

Landstingsrevisionen

Regionstyrelsen

2014 -12- 22

Dnr

Granskning av landstingets styrning av tillgänglighet

Landstingets revisorer har, med hjälp av sakkunnigt biträde, genomfört en granskning av landstingets styrning av tillgängligheten inom sjukvården. Syftet med granskningen är att bedöma om landstingsstyrelsens styrning av tillgängligheten är ändamålsenlig utifrån landstingets övergripande mål om god och tillgänglig vård. Revisionsrapporten överlämnas härmed till landstingsstyrelsen.

Revisorernas bedömning

Med utgångspunkt från de systemmätetal, som fastställts i landstingets budget för att mäta att vården är tillgänglig och ges i rimlig tid, är revisorernas övergripande bedömning att landstingsstyrelsen har säkerställt en effektiv styrning, inklusive uppföljning, av tillgängligheten. Bedömningen är att systemmätetalen och målen är väl kända i de granskade verksamheterna. Kömiljardens kriterier är integrerade i styrningen på alla nivåer i organisationen.

Med utgångspunkt i det löfte, som fastställts i landstingets budget om väntetider i cancervården, är revisorernas bedömning däremot att landstingsstyrelsen inte har en effektiv styrning för att säkerställa att vården är tillgänglig och ges enligt fastställt löfte till cancerpatienterna i regionen.

Revisorernas bedömning är att landstingsstyrelsen inte har en styrning som omfattar tillgängligheten för alla patientgrupper. Bedömningen grundar sig på att, enligt vad som framkommer i granskningen, ett inte försumbart antal patienter får vänta längre än vad som kan anses medicinskt motiverat. En förklaring till detta är den starka prioritering som sker i styrningen för att uppnå de mål för tillgängligheten som fastlagts i budgeten.

De politiska prioriteringarna gällande väntetider uppfattas, av chefer och profession, inte alltid harmonisera med de prioriteringar, som i vårdarbetet görs på medicinska grunder. Risk finns därmed för att den medicinska prioriteringen ibland åsidosätts.

Landstingsstyrelsen har inte gjort någon konsekvensanalys av styrningen för att se om eventuella undanträngningseffekter finns. Tillgängligheten för återbesök följs inte upp och inte heller hur andra väntetider, än de som fastlagts i budgeten, påverkas av prioriteringen. I verksamheterna har ett systemstöd utvecklats för att kunna följa upp att återbesök sker som planerat.

Revisorerna konstaterar, vilket även gjorts i tidigare granskningar, att det fortfarande saknas en tillämpad länsövergripande metodik för kapacitets- och produktionsplanering, vilken skulle kunna bidra till att förbättra tillgänglighetsläget och processutvecklingen.

Revisorernas rekommendationer

Revisorerna rekommenderar regionsstyrelsen

- att överväga vilka åtgärder som behöver vidtas för att regionstyrelsens styrning av tillgängligheten ska bli mer heltäckande och omfatta alla patientgrupper
- att intensivifiera och skapa förutsättningar för arbetet med att införa en länsövergripande metodik för kapacitets- och produktionsplanering samt
- att i den fortsatta utvecklingen av styrningen uppmärksamma vikten av att styrningen av tillgängligheten harmoniserar med de prioriteringar som professionen gör på medicinska grunder och enligt Hälso- och sjukvårdslagen.

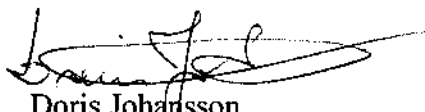
Frågor till regionstyrelsen

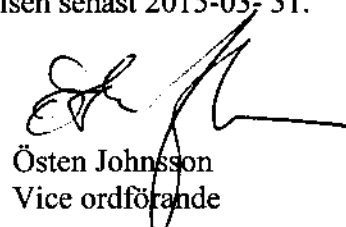
Vilka åtgärder avser regionstyrelsen vidta till följd av revisorernas rekommendationer?

Avser regionstyrelsen vidta några ytterligare åtgärder till följd av granskningens resultat?

Svar från regionstyrelsen

Revisorerna vill ha svar från regionstyrelsen senast 2015-03-31.


Doris Johansson
Ordförande


Östen Johnsson
Vice ordförande

Landstinget i Jönköpings län

Granskning av landstingets styrning av tillgänglighet



Innehåll

1. Inledning.....	4
1.1. Bakgrund	4
1.2. Syfte	4
1.3. Avgränsning	5
1.4. Metod	5
1.5. Precisering av begrepp	5
2. Landstingets övergripande styrning av tillgänglighet	5
2.1. Uppföljning av återbesök	7
2.2. Kapacitets- och produktionsplanering håller på att utvecklas på länsnivå 7	
2.3. Speciell bevakning av tillgängligheten för cancerpatienter	8
2.4. Väntetidssamordnare.....	8
3. Jönköpings sjukvårdsområde satsar på produktionsplanering för att nå god tillgänglighet.....	9
3.1. Kvinnokliniken.....	10
3.2. Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken	11
3.3. Medicinkliniken	11
4. Värnamo sjukvårdsområde	12
4.1. Kvinnokliniken.....	12
4.2. Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen.....	13
4.3. Medicinkliniken	14
5. Bilder från tre operativt verksamma läkare.....	14
Intervju med läkare inom kvinnosjukvården	15
Intervju med läkare inom Barn- och ungdomspsykiatri	15
Intervju med läkare inom kardiologi	16
6. Slutsatser och rekommendationer	17
6.1. Sammanfattande slutsatser och bedömning	18
Bilaga 1 Intervjuade funktioner.....	21
Bilaga 2: Tillgänglighetsrapport Jönköpings sjukvårdsområde.....	22

Sammanfattning

Den övergripande slutsatsen (mer utvecklad i kapitel 6) är att Landstingsstyrelsen har säkerställt en effektiv styrning av tillgängligheten utifrån den definition som används. De styrparametrar som används, och som fastställts i landstingets budget, utgår till allra största del av de kriterier som följer av den statliga satsningen på Kömiljarden. Dessa måttetal följs regelbundet och frekvent av Landstingsstyrelsen och genomsyrar alla styrdokument på alla organisatoriska nivåer och ända ut till vårdens vardag vid de olika verksamheterna. Detta gäller även målet på genomioppstid på max fyra timmar vid akutmottagningarna. Det är få eller ens något annat landstingsmål som är så välkända i organisationen som just tillgänglighetsmålen. Uppföljningsapparaten är rigorös.

