

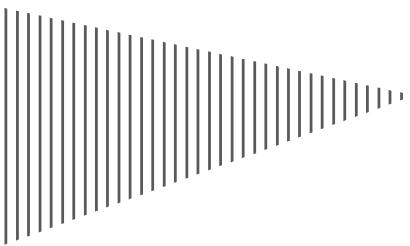
Granskningsrapport

Genomförd på uppdrag av revisorerna
November 2019

Region Blekinge

Granskning av tillgänglighet

Anders Hellqvist
EY



EY

Building a better
working world

Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	3
2.1. Bakgrund.....	3
2.2. Syfte och revisionsfrågor	3
2.3. Genomförande	3
2.4. Revisionskriterier	4
3. Det strategiska perspektivet – centrala planer och aktiviteter	5
3.1. Organisering av centrala stödresurser	5
3.2. Centrala initiativ för att stärka vårdcentralernas förmåga att styra vårdflöden mot bättre tillgänglighet.....	6
3.3. Hälsö- och sjukvårdsnämndens styrning och uppföljning av tillgängligheten 7	
3.4. Bedömning	8
4. Det lokala perspektivet – enheternas tillgänglighetsarbete	10
4.1. Bedömning	11
5. Bilder från kliniskt verksamma läkare.....	12
5.1. Bedömning	12
6. Svar på revisionsfrågor.....	13
Bilaga 1: Källförteckning.....	14
Bilaga 2: Lokal vårdlogistik vid granskade enheter	15

1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av revisorerna i region Blekinge genomfört en granskning av arbetet med att skapa tillgänglighet. Syftet är att ge revisorerna underlag för att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämndens styrning av tillgängligheten är ändamålsenlig utifrån det övergripande målet om god tillgänglighet.

Granskningen har inriktats mot tillgängligheten vid öppenvårdsmottagningar vid sjukhusen och vårdcentraler.

Den sammanfattande bedömningen är att det finns goda förutsättningar att utveckla och förbättra vårdlogistiken och produktionsplaneringen på enhetsnivå för att därigenom bidra till bättre tillgänglighet. Däremot är bedömningen att hälso- och sjukvårdsnämnden brister i sin uppföljning och styrning. Slutsatsen bygger på följande iakttagelser:

- ▶ På strategisk nivå finns det idag inget forum och inga centrala resurser som kan stödja utveckling vad gäller produktionsplanering och mottagningsflödet. Nära vård har emellertid gjort och gör viktiga analyser av flödena på vårdcentralerna och dessa kan leda till förbättringar.
- ▶ En utbildning i produktionsplanering genomfördes för två år sedan. Bland de mottagningar som granskats har hudmottagningen tydligast försökt att tillämpa de grundläggande tankarna i utbildningen och har därigenom god kontroll av produktionen även om tillgängligheten är bristfällig.
- ▶ Det finns systemstöd för att planera produktionen samt för att följa utvecklingen av produktionen och för att analysera ändringar i bokningarna, avbokningar, uteblivna besök m.m. Det används dock i begränsad omfattning.
- ▶ De tre somatiska mottagningarna inom sjukhusen har samtliga en produktionsplan på årsbasis som bryts ner och följs regelbundet. Det bedöms som positivt och som ett viktigt fundament för att utveckla verksamheten vidare.
- ▶ Målstyrningen på alla organisatoriska nivåer har brister ur ett vårdlogistikperspektiv eftersom tillgängligheten inte följs för alla patienter. Det medför risker för undanträngning av exempelvis patienter med kroniska åkommor vilket granskningen visar.

Djupare beskrivningar av bedömningarna finns inne i rapporten.

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

- ▶ Genomför en omprövning av målstyrningen vad gäller tillgänglighet. Denna bör ta utgångspunkt i en målsättning att nå balans mellan kapacitet och behov. Den nuvarande målstyrningen riskerar att missa ett stort antal patienter och bidrar till att cementera ett tänkande som utgår ifrån att köer och väntande patienter alltid kommer att finnas. Det senare gäller framför allt den somatiska specialistvården.
- ▶ Ta initiativ till ett strategiskt forum som har som uppdrag att analysera och bidra till utvecklingen av det lokala tillgänglighetsarbetet.
- ▶ Överväg en central resurs som kan stödja det lokala arbetet med att tillämpa det som bland annat tas upp i de utbildningar som ges.
- ▶ Tillse att den data som beskriver vårdflödena används systematiskt för att förbättra tillgängligheten.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Tillgänglighet har varit ett uppmärksammat område sedan vårdgarantin infördes år 2005. Vårdgarantin och Kömiljarden fick tidigare ett stort genomslag i de flesta regioners styrning. Kömiljarden avslutades 2014 av den då tillträdande regeringen. Nuvarande regering har i vårpropositionen 2019 avsatt ca 1,6 miljarder under rubriken – ”Prestationsbundna insatser för att korta värdköerna”. En del av dessa medel utgörs av en s.k. kömiljard.

Myndigheten för Vårdanalys genomförde 2013 en övergripande utredning av effekter av de dåvarande statliga prestationsersättningarna, bland annat stimulansmedel för tillgänglighet. I rapporten hävdas att styrningen ger kraftiga effekter och att det finns risker dels för att målen inte uppnås dels att oönskade ”sidoeffekter” uppstår.

Region Blekinge har problem med tillgängligheten inom flera verksamheter och bristande tillgänglighet utgör en väsentlig risk för hälso- och sjukvårdens legitimitet generellt och för den direkta patientsäkerheten varför revisorerna har beslutat rikta en fördjupad granskning mot området tillgänglighet.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Syftet är att ge revisorerna underlag för att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämndens styrning av tillgängligheten är ändamålsenlig utifrån det övergripande målet om god tillgänglighet.

För att uppnå granskningens syfte besvaras följande delfrågor:

- ▶ Tillämpar hälso- och sjukvårdsnämnden en styrning och uppföljning som omfattar tillgängligheten för alla patienter?
- ▶ Vilka är målsättningarna för tillgänglighet och på vilka grunder är dessa målsättningar baserade?
- ▶ Vilka resursmässiga insatser planeras och genomförs?
- ▶ Vilka flödes-/logistikmässiga insatser planeras och genomförs?
- ▶ Har regionen gjort några konsekvensanalyser avseende eventuella undanträngningseffekter av de prioriteringar som görs i samband med styrningen mot tillgänglighet?
- ▶ Hur följs tillgängligheten upp av HSN och vilka åtgärder vidtas vid bristande tillgänglighet?

