

Region Skånes revisorer

Granskning av tillgänglighet inom Region Skånes hälso- och sjukvård - generellt

September 2019

Capire

Dag Boman

Lars-Bertil Arvidsson

Catharina Barkman

Lars Jacobsson

Thomas Karte

Pia Lidwall

Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING	3
2	INLEDNING	6
2.1	BAKGRUND	6
2.2	UPPDRAG OCH SYFTE	7
2.3	AVGRÄNSNING	7
2.4	REVISIONSKRITERIER	7
2.5	GENOMFÖRANDE AV GRANSKNINGEN	8
3	TILLGÄNGLIGHET – MÅL OCH NULÄGE	8
3.1	NATIONELLA MÅL OCH REGLER	8
3.2	REGION SKÅNES MÅL FÖR TILLGÄNGLIGHET	10
3.3	NULÄGESBILD AV TILLGÄNGLIGHETEN I DEN SKÅNSKA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	12
4	ORGANISATION, ANSVAR OCH ROLLER	15
4.1	ALLMÄNT OM ANSVAR	15
4.2	POLITISK ORGANISATION	15
4.3	TJÄNSTEMANNAORGANISATION	17
5	STYRNING, PLANERING OCH UPPFÖLJNING	20
5.1	BESLUT OCH HANTERING I BERÖRDA POLITISKA ORGAN	20
5.2	STYRNING OCH UPPFÖLJNING PÅ CENTRAL NIVÅ I ORGANISATIONEN	21
5.3	STYRNING OCH UPPFÖLJNING – PRIMÄRVÅRD	24
5.4	STYRNING OCH UPPFÖLJNING – SJUKHUSFÖRVALTNINGAR OCH SJUKHUS	25
5.5	STYRNING OCH UPPFÖLJNING – PSYKIATRI SKÅNE	28
6	DET KONKRETA ARBETET FÖR GOD TILLGÄNGLIGHET	29
6.1	OPERATIV HANTERING PÅ CENTRAL NIVÅ I ORGANISATIONEN	29
6.2	PRIMÄRVÅRD – EXEMPEL PÅ KONKRETA INSATSER	30
6.3	SJUKHUSFÖRVALTNINGAR OCH SJUKHUS – KONKRETA ÅTGÄRDER	31
6.4	PSYKIATRI SKÅNE	35
7	MÅL OCH INDIKATORER	35
7.1	INHÄMTADE SYNPUNKTER PÅ MÅL OCH INDIKATORER	35
7.2	REFLEKTION OCH SLUTSATSER OM MÅL OCH INDIKATORER	36
8	SLUTSATSER OCH BEDÖMNINGAR	38
8.1	ÖVERGRIPANDE REVISIONSFRÅGA	38
8.2	BEDÖMNING AVSEENDE ENSKILDA REVISIONSFRÅGOR	39
8.3	BEDÖMNING AV ÖVERGRIPANDE FRÅGA	41
8.4	FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG	41
	BILAGA 1 TILLGÄNGLIGHET – SYNPUNKTER TILL PATIENTNÄMNDEN	43
	BILAGA 2 GENOMGÅNG AV MÖTESHANDLINGAR FRÅN NÄMNDER OCH STYRELSE	44

1 Sammanfattning

Uppdrag och genomförande

Revisorerna i Region Skåne har uppdragit till Capire Consulting AB att göra en granskning av styrningen av tillgängligheten i Region Skåne. Områden som ska ingå i granskningen är tillgängligheten generellt samt fördjupat inom cancervården, barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. Denna rapport avser det generella perspektivet.

Genomförandet av granskningen har skett genom analys av besluts- och projektdokument och djupintervjuer med företrädare för berörda politiska organ och i Region Skåne. Granskningen har genomförts under perioden juni till september 2019.

Resultat övergripande revisionsfråga

Granskningens övergripande fråga är om styrningen av tillgängligheten i Region Skåne är ändamålsenlig för att tillgodose befolkningens behov.

I gällande styrande dokument i Region Skåne har fokus på tillgängligheten till hälso- och sjukvården förstärkts. Signalerna om förbättrad tillgänglighet tas enligt vår bedömning på stort allvar och det konkreta arbetet har utvecklats på alla nivåer i organisationen.

Vår bedömning är samtidigt att styrningen på övergripande nivå i organisationen inte är systematisk. De analyser som ligger till grund för arbetet är otillräckliga och kan förklara att en hel del insatser sker ad hoc och att vissa mål som tillämpas inte uppfattas som fullt relevanta. Det saknas även koordination mellan de åtgärder och strategier som tillämpas. Därutöver har den centrala styrningen av produktionen inom hälso- och sjukvården varit svag. Det är vår bedömning att det är regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden som har brister i detta avseende. Övriga nämnder och styrelser har verkat för kort tid för att tydliga slutsatser och bedömningar ska kunna göras.