I landstingets budget 2014 finns det emellertid en annan formulering som lyder; ”*ingen patient behöver vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av*”. Utifrån detta revisionskriterium är bedömningen att Landstingsstyrelsen inte skapat en effektiv styrning för att säkerställa en tillgänglig vård. Även om det inte exakt går att fastställa hur stort problemet med undanträngningseffekter är, visar granskningen att det finns en icke försumbar omfattning av patienter som får vänta längre än vad som kan vara medicinskt motiverat på grund av att de valda uppföljningsparametrarna så starkt prioriteras i styrningen. Landstingsstyrelsen skaffar sig ingen information om hur återbesök påverkas och hur alla andra väntetider påverkas av den valda prioriteringen.

Bedömningen är att landstinget bör intensifiera arbetet med att etablera en effektiv produktionsplanering på bredden i landstinget. Det pågår olika försök både inom och mellan sjukvårdsområdena men utvecklingsarbetet går mycket långsamt och har pågått i flera år vilket även tidigare granskningar visat. Det är olyckligt, inte minst med tanke på att flera verksamheter har betydande tillgänglighetsproblem. En fungerande produktionsplanering kan i sig förbättra tillgänglighetsläget och processutvecklingen men kan även bidra till att minska de negativa effekterna av den ensidiga tillgänglighetsstyrningen.

Den pågående utvecklingen av att kunna följa upp och analysera återbesök bedöms vara en mycket positiv åtgärd som ger ett väsentligt bidrag till verksamheterna. Men den övergripande styrningen bör utvecklas i samklang med dessa utvecklingsåtgärder.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer:

- ▶ Överväg vilka åtgärder som behöver vidtas för att Landstingsstyrelsen ska kunna ha en heltäckande styrning av tillgängligheten.
- ▶ Intensifiera arbetet med att etablera kapacitets- och produktionsplaneringsmetodik över hela länet. Grunderna är egentligen ganska enkla men det krävs arbete och stöd för att chefer ska kunna och orka komma över tröskeln att använda metoderna i den kontinuerliga verksamheten.
- ▶ Överväg att låta de landstingscentrala resurserna göra djupstudier ”på golvet” vid ett antal olika verksamheter för att generera kunskap om hur tillgänglighetsstyrningen möter vårdens vardag. Detta underlag kan användas både i utvecklingen av den övergripande styrningen och i utvecklingen av kapacitets- och produktionsstyrningen.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Tillgänglighet har varit ett fokuserat område inom svensk hälso- och sjukvård sedan vårdgarantin infördes 2005. Vårdgarantin och den s.k. Kömiljarden har fått ett stort genomslag i de flesta landstings styrning. I anslutning till det faktum att Kömiljarden prioriterar tillgängligheten till förstabesöket har diskussionen varit relativt intensiv kring vilka eventuella andra effekter dessa prioriteringar haft på vårdkvalitet, tillgänglighet och möjligheten att ge vård på lika villkor.

Myndigheten för Vårdanalys har 2013 genomfört en övergripande utredning av effekter av de 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 sideffekter uppstår. Även Riksrevisionen avser att rikta granskningsinsatser mot effekterna av den statliga styrningen.

1.2. Syfte

Syftet är att ge revisorena underlag för att bedöma om landstingsstyrelsens styrning av tillgängligheten är ändamålsenlig utifrån det övergripande målet om god och tillgänglig vård.

För att uppnå granskningens syfte besvaras följande delfrågor:

- 1 Tillämpar landstingsstyrelsen en styrning och uppföljning som omfattar tillgängligheten för alla patienter?
- 2 Vilka är målsättningarna för tillgänglighet och vilka på grunder är dessa målsättningar baserade?
- 3 Hur har de tillgänglighetsmål som definieras av de statliga stimulansmedlen integrerats i styrningen på olika organisatoriska nivåer?
- 4 Har landstinget gjort några konsekvensanalyser avseende eventuella undanträngningseffekter av de prioriteringar som görs i samband med styrningen mot tillgänglighet?
- 5 Är prioriteringarna och målsättningarna när det gäller tillgänglighet förankrade och accepterade på operativ nivå?
- 6 Vilka åtgärder vidtas vid bristande tillgänglighet?
- 7 Finns kösuppdelad tillgänglighetsstatistik?

1.3. Avgränsning

När det gäller hur styrningen sker på operativ nivå är granskningen avgränsad till Jönköpings och Värnamos sjukvårdsområde och specialiteterna barn- och ungdomspsykiatri, medicin och kvinnosjukvården.

1.4. Metod

Granskningen har genomförts via intervjuer med nyckelpersoner samt i form av dokumentgranskning. Intervjuade funktioner framgår av bilaga 1. Dokument som granskats är budget, verksamhetsplaner, verksamhets-specifika rapporter och annan relevant dokumentation.

1.5. Precisering av begrepp

I denna används följande definitioner av de begrepp som används:

Tillgänglighet	Landstingets förmåga att frigöra en adekvat kompetens eller teknisk resurs för att möta en patients behov av vård.
Väntetid	<ul style="list-style-type: none"> - den tid som förflyter från det att patienten tar kontakt med vården till dess att en första bedömning görs av sökorsaken - den tid som förflyter från det att vårdgivaren remitterar patienten till diagnostik, behandling eller konsultation till dess att denna aktivitet påbörjas <p>Väntetid uppstår om bedömning eller behandling skjuts till ett senare tillfälle än vad som är önskvärt. Ett planerat återbesök vid långt senare tillfälle definieras inte som väntetid. Om en operation behöver förläggas senare p.g.a. patientens hälsotillstånd eller önskemål definieras inte det heller som väntetid i denna rapport.</p> <p>Begreppet ledtid åsyftar den tid som en specifik process tar och består av både väntetid och aktiv tid.</p>
Kö	Antalet patienter som väntar på en bedömning eller behandling. Ur patientens perspektiv är det relativt ointressant hur många som står i kön bara väntetiden är kort.

I denna granskning är det den tidsmässiga aspekten av tillgänglighet som är i fokus.

2. Landstingets övergripande styrning av tillgänglighet

I landstingets budget 2014 beskrivs landstingets grundläggande värderingar. Värderingarna ska präglade organisationens förhållningssätt till verksamheten och patienterna. En av de 13 värderingarna är "snabbare reaktioner". Snabba reaktioner i form av korta svarstider, ledtider och snabbare reaktioner på kundernas behov beskrivs ha avgörande betydelse för effektiviteten. "Det gäller såväl för

utveckling, produktion och leverans av varor och tjänster, som för administrativa processer”.

I landstingets ledningssystem ligger värderingarna som en grund för de fem styrkortsperspektiv som används på alla organisatoriska nivåer. Perspektiven utgör strukturen för att styra och för återrapportering uppåt i organisationen. Det strategiska målet inom perspektivet ”Medborgare och kund” som berör frågan om tillgänglighet och snabbare reaktioner är perspektivet ”nöjda patienter/kunder”.