2.3. Genomförande

Granskningen baseras på dokumentgranskning samt intervjuer med lokala chefer, förvaltningsledning, politiker i hälso- och sjukvårdsnämnden samt med kliniskt verksamma läkare (se bilaga 1).

2.3.1. 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 inriktas 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 kommer vi att använda oss av fyra 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 inom sjukhus och vårdcentraler.

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.

2.4. 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 är.

- ▶ Hälso- och sjukvårdslag 2017:30
- ▶ Regionplan 2019-2021 med budget för 2019
- ▶ EY:s kunskap och erfarenhet av produktionsplanering och vårdlogistik

3. Det strategiska perspektivet – centrala planer och aktiviteter

I Hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapport per 31 augusti 2019 beskriver nämnden att året dittills präglats av turbulens på många olika sätt, inte minst organisatoriskt. Även vårdplatsneddragningar, lokalfrågor och bemanningsproblem har krävt ledningens uppmärksamhet och energi. Förvaltningschefsposten är sedan i somras vakant vilket gör att strategiska frågor har blivit lidande i uppbyggnaden av den nya förvaltningen. Även de genomförda intervjuerna på förvaltningsledningsnivå indikerar att strategiska frågor blivit lidande, däribland frågan om tillgänglighet.

Arbetet med omställningen mot Nära vård fortsätter dock enligt delårsrapporten. Vissa delar av det arbetet har en direkt påverkan på tillgängligheten. Exempel är distansmonitorering¹ av hjärtsviktpatienter som minskar behovet av fysiska besök på sjukhusen. Ett annat exempel är digitala bilder för bedömning av hudförändringar.

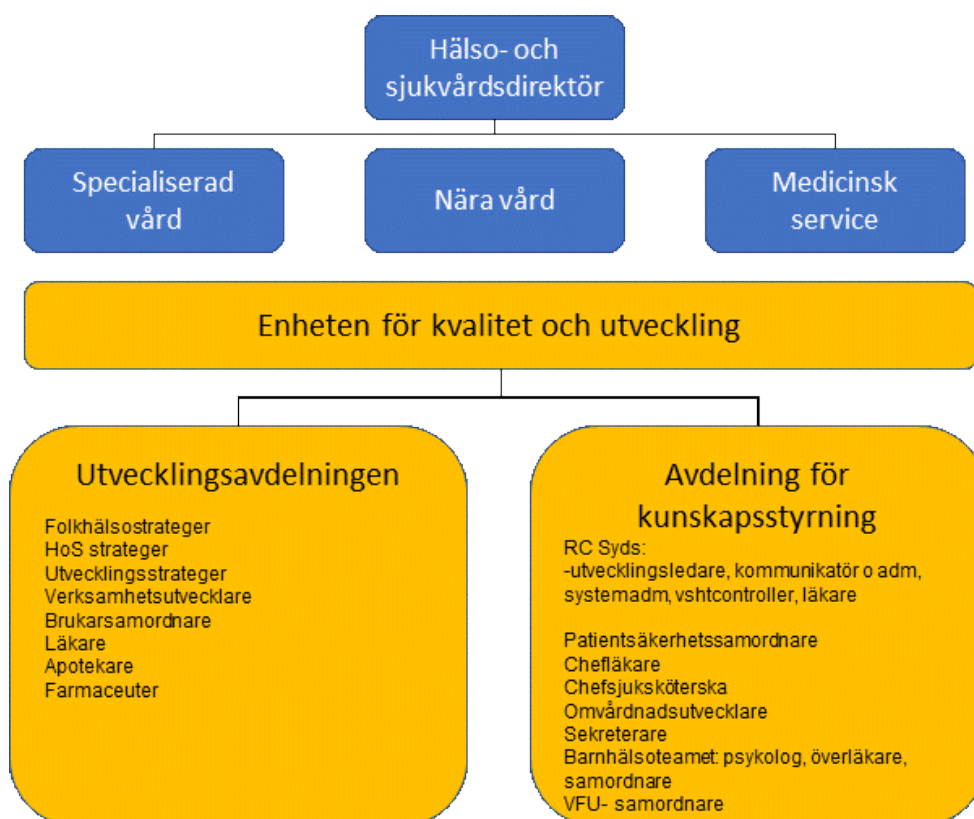
3.1. Organisering av centrala stödresurser

På förvaltningsnivå finns det ett linjeansvar för bland annat tillgängligheten i form av hälso- och sjukvårdscheferna (HS-chef) för specialiserad respektive nära vård. Intervjuad HS-chef för specialistvården beskriver att det fram till våren funnits flera styrgrupper för olika utvecklingsområden, bland annat en styrgrupp för tillgänglighet. Denna styrgrupp arbetade bland annat med att utveckla rapportverktyget Qlickview för att kunna användas i produktionsplaneringssyfte. En annan aktivitet som styrgruppen initierade var en utbildning i produktionsplanering som hölls av en tjänsteperson från Region Skåne. Ett stort antal chefer från olika verksamhetsområden genomgick denna tvådagarsutbildning. De flesta av de verksamheter som granskats i det lokala perspektivet i nästa avsnitt har haft personer som genomgått utbildningen.

Förvaltningsledningen beslutade emellertid efter sommaren 2019 att lägga ner samtliga styrgrupper för att göra ett omtag kring de centrala stödresurserna och dess organisering. En annan åtgärd som dragit igång är att bestämma vilka utdata som ska finnas i informationssystemen, bland annat utdata för tillgänglighet. Alla kliniker ska ta fram siffror som speglar verksamheten och produktionen. Det är oklart hur långt detta arbete hunnit.

En ny enhet för kvalitet och utveckling är etablerad inom förvaltningen vilken leds av en nyrekryterad chef. Denna organisation som ska stödja specialiserad vård och nära vård ser i grova drag ut enligt bilden på nästa sida.

¹ Via digitala hjälpmedel kan patienten kontrolleras i hemmet på distans



För närvarande finns dock inga stödresurser centralt för att stödja sjukhusmottagningars och vårdcentralers arbete med produktionsplanering och lokal vårdlogistik. HS-chefen för specialiserad vård uppger att förvaltningen är i färd med att göra en översyn av stödresurserna därvidlag, delvis med inspiration från tidigare arbeten inom Blekingesjukhuset och den resurs som finns inom Regionalt Cancercentrum Syd.