Bedömning avseende enskilda revisionsfrågor

I det följande återfinns våra bedömningar avseende de enskilda revisionsfrågorna i granskningen.

1. *Vilka lokala styrdokument/handlingsplaner finns för att styra mot uppsatta tillgänglighetsmål och används dessa på ett ändamålsenligt sätt?*

Samtliga berörda styrelser och nämnder med driftledningsansvar har fastställt verksamhetsplaner som tydliggör Region Skånes mål för en förbättrad tillgänglighet. Flertalet av planerna är på en allmän nivå och ger inte en tydlig vägledning om hur styrning mot uppsatta mål ska ske. Vår bedömning är att samtliga nämnder har anledning, inför fortsatt planering, att säkerställa att det för ansvarsområdet finns relevanta strategier som grundas på en tydlig analys av nuläge och förutsättningar. På så sätt kan nämnderna och styrelserna erhålla ett bättre underlag för att följa upp verksamhetens insatser för förbättrad tillgänglighet.

2. *På vilket sätt arbetar respektive styrelse/nämnd med att öka tillgängligheten och vilka eventuella "flaskhalsar" finns i systemet?*

Flertalet av de aktuella nämnderna och styrelserna är nya i sin funktion. Vi bedömer att roll, ansvar och styrinstrument för organen i deras driftledningsfunktion behöver förtydligas, liksom former för hur styrelserna ska samverka när regional samordning behövs. Bedömningen i föregående punkt gäller även denna fråga.

3. *Bedrivs arbetet med standardiserade vårdförlopp (SVF) på ett ändamålsenligt sätt t ex tillgängligheten för vissa utredningar samt operation/åtgärd, tidsmålet från välgrundad misstanke till start av behandling samt SVF inom primärvården?*

Standardiserade vårdförlopp (SVF) växer fram inom flera områden vid sidan av etablerade strukturer inom cancervården. Standardisering har, enligt vad som framkommit, en stor potential inom många

områden. Vi bedömer att det behövs en tydligare terminologi för SVF inom kliniska områden vid sidan av cancervården. Vi bedömer även att primärvårdens och eftervårdens och rehabiliteringens funktioner i de standardiserade vårdförloppen behöver förtydligas. Ansvaret för dessa uppgifter faller på Hälso- och sjukvårdsnämnden.

4. Hur sker information och återkoppling till respektive nämnd/styrelse beträffande måluppfyllelsen och hur agerar nämnd/styrelse vid bristande måluppfyllelse?

Samtliga berörda nämnder och styrelser erhåller månadsuppföljning avseende tillgänglighet. Frågan är även föremål för muntliga föredragningar och diskussioner. Primärvårdsnämnden, sjukhusstyrelserna Helsingborg, Landskrona, SUS och Ängelholm samt psykiatri- habilitering- och hjälpmedelsnämnden har initierat framtagande av handlingsplaner som direkt eller indirekt berör tillgänglighetsfrågor. Vi bedömer att det är för tidigt att dra slutsatser huruvida de berörda nämndernas och styrelsernas agerande är ändamålsenligt eller ej.

5. Hur sker samverkan mellan sjukhus och mellan sjukhus och privata vårdgivare för att få ett optimalt utnyttjande av de resurser som finns och därigenom en ökad tillgänglighet?

Samverkan sker i flera sammanhang och enligt vår bedömning i ökad omfattning inom hela sjukvårdssystemet. Detta inkluderar privata aktörer med avtal med Region Skåne. Denna typ av samverkan sker i allt högre grad ur ett patientperspektiv och sett till helhetens bästa. Systemet med tillgänglighetskoordination och samordning av patienter har enligt vår bedömning erhållit en ökad strategisk tyngd, men med iakttagelsen att Region Skåne i allt högre grad är beroende av vårdgarantiavtalsleverantörer. Samtidigt bedömer vi att den centrala medverkan i och styrningen av samverkan har varit otillräcklig. Brist på beslut och beslutsmandat har medverkat till att fördröja samverkan över förvaltnings- och sjukhusgränser. Ansvaret på detta faller på regionstyrelsen. En förstärkt produktionsstyrning har dock nyligen aktualiserats av koncernledningen.

6. Fungerar avbokningar och ombokningar av operationer och besök på ett ändamålsenligt sätt?

Vår bedömning är att det i kraft av aktualiserade handlingsplaner vid förvaltningar och sjukhus sker en förbättring vad gäller hantering av av- och ombokningar liksom uteblivande från patientens sida. Kontinuerlig uppföljning sker för varje sjukhus. Vi bedömer samtidigt att det finns ett påtagligt förbättringsutrymme inom detta område. Det faller ett ansvar på berörda styrelser och nämnder att i sin funktion som driftledningsnämnd se till att det sker ett ändamålsenligt arbete kring bokning av patienter till besök och åtgärder.