I budgeten är en av framgångsfaktorerna att ”vården är tillgänglig och ges i rimlig tid” och detta följs med åtta olika väntetidsmått:

Primärvård	
Kontakt med vårdcentralen	Andel patienter som fick kontakt per telefon samma dag som de ringde
Väntetid till besök hos allmänläkare	Andel kvinnor och män som fick komma inom fem dagar
Specialistvård	
Faktisk väntetid till första besök i specialiserad vård	Andel kvinnor och män som fick komma inom 60 dagar (somatisk och psykiatrisk vård)
Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom specialiserad vård	Andel kvinnor och män som fick en operation eller åtgärd inom 60 dagar
Barn- och ungdomspsykiatri	
Faktisk väntetid till besök inom barn- och ungdomspsykiatri	Andel flickor och pojkar som erhållit nybesök inom 30 dagar från remissdatum
Faktisk väntetid för utredning inom barn- och ungdomspsykiatri	Andel flickor och pojkar som påbörjat en utredning eller en åtgärd inom 30 dagar från beslutsdatum
Diagnostik	
Väntetid till undersökning inom radiologi och klinisk fysiologi	Andel kvinnor och män som fick komma inom 30 dagar
Akutmottagning	
Tid på akutmottagning	Andel kvinnor och män som fått hjälp och lämnat mottagningen inom fyra timmar

Tillgänglighetsmålen för primärvård och specialiserad vård är samma målnivåer som gäller för den prestationsbaserade ersättningen till landstingen via Kömiljarden. Målnivåerna för barn- och ungdomspsykiatri är desamma som gäller för den prestationsbaserade ersättning enligt den s.k. PRIO-planen, d.v.s. psykiatriöverenskommelsen mellan staten och SKL (2012-2016).

Landstinget följer därutöver genomloppstiderna vid akutmottagningarna och målsättningen är att en patient ska vara klar för avdelningsvård eller hemgång inom fyra timmar. Fyrtimmarsgränsen tillämpas av de flesta akutmottagningar i landet

enligt Socialstyrelsens uppföljningar. Väntetider för diagnostik omfattas inte av Kömiljarden men dessa väntetider följs också utifrån målsättningen max 30 dagars väntetid.

I den nya ersättningsmodellen finns det en mindre komponent i kvalitetsersättningen som är kopplad till tillgänglighet. Kvalitetspremien faller ut helt om 80 procent av patienterna får nybesök eller behandling inom 60 dagar. Halv ersättning utgår vid 70 procent. Kravet gäller för varje specialitet och om hela länet uppnår målet.

Landstingsstyrelsen får varje månad en rapport där tillgänglighetsläget redovisas utifrån ovanstående parametrar. Denna månadsrapportering innehåller även en könsuppdelad statistik för första besök till barn- och ungdomspsykiatri, operation/åtgärd specialiserad vård samt för väntetid till första besök hos allmänläkare.

2.1. Uppföljning av återbesök

Under 2014 har landstinget etablerat ett system för att följa utvecklingen av återbesök. I rapportverktyget Diver kan uppföljning göras av i vilken utsträckning återbesök sker som planerat. Vid nybesök eller annan kontakt där läkare beslutar om att ett återbesök bör ske anges ett "medicinsk måldatum" som bildar en borte gräns för när återbesöket ska ske. Om återbesöket inte sker inom denna tid kommer systemet visa att det finns en köproblematik. Uppföljning av återbesök är en fråga som utvecklas på nationell nivå och kan komma att bli obligatoriskt att rapportera till den nationella väntetidsuppföljningen. Landstinget i Jönköpings län har valt att använda sig av toleransgränser. Det innebär att om återbesöket ska ske inom någon eller några veckor är toleransgränsen bara någon dag men om återbesöket planeras om ett halvår är toleransgränsen flera dagar. Toleransgränsen ökar med en dag per planerad vecka (max 30). Kvaliteten förbättras successivt genom en ökad noggrannhet med att ange korrekt medicinskt måldatum vid planering av återbesök. Återbesöken rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen SIGNe men det finns i dagsläget ingen ersättning kopplad till återbesök. Det nationella regelverket är inte tillräckligt tydligt för att det ska gå att jämföra landstingen.

2.2. Kapacitets- och produktionsplanering håller på att utvecklas på länsnivå

Den kapacitetsgrupp som leds av utvecklingsdirektören har tagit fram metoder och en metodhandbok för att implementera en länsgemensam struktur och arbetssätt för kapacitets- och produktionsstyrning. Syftet är bl.a. att öka transparens och samordning mellan yrkesgrupper, bättre arbetsmiljö, resursoptimering och att patienterna ska få rätt vård i rätt tid. Metoderna har inte börjat implementeras i någon större utsträckning i länet men de verksamheter som vill börja har möjlighet att ta hjälp av detta material. Dessutom har ett IT-stöd, Lägesportalen, utvecklats där respektive specialitet kan se det aktuella remissflödet, bokningar och väntande för mottagningsverksamheterna i realtid.

Intervjuerna i granskningen tyder dock sammantaget på att landstinget ännu inte har ett gemensamt förhållningssätt till och gemensamma metoder för kapacitets- och produktionsplanering. Det förekommer flera olika initiativ i organisationen och

det finns en efterfrågan på ett landstingsövergripande koncept och stöd för implementering.

2.3. Speciell bevakning av tillgängligheten för cancerpatienter

Regionsjukvårdsnämnden har i ett beslut 2010-11-30 utfärdat ett löfte som innebär att ingen cancerpatient ska behöva vänta på behandling för sin cancer längre än fyra veckor. Detta löfte finns även med i landstingets budget. Åtgärder som vidtas för att uppfylla detta löfte är:

- ▶ Regelbundna utdrag ur journalsystemet (samtliga ingående landsting använder samma journalsystem)
- ▶ Projekt för att utveckla tidig bedömning och sammanhållen cancervård
- ▶ Etablering av kontaktsjuksköterskor
- ▶ Uppföljning av patientupplevda väntetider

För patienter bosatta i Jönköpings län visar uppföljningen att landstinget är långt ifrån att infria löftet. Endast 40 procent av patienterna får behandling inom fyra veckor från det första besöket.

Enligt intervjuad processledare vid enheten för Folkhälso- och Sjukvård arbetar landstinget med en modell för uppföljning av ledtider inom cancersjukvården. Bröstcancerprocessen ligger i först i tur men ytterligare diagnosgrupper kommer att ingå. Planen är att under innevarande år kunna presentera detta i form av färdiga rapporter i Diver.