3.2. Centrala initiativ för att stärka vårdcentralernas förmåga att styra vårdflöden mot bättre tillgänglighet

I dokumentet "Redovisning avseende överenskommelsen om god och nära vård 2019" framgår att primärvården har omfördelat arbetsuppgifter så att varje yrkesgrupps kompetenser utnyttjas effektivare bland annat för att möta den skärpta vårdgarantin för primärvården (nybesök för en första bedömning inom 3 dagar). Vidare framgår det att hälso- och sjukvårdsförvaltningen under hösten kommer att stötta även primärvården i produktionsplanering. Enligt vad som framkommit i denna granskning har detta inte påbörjats ännu i november månad men planen är bland annat att alla verksamhetschefer skulle få utbildning i produktionsplanering under november månad 2019. Dokumentet beskriver också att flera vårdcentraler nu har äldremottagningar för att förbättra tillgängligheten för äldre med kroniska åkommor eller sjukdomar.

Intervjuad HS-chef för nära vård beskriver att förvaltningen arbetar med ett antal analyser av patientflöden och administration. Bland annat har det visat sig att sjuksköterskorna vid vårdcentralerna arbetar 30 procent av sin arbetstid i telefon och att ca 80 procent av samtalen handlar om att komma överens om en tid för

besök. Det krävs enligt HS-chefen bland annat ett flertal digitala lösningar för att primärvården ska kunna klara av att ta hand om kroniskt sjuka patienter och patienter med komplexa sjukdomar. Enligt HS-chefen rapporterar flera vårdcentraler om undanträngningseffekter på grund av den starka fokuseringen på nybesök inom tre dagar.

I primärvårdens "Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval" 2019 infördes en ny regel som har med tidbokslogistiken att göra. "Vårdenhetens tidbok ska ha en framförhållning på minst 6 veckor, så att patienter kan bokas in för läkarbesök. Att begränsa tillgängligheten genom att be patienten återkomma nästa dag för att få en läkartid är inte tillåtet" (s 38). Ordförande i hälso- och sjukvårdsnämnden beskriver att bakgrunden var just det faktum att de vårdcentraler som hade långa väntetider gav rådet att återkomma nästa dag vilket i sin tur orsakade frustration hos patienterna. Huruvida denna nya regel resulterat i bättre tillgänglighet är oklart.

HS-chefen för Nära vård uppger att förvaltningen i december 2019 ska ta fram en implementeringsplan för hur vårdflödena kan förbättras för patienter med kroniska och/eller komplexa sjukdomar. Tanken är att designa vårdprocesserna för dessa patienter beroende på om det avser vårdplanering, hantering av uppkomna symtom, akutinsatser m.m. Preliminärt har fyra olika vårdflöden identifierats vilka kan mötas på olika sätt och med olika kompetenser. Ett sådant flöde kan vara en slags "lättakut" till vilken alla patienter kan vända sig för snabba insatser där personalkontinuiteten inte är central. Lättakuter av enligt denna modell testas för närvarande vid några av regionens vårdcentraler.

3.3. Hälso- och sjukvårdsnämndens styrning och uppföljning av tillgängligheten

Enligt ordförande och 2:e vice ordförande har nämnden, då den berört tillgängligheten, framför allt riktat uppmärksamhet mot de vårdcentraler som haft problem med tillgängligheten. Ovan beskrevs att regionstyrelsen fattat beslut om att införa en regel i primärvårdens regelbok att tidboken ska vara öppen i sex veckor framåt. Ordförande i HSN beskriver att följsamheten inte har varit god till denna regel och att det faller på HSN att vidta åtgärder visavi regionens vårdcentraler.

I övrigt har tillgänglighet inte varit centralt på nämndens agenda under 2019, bland annat av det skälet att det inte inkommit några signaler om bristande tillgänglighet från specialistvården.

Nämndens uppföljning av tillgängligheten utgörs av nedanstående parametrar hämtade från delårsrapport per 31 augusti 2019. (Resultat april exkluderat)

Indikator	Ingångsvärde	Målvärde 2019	Prognos 2019
Andel av befolkningen som instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den sjukvård de behöver.	82 % (2017)	85 %	Uppnås ej
Vårdgarantin (0) – Kontakt med primärvården samma dag.	74 % (Våren 2018)	100 %	Uppnås ej
Vårdgarantin (3) – leg personal i primärvården inom tre dagar.	Nytt	100 %	Uppnås ej
Vårdgarantin (90) – Besök i den specialiserade somatiska vården inom 90 dagar.	75 % (2018)	100 %	Uppnås ej
Vårdgarantin (90) - Behandling i den specialiserade somatiska vården påbörjad inom 90 dagar	90 % (2018)	100 %	Uppnås ej
Andel besvarade telefonsamtal på berörda mottagningar/enheter.	?	90 %	Uppnås ej
Andel patienter i standardiserade vårdförlopp (SVF) för cancer som startar behandling inom avsedd tid.	54 %	80 %	Uppnås ej
Tid till läkarbedömning på akutmottagning.	63 min (2018)	<60 min	Osäkert om mål uppnås

Hälsovalets uppföljningsparametrar avseende tillgänglighet är desamma, d.v.s. de som berör primärvården.

3.4. Bedömning

På strategisk nivå finns det för närvarande inget strategiskt forum och inte heller några resurser som kan understödja lokala enheter i arbetet med att bedriva en modern vårdlogistik med fokus på tillgänglighet. Bedömningen är att det strategiska arbetet stannat upp i och med omorganiseringen och delvis på grund av att förvaltningschefsposten för närvarande är obesatt.

Den utbildning som gavs för chefer för cirka två år sedan har dock fått visst genomslag och systemstöd har utvecklats för effektiv produktionsplanering och uppföljning av tillgängligheten. Bedömningen är att det finns tillgång till relevant produktionsstatistik för att planera och utveckla produktionsplaneringen och för att hitta åtgärder för att komma i balans mellan kapacitet och behov.

När det gäller det strategiska perspektivet genomförs ett antal analyser och utvecklingsåtgärder riktade mot primärvården och vårdcentralernas lokala arbete. Vår bedömning är att om dessa resulterar i reella förändringar i arbetssätt kan betydande vinster erhållas vad gäller tillgänglighet och balans mellan kapacitet och behov. Det behövs dock sannolikt utvecklingsresurser som kan stödja det lokala arbetet.