7. Hur bedrivs arbetet med beslutat incitamentspaket för att öka tillgängligheten?

Vår bedömning är att alla berörda förvaltningar och sjukhus är väl insatta i incitamentmodellen. Vår bedömning är även att modellen utgör ett stöd i utvecklingsarbetet inom tillgänglighetsområdet. Det råder konsensus om att modellen i sin nuvarande utformning inte är optimal genom att redan effektiva verksamheter har svårt att få del av incitamentsdelen. Därutöver saknar sjukhus såsom lasarettet i Landskrona och Trelleborg, som inte anställer egna opererande läkare, möjligheter att påverka utfallet av modellen. Modellen kommer att förstärkas ekonomiskt inför 2020 och kriterierna utvecklas samt även beakta den statliga kömiljarden.

8. Är målen/indikatorerna för uppföljning relevanta för att följa utvecklingen och även kopplat till resursåtgången för uppföljning?

Vår bedömning är att det finns en god förankring kring uppföljning av nuvarande mål och indikatorer för tillgänglighet både vad gäller omfattning och arbetsinsatser kopplat till uppföljningen. Övergripande finns samtidigt behov att utveckla eller anpassa målen som sådana. Målen bör omsättas så att de tar större hänsyn till medicinska bedömningar samt inte skapar de undanträngningseffekter som nu tenderar att ske för patienter med allvarliga men inte akuta sjukdomsbesvär. Hälso- och sjukvårdsnämnden har ansvaret för att tillförsäkra att hanteringen av målen för tillgänglighet inte kommer i konflikt med kravet på jämlik vård.

9. *Vilka lärdomar dras av goda exempel avseende ökad tillgänglighet i verksamheterna och hur sprids dessa i organisationen?*

Vår bedömning är att det sker ett omfattande arbete som handlar om att sprida och förankra nya arbetssätt och metoder för att öka tillgängligheten. En viktig del av kunskapsspridningen sker inom ramen för Region Skånes kunskapsstyrningsorganisation. Information och kunskapsspridning sker i första hand på verksamhets- och enhetsnivå. Ytterst handlar det många gånger om individens intresse att följa och ta till sig goda exempel. Ansvariga nämnder och styrelser har anledning att synliggöra och ställa krav på ett strukturerat arbete kring spridande av lärdomar.

10. *I diskussionen framkommer att bristen på personal och inflödet av patienter är faktorer som påverkar tillgängligheten. Vilka andra faktorer påverkar tillgängligheten och hur följs detta upp och hanteras av respektive sjukhusstyrelse/nämnd?*

Vår bedömning är att en stor del av tillgänglighetsproblematiken har sin upprinnelse i personalbrist. Det ger upphov till brist på vårdplatser och till otillräcklig operationskapacitet samt gör att annan infrastruktur inte kan användas optimalt. Personalomsättningen under senare år har även medverkat till att många verksamheter nu bemannas av anställda med få yrkesår och begränsad erfarenhet. Det har enligt vår bedömning tagit lång tid innan hälso- och sjukvårdsorganisationen börjat acceptera dessa fakta. Men i dag kan vi se en omfattande provkarta med åtgärder för att ta tillvara personalresursen på ett effektivare sätt samt därtill kopplade organisatoriska innovationer och nya arbetssätt.

Patientinflödet uppges öka kraftigt. Detta drivs delvis på av samhällstrender, men beror även till stor del på förbättrade behandlingsmetoder som gör att allt fler och i allt högre åldrar kan erhålla vård. Denna utveckling drivs på av ny teknologi och ofta dyr sådan. Det ökade akuta inflödet av patienter tar stora resurser i anspråk både vad gäller infrastruktur och kompetens och minskar effektiviteten i de planerade aktiviteterna. Vi bedömer att regionstyrelsen har anledning att vidta åtgärder för en effektivare elektiv verksamhet.

11. *Hur informeras patienter om gällande regelverk avseende vårdgaranti och valmöjligheten om vård hos annan vårdgivare för att på så sätt öka tillgängligheten?*

Nuvarande regelverk om vilken information patienterna ska ha avseende vårdgaranti med mera är tydligt. Vår bedömning är att tillämpningen är relativt god inom den sjukhusbaserade vården, särskilt med koppling till gällande rutiner för samordning av patienter. Vilken tillämpningen är inom primärvård och psykiatri är mindre tydligt. Vi bedömer att primärvårdsnämnden, psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden har anledning att förtydliga vilka rutiner som ska gälla för information till patienterna. Samtliga nämnder och styrelser har anledning att stärka uppföljningen av att patientinformationen om vårdgaranti med mera sker enligt fastställda regler.