2.4. Väntetidssamordnare

Som ett stöd dels för rapportering till SKL:s databas Väntetider i vården dels för verksamheternas uppföljning finns det både centralt i landstinget och vid varje sjukvårdsområde väntetidssamordnare. Dessa funktioner sammanställer statistik och återför detta till verksamheterna i olika former. Ibland deltar dessa vid kliniskernas ledningsgrupper då dessa har väsentliga problem med att klara tillgängligheten.

Rapportering till SIGNe, den nationella väntetidsdatabasen sker idag per automatik när det gäller nybesök till läkare i primärvård. Den specialiserade vården kommer att börja rapporteras per automatik under innevarande år. Akutväntetider blir en del av rapporteringen till socialstyrelsens patientregister from 2015 (månadsvis rapportering).

3. Jönköpings sjukvårdsområde satsar på produktionsplanering för att nå god tillgänglighet

I sjukvårdsområdets delårsrapporter beskrivs tillgänglighet utifrån Kömiljardens kriterier på tre olika nivåer vilket framgår av bilden nedan.

Faktisk väntetid till första besök i specialiserad vård	80 % inom 60 dagar	55,5 %	-	>80-100 %	>70-80 %	0-70 %
Faktisk väntetid till första besök inom barn- och ungdomspsykiatri	90 % inom 30 dagar	84,6 %	-	>90-100%	>70-90 %	0-70 %
Faktisk väntetid till utredning inom barn- och ungdomspsykiatri	80 % inom 30 dagar	71,4 %	-	>80-100 %	>70-80 %	0-70 %
Faktisk väntetid till operation	80 % inom 60 dagar	47,7 %	-	>80-100 %	>70-80 %	0-70 %
Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar	90 %	82 %	+	>90-100 %	>75-90 %	0-75 %

Redovisning av tillgänglighetsläget i delårsrapport 2 2014. Siffrorna avser augusti månad och är en konsekvens av den köbildning som alltid uppstår under semesterperioderna.

Sjukvårdsdirektörens ledningsgrupp träffas varje månad och följer då upp bland annat tillgänglighetsläget. Om brister i tillgängligheten identifieras diskuteras vilka åtgärder som ska vidtas. Sjukvårdsdirektören beskriver att det främsta arbetet som sker för att nå en god tillgänglighet är införandet av en kapacitets- och produktionsplaneringsmetod. Syftet är att alla verksamheter systematiskt och kontinuerligt ska analysera det kommande behovet och matcha det med den kapacitet som finns tillgänglig. Utfallet av produktionen ska följas upp med täta intervaller. Enligt biträdande sjukvårdsdirektör är den tidigare beskrivna metoden för kapacitets- och produktionsplanering under införande vid Hudkliniken som är en pilotenhet för modellen. Flera andra kliniker använder sig i olika omfattning av en produktionsplaneringsmetod som utvecklats vid Ryhov tidigare. Fokus i implementeringsarbetet har varit de opererande verksamheterna men arbetet har av flera olika skäl stannat upp. Ett av skälen är att det fortfarande inte finns ett väl fungerande operationsplaneringssystem.

De rapporter som ledningsgruppen analyserar varje månad framgår av bilaga 2. Denna statistik visar hur stor andel av patienterna som väntat i intervallerna 30, 60 och 90 dagar. Verksamhetsmålet är 60 dagar men 30-dagarsmätningen ger en prognos för hur sannolikt det är att målet uppnås.

Sjukvårdsdirektören betonar att kapacitets- och produktionsplaneringen säkerligen inte kommer att lösa alla tillgänglighetsproblem men med en kontinuerlig och tät avstämning av produktionsplanen och analys av avvikelser ger den en mycket större möjlighet att vidta adekvata åtgärder i tid. Enligt verksamhetsplanen för 2014 ska alla specialiteter ha infört kapacitets- och produktionsplaneringsmetodiken men det målet är ännu inte uppnått. För närvarande arbetar nio av klinikerna med produktionsplanering men i olika omfattning, enligt processchefen vid Ryhov.

Tillgänghetsläget påverkas vid olika specialiteter starkt av tillgången på framför allt läkarkompetens och operationsresurser. Exempelvis har hudkliniken haft stora tillgänglighetsproblem tidigare men som nu har minskats genom bland annat rekrytering och framför allt har kliniken en aktuell och detaljerad bild av väntetidsläget och var det brister.

Vid olika perioder uppstår problem med undanträngningseffekter, enligt sjukvårdsdirektören. Bland annat har återbesöken tidvis fått stå tillbaka för nybesöken inom urologi på grund av att nybesöken prioriteras. I samband med att vårdvalet för ögonsjukvården infördes valde ett stort antal läkare att lämna landstinget. De som är kvar ska klara av alla återbesök som genererats tidigare medan de nya aktörerna prioriterar nybesök. Samtidigt följs den landstingsdrivna verksamheten upp endast på nybesök vilket både ger en skev bild och svårigheter med att klara återbesöken som kan vara väsentliga ur ett medicinskt perspektiv.

Den nya patientlagen kommer att medföra större möjligheter för patienter att få tillgång till väntetidsinformation och att välja var man vil bli behandlad. Sjukvårdsområdet har därför för avsikt att inrätta ett slags väntetids- eller tillgänglighetskontor för att samla aktuell information om vårdgivare och informera patienterna om bland annat tillgängligheten. Landstinget utreder förutsättningarna att införa ett sådant kontor för hela landstinget och sjukvårdsområdet avvaktar beslut i frågan.

3.1. Kvinnokliniken

Verksamheten består av gynekologi, förlossningsvård, kvinnohälsa och ungdomsmottagning. Neonatalvården sorterar under Barnkliniken. Cirka 30 procent av verksamheten består av planerad vård, resten definieras som akut verksamhet i meningen att besök inte bokas i förväg. Den akuta verksamheten består framför allt av förlossningsvård, som inte kan fördröjas, vilket enligt verksamhetschefen påverkar den planerade verksamheten. Den gynekologiska öppenvården är den planerade vård som i störst utsträckning påverkas av förlossningsvården vid en bristsituation. Kliniken klarar tillgänglighetskriterierna enligt verksamhetschefen men är ansträngd på grund av låg läkarbemanning.

Enstaka förlossningsfall har hänvisats till Eksjö eller Vämamo. Andra sjukhus utnyttjas vid platsbrist på neonatalavdelningen.

