapaciteten utnyttjas.
- Primärvården bedöms ha ett pågående utvecklingsarbete men där vissa vårdcentraler har problem med tillgängligheten. Förbättringsmöjligheter finns när det gäller metoder för produktionsplanering och tidbokning av besök. Lättakuterna har i huvudsak medfört påtaglig effekt på tillgängligheten dels genom att patienter snabbt får en bedömning av adekvat kompetens. Förbättringsmöjligheter finns också när det gäller hälsocentralernas egna analyser av telefonflödena. Aktuell statistik finns tillgänglig i realtid.
- Gemensamt för alla gäller att tillgänglighetsdata och produktionsdata behöver kvalitetssäkras så att enheterna kan tillämpa någon typ av daglig styrning. Den dagliga styrningen är ett fundament i effektiv processtyrning, produktionsplanering och lean
- Även utveckling av digital tidbokning är ett område som, om den möjligheten tillvaratas, kan skapa bättre förutsättningar att nå balans mellan behov och kapacitet.

- Flera enheter skulle sannolikt kunna minska köbildning genom att regelbundet analysera uteblivna besök och försöka minska antalet även om det inte är möjligt att komma till noll uteblivna besök. Även en marginell ökning av veckoproduktionen kan få betydande effekter på kösituationen.

5. Svar på revisionsfrågor

Nedan ges korta svar på revisionsfrågorna. En sammanfattande bedömning ges i den inledande sammanfattningen samt våra rekommendationer.

Revisionsfråga	Svar
Finns det en strategi och/eller handlingsplan för att klara vårdgarantin och sker i så fall en uppföljning och kontroll av att dessa strategier och handlingsplaner följs?	Inom primärvården finns ingen sammanhållen handlingsplan men det pågår ett antal utvecklingsåtgärder som har haft och har effekt på tillgängligheten. Framför allt har införandet av lättakuter haft en positiv inverkan på tillgängligheten. Inom specialistvården finns ingen sammanhållen strategi som följs upp.
Mäts och redovisas tillgängligheten på ett korrekt sätt?	Nej, inte till fullo. Statistiken innehåller en del felaktigheter och arbete pågår med att korrigera detta.
Finns en kontroll över och aktiv styrning mot att återbesök sker inom den tid som är medicinskt motiverad?	Nej. Hälso- och sjukvårdsnämnden har ingen kontroll över huruvida återbesök sker inom rätt tid. På förvaltningsnivå pågår arbete med att standardmässigt följa den delen av tillgängligheten men fortfarande finns återbesök inte som en naturlig del i den operativa verksamhetens sätt att styra och följa tillgänglighet.
Finns en ändamålsenlig och aktiv bevakning/styrning av att patienterna med det största vårdbehovet kommer först?	Nej. Hälso- och sjukvårdsnämnden håller sig inte informerad om detta. Inom de operativa verksamheterna har granskningen visat att det förekommer signaler om tillfällen då undanträngningseffekter sker. Hur omfattande detta är finns inte underlag att uttala sig om. Vid de granskade enheterna finns det flera exempel där följsamheten till medicinskt måldatum följs frekvent vilket skapar förutsättningar för att göra korrekta medicinska prioriteringar.
Hur arbetar den aktuella vårdcentralen/kliniken med planering, tidbokning, vårdlogistik, bemanning, kallelser m.m. för att skapa ett effektivt flöde?	Utvecklingsgraden av den interna vårdlogistiken skiljer sig mellan enheterna. Vissa arbetar tydligt efter intentionerna med produktionsplanering och lean, andra i mindre utsträckning. Vid den somatiska specialistvårdens operationsverksamhet har produktionsplaneringen förbättrats det senaste halvåret och kommer att förstärkas ytterligare då rekrytering av den kompetensen nyligen har skett.
Vilka målbilder används på lokal nivå för att skapa en tillgänglighet som eliminerar onödig väntan för patienterna?	Det vanligaste är att vårdgarantin utgör verksamheternas operativa mål för tillgänglighet. Dessa mål är desamma på alla organisatoriska nivåer.
Hur styr vårdcentralen/kliniken utvecklingsarbetet för ökad tillgänglighet och vilket stöd finns för de enskilda verksamheterna?	Inom primärvården är det ledningsgruppen som diskuterar olika utvecklingsfrågor. Det finns också visst stöd till hälsocentralerna för att utveckla produktionsplanering. Men det finns ingen specifik