Förbättringsförslag

Följande förbättringsförslag har identifierats i samband med granskningen:

- Samtliga nämnder och styrelser på såväl central som lokal nivå bör säkerställa att det för ansvarsområdet finns relevanta strategier som grundas på en tydlig analys av nuläge och förutsättningar.
- Regionstyrelsen bör verka för att förtydliga nämndernas och styrelsernas roll, ansvar och styrinstrument i deras driftledningsfunktion, liksom formerna för hur styrelserna ska samverka när regional samordning behövs.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör ta fram en tydligare terminologi för standardiserade vårdförlopp inom kliniska områden vid sidan av cancervården. Även primärvårdens och eftervårdens och rehabiliteringens funktioner i de standardiserade vårdförloppen behöver förtydligas.
- Regionstyrelsen bör tillse att medverkan i och styrningen av samverkan från den centrala nivån förstärks samt tillse att det finns tydliga beslutsmandat i förändringsprocesser som sträcker sig över förvaltnings- och sjukhusgränser.

- Samtliga berörda styrelser och nämnder bör i sin funktion som driftledningsnämnd se till att det sker ett ändamålsenligt arbete kring bokning av patienter till besök och åtgärder för att undvika av- och ombokningar och uteblivande från patienternas sida.
- Samtliga berörda nämnder och styrelser bör synliggöra och ställa krav på ett strukturerat arbete kring spridande av lärdomar inom verksamheterna.
- Regionstyrelsen bör vidta åtgärder för att den elektiva verksamheten ska effektiviseras och det inte skapas undanträngningseffekter för särskilda patientgrupper.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör tillförsäkra att målen för tillgänglighet inte kommer i konflikt med kravet på jämlik vård samt att satsningar för att minska köer och förbättra tillgängligheten blir mer långsiktiga.
- Primärvårdsnämnden, psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden bör förtydliga vilka rutiner som ska gälla för information till patienterna om vårdgaranti med mera. Samtliga nämnder och styrelser har anledning att stärka uppföljningen av att patientinformationen utförs enligt fastställda regler.

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Regionfullmäktiges inriktning är att hälso- och sjukvården i Region Skåne ska vara tillgänglig, jämlik, hälsoinriktad, personcentrerad, säker, kunskapsbaserad och effektiv.

Tillgänglig hälso- och sjukvård innebär att ingen patient ska behöva vänta oskäligt lång tid på den vårdinsats som behövs för diagnostik, behandling och rehabilitering. Likaså ska Region Skåne leva upp till de nationella målen för standardiserade vårdförlopp inom cancervården. Vårdgarantin är en lagstadgad rättighet som anger inom vilka tidsgränser vård ska erbjudas, efter att beslut om vård har fattats.

Under de senaste åren har inflödet av patienter till vården ökat bland annat beroende på demografiska förändringar samtidigt som kompetensförsörjningen är en stor utmaning, vilket sammantaget påverkar tillgängligheten. Tidigare granskningar har visat att tillgängligheten inom hälso- och sjukvården i Region Skåne inte är ändamålsenlig och tillräcklig trots att detta är en prioriterad fråga. Det övergripande målet att förbättra tillgängligheten jämfört med 2017 har inte uppnåtts. Enligt Region Skånes kvalitetsapplikation för 2018 framgår att inte någon av indikatorerna inom området tillgänglighet når upp till av regionfullmäktige beslutad målnivå. Likaså inom området cancervård och att Region Skåne ska leva upp till de nationella målen för standardiserade vårdförlopp (SVF) konstateras att även om förbättringar skett jämfört med 2017 avseende tidsmålen inom vissa diagnoser, konstateras att huvuddelen av målen inte har uppnåtts för 2018.

Uppföljningen av Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård sker bland annat i månadsrapporter och verksamhetsberättelser och ska utgå från vad som är av värde för patienten. Resultatet ska användas för lärande och underlag för förbättringsarbete. Uppföljningen för 2019 ska, enligt Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård, inriktas på de övergripande målen samt delmål som fastställs i Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård. Dessa mål följs för närvarande upp med drygt 180 utvalda indikatorer. Region Skånes indikatorbibliotek omfattar totalt ca 270 indikatorer.

Enligt Region Skånes verksamhetsplan och budget 2019 tilldelas hälso- och sjukvårdsnämnden 141 miljoner kronor att vidarefördela till sjukvården i form av incitamentsmedel för ökad tillgänglighet för somatisk sjukhusvård. Medlen kommer att utbetalas till de egendrivna sjukhusen vid måluppfyllelse och enligt principer för den incitamentsmodell som beslutats av hälso- och sjukvårdsnämnden.

Revisorskollegiet har utifrån en riskbedömning beslutat att genomföra en fördjupad granskning av tillgängligheten i Region Skåne.