Av den planerade vården utgör cancervården en del och prioriteras framför annan verksamhet. Kliniken har för närvarande en brist på specialistläkare men har

trots detta klarat tillgängligheten vid kvinnohälsan och ungdomsmottagningen. Dessa verksamheter bedrivs till stor del av andra yrkesgrupper än läkare.

Kliniken har inte ännu implementerat den ovan beskrivna modellen för kapacitets- och produktionsplanering men har väl definierade huvud och delprocesser, som under 10-15 år aktivt arbetat för att höja kvaliteten och effektivisera processerna för att öka tillgängligheten, enligt verksamhetschefen.

3.2. Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken

Klinikens verksamhet har en snävare gräns för att uppfylla kriterierna för Kömiljarden. Patienterna ska kunna få ett förstabetesök inom 30 dagar, fördjupad utredning (om en sådan bedöms som adekvat) inom 30 dagar samt behandling inom 30 dagar. Kliniken har dock inte sedan år 2000 använt sig av vare sig vårdgarantin eller Kömiljarden som utgångspunkt i sin styrning, enligt verksamhetschefen. Principen har varit att kliniken ska arbeta kölost och därmed undvika den problematik som uppstår i samband med att väntetider uppstår. I stort sett har kliniken lyckats med detta och behöver därför sällan prioritera patienter i olika nivåer. Dessutom belastas inte verksamheten med väntetidsrelaterade frågor från patienter. Kliniken bevakar vårdgarantigränsen men har alltså ett ambitiösare verksamhetsmål.

Som ett led i detta förhållningssätt har kliniken varit noga med att definiera uppdraget för specialistvården. Gränsdragningen mellan den s.k. första linjens vård och specialistvården har varit och är en nationell fråga som fortfarande inte har någon klar lösning. Jönköpings kommun och landstinget är emellertid långt framme i och med att samverka kring Barn- och ungdomshälsan som startade 2012 och avser att erbjuda en första instans för barn- och ungdomar med psykiska eller psykosociala besvär.

Kliniken rapporterar tillgänghetsläget enligt landstingets kriterier men styr inte verksamheten utifrån dessa.

3.3. Medicinkliniken

Medicinkliniken består av ett antal sektioner varav sektionerna neurologi och allergi är de som har störst problem med tillgängligheten. En orsak uppges vara läkarbrist.

Klinikens ledningsgrupp träffas varje vecka och analyserar då bland annat tillgängligheten med hjälp av stöd för produktionsplanering som kliniken har tagit fram på egen hand. Här framgår det aktuella väntetidsläget men även genomförd produktion per månad och vecka i förhållande till det produktionsbehov som beräknats utifrån förväntat inflöde. Förhållandet mellan inkomna remisser och antalet nybesök framgår tydligt för varje sektion. Kliniken arbetar med tre prioriteringsnivåer: akut, halv akut och planerat. Dessa kategorier används för både nybesök och återbesök.

Verksamhetschefen uppger att det är viktigt att prioritera även återbesöken eftersom det är svårt att hinna med alla besök som det finns behov av. I den mån undanträngningseffekter sker på grund av kraven på nybesök är det viktigt att

prioritera återbesöken efter medicinska behov. Varje måndag går sekreterare igenom bevakningslistan med patienter, dels för att undvika att viktiga återbesök uteblir och dels för att rensa listan från patienter som inte längre är aktuella. Produktionsplaneringen kräver uppdaterad information.

Vid behov genomförs extramottagningar på kvällar och helger för att komma tillrätta med tillgänglighetsproblem. Patienter hänvisas inte till Värnamo eller Höglandet, framför allt på grund av att det inom området neurologi råder samma bristsituation på alla tre orter. Inom neurologin finns det ingen ledig kapacitet i hela Sverige enligt verksamhetschefen.

Kliniken har inte gjort några analyser av om tillgängligheten skiljer sig mellan män och kvinnor.

4. Värnamo sjukvårdsområde

Även Värnamo sjukvårdsområde följer den uppföljningsstruktur gällande tillgänglighet som Jönköpings sjukvårdsområde tillämpar, se nedan.

Vid uppföljningen som sker vid sjukhusets månatliga ledningsgruppsmöten försöker man hitta vägar fram för att klara tillgänglighetskraven. Exempel på åtgärder som vidtagits är patientbesök/operationer på helger och under sommarmestern. De kommuner som ligger närmast runt Värnamo har tagit emot mycket flyktingar och bland dem ensamkommande barn. Detta gör att det finns ett 40-tal barn i närområdet som har akuta problem och som gör det svårt att hålla tillgänglighetskraven inom vissa områden.

God tillgänglighet gällande återbesök eftersträvas genom att arbeta på ett standardiserat sätt, där det ska finnas tider avsatta för återbesök. På detta sätt vill man undvika undanträngningseffekter.

Det sker ett aktivt arbete för att medvetandegöra för samtliga medarbetare att tillgängligheten är ett viktigt styrmedel och vilka de ekonomiska konsekvenserna blir om man inte uppfyller kraven. Förutom diskussionerna som förs på ledningsgruppsmötena har en person utsetts som ska fungera som en coach (20 % av sin arbetstid) för samtliga kliniker gällande att hitta arbetssätt för att nå en god tillgänglighet. Den tidigare beskrivna modellen för att mäta återbesök ska börja användas under hösten 2014 inom sjukvårdsområdet.

4.1. Kvinnokliniken

Kvinnokliniken på Värnamo sjukhus bedriver verksamhet inom förlossning, gynekologi, kvinnohälsovård och onkologi. Det finns även kurator, BB-avdelning, BB-mottagning och ungdomsmottagning.

Kvinnokliniken arbetar enligt intervjuerna aktivt med tillgänglighet och anser att god tillgänglighet innebär en trygghet för patienterna och när patienterna behöver dem ska de kunna erbjuda tid antingen akut eller inom 14 dagar. Definitionen på tillgänglighet är följande:

- Alla patienter som ringer till kliniken ska få svar samma dag.

- Akuta patienter har två tider på förmiddagen och fyra tider på eftermiddagen. Alla konsultationer från slutenvården görs samma dag.

Kvinnokliniken mäter tillgänglighet för nedanstående typer av besök och operationer:

- Nybesök (2013: < 30 dagar genomförs till 100 %)
- Patienter på bevakning/återbesök (mätning från och med januari 2014)
- T3 till mottagningen (tredje tillgängliga tid), registrering sker per vecka och sätts upp på anslagstavlan. För 2013 var resultatet att endast en vecka under året hade tredje tillgängliga tid senare än 14 dagar.

Kliniken mäter även tillgängligheten för olika operationer och tillgängligheten för behandling gällande infertilitet.