	<p>handlingsplan utan de åtgärder som vidtas sker med koppling till omställningen mot god och nära vård.</p> <p>Inom öron/näsa/hals finns en mycket väl utvecklad metod för produktionsplanering. Det finns förbättringsmöjligheter vad gäller tidbokning m.m. Klinikens bristande tillgänglighet bedöms bero på andra faktorer som brist på kompetens m.m.</p> <p>Inom psykiatri är vår bedömning att det finns stora möjligheter till tillgänglighetsskapande åtgärder. Frågan finns på ledningens agenda och har påbörjats i liten skala i vissa verksamheter men det återstår mycket arbete för att nå balans mellan efterfrågan och kapacitet.</p>
--	---

2020-02-27

Anders Hellqvist
EY

Bilaga 1: Intervjuade funktioner

- ▶ Hälsa- och sjukvårdsdirektör
- ▶ Väntetidssamordnare
- ▶ Områdeschef primärvård
- ▶ Områdeschef psykiatri
- ▶ Områdeschef ögon och öron
- ▶ Mottagningschef öron/näsa/hals
- ▶ Mottagningschef neuropsykiatriska mottagningen Östersund
- ▶ Mottagningschef affektiva mottagningen Östersund
- ▶ Enhetschef Odensala hälsocentral
- ▶ T.f. enhetschef Svegs hälsocentral tillika bitr. områdeschef primärvården
- ▶ Enhetschef Bräcke hälsocentral

Bilaga 2: Lokal vårdlogistik vid granskade enheter

<p>Affektiva mottagningen, Östersund</p>	<p>Affektiva mottagningen är specialiserad mot affektiva sjukdomar d.v.s bipolära sjukdomar och depressioner. Vid mottagningen görs dels bedömningar, fördjupade utredningar och behandlingar. Behandlingar kan vara läkemedel eller andra terapeutiska metoder som KBT eller samtalsterapi.</p>
<p>Aktuellt tillgänglighetsläge</p>	<p>Enligt intervjuad mottagningschef uppfyller mottagningen vårdgarantin för nybesök. Tidigare brottades mottagningen med längre väntetider.</p> <p>Totalt för område psykiatri är tillgängligheten för nybesök inom specialistvården 88 % i december med en kontinuerlig ökning från ca 70 % i september 2019.</p>
<p>Används produktionsplan och i vilken mån matchas kapacitetsplaneringen mot det aktuella behovet?</p>	<p>Mottagningen har inte upprättat produktionsplan utifrån det uppskattade behovet. Däremot används för vissa behandlare ett veckoplaneringsschema som följs upp en gång i månaden mot utfallet.</p> <p>Den tillgängliga kapaciteten är inte definierad och matchad mot ett uppskattat årsbehov. Utredningar av psykologer prioriteras. Genomförs sådana utredningar på kvällstid utgår kvalificerad övertid.</p>
<p>Används en tillgänglighetsinriktad tidbokningsstrategi och finns och används data kring avbokade och uteblivna besök för utvecklingsyfte?</p>	<p>Det vanligaste är att patienten meddelas tilldelad tid via brev som sekreterare skickar ut från ett bokningsunderlag från behandlare. Då patienten kallas till en nära förestående tid meddelas detta via telefon av sekreterare eller sjuksköterska.</p>
<p>Arbetsätt för att avsluta patienter</p>	<p>Frågan om att hitta en systematik i att avsluta patientrelationer har diskuterats nyligen och personalen uppges ha närmat sig frågan på ett positivt sätt. Det finns en medvetenhet om att flera vårdförlopp fortsätter att pågå utan att behovet prövas. Det finns dock ännu inget standardiserat arbetsätt för att ta ställning till om behandlingen av en patient ska fortsätta eller avslutas.</p>
<p>Finns det en aktiv målstyrning avseende väntetider bortom vårdgarantin?</p>	<p>Nej. Uppföljningssystemet bygger på väntetid till nybesök och behandling inom 90 dagar. I systemen ser dock sjuksköterska om patienter som ska på kontrollbesök närmar sig medicinskt måldatum och tar då initiativ till att dessa prioriteras.</p>