2.2 Uppdrag och syfte

Syftet med granskningen är att bedöma om styrningen av tillgängligheten är ändamålsenlig för att tillgodose befolkningens behov. Områden som ska ingå i granskningen är tillgängligheten generellt samt fördjupat inom cancervården, barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri.

Revisionsfrågor är

1. Vilka lokala styrdokument/handlingsplaner finns för att styra mot uppsatta tillgänglighetsmål och används dessa på ett ändamålsenligt sätt?
2. På vilket sätt arbetar respektive styrelse/nämnd med att öka tillgängligheten och vilka eventuella "flaskhalsar" finns i systemet?
3. Bedrivs arbetet med standardiserade vårdförlopp (SVF) på ett ändamålsenligt sätt t ex tillgängligheten för vissa utredningar samt operation/åtgärd, tidsmålet från välgrundad misstanke till start av behandling samt SVF inom primärvården?
4. Hur sker information och återkoppling till respektive nämnd/styrelse beträffande måluppfyllelsen och hur agerar nämnd/styrelse vid bristande måluppfyllelse?
5. Hur sker samverkan mellan sjukhus och mellan sjukhus och privata vårdgivare för att få ett optimalt utnyttjande av de resurser som finns och därigenom en ökad tillgänglighet?
6. Fungerar avbokningar och ombokningar av operationer och besök på ett ändamålsenligt sätt?
7. Hur bedrivs arbetet med beslutat incitamentspaket för att öka tillgängligheten?
8. Är målen/indikatorerna för uppföljning relevanta för att följa utvecklingen och även kopplat till resursåtgången för uppföljning?
9. Vilka lärdomar dras av goda exempel avseende ökad tillgänglighet i verksamheterna och hur sprids dessa i organisationen?
10. I diskussionen framkommer att bristen på personal och inflödet av patienter är faktorer som påverkar tillgängligheten. Vilka andra faktorer påverkar tillgängligheten och hur följs detta upp och hanteras av respektive sjukhusstyrelse/nämnd?
11. Hur informeras patienter om gällande regelverk avseende vårdgaranti och valmöjligheten om vård hos annan vårdgivare för att på så sätt öka tillgängligheten?

2.3 Avgränsning

Granskningen avser regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, psykiatri-, habilitering och hjälpmedelsnämnden, primärvårdsnämnden och samtliga sjukhusstyrelser.

2.4 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för granskningens analyser, slutsatser och bedömningar. Dessa är bland annat:

- Kommunallagen (2017:725) – 6:6
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) – kap 3 och 9
- Reglemente för regionstyrelse och nämnder i Region Skåne (RF 2018-12-10–11)
- Region Skånes årsredovisning 2018 (RF 2019-04-09)
- Region Skånes verksamhetsplan och budget 2019 med plan för 2020 – 2021 (RF 2018-12-10--11)
- Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2019 inklusive bilagor (HSN 2019-02-14)

2.5 Genomförande av granskningen

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer med förtroendevalda och berörda tjänstemän inom Region Skåne. Totalt har intervjuer genomförts med 54 personer. Intervjuerna omfattar förtroendevalda från berörda nämnder och styrelser samt brukarråd, representanter för koncernkontoret och samtliga berörda förvaltnings- och sjukhusledningar. Därutöver har representanter för ett tiotal specialiteter på verksamhetschefsnivå och representanter för tillgänglighetskoordinatorerna intervjuats.

Granskningen har genomförts av Dag Boman uppdragsledare, Catharina Barkman, specialist och kvalitetsansvarig, Pia Lidwall, specialist, Lars-Bertil Arvidsson, medicinsk rådgivare, specialist i allmänmedicin, Lars Jacobsson, specialist i allmän psykiatri och professor emeritus Umeå universitet samt Thomas Karte, medicinska rådgivare, specialist i internmedicin. I faktainsamlingsfasen har även Mari Månsson, specialist medverkat.

Kontaktperson vid Region Skånes revisorer har varit Louise Rehn Winsborg, ordförande i revisorskollegiet och Lars-Erik Lövdén, vice ordförande i revisorskollegiet. Projektledare för granskningen har varit Eva Tency Nilsson, certifierad kommunal revisor vid Region Skånes revisionskontor. Granskningen har genomförts under perioden juni till september 2019.

Fördjupade studier av tillgängligheten inom cancervården samt inom barn- och ungdoms- och vuxenpsykiatri kommer att dokumenteras i separata rapporter.

3 Tillgänglighet – mål och nuläge

3.1 Nationella mål och regler

3.1.1 God vård

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska hälso- och sjukvården bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Ett av de fem krav som specificeras i HSL är att vården särskilt ska "vara lätt tillgänglig"¹.