Bemanningen på kliniken är god gällande läkare men ett antal bammorskor är föräldralediga vilket gör att situationen bedöms kunna bli ansträngd under 2014. Schemalaggningsen för läkare och frånvaro p.g.a. vård av sjukt barn kan ge vissa problem med att klara tillgängligheten. Kliniken arbetar dock utifrån målet att de ska försöka lösa eventuell frånvaro utan att behöva lämna återbud till patienterna.

Kvinnokliniken i Värnamo har under tio år arbetat aktivt med tillgängligheten och varit med i flera projekt som fokuserat på detta, ex. "Open process" och "Bra mottagning". För att klara tillgänglighetskraven har kliniken arbetat med kvällsmottagningar och bevakningslistor över patienter som är prioriterade. Målsättningarna gällande tillgänglighet är väl förankrade på kliniken och klinikkens arbetssätt har en längre tradition än de statliga stimulansmedlen. Kliniken bedömer att deras arbetssätt inte skulle påverkas om dessa försvann. Tillgängligheten fungerar som ett styrmedel i den bemärkelse att den diskuteras i den medicinska programgruppen som träffas 1 gång per månad. Några undanträngningseffekter upplevs ej förekomma.

4.2. Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen

Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen (BUP) är en öppenvårdsmottagning inom psykiatriska kliniken. BUP tar emot barn och ungdomar upp till 18 år samt deras familjer. Det sker ett samarbete med ungdomspsykiatriska kliniken i Jönköping och där finns även fyra vårdplatser som kan användas vid behov. BUP utreder och behandlar barn och unga som har problem med oro, ångest, depression, beteendeproblem m.m. Medicinska, psykologiska och sociala utredningar görs. BUP har ingen akut verksamhet.

BUP har de senaste åren haft ett ökande inflöde av patienter. Psykisk ohälsa bland unga ökar i väsentlig omfattning och BUP genomför betydligt fler utredningar än tidigare. Det finns enligt intervjuerna en problematik kring gränsdragningen gentemot primärvården och det saknas styrdokument där det framgår vad kommuner, primärvård och specialistsjukvården ska ansvara för. Det ökade antalet ensamkommande flyktingbarn till sjukhusets upptagningsområde påverkar verksamheten och även möjligheten att uppnå målen kring tillgänglighet.

Verksamhetschefen uppger att bemanningen på läkarsidan, framförallt från och med år 2015, ser god ut och att beroendet av hyrläkare ska kunna minska.

BUP följer tillgängligheten utifrån samma parametrar som används på landsningsnivå.

Upplevelsen är att det är många mätningar avseende tillgängligheten som ska göras med olika målvärden. Manuell handpåläggning krävs i IT-systemen och det finns viss osäkerhet kring tillförlitligheten i uppgifterna. Det finns också ett visst problem gällande olika tolkningar mellan sjukhusen i länet, enligt intervjuerna.

Ansvariga för BUP menar att återbesöken kommer i kläm p.g.a. målen för tillgänglighet kring första besök. Patienterna som kommer till BUP är i behov av kontinuerlig behandling och det pågår hela tiden en diskussion kring hur de kan jobba smartare och hitta effektiva processer. För närvarande pågår ett arbete med ett mer standardiserat arbetssätt för varje patienthanterare. Det ska finnas särskilda tider hos varje behandlare avseende första besök, återbesök m.m. som inte kan bokas för annat. På detta sätt vill man att patienterna redan från början ska erbjudas minst två besökstidpunkter och det är viktigt att det säkerställs att varje profession inom BUP träffar rätt patient.

4.3. Medicinkliniken

Medicinkliniken på Värnamo sjukhus vårdar bl.a. patienter med sjukdomar i hjärta, lungor och njurar. Rekrytering har skett av ett antal nya läkare vilket innebär att kliniken minskat sitt beroende av hyrläkare.

Tillgängligheten mäts i styrkortet som följs månatligen och kliniken har haft en positiv utveckling från 2011 och framåt. Uppkommer väsentliga avvikelser vidtas åtgärder. Enligt intervjuerna finns en hög medvetandegrad bland personalen gällande målet/kravet på tillgänglighet men kliniken har inte arbetat på något speciellt sätt för att uppnå målet.

Medicinmottagningen klarar målen för Kömiljarden men har internt ett annat verksamhetsmål som är 30 dagar till första besök. Utfallet i augusti 2014 är 67 %. När det gäller tillgänglighet avseende återbesök är bedömningen att den är god, enligt verksamhetschefen. Varje läkare vet hur många patienter som väntar på återbesök och klinikchefen har en löpande dialog med respektive läkare hur tillgängligheten ser ut. Klinikchefens bedömning är att det kan förekomma undanträngningseffekter p.g.a. kraven för att få ta del av Kömiljarden och det finns en ökad risk att akutverksamheten kan öka delvis på grund av att uteblivna återbesök genererar akutsituationer.

5. Bilder från tre operativt verksamma läkare

Under granskningen har vi genomfört intervjuer med tre läkare som inte har chefsuppdrag men som verkar i den dagliga vården. Syftet har varit att få deras bilder av hur tillgänglighetsfrågan och tillgänglighetskraven för att på så vis skapa en förståelse för hela styrkedjan från politiken till vardagens vårdarbete.

Intervju med läkare inom kvinnosjukvården

Som senior läkare på kvinnokliniken arbetar man inom alla områden d.v.s. mödravård, gynmottagning, operation och förlossning. Arbetet präglas till mycket stor del av akut verksamhet. Under ett jourpass som varar mellan klockan 16:00 – 09:00, ansvarar jourläkaren ensam för avdelningspatienter, förlossning och akutpatienter som kommer via akutmottagningen. Läkaren finns alltså inte på akutmottagningen och dess linjer utan blir kontaktad av akutmottagningens sjuksköterskor som triagerar (sorterar genom en första bedömning) patienter.

Det tillgänglighetsmål som berör akutmottagningarna är att genomloppstiden ska vara maximalt fyra timmar. Om en patient som ska bedömas av jourläkaren riskerar att få vänta mer än fyra timmar förväntas jourläkaren komma till akutmottagningen för att klara tidsgränsen. Ur den enskilde patientens synvinkel är det högst rimligt att inte behöva vänta så länge som fyra timmar eller mer innan en läkarbedömning är gjord och beslut är fattat om åtgärd. Ur läkarens perspektiv kan situationen emellertid bli att denne förväntas prioritera en mindre sjuk patient trots att det finns patienter med betydligt större behov av läkarens insats vid förlossningen eller vid avdelningarna. Läkaren menar att patienter som har lindriga åkommor ofta har förståelse för förlängd väntetid. Även personalen på akutmottagningen har förståelse för detta.