När det gäller målstyrning är bedömningen att hälso- och sjukvårdsnämnden behöver utveckla uppföljningen av tillgänglighet. Samtliga uppföljningsparametrar

som avser tillgänglighetsstatistik har utgångspunkt från vårdgarantin. Enligt vår bedömning medför det två problem. För det första ger uppföljningen ingen helhetsbild av tillgängligheten till hälso- och sjukvård. Nämnden får ingen bild av hur tillgängligheten ser ut för de patienter som är inne i systemet. Andelen återbesök är väsentligt stor även om det skiljer sig mellan specialiteter. Bland dessa patienter befinner sig dessutom patienter med kroniska besvär vilka inte sällan har stort behov av att komma i kontakt med vården. Risker för undanträngningseffekter är betydande och faktiskt förekommande enligt vad som framkommer i denna granskning.

Det andra problemet är att dessa mål för tillgängligheten inte styr i tillräcklig grad mot balans mellan efterfrågan och behov. Det är när väntetiderna är korta som vinsterna i form av minskade kökostnader erhålls. Detta gäller framför allt den somatiska specialistvården där måttet är tillgänglighet inom 90 dagar. Dessutom mäts hur stor andel som får vård inom 90 dagar. Det får som följd att riktmärket blir just 90 dagar och att systemet ställer in sig mot den nivån. Vårdgarantin är en lag som ska garantera att patienten får vård inom denna tid och bör enligt vår bedömning inte användas som målstyrning. Det är framför allt på lokal nivå som andra tillgänglighetsmål behöver formuleras men det kan stödjas av nämndens sätt att följa upp. Det är inte fallet idag.

Vi noterar även att delårsrapporten, trots att flera av målsättningarna är lågt ställda (90 dagar), indikerar att inget av målen kommer att uppnås när böckerna för 2019 stängs.

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 själva synen på själva logistiken finns dock en gemensam kärna och det är ur 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:

- ▶ Hudmottagningen i Karlskrona
- ▶ Hjärtmottagningen i Karlskrona
- ▶ Lungmottagningen i Karlskrona
- ▶ Barn- och ungdomspsykiatri – öppenvård
- ▶ Jämjö vårdcentral
- ▶ Brunnsgårdens vårdcentral

<p>I vilken mån matchas kapacitetsplaneringen mot det aktuella behovet?</p> <p>Med kapacitet avses personalresurser översatt i patientrelaterade aktiviteter som besök m.m.</p>	<p>Det tydligaste exemplet bland de sex granskade mottagningarna på matchning av kapacitet och behov är hudmottagningen. En produktionsplan för året uppdateras kontinuerligt och utgör input i schemaläggningen som görs sammantaget för alla yrkesgrupper. Denna administration och planering utförs av en tillsatt funktion som produktionsplanerare.</p> <p>De somatiska sjukhusmottagningarna har samtliga upprättat en produktionsplan för året och följer regelbundet produktionsutfallet jämfört med planen.</p> <p>De båda vårdcentralerna använder väntetidsutvecklingen som indikator på produktionen.</p>
<p>Används en tillgänglighetsinriktad tidbokningsstrategi?</p>	<p>Samtliga enheter tillämpar en slags traditionell tidbokningsstrategi. Det betyder att patienter som ska till planerade besök får ett brev med en kallelse med brev såvida inte nästkommande tid bestäms i samråd med patienten då denna lämnar mottagningen.</p> <p>Vid vårdcentralerna bestäms tiderna för nybesök i samråd med patienten då denna kontaktar via telefon. De patienter som har enkla åkommor kan nu vid de två vårdcentralerna komma utan att boka tid vilket har förbättrat tillgängligheten.</p>
<p>Finns och används data kring avbokade och uteblivna besök för utvecklingssyfte?</p>	<p>Få av de intervjuade vet i vilken utsträckning det finns statistik tillgänglig för att analysera avbokade, ändrade och uteblivna besök. Ingen använder denna statistik i utvecklingssyfte.</p>

<p>Finns det en aktiv målstyrning avseende väntetider bortom vårdgarantin?</p>	<p>Samtliga enheter utgår från regionens valda parametrar, d.v.s. vårdgarantins gränser i sin egen styrning. När det gäller återbesöken styrs produktionen mot medicinskt måldatum vilket betyder att det är den planerade tiden till nästa besök som utgör målet. Samtliga enheter utom Brunnsgårdens vårdcentral vittnar om att fokuseringen på nybesök får negativa återverkningar på återbesök och besöken för kroniskt sjuka patienter.</p> <p>Brunnsgården utgår inte från vårdgarantin i sina prioriteringar utan planerar verksamheten utifrån samtliga vårdflöden, d.v.s. både nybesök och återbesök.</p>
--	--

4.1. Bedömning

De tre somatiska sjukhusmottagningarna utgår i sin planering ifrån en uppskattad produktion på årsbasis som dessutom är nedbruten på vecka eller månad. Vår bedömning är att det är en fundamental förutsättning för att kunna styra mot en balans mellan kapacitet och behov. Av olika skäl är balans inte uppnådd utan prioriteringar görs oftast utifrån att klara 90-dagarsgränsen. I den mån kön inte ökar finns det sannolikt möjligheter att nå kortare väntetider. BUP och de båda vårdcentralerna använder väntetidsstatistiken som utgångspunkt för prioritering av besök. Brunnsgårdens vårdcentral utgår i sin lokala produktionsplanering inte från nämndens prioritering av nybesök utan arbetar med ett förhållningssätt där balans mellan olika besökstyper ska råda och utifrån medicinsk bedömning. Det innebär att de aktivt undanröjer risker för undanträngning vilket vi bedömer som ändamålsenligt och positivt fastän den bristande tillgängligheten i sig är ett problem.

Bokningshorisonten, d.v.s. hur långt fram i tiden man kan boka in besök ligger standardmässigt kring 4 - 6 veckor. Bedömningen är att detta i de flesta fall inte är valt utifrån att skapa minsta möjliga förändringsadministration utan för att patienterna ska kunna få en tid då de söker. Vi tolkar det som ett antagande att det alltid kommer att vara en kö av patienter som måste vänta på besök.

Nämndens beslut att i regelboken skriva in att tidböckerna ska vara öppna i sex veckor bygger även det på antagandet att långa väntetider kommer att råda. Bedömningen är att det beslutet bygger på en bristande analys och utgör även det en styrsignal som tar utgångspunkt i att köer av väntande patienter är ett permanent tillstånd.

Vidare är bedömningen att samtliga verksamheter/enheter i större utsträckning och med mer systematik bör utnyttja statistiken kring avbokade, ändrade och uteblivna besök. På det viset kan ledningen med minimalt administrativt arbete hitta möjligheter att trimma vårdlogistiken. Risken är annars att man utgår ifrån myter om hur det förhåller sig vilket är ett erkänt vanligt misstag.