<p>Neuropsykiatriska mottagningen Östersund</p>	<p>Neuropsykiatriska mottagningen gör bedömningar och utredningar neuropsykiatriska sjukdomar. Behandling sker vanligt vis med läkemedel. De utför sällan terapeutiska metoder KBT och samtalsterapi. Akuta besök sker på specifik akutmottagning.</p>
<p>Aktuellt tillgänglighetsläge</p>	<p>Väntetiden för att starta en fördjupad utredning är 12 - 18 månader. Prioriterade fall kan starta tidigare.</p> <p>Tillgängligheten för nybesök var i december 87 %</p> <p>Återbesök släpar efter medicinskt måldatum med cirka en månad.</p> <p>Totalt för område psykiatri är tillgängligheten för nybesök inom specialistvården 88 % i december med en kontinuerlig ökning från ca 70 % i september 2019.</p>
<p>I vilken mån matchas kapacitetsplaneringen mot det aktuella behovet?</p>	<p>Mottagningen har ingen produktionsplan som följs. Däremot finns det en rutin för att kontinuerligt göra avstämningar av patientstocken. Kontaktsjuksköterskan tar ställning till om det är aktuellt att överväga att avsluta behandlingen av en patient. Då tar man upp detta på en behandlingskonferens.</p> <p>Sjuksköterskorna arbetar efter ett produktionsmål på 14 besök i veckan.</p>
<p>Används en tillgänglighetsinriktad tidbokningsstrategi?</p>	<p>Patienter som ska till återbesök får en kallelse per brev. Sekreterare får ett bokningsunderlag och skickar kallelse. Varje behandlare eller utredare sköter sin egen tidbok men mottagningschefen kan se alla kalendrar.</p> <p>Vissa försök görs med skypebesök men fortfarande i liten men växande skala.</p> <p>Under 2019 hade mottagningen 220 uteblivna besök och 343 avbokade. De uteblivna utgör cirka 5 besök i veckan beräknat på 43 veckor per år. Ett antal av de avbokade blir sannolikt en obokad tid också. Denna statistik används inte systematiskt i styrningen.</p>
<p>Arbetsätt för att avsluta patienter</p>	<p>Det finns inga systematiska avstämningspunkter för att ta ställning till om en behandling ska fortsätta eller avslutas. Det är kontaktsjuksköterskan som avgör om behandlingen med den aktuella patienten ska fortsätta. Vid bedömningen att den kan avslutas tar kontaktsjuksköterskan upp frågan på behandlingskonferens.</p>
<p>Finns det en aktiv målstyrning avseende väntetider bortom vårdgarantin?</p>	<p>Nej. För utredningar finns det heller ingen vårdgaranti vilket innebär att det inte finns något uttalat mål alls avseende vilken tillgänglighet som ska eftersträvas. Det finns tvärtom en uppfattning att väntetiderna inte ska vara för korta eftersom det kan ske förbättringar av situationen under tiden som patienten väntar på utredning.</p>

<p>Öronkliniken Östersunds sjukhus</p>	<p>Område Ögon & Öron fullgör regionens specialistvårdsuppdrag avseende ögonsjukvård, öronsjukvård samt syn- tal- och hörselrehabilitering. Området öron inbegriper mottagningsverksamhet samt operationsverksamhet. Dessutom finns en specifik logopedmottagning.</p>
<p>Aktuellt tillgänglighetsläge</p>	<p>För mottagningsverksamheten gäller i januari 2020 att planerade besök sker inom 160 dagar. Tidigare var väntetiderna 20 veckor över vårdgarantin, nu har den minskat till 10 veckor men är fortfarande mycket bristfällig. En orsak anges till brist på överläkare.</p> <p>Tillgängligheten till operation var i december 59 % och hade då förbättrats från ett bottenläge i september på 32 %.</p> <p>Vid extrasatsningar på mottagningen kallas först de patienter som väntat längst. De långa väntetiderna har negativa effekter för patienterna. Flera lex-mariaanmälningar har gjorts och det finns exempel på benröta som uppstått på grund av för lång väntan på operation.</p>
<p>I vilken mån matchas kapacitetsplaneringen mot det aktuella behovet?</p>	<p>Verksamheten har utvecklat en metod för att uppskatta produktionsbehovet och kapacitetsbehovet för att matcha produktionsbehovet. Dessa data uppdateras efterhand och ledningen kan kontinuerligt följa produktionens utveckling visavi produktionsplanen. Kapaciteten är nedbruten på olika yrkesgrupper och aktiviteter. Tillsammans gör denna egenutvecklade produktionsplanering att verksamheten har en mycket god kontroll och aktuell bild av produktionsläget i realtid och kan därför frekvent följa upp utvecklingen.</p> <p>Enligt de intervjuade har det inte funnits något intresse från ledningen att informera sig om klinikens sätt att planera produktionen.</p>
<p>Används en tillgänglighetsinriktad tidbokningsstrategi?</p>	<p>De planerade besöken till mottagningen bokas på traditionellt sätt med skriftliga kallelser som skickas till patienterna. Vid logopedmottagningen har patienterna möjlighet att boka i webtidbok.</p> <p>Det finns möjlighet att i systemet följa upp hur många av besöken som uteblir eller avbokas men denna data används inte systematiskt för att öka träffsäkerheten i tidbokningen.</p>
<p>Finns det en aktiv målstyrning avseende väntetider bortom vårdgarantin?</p>	<p>Nej. Målstyrningen utgår helt från vårdgarantins gränser. Vid intervjun uppger de intervjuade cheferna att målet egentligen borde vara skarpare än vårdgarantin.</p> <p>Mottagningen och kliniken arbetar med måltavlor för att följa utvecklingen av produktionen men det finns systemproblem vilket gör att handpåläggning behöver göras för att informationen ska bli korrekt och användbar i styrnings- och utvecklingssyfte.</p>