När det gäller den planerade verksamheten får målsättningen att nybesök ska ges inom 60 dagar ibland negativa konsekvenser. Det händer ofta enligt den intervjuade läkaren att den som tjänstgör som jourläkare är uppbokad av planerade nybesök redan innan passet börjar. Uppstår det då akuta behov måste dessa också hinnas med, med merarbete för jourläkaren som påföljd.

Den intervjuade läkarens övergripande synpunkt är att de politiska prioriteringarna när det gäller tillgänglighet inte harmoniserar med de prioriteringar som måste ske på medicinska grunder i vardagens vårdarbete. Om patienter ska garanteras bedömning och behandling inom en viss tid oavsett hur allvarligt det är får det effekt på antingen det som inte kan väljas bort eller på personalens arbetssituation.

Intervju med läkare inom Barn- och ungdomspsykiatri

Den intervjuade läkaren bekräftar bilden av att kliniken på ett övergripande plan har ett bra arbetssätt för att klara tillgängligheten och har haft det under en längre tid. Remissteamet bedömer de inkommande remisserna och därefter genomför någon behandlare 1 – 3 besök där patientens problematik kartläggs och behandlingsform bestäms. Därefter kan behandlingen starta om det inte beslutas om en fördjupad utredning innan behandlingen påbörjas. Den behandlare som har ansvaret för patienten ska med jämna mellanrum göra en avstämning av hur behandlingsmålen uppfylls tillsammans med barnet och föräldern. Behandlaren avgör om dialog med andra kollegor ska ske kring eventuell omprövning av behandlingsform eller avslut.

Det uppstår enligt läkaren situationer då den starka fokuseringen på de aktuella ledtiderna leder till att behandlingsbesök med diagnosticerade patienter får stå tillbaka för andra patienters nybesök. Ett sådant exempel kan vara en patient som behöver ett intyg för körkort som prioriteras framför ett behandlingsbesök

med en patient inne i systemet. Patienter med allvarliga och akuta besvär får dock tid direkt och drabbas inte av den typen av undanträngningseffekter.

Intervju med läkare inom kardiologi

Den medicinska delen av hjärtsjukvården (kardiologi) består till ganska stora delar av vårdprocesser som är relativt förutsägbara och som är standardiserade. Behandlingen av patienter med hjärtinfarkt är ett tydligt sådant exempel. Av läkarbesöken på mottagningen är nybesöken en liten del. Den stora volymen är återbesök och kontrollbesök till både sjuksköterskor och läkare. Den intervjuade läkaren beskriver att läkarnas arbete i ökad omfattning upptas av att hantera akuta situationer för de patienter som är inlagda på avdelningar. Ibland får det negativa konsekvenser för mottagningsarbetet då läkarna inte helt kan binda upp sig för mottagningsbesöken. En av de tjänstgörande läkarna har dock speciellt avsatt tid för att finnas till hands för att kunna ta hand om akuta patientbesök vid mottagningen.

När det gäller de planerade besöken så har kliniken ganska lätt att få in nybesöken inom de stipulerade 60 dagarna eftersom de utgör en så pass liten andel av besöken. Men behovet av besök är ändå så stort att det inträffar att återbesöken inte sker i tid utan trängs undan av nybesöken. Framför allt är det patienter som själva inte är så aktiva som inte kommer på återbesök i tid vilket kan få allvarliga konsekvenser. Kliniken arbetar kontinuerligt med att gå igenom och uppdatera patientlistan för att minimera risken för att viktiga återbesök uteblir.

Kardiologisektionen gör fortlöpande avstämningar av besöksbehovet och tillgänglighetsläget bl.a. med hjälp av medicinklinikens eget IT-stöd för produktionsplanering. Utifrån landstingets tillgänglighetsparametrar är sektionens tillgänglighet god för närvarande.

6. Slutsatser och rekommendationer

Syftet med granskningen är att ge revisorena underlag för att bedöma om landstingsstyrelsens styrning av tillgängligheten är ändamålsenlig utifrån det övergripande målet om god och tillgänglig vård.

Nedan beskrivs i komprimerad form svaren på revisionsfrågorna och de bedömningar som görs utifrån respektive revisionsfråga. Därefter redogörs för slutsatser och svar på den övergripande revisionsfrågan.

1 Tillämpar landstingsstyrelsen en styrning och uppföljning som omfattar tillgängligheten för alla patienter?

Nej. Styrning och uppföljning omfattar inte patienter som behöver göra återbesök eller kontrollbesök.

2 Vilka är målsättningarna för tillgänglighet och vilka på grunder är dessa målsättningar baserade?

Det som Landstingsstyrelsen följer upp och som ger starka styrsignaler utgår helt ifrån de statliga stimulansmedlen. Nybesök (60 dagar) och tid till behandling (60 dagar) fokuseras.

3 Hur har de tillgänglighetsmål som definieras av de statliga stimulansmedlen integrerats i styrningen på olika organisatoriska nivåer?

Kömiljardens kriterier genomsyrar styrningen på alla nivåer i organisationen och kan sägas vara helt integrerade i styrningen. Det finns emellertid flera exempel på verksamheter som har mer ambitiösa målsättningar och som även följer utvecklingen av återbesöken.

4 Har landstinget gjort några konsekvensanalyser avseende eventuella undanträngningseffekter av de prioriteringar som görs i samband med styrningen mot tillgänglighet?

Nej. Däremot har ett systemstöd utvecklats för att verksamheterna på ett enkelt sätt ska kunna följa i vilken mån återbesök sker som planerat.

Granskningar visar att styrkan i styrningen mot nybesök är stor och att det finns exempel på undanträngningseffekter i vardagens vård. Framför allt i de verksamheter som har köproblem.

5 Är prioriteringarna och målsättningarna när det gäller tillgänglighet förankrade och accepterade på operativ nivå?

Det finns inga som anser att tidskriterierna är för ambitiösa. Däremot finns det en viss kritik inom professionen och bland chefer mot att den valda inriktningen i tillgänglighetsstyrningen inte harmonierar med den medicinska prioriteringen. Detta gäller både den planerade vården och fyratimmarsmålet vid akutmottagningarna.

6 Vilka åtgärder vidtas vid bristande tillgänglighet?

Avvikelser från målen noteras på alla nivåer i organisationen inklusive den politiska. Kraven på åtgärder ställs framför allt av sjukvårdsdirektörerna. Uppdragen från landstingsledningen är att de tre sjukvårdsområdena ska samverka för att nå tillgänglighetsmålen. Även ersättningsmodellen ger ett sådant incitament. Bedömningen är dock att det fortfarande finns en ovilja att hänvisa patienter till ett annat sjukhus för att istället försöka klara behoven själva. Det ekonomiska incitamentet för att arbeta länsövergripande med tillgänglighet bedöms inte vara en tillräcklig åtgärd.