Vidare skulle enheterna kunna ta ett steg ytterligare i produktionsplaneringen genom att parallellt med att uppskatta produktionsbehovet även analysera tillgänglig kapacitet. Med det menas att de olika medarbetarnas tid och kompetens omvandlas till antal besök/behandlingar.

5. Bilder från kliniskt verksamma läkare

Fyra kliniskt verksamma läkare utan chefsbefattning har intervjuats rörande hur de upplever styrningen mot tillgänglighet. Samtliga arbetar inom den somatiska sjukhusvården.

Från dessa intervjuer finns följande bilder:

- ▶ Bristande tillgänglighet upplevs som en börda och genererar arbete med att prioritera de patienter som lider minst av att vänta med besöket.
- ▶ I de fall då återbesök inte kan ske inom uppsatt måldatum vidtas olika åtgärder som att boka in extrabesök utöver schemat, genomföra ett telefonsamtal eller hänvisa till sjuksköterska.
- ▶ Ingen av läkarna arbetar mot andra interna mål för tillgängligheten än de som utgörs av vårdgarantin och de medicinska måldatumen för återbesök.
- ▶ En läkare upplever att kliniken "släpper igenom" alla patienter, även de som egentligen borde tas om hand i primärvården.
- ▶ Ingen av läkarna har något individuellt produktionsmål i form av antalet besök. Det är schemat som utgör produktionsmålet. En läkare beskriver att hen signalerar till schemaläggaren om det finns ett extra stort behov av tider den kommande perioden.
- ▶ Tre läkare vittnar om undanträngningseffekter vilket innebär att mindre sjuka patienter får en tid snabbare än sjukare patienter.

5.1. Bedömning

Intervjuerna med läkarna vittnar om att det finns ett problem i målstyrningen mot nybesök och att det medför en risk för i vissa fall faktisk undanträngning. Bedömningen är vidare att dessa intervjuer pekar på behovet av att arbeta med inflödet till mottagningen. Är det rätt patienter som kommer eller som blir remitterade?

Den tredje iakttagelsen från intervjuerna är att en icke försumbar del av arbetet handlar om att göra rätt prioriteringar d.v.s. att svara på frågan; vilken patient lider minst av att vänta? Det arbetet är till stor del en konsekvens av att organisationen, från nämndens styrning ner till medarbetaren, tillämpar en målstyrning som inte tar sikte på att uppnå balans mellan kapacitet och behov.

6. Svar på revisionsfrågor

Nedan följer komprimerade svar på revisionsfrågorna. Sammanfattande slutsatser ges i den inledande sammanfattningen.

Revisionsfråga	Svar
Tillämpar hälso- och sjukvårdsnämnden en styrning och uppföljning som omfattar tillgängligheten för alla patienter?	Nej. Uppföljningen utgår helt ifrån vårdgarantin vilket bland annat innebär att tillgängligheten för återbesök och patienter med kroniska besvär inte följs.
Vilka är målsättningarna för tillgänglighet och på vilka grunder är dessa målsättningar baserade?	Målsättningarna på alla organisatoriska nivåer baseras på vårdgarantin. Vårdcentralen Brunnsgården utgör ett undantag då den lokala styrningen tillämpar en uttalad balanserad tillgänglighetsstyrning som innefattar samtliga patienter och utifrån ett medicinskt perspektiv.
Vilka resursmässiga insatser planeras och genomförs?	En utbildning i produktionsplanering genomfördes för chefer inom Blekingesjukhuset för två år sedan. En liknande är planerad till hösten 2019 för primärvården. I övrigt finns inga centrala resurser eller aktiviteter. Bedömningen är att dessa initiativ ligger i tråda på grund av organisatoriska förändringar.
Vilka flödes-/logistikkämsiga insatser planeras och genomförs?	Nära vård har genomfört och genomför adekvata analyser av flödena vid vårdcentralerna. Detta har bland annat resulterat i försök med en slags öppna mottagningar för lättare åkomor. Inom sjukhusvården genomförs inga flödesmässiga aktiviteter som kopplar till den vårdlogistik som denna granskning belyser.
Har regionen gjort några konsekvensanalyser avseende eventuella undanträngningseffekter av de prioriteringar som görs i samband med styrningen mot tillgänglighet?	Nej.
Hur följs tillgängligheten upp av HSN och vilka åtgärder vidtas vid bristande tillgänglighet?	Hälso- och sjukvårdsnämnden följer tillgängligheten utifrån vårdgarantins gränser för väntan. Utöver det följs i patientenkäten patienters upplevelse av hur tillgänglig vården är samt genomloppstiden vid akutmottagningen i Karlskrona. Detta rapporteras i delårsrapporter och årsredovisning.

Bilaga 1: Källförteckning

Intervjuade funktioner:

- ▶ Hälsa- och sjukvårdschef specialiserad vård
- ▶ Hälsa- och sjukvårdschef Nära vård
- ▶ Ordförande och vice ordförande hälsa- och sjukvårdsnämnden
- ▶ Enhetschef Kvalitet och utveckling, hälsa- och sjukvårdsförvaltningen
- ▶ Ledningspersoner vid hudmottagningen och hjärtmottagningen
- ▶ Mottagningschef lungmottagningen
- ▶ Verksamhetschef barn- och ungdomspsykiatri
- ▶ Verksamhetschef Jämjö vårdcentral
- ▶ Verksamhetschef Brunnsgårdens vårdcentral
- ▶ Fyra kliniskt verksamma läkare inom somatisk specialistvård