Lagen förskriver även att landstingen/regionerna ska rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas.

3.1.2 Vårdgarantin²

Vårdgarantin är enligt HSL en rättighet som innebär att enskilda personer ska få vård inom en viss tid. Vårdgarantin anger inom vilka tidsgränser olika vårdinsatser ska erbjudas, efter att beslut om vård har fattats.

Tidsgränser i vårdgarantin är: 0 – 3 – 90 – 90 dagar.

- *0 – Kontakt med primärvården samma dag* – Samma dag som patienten söker hjälp för ett hälso- problem ska patienten få kontakt med primärvården, till exempel vårdcentralen eller sjukvårdsrådgivningen. Det kan ske via telefon eller genom besök.
- *3 – Medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar* – Patienten ska få en medicinsk bedömning av legitimerad personal inom tre dagar³.

¹ Kap 5 Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

² Grundläggande bestämmelser om vårdgarantin finns i kap. 9 HSL.

³ Den delen av vårdgarantin som gäller inom primärvården har förstärkts från den 1 januari 2019. Förstärkningen innebär att patienter som kontaktar primärvården för ett nytt eller försämrat hälsoproblem har rätt till en medicinsk bedömning inom tre dagar. Bedömningen ska göras av en läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården. Tidigare tidsgräns var sju dagar.

- *90 – Besök inom den planerade specialiserade vården inom 90 dagar* – Om patienten får en remiss till planerad specialiserad vård ska personen få en tid för besök inom 90 dagar. Det gäller även om patienten sökt vård utan remiss.
- *90 – Behandling/operation påbörjad inom 90 dagar* – Efter beslut om behandling, till exempel en operation, ska patienten få en tid för detta inom 90 dagar.

Om den vårdenhet som patienten sökt vård hos inte kan erbjuda vård inom vårdgarantins tidsgräns ska patienten informeras om detta och erbjudas vård hos en annan vårdgivare, antingen inom samma landsting eller i ett annat. Detta ska inte leda till någon merkostnad för patienten.

Patient kan avstå från erbjudandet om vård hos en annan vårdgivare och istället välja att vänta längre. I det fallet kan personen, enligt det nationella regelverket, inte längre åberopa vårdgarantins tidsgränser. Om personen senare ångrar sig kan denne kontakta sin vårdgivare på nytt. Vårdgarantin börjar då gälla från det datum personen meddelar att hon eller han ändrat sig.

Vårdgarantin anger inte om vård ska ges eller vilken slags vård som ska ges. Akut vård berörs inte av vårdgarantin. Om en person blir akut sjuk eller skadad ska vård ges så snart som möjligt.

Den nationella vårdgarantin gäller inte:

- om patienten tackar nej till ett erbjudande om vård hos en annan vårdenhet (om denne senare ändrar sig kan denne tacka ja till erbjudandet)
- om patienten av medicinska skäl bör vänta längre än garantins tidsgränser
- medicinsk service såsom laboratorie- och röntgenundersökning
- utredningar och undersökningar
- hjälpmedelsförsörjning med undantag av utprovning av hörapparater
- återbesök

3.1.3 Statliga kömiljardmedel

Sveriges kommuner och landsting (SKL) och staten har träffat en överenskommelse om att under 2019 införa en ny uppdaterad kömiljard. Målet är att (citater) *”åstadkomma förnyad kraft i arbetet med att förbättra tillgängligheten samt att utveckla uppföljningen av väntetider till att ge en mera komplett bild av tillgängligheten i vården”*⁴.

Överenskommelsen för 2019 omfattar totalt 1 610 miljoner kronor. Av de totala medlen är 1 600 miljoner kronor avsedda som stimulansmedel till regionerna. Av dessa fördelas 1 280 miljoner kronor enligt en prestationsmodell och 320 miljoner kronor i relation till befolkningens mängden i respektive region. För att ta del av prestationsmedlen ska regionerna kunna påvisa en förbättring av andelen väntande inom 90 dagar för september, oktober och november 2019 jämfört med samma månader 2018, eller kunna visa att andelen som väntat högst 60 dagar uppgår till minst 71 procent. För att ta del av de resterande medlen ska regionerna lämna en nulägesrapport senast den 15 oktober 2019 samt ha rapporterat till väntetidsdatabasen alla årets månader med en svarsfrekvens om 95 procent.

Enligt information från SKL ska parterna inför 2020 se över och utveckla arbetet med att långsiktigt förbättra tillgängligheten. Det inkluderar att uppdatera målbilden om vad som är att anse som god tillgänglighet ur ett patientperspektiv. Den uppdaterade kömiljarden ska utvecklas (citater) *”för att säkerställa att den bidrar till att skapa goda förutsättningar och incitament för vårdens systematiska arbete för en hållbar tillgänglighet”*⁵.