På verksamhetsnivå sker i vissa fall hänvisning till upphandlade privata utförare samt insatser i form av helg eller kvällsmottagningar. De akuta flödena prioriteras med konsekvenser för i första hand mottagningsverksamheten.

7 Finns könsuppdelad tillgänglighetsstatistik?

I månadsrapporterna till Landstingsstyrelsen redovisas tillgänglighetsstatistik uppdelat på män och kvinnor. På sjukvårdsområdesnivåer och på de verksamhetsnivåer som granskningen belyst har inga analyser gjorts av skillnader mellan män och kvinnors tillgänglighet.

6.1. Sammanfattande slutsatser och bedömning

Den övergripande slutsatsen är att Landstingsstyrelsen har säkerställt en effektiv styrning av tillgängligheten utifrån den definition som används. De styrparametrar som används, och som fastställts i landstingets budget, utgår till allra största del av de kriterier som följer av den statliga satsningen på Kömiljarden. Dessa måttal följs regelbundet och frekvent av Landstingsstyrelsen och genomsyrar alla styrdokument på alla organisatoriska nivåer och ända ut till vårdens vardag vid de olika verksamheterna. Detta gäller även målet på genomloppstid på max fyra timmar vid akutmottagningarna. Det är få eller ens några andra landstingsmål som är så välkända i organisationen som just tillgänglighetsmålen. Uppföljningsapparaten är rigorös.

I landstingets budget 2014 finns det emellertid en annan formulering som lyder; "ingen patient behöver vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av". Formuleringen är hämtad från Socialstyrelsens definition av God Vård och används som en målsättning för landstinget. Utifrån detta revisionskriterium är bedömningen att Landstingsstyrelsen inte skapat en effektiv styrning för att säkerställa en tillgänglig vård. Även om det inte exakt går att fastställa hur stort problemet med undanträngningseffekter är, visar granskningen att det finns en icke försumbar omfattning av patienter som får vänta längre än vad som kan vara medicinskt motiverat på grund av att de valda uppföljningsparametrarna så starkt prioriteras i styrningen. Landstingsstyrelsen skaffar sig ingen information om hur återbesök påverkas och hur alla andra väntetider påverkas av den valda prioriteringen.

Intervjuerna av de verksamma läkarna visar att det finns en frustration över att styrningen är så pass avgränsad som den är. Denna frustration finns även bland flera chefer. Landstinget har heller inte gjort några konsekvensanalyser av den valda styrningens effekter varför vare sig Landstingsstyrelsen eller tjänstemannaledningen kan sägas ha fullständig kontroll över tillgängligheten. Styrningen skulle på detta vis kunna sägas vara halvblind.

Bedömningen är att styrningen inte har en god acceptans i organisationen. Det bör betonas att de intervjuade inte anser att de existerande tillgänglighetsmålen på något sätt är orimliga. Det är ensidigheten och det faktum att styrningen inte harmonierar med den medicinska prioriteringen som är problemet.

I en kölös tillvaro skulle denna problematik inte alls vara lika betydande även om den inte helt försvinner på operativ nivå. Det är i situationer där tillgängligheten av olika skäl brister som dessa krockar mellan professionell bedömning och den organisatoriska styrningen krockar. Granskningen visar att de olika sjukvårdsområdena och verksamheterna i flera fall arbetar framgångsrikt med att hantera tillgänglighetssituationen utifrån ett helhetstänkande. Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Jönköping är ett exempel i Landstinget som visar fördelarna med att i verksamhetsstyrningen utgå från egna kriterier och principer för att slippa det merarbete som köer skapar och som sätter igång den onda spiralen med längre väntetider och mindre värdeskapande tid för personalen o.s.v.

Bedömningen är att landstinget bör intensifiera arbetet med att etablera en effektiv produktionsplanering på bredden i landstinget. Det pågår olika försök både inom och mellan sjukvårdsområdena men utvecklingsarbetet går mycket långsamt och har pågått i flera år vilket även tidigare granskningar visat. Det är olyckligt, inte minst med tanke på att flera verksamheter har betydande tillgänglighetsproblem. En fungerande produktionsplanering kan i sig förbättra tillgänglighetsläget och processutvecklingen men kan även bidra till att minska de negativa effekterna av den ensidiga tillgänglighetsstyrningen.

Den pågående utvecklingen av att kunna följa upp och analysera återbesök bedöms vara en mycket positiv åtgärd som ger ett väsentligt bidrag till verksamheterna. Men den övergripande styrningen bör utvecklas i samklang med dessa utvecklingsåtgärder.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer:

- ▶ Överväg vilka åtgärder som behöver vidtas för att Landstingsstyrelsen ska kunna ha en heltäckande styrning av tillgängligheten.
- ▶ Intensifiera arbetet med att etablera kapacitets- och produktionsplaneringsmetodik över hela länet. Grunderna är egentligen ganska enkla men det krävs arbete och stöd för att chefer ska kunna och orka komma över tröskeln att använda metoderna i den kontinuerliga verksamheten.
- ▶ Överväg att låta de landstingscentrala resurserna göra djupstudier "på golvet" vid ett antal olika verksamheter för att generera kunskap om hur tillgänglighetsstyrningen möter vårdens vardag. Detta underlag kan användas både i utvecklingen av den övergripande styrningen och i utvecklingen av kapacitets- och produktionsstyrningen.



Stockholm den 31 oktober 2014

Anders Hellqvist och Ulrika Stränge

EY

Bilaga 1 Intervjuade funktioner

Följande funktioner har intervjuats:

- ▶ Landstingsstyrelsens presidium
- ▶ Hälso- och sjukvårdsdirektör
- ▶ Sjukvårdsdirektörer Jönköping och Värnamo
- ▶ Verksamhetschefer Jönköping och Värnamo
- ▶ Verksamhetschefer BUP, Medicin och Kvinnosjukvård vid Ryhov och Värnamo
- ▶ Väntetidssamordnare
- ▶ Processledare vid enheten för Folkhälsa och sjukvård, Landstingets kansli
- ▶ Processchef/bitr. sjukvårdsdirektör Jönköpings sjukvårdsområde
- ▶ En verksam läkare utan chefsbefattning per specialitet från Jönköpings sjukvårdsområde

Bilaga 2: Tillgänglighetsrapport Jönköpings sjukvårdsområde

Väntande patienter - Signe
(diagrammet innehåller endast antal väntande - andel visas i tabellen nedanför)