Tillgänglighetsstatistik har lämnats av väntetidssamordnare

Bilaga 2: Lokal vårdlogistik vid granskade enheter

<p>Lungmottagningen Karlskrona</p>	<p>Lungmottagningen i Karlskrona genomför cirka 1750 läkarbesök per år. Därtill ett antal besök av lungcancerpatienter vilkas kontrollbesök enligt SVF genomförs vid specialistmottagningen. Kliniken består även av en mottagning i Karlshamn som genomför cirka 1550 läkarbesök per år inklusive cancerpatienter.</p> <p>Majoriteten av besöken är återbesök.</p>
<p>Aktuellt tillgänglighetsläge</p>	<p>Det händer regelbundet att återbesök får glesas ut för att nybesöken ska kunna genomföras inom vårdgarantin.</p> <p>Enligt väntetidsstatistiken per 20 november 2019 hade 27 procent av patienterna väntat mer än 90 dagar.</p>
<p>I vilken mån matchas kapacitetsplaneringen mot det aktuella behovet?</p>	<p>En produktionsplan upprättades för 2019. Produktionsplanen inbegrep att den "ryggsäck" som fanns av väntande patienter skulle försvinna. Tanken var att chefer skulle få aktuella tillgänglighetsdata varannan vecka men det har inte fungerat fullt ut ännu. Enligt intervju hade mottagningen kunnat följa produktionsplanen tämligen bra till september. Alla som arbetar vid mottagningen kan se hur produktionen ligger till i förhållande till planen.</p> <p>Läkarschemat läggs av läkarna dels utifrån den tillgängliga resurs som finns dels utifrån ett kapacitetsbehov som lämnas till schemaläggaren inför varje schemaperiod. Det finns en excelmodell för kapacitetsplanering som förvaltningen utvecklat. Planer finns på att göra schemaläggningen tydligare kopplad till aktuellt produktionsbehov.</p> <p>Enligt intervjuad avdelningschef uppstår rumsbrist mycket sällan.</p>
<p>Används en tillgänglighetsinriktad tidbokningsstrategi?</p>	<p>Tider för återbesök och nybesök skickas i form av brev med kallelse.</p> <p>Vid varje ny schemalägningsperiod om sex veckor bokas patienter in. Ett visst antal tider hålls obokade för akuta besök.</p> <p>Ingen specifik bokningshorisont tillämpas utan begränsningen av hur långt fram tider kan bokas avgörs av schemalägningsperioden.</p>
<p>Finns och används data kring avbokade och uteblivna besök för utvecklingssyfte?</p>	<p>Enligt intervju är de flesta patienter starkt motiverade att komma till de tider som erbjuds varför antalet avbokningar inte är stort. Det går att i systemen se antalet avbokningar men det följs inte systematiskt. Antalet uteblivna besök är också få enligt intervju.</p>

Finns det en aktiv målstyrning avseende väntetider bortom vårdgarantin?	De mål som används utgörs av vårdgarantins kriterier. För återbesöken är det medicinska måldatumet som är utgångspunkt för planeringen. När en patient närmar sig detta måldatum meddelas den aktuella läkaren så att det skapas möjlighet att boka in patienten inom den tid som är planerat.
Övrigt	Några chefer från kliniken har genomgått den tidigare nämnda utbildningen i produktionsplanering.

<p>Hjärtmottagnigen Karlskrona (kardiologi)</p>	<p>Mottagningen i Karlskrona genomför årligen knappt 3000 läkarbesök (ca 1500 i Karlshamn). De flesta patienter kommer även till kontrollbesök hos sjuksköterskor. Huvuddelen av besöken är återbesök.</p>
<p>Aktuellt tillgänglighetsläge</p>	<p>Hjärtmottagningen klarar oftast att ge patienter tider för besök inom vårdgarantins gränser. Återbesök till sjuksköterskor har släpat efter något men har förbättrats under hösten.</p> <p>Enligt väntetidsstatistiken per 20 november 2019 hade 7 procent av patienterna väntat mer än 90 dagar.</p>
<p>I vilken mån matchas kapacitetsplaneringen mot det aktuella behovet?</p>	<p>Schemalaggningen för läkare görs 3 gånger/år. En produktionsplan är upprättad för 2019. Enligt intervju lyckades man att träffa tämligen rätt i prognosen över hur många besök som skulle behöva genomföras. Inför varje schemalägningsperiod tar man hänsyn till kända förändringar i produktionsbehovet. Önskemål om ledigheter för läkare beviljas utifrån en bedömning av det att ska kunna finnas läkarkapacitet för produktionsplanen.</p> <p>Sjuksköterskorna bokar själva sina tider men önskemål finns om att lämna över tidbokningen till sekreterare.</p>
<p>Används en tillgänglighetsinriktad tidbokningsstrategi?</p>	<p>Mottagningen använder inte någon fastställd bokningshorisont utan besök kan bokas långt fram i tiden, dock inte längre fram än schemalägningsperioden för läkare, d.v.s. 4 månader.</p> <p>Kallelser per brev skickas för nybesök och återbesök cirka 2 veckor innan besöket. Tider för återbesök kan även ges då patienten lämnar mottagningen efter ett besök.</p>
<p>Finns och används data kring avbokade och uteblivna besök för utvecklingssyfte?</p>	<p>De intervjuade är osäkra på huruvida det finns statistik för avbokade och uteblivna besök. Upplevelsen är emellertid inte att det är vanligt att patienter avbokar de tider de fått eller uteblir utan att avboka. Inga specifika åtgärder har vidtagits för att minska avbokningar och uteblivna.</p> <p>Intervjuad mottagningschef beskriver att en hel del patienter får en ny tid vid besöket och då kan båda parter bedöma lämpligheten av tidpunkten.</p>
<p>Finns det en aktiv målstyrning avseende väntetider bortom vårdgarantin?</p>	<p>Den målstyrning som används är vårdgarantin. För återbesök används det medicinska måldatumet som riktpunkt.</p>

Övrigt	<p>En viss del remisser som inkommer till mottagningen avböjs och skickas tillbaka för komplettering.</p> <p>Utvecklingsarbete pågår för att införa s.k. distansmonitorering vilket innebär att vissa kontroller kan göras fastän patienten är kvar i hemmet.</p> <p>Omfördelning av arbetsuppgifter mellan sjuksköterskor och undersköterskor pågår (dosfiltrering och pace-makerkontroller)</p> <p>Ett par personer från klinikens ledningen genomgick den utbildning i produktionsplanering som gavs för ca två år sedan.</p>
--------	--