⁴ <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/tillganglighetivardenvardgarantin.889.html>

⁵ <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/tillganglighetivardenvardgarantin/overenskommelsekomiljard.28512.html>

3.2 Region Skånes mål för tillgänglighet

3.2.1 Region Skånes budget och verksamhetsplan

I Region Skånes budget och verksamhetsplan för 2019⁶ har regionfullmäktige som ett övergripande mål fastställt *"God tillgänglighet till primärvård och specialiserad vård"*. Tillgänglig hälso- och sjukvård innebär att ingen patient ska behöva vänta oskäligt lång tid på den vårdinsats som behövs. Delmål som anges är

- Utveckla automatiserad och kontinuerlig mätning av den förstärkta vårdgarantin.
- Följsamhet till vårdgarantin inklusive förstärkt vårdgaranti i primärvård.
- Öka tillgänglighet till specialistvård avseende besök samt operation/åtgärd.

I budgeten beskrivs därutöver flera konkreta områden som bör bli föremål för åtgärder. Några exempel är:

- Hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att utreda och komma med förslag på utformning av en regional tillgänglighetsstrategi med ekonomiska incitament.
- Satsningar ska genomföras under planperioden inom området digitalisering och e-hälsa.
- Personalomsättningen ska minskas och kompetensförsörjningen effektiviseras.
- Nya metoder för bättre hantering av vårdköer och samordning ska utredas.
- Vårdval som ett instrument för att öka tillgängligheten ska utredas inom öron-näsa-hals och delar av psykiatriens verksamhet exempelvis neuropsykiatriska utredningar.
- Standardiserade vårdförlopp ska införas på andra områden än cancer med syfte att korta väntetider för patienten.
- Verksamheter i Region Skåne ska i större utsträckning samordnas för att optimalt utnyttja de resurser som finns. Antalet patienter som överförs till annan verksamhet på grund av för lång väntetid ska succesivt minska genom förbättrad tillgänglighet.

Budgeten innehåller också normativa skrivningar om behov av ökat fokus på *"förbättringsarbete så att rätt görs från början"*. Verksamhetsutveckling och produktionsplanering behövs så att operationsresurser, såsom lokaler, nyttjas optimalt. Rutiner behöver förbättras avseende säker och effektiv remisshantering. Utveckling av effektiv uppföljning beskrivs i budgeten som centralt. Planerings- och väntelistor ska hållas aktuella och patienter som väntar ska erhålla fortlöpande information. Tillgång till diagnostiska undersökningsmetoder anges i budgeten som en viktig del i vårdkedjan för att patienten ska få rätt diagnos och därmed rätt omhändertagande.

Budgeten trycker även på att individuellt anpassad information ska ges till de vårdsökande om väntetider och vilka möjligheter till andra alternativ eller vårdgivare som finns.

3.2.2 Hälso- och sjukvårdsuppdrag

Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2019 som fastställs av hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) anger att (citat) *"Tillgänglighetsutmaningar finns inom många områden och för att uppnå bättre tillgänglighet krävs insatser på flera fronter"*⁷.

Övergripande mål som anges är: *God tillgänglighet till hälso- och sjukvård*. Delmål är:

- *"Följsamhet till vårdgarantin inklusive förstärkt vårdgaranti i primärvård"*
- *"Öka tillgänglighet till specialistvård avseende besök samt operation/åtgärd"*

Delmål för *psykiatri* är bland annat (citat): *"God tillgänglighet till vård vid psykisk ohälsa"*.

⁶ Region Skånes verksamhetsplan och budget 2019 med plan för 2020 -2021

⁷ Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2019. 2019-02-11

Som en förutsättning för bättre tillgänglighet lyfter hälso- och sjukvårdsuppdraget upp behovet att "nå optimal användning av tillgängliga resurser". För det krävs bland annat nya arbetssätt och arbete med digitala lösningar. Invånarnas möjligheter till självservice ska öka.

För primärvården anges att den förstärkta vårdgarantin ställer krav på utvecklad registrering, uppföljning och förändrat arbetssätt.

Inom de kliniska och diagnostiska områdena där det finns flaskhalsar och köer ska (citat) "verksamheterna vidta åtgärder för att förbättra tillgängligheten". Instrument som anges är bland annat:

- Planerings- och väntelistor ska hållas aktuella.
- Patienter som väntar ska erhåll fortlöpande information.
- Verksamheterna ska planera efter behovet och minimera ombokningar genom framförhållning i schema och genom att boka tider i samråd med patienten.
- Rutiner avseende säker och effektiv remisshantering ska förbättras.
- Verksamheter i offentligt finansierad privat regi och i egen regi i Region Skåne bör samordnas i större utsträckning för att optimalt utnyttja de resurser som finns.