<p>Odensala hälsocentral</p>	<p>Hälsocentralen har cirka 50 anställda och har idag inga hyrläkare anlitade. Antal listade patienter är cirka 13 000 med CNI-vikt 1,046 vilket är nära rikets genomsnitt. Hälsocentralen har svårt att genomföra återbesöken inom medicinskt måldatum.</p> <p>Hälsocentralen tillämpar sedan en tid en lättakut vilket innebär att patienten kan komma till enheten med lättare sökorsaker utan att boka tid i förväg.</p>
<p>Aktuellt tillgänglighetsläge</p>	<p>I december 2019 var telefontillgängligheten 81 % och för första bedömning till legitimerad personal (arb.ter., läkare och ssk) i oktober ca 75 %.</p> <p>Sammantaget en tillgänglighet som inte uppfyller målsättningarna. Intervjuad chef beskriver att det är oklart om införandet av lättakuten har medfört ett minskat inflöde av telefonsamtal. Dessutom upplever ledningen att väntetidsstatistiken inte helt stämmer överens med den upplevda tillgängligheten.</p>
<p>I vilken mån matchas kapacitetsplaneringen mot det aktuella behovet?</p>	<p>Personal avdelas akuttider och till lättakuten och sjuksköterskor till telefon med betoning på måndag och tisdag då inflödet är störst.</p> <p>Hälsocentralen tar inte fram någon produktionsplan som bryts ner på vecka. Det finns produktionsnormer för olika yrkeskategorier men dessa utgår inte ifrån en produktionsplan. Sekreterare lägger scheman.</p>
<p>Används en tillgänglighetsinriktad tidbokningsstrategi?</p>	<p>Kallelser till besök sker vanligtvis via brev men i flera fall, där det bedöms vara adekvat, får patienten själv ta initiativ till att boka tid till återbesök. Hälsocentralen använder sig även av sms-påminnelser till besökstiderna.</p> <p>Även webtidbok har införts för vissa typer av besök som lab. Och till distriktsköterska.</p> <p>Patienter använder sig ökad utsträckning av möjligheten att kontakta hälsocentralen via 1177 Vårdguidens mailfunktion vilket enligt intervjuad chef orsakar kökostnader, speciellt i tider av långa väntetider då patienterna söker i flera kanaler samtidigt.</p>
<p>Finns och används data kring avbokade och uteblivna besök för utvecklingssyfte?</p>	<p>Antalet uteblivna besök var under 2019 i snitt ca 50 per månad enligt den statistik som ledningen har tillgång till. Det innebär att cirka 3 till 4 % av besöken uteblir utifrån antagandet att de listade patienterna gör 1,2 besök/år. Denna statistik används dock inte systematiskt i utvecklingsyfte.</p>
<p>Finns det en aktiv målstyrning avseende väntetider bortom vårdgarantin?</p>	<p>Nej. Det är vårdgarantin som utgör målsättningen. När det gäller återbesök är utgångspunkten medicinskt måldatum men måluppfyllelsen av detta rapporteras inte upp i organisationen.</p>

<p>Bräcke hälsocentral</p>	<p>Hälsocentralen har ca 4300 listade patienter samt ca 1200 vid filialen i Kälarne. De både enheterna hjälps åt i telefonhanteringen.</p> <p>Telefontiden ä 8-11 på förmiddagarna. Övrig kontorstid finns ett akutval då en sjuksköterska svarar i ambulerande telefon. Mellan 8-9 svarar två sjuksköterskor och mellan 9-11 svarar en sjuksköterska.</p> <p>Sedan ett antal år är hälsocentralen fullbemannad och ej beroende av hyrläkare.</p>
<p>Aktuellt tillgänglighetsläge</p>	<p>Telefontillgängligheten var i december 2019 96 %.</p> <p>Andel besök för första bedömning hos läkare var i oktober 83 % (september 70 %). Intervjuad enhetschef uppger att vissa nybesök utifrån medicinsk bedömning kan bokas en månad framåt. I sämsta fall är då inte schema lagt för läkare varför patienten får återkomma. För närvarande mäts inte tid till bedömning då statistiken innehåller för många felaktigheter.</p> <p>Enligt enhetschefen ligger man efter med återbesöken men i minskande omfattning.</p> <p>När det gäller telefontillgängligheten används inte den detaljerade statistiken kontinuerligt men vid de månatliga mötena i ledningsgruppen redogör verksamhetsutvecklaren för den statistiken och diskussioner förs hur man kan optimera telefonflödet.</p> <p>Hälsocentralen har haft lättakutmottagning i några år och har mycket goda erfarenheter av detta.</p>
<p>I vilken mån matchas kapacitetsplaneringen mot det aktuella behovet?</p>	<p>Hälsocentralen använder produktionsplanering endast för diabetespatienter och inom BVC. Där uppskatta årsbehovet och kapaciteten nedbrutet på vecka schemaläggs. Dessa kontrollbesök sker enligt medicinskt måldatum.</p>
<p>Används en tillgänglighetsinriktad tidbokningsstrategi?</p>	<p>Målet är att de flesta patienter ska få en tid direkt i telefon men det lyckas man inte med för närvarande då väntetiderna är för långa och eftersom schema inte alltid finns på plats för de som behöver bokas långt fram i tiden.</p>
<p>Finns och används data kring avbokade och uteblivna besök för utvecklingssyfte?</p>	<p>Data finns men används inte aktivt. De flesta uteblivna besök sker hos patienter med psykiska besvär.</p>
<p>Finns det en aktiv målstyrning avseende väntetider bortom vårdgarantin?</p>	<p>Nej. Ett mål utöver vårdgarantin är att alla som ringer in ska få en tid direkt i telefon. Det sparar mycket administration och sannolikhet att tiden passar patienten ökar.</p>

Svegs hälsocentral	Hälsocentralen har cirka 5000 listade patienter inom ett stort geografiskt område och ungefär 40 medarbetare. Enheten tappade 500-600 patienter då en mindre hälsocentral öppnade för något år sedan. Hälsocentralen är starkt beroende av hyrläkare.
Aktuellt tillgänglighetsläge	<p>Telefontillgängligheten var i december 2019 85 %. De tre föregående månaderna var tillgängligheten nära 100 %.</p> <p>Andel som fått första bedömning hos läkare inom 3 dagar var i oktober 2019 93 % (92 % samma dag)</p> <p>Hälsocentralen har haft en mycket god effekt av inrättandet av den s.k. lättakuten. Det har inneburit att telefontillgängligheten förbättrats men även tiden till bedömning har förbättrats väsentligt. Den genomsnittliga genomloppstiden (ankomst till färdigutredd/ behandlad) vid lättakuten är ca 1,5 timmar. Detta följs kontinuerligt av ledningen.</p>
I vilken mån matchas kapacitetsplaneringen mot det aktuella behovet?	<p>Hälsocentralen upprättar ingen produktionsplan för årsbehovet nedbrutet på vecka.</p> <p>Den kapacitetsplanering som tillämpas gentemot behovet är att personalen har PULS-möte varje morgon för att bevaka hur man ligger till med återbesöken och att de genomförs inom det medicinska måldatumet. Därmed har hälsocentralen ett arbetssätt som minskar risken för att undanträngning av kroniska patienter till förmån för nybesöken. Enligt intervjuad verksamhetschef kan viss undanträngning ske vid vissa tillfällen ändå, vid personalbrist.</p>
Används en tillgänglighetsinriktad tidbokningsstrategi?	<p>Kallelser sker oftast via brev till patienten. Webtidbokning används till vissa yrkesgrupper och erfarenheterna är positiva. Träffsäkerheten ökar med minskad administration och uteblivna besök som konsekvens.</p> <p>Dock är det ganska vanligt med uteblivna besök fortfarande.</p>
Finns och används data kring avbokade och uteblivna besök för utvecklingssyfte?	Data finns tillgängligt men används inte systematiskt för att utveckla men webtidbokningen är ett sätt att minska andelen uteblivna besök.
Finns det en aktiv målstyrning avseende väntetider bortom vårdgarantin?	Som beskrivits ovan följs behovet och produktionen av återbesök dagligen. I övrigt är det vårdgarantin som utgör målbilden för verksamheten vad gäller tillgänglighet.