<p>Hudmottagningen Karlskrona</p>	<p>Mottagningen genomför cirka 8000 besök per år (sammantaget Karlskrona och Karlshamn). Nybesök utgör cirka 2/3 av besöken. Vid mottagningen görs även mindre polikliniska operationer (ca 450 per år).</p> <p>Från ett läge för 6 - 7 år sedan då kompetensförsörjningen av specialistläkare var god befinner sig nu kliniken i ett betydligt sämre läge. Det saknas ett antal specialistläkare vilket påverkar möjligheterna att nå god tillgänglighet enligt intervjuad verksamhetschef.</p> <p>Samtidigt som bristen på specialistläkare tilltagit sedan 2015 har kliniken påverkat inflödet av remisser genom att utverka tydligare kriterier för vilka sökorsaker som bör hanteras inom specialistvården. Tidigare tog man emot många lättare åkommor vilket inte är fallet idag.</p> <p>Enligt intervju gör primärvården idag bra bedömningar av vad som bör remitteras. Cirka 6 % av remisserna avvisas och en fjärdedel av remisserna kan besvaras utan att ett besök behöver bokas.</p>
<p>Aktuellt tillgänglighetsläge</p>	<p>Återbesöken glesas ut för att kunna ta nybesöken vilket innebär att en andel återbesök sker efter att medicinskt måldatum passerat.</p> <p>Enligt väntetidsstatistiken per 20 november 2019 hade 5 procent av patienterna väntat mer än 90 dagar. Inkluderar infektion vilket har få öppenvårdsbesök.</p>
<p>I vilken mån matchas kapacitetsplaneringen mot det aktuella behovet?</p>	<p>Schema för läkare och sjuksköterskor läggs av en produktionsplanerare. Ett grundschema på 3 månader och schemat läggs efter produktionsbehovet. Samma funktion har ansvaret för att följa tillgänglighetsläget och utfallet av produktionsplanen. En produktionsplan är lagd för hela året och har brutits ner per vecka.</p> <p>Under sommarsemestern bokas bara akuta tider.</p> <p>De intervjuade beskriver att schemalaggningsen och bokningen styrs hårdare än tidigare vilket har resulterat i viss kritik från medarbetare. Det stora inslaget av ST-läkare försvårar dock planeringen.</p>
<p>Används en tillgänglighetsinriktad tidbokningsstrategi?</p>	<p>Alla besök bokas av produktionsplaneraren. Ingen specifik bokningshorisont tillämpas utöver den begränsning som utgörs av schemaperiodernas längd.</p>
<p>Finns och används data kring avbokade och uteblivna besök för utvecklingssyfte?</p>	<p>Det finns möjligheter att i IT-stödet följa antalet avbokade och uteblivna besök. Den statistiken används dock inte systematiskt i utvecklingssyfte men analys har tidigare gjorts. Det medförde en förändring på så vis att patienten själv nu får ta initiativet till ett nytt besök om denne uteblir. De intervjuade beskriver att antalet avbokade och uteblivna besök är få.</p>

<p>Finns det en aktiv målstyrning avseende väntetider bortom vårdgarantin?</p>	<p>Målstyrningen vad gäller tillgänglighet utgår från vårdgarantin, d.v.s. samma uppföljningsparametrar som fullmäktige beslutat. För återbesöken gäller de medicinska måldatumen. Det är den tidsperiod inom läkaren bedömer att ett återbesök bör ske. Då inte måldatumet kan hållas görs en medicinsk bedömning av vilka patienter som ska prioriteras.</p>
<p>Övrigt</p>	<p>Arbets sättet med att koncentrera både produktionsplaneringen och schemalaggnings till en funktion infördes efter det att några av cheferna gick utbildningen i produktionsplanering för två år sedan. De intervjuade betonar att det handlar om att utnyttja den statistik och uppföljningsdata som finns för att räkna och planera.</p> <p>Kliniken har arbetat med att förbättra informationen till patienterna och har på grund av detta märkt ett minskat behov av telefontillgänglighet för sjuksköterskorna.</p>

<p>Barn- och ungdomspsykiatri</p>	<p>Öppenvården bedrivs vid tre mottagningar i länet. Mellanvårdsformer (d.v.s. behandlingsformer som bedrivs i egen lokal men även utanför avdelning och mottagning i anslutning till patientens hem).</p> <p>Mottagningarna genomför tillsammans mellan 13.000-14.000 besök per år.</p> <p>Verksamhetsområdet "överanställda" läkare och terapeut då det fanns riktade statsbidrag (PRIO-satsningen) men tvingades dra ner terapeut styrkan då dessa bidrag upphörde.</p>
<p>Aktuellt tillgänglighetsläge</p>	<p>Alla akuta ärenden tas om hand samma dag.</p> <p>Patienter som bedöms vara i behov av fördjupad neuropsykiatrisk utredning får vänta vanligtvis upp till 7 månader innan utredningen startar. Cirka 80 % av remisserna till fördjupad utredning resulterar i utredning.</p> <p>Den etablerade förstalinjevården har inte inneburit ett minskat inflöde till kliniken enligt intervjuad verksamhetschef.</p> <p>Enligt väntetidsstatistiken per 20 november 2019 hade 6 procent av patienterna väntat mer än 90 dagar och 29 procent mer än 30 dagar.</p>
<p>I vilken mån matchas kapacitetsplaneringen mot det aktuella behovet?</p>	<p>Verksamheten arbetar med att implementera nytt arbetssätt för att bedöma patienter, erbjuda basbehandling och psykoedukation (behandling för traumatiserade/krigsskadade) i grupp. Psykolog eller kurator gör ett till tre bedömningssamtal.</p> <p>Verksamheten arbetar inte med årliga produktionsplaner utan använder aktuellt väntetidsläge som utgångspunkt för planeringen. Planering finns gällande start av NP-utredningar. Belastningen hos varje terapeut har varit hög. Ett pilotprojekt pågår dock i Karlshamn med att lyfta över väntelistan till avdelningschefen för att på så sätt förbättra arbetsmiljön så att köer blir ett kollektivt ansvar. Effekten blev till en början ökade väntetider då alla terapeuter var fullbokade vid införandet men har resulterat i bättre arbetsmiljö för alla enligt intervjuad verksamhetschef.</p>
<p>Används en tillgänglighetsinriktad tidbokningsstrategi?</p>	<p>När en behandlingsprocess inletts bokas nästa besök då patienten lämnar ett besök. Alla tidböcker är öppna och sekreterare bokar och skickar kallelser per brev. Sekreteraren väljer olika besöksmoder (tidslängd) för olika typer av besök.</p> <p>Ingen specifik bokningshorisont används.</p>
<p>Finns och används data kring avbokade och uteblivna besök för utvecklingssyfte?</p>	<p>Inga data kring ändrade, avbokade eller uteblivna besök används för att utveckla vårdflödet. En preliminär uppskattning är att cirka 5-7 % av bokade besök resulterar i ett uteblivet sådant.</p>

Finns det en aktiv målstyrning avseende väntetider bortom vårdgarantin?

Målet som används inom verksamhetsområdet BUP är att 70 % av nybesöken ska ske inom 30 dagar och 90 % inom 60 dagar.

Prioriteringskalan är 1 akuta besök, 2 behandlingsbesök 3 utredning men det följs inte alltid då andra medicinska bedömningar kan göras.