Målsatta indikatorer

Uppföljningen av tillgänglighet omfattade 2018 totalt 34 områden för vilka målnivåer har fastställts. Elva av dessa indikatorer, liksom uppmätta resultat för åren 2018 och 2017, redovisas i verksamhetsberättelse för HSN (se nedan)⁸.

	Målnivå	Utfall	Utfall
	2018	2018	2017
Vistelsetid på akutmottagning som understiger 4 timmar	>80%	63,3	62,7
Väntade inom 90 dagar, första besök	>95%	81,0	83,8
Väntade inom 90 dagar, operation/åtgärder	>95%	67,2	72,5
Telefontillgänglighet i primärvård	>95%	78,2	81,2
Läkarbesök inom 7 dagar i primärvård	>95%	90,0	90,0
Tillgänglighet magnetröntgen (MR), väntade inom 30 dagar	>80%	36,4	36,1
Tillgänglighet barn och unga med psykisk ohälsa, genomförda första besök inom 30 dagar	>95%	92,3	87,1
Tillgänglighet till operation av höftfraktur inom 24 timmar	>80%	69,0	71,2
Följsamhet till medicinskt måldatum för genomförda återbesök	>70%	29,2	28,7
Andel som väntar mindre än 1 timme till första läkarbedömning	>80%	45,3	45,6
Tillgänglighet till vuxenpsykiatri genomförda första besök inom 30 dagar	>60%	31,1	35,7

Av tabellen framgår att Regionen inte inom något av dessa områden nådde fastställda målnivåer och att utfallet försämrats från 2017 till 2018 i fråga om sex av de elva indikatorerna.

3.2.3 Lokala mål

I granskningen har det framkommit att den verksamhet som bedrivs på förvaltningsnivå, vid sjukhus och på verksamhetsnivå tillämpar de nationella och regionala mål som har fastställts. Egna, från de regiongemensamma målen avvikande, mål tillämpas inte.

⁸ Verksamhetsberättelse januari-december 2018 För hälso- och sjukvårdsnämndens samlade ansvarsområde. 2019-02-12.

3.3 Nulägesbild av tillgängligheten i den skånska hälso- och sjukvården

3.3.1 Primärvård – nulägesbild

Primärvården i Skåne ska enligt Region Skånes budget vara ett tydligt nav och en första linje samt utgöra grunden för en god och nära vård. Det övergripande målet är en "God tillgänglighet till hälso- och sjukvård". Som delmål anges "Följsamhet till vårdgarantin inklusive förstärkt vårdgaranti i primärvård"⁹.

Prioriterade områden ¹⁰	Delmål
Utveckla primärvården som första instans vid behov av hälso- och sjukvård	Ett system med fast vårdkontakt och vid behov fast läkarkontakt ska succesivt införas på vårdcentralerna Patienternas förtroende för primärvården ska öka Primärvårdens samverkan med Skånes kommuner ska förbättras

Vårdkontakter och besök i primärvården Region Skåne 2018

Under 2018 hade primärvården 11,3 miljoner *vårdkontakter* (såväl fysiska besök som distanskontakter via telefon eller e-tjänster). Det utgör 73 procent av det totala antalet vårdkontakter i Region Skåne. Vårdcentralerna tillsammans med barnhälsovården står för 92 procent av de vårdkontakterna som sker i den del av organisationen som definieras som primärvården.

Totalt gjordes nästan 5,5 miljon *besök* i primärvården under 2018, vilket är en ökning med 0,5 procent jämfört med föregående år samtidigt som antalet unika individer ökade med 1,7 procent. Distanskontakter fortsätter att öka inom Region Skåne. Under 2018 togs nästan lika många kontakter via distans som faktiska fysiska besök. 80 procent av besöken görs inom Hälsovalet där ökningen är 1,2 procent jämfört med föregående år¹¹.

Telefon- och besökstillgänglighet i primärvården

Telefontillgängligheten i Region Skåne är sämre än i riket som helhet. En anledning till detta uppges vara att skåningarna är mer benägna att ringa till sin vårdcentral än landets befolkning i övrigt.

Telefontillgänglighet	Målnivå	våren 2019	våren 2018
Telefontillgänglighet Region Skåne	>95%	76%	75%
Telefontillgänglighet Riket	>95%	87%	86%

Tillgängligheten till läkarbesök i primärvården var i Skåne i paritet med riket som helhet under 2018. Under 2018 erbjöds nio av tio (90 procent) som sökte läkarvård i primärvården tid inom sju dagar. Sju av nio sökande (78 procent) fick en tid till läkare samma dag.

Förstärkt vårdgaranti och problem med redovisning av data för Region Skåne

Vårdgarantin i primärvård har, som tidigare nämnts, stärkts 2019. Det innebär att en medicinsk bedömning ska göras av