Återbesök utgörs oftast av behandlingsbesök och sker vanligtvis varje vecka vilket inte kan hållas. Enligt intervjuad verksamhetschef finns det en viss undanträngning som inte är medicinskt grundad vilket innebär att behandlingsbesök bokas till varannan eller var tredje vecka istället för varje vecka.

<p>Brunnsgårdens vårdcentral Karlshamn</p>	<p>Vårdcentralen har ca 11 600 listade patienter.</p> <p>Vårdcentralen har 3,3 tjänster allmänläkarspecialister men är beroende av 3 hyrläkare för närvarande.</p> <p>Det finns sjuksköterskemottagningar för diabetes och astma/KOL.</p> <p>Patienterna kan kontakta vårdcentralen via telefon, fysiska besök eller meddelande genom meddelandefunktion via 1177 Vårdguiden. Den vanligaste sökvägen är telefon och verksamhetschefen beskriver att sjuksköterskorna i telefon i huvudsak träffar rätt i bedömning av vilken insats som är adekvat.</p> <p>Vårdcentralen använder sig i stor utsträckning av telefonkontakter med patienterna.</p>
<p>Aktuellt tillgänglighetsläge</p>	<p>Enligt verksamhetschefen är väntetiden till nybesök ofta längre än tre dagar.</p> <p>Vårdcentralen har en princip om att hitta en balans mellan tillgängligheten för nybesök och återbesök. Fokuset på nybesöken får inte ske på bekostnad av besöken för patienter med kroniska sjukdomar. Nyligen har man ökat besöksfrekvensen för kroniskt sjuka.</p> <p>Ingen patient som kommer fysiskt till vårdcentralen avvisas.</p> <p>Enligt väntetidsstatistiken per 20 november 2019 hade 24 procent av patienterna väntat mer än 3 dagar för nybesök.</p>
<p>I vilken mån matchas kapacitetsplaneringen mot det aktuella behovet?</p>	<p>Schemalaggningen för läkare läggs för fyra till sex veckor i taget men bygger inte på någon produktionsplan. Schemat utgör produktionskravet på respektive medarbetare men det finns inga individuella produktionsmål.</p> <p>Behovet av personkontinuitet bedöms beroende på sökorsak.</p> <p>Vårdcentralen avser att i november 2019 starta en "lättmottagning" som bemannas med sjuksköterskor. Tolv diagnoser har identifierats som lämpliga för att hanteras av denna mottagning.</p> <p>Telefonkapaciteten planeras att vara som störst måndag och tisdag.</p>
<p>Används en tillgänglighetsinriktad tidbokningsstrategi?</p>	<p>För planerade besök skickas kallelse per brev.</p> <p>Planerade besök får bokas 4-6 veckor framåt och utgår från schemaperiodens längd. Vissa tider avsätts för akuta besök.</p>

<p>Finns och används data kring avbokade och uteblivna besök för utvecklings syfte?</p>	<p>Det finns data kring avbokade och uteblivna besök men den används inte i styrningen eller i utvecklingsarbetet. Verksamhetschefen uppger att det främst är patienter som söker för psykisk ohälsa som avbokar, ändrar besök eller uteblir från bokade besök. Inga specifika åtgärder har vidtagits för att minska antalet avbokningar och uteblivna.</p>
<p>Finns det en aktiv målstyrning avseende väntetider bortom vårdgarantin?</p>	<p>Ja. Vårdcentralen styr tillgängligheten utifrån alla patienters behov. Därför finns inga undanträngningseffekter på grund av förvaltningens och hälsovalets styrningsparametrar utan kapaciteten planeras utifrån en "balanssyn".</p>

<p>Jämjö vårdcentral Karlskrona</p>	<p>Vårdcentralen har ca 7 200 listade patienter.</p> <p>Vårdcentralen har 2,5 tjänst allmänläkarspecialist men skulle behöva 4 tjänster. Gapet täcks av ST-läkare och en pensionerad läkare.</p> <p>Sjuksköterskor är enkelt att rekrytera enligt verksamhetschefen.</p>
<p>Aktuellt tillgänglighetsläge</p>	<p>Telefontillgängligheten är mycket tillfredsställande enligt verksamhetschefen.</p> <p>Tillgängligheten för nybesök till läkare och sjuksköterskor är tillfredsställande men fokuset på nybesöken får negativa återverkningar på återbesöken och patienter med kroniska sjukdomar.</p> <p>Enligt väntetidsstatistiken per 20 november 2019 hade 27 procent av patienterna väntat mer än 90 dagar.</p>
<p>I vilken mån matchas kapacitetsplaneringen mot det aktuella behovet?</p>	<p>Schemalaggningen för läkare läggs vanligen för en månad i taget. Om inte tiderna då har räckt försöker schemaläggaren boka in de som väntat längst.</p> <p>Telefonkapaciteten planeras att vara som störst måndag och tisdag.</p> <p>Även Jämjö vårdcentral har startat en "snabbmottagning" för 10-12 diagnoser.</p>
<p>Används en tillgänglighetsinriktad tidbokningsstrategi?</p>	<p>Ingen specifik bokningshorisont används utan tidboken är öppen för bokningar så länge det finns schema, i detta fall ca en månad framåt.</p> <p>Kallelser för planerade återbesök skickas per brev.</p>
<p>Finns och används data kring avbokade och uteblivna besök för utvecklingssyfte?</p>	<p>Det finns data men den används inte i styrningen eller i utvecklingsarbetet. Upplevelsen är att avbokningar sällan görs men att det förekommer att patienter uteblir. Det bedöms dock inte vara något problem enligt intervjuad chef.</p>
<p>Finns det en aktiv målstyrning avseende väntetider bortom vårdgarantin?</p>	<p>Nej. Vårdcentralen utgår från de parametrar som utgörs av vårdgarantin och som är formulerade på fullmäktigenivå.</p>

Övrigt	<p>Vårdcentralen gjorde en analys av 1100 inkommande samtal. En fjärdedel av samtalen rörde receptförnyelse, en femtedel rörde egenvård och resten akuta och planerade besök till sjuksköterskor och läkare. Avsikten är att göra en ny mätning av alla flöden på vårdcentralen.</p> <p>De vill inte separera receptsamtalen till annan yrkesgrupp eftersom det är viktiga samtal som bör göras av personal med medicinsk kompetens.</p> <p>Enligt verksamhetschefen gör sjuksköterskorna i telefonen träffsäkra bedömningar och avvägningar vilket borgar för att det blir få "onödiga" besök.</p>
--------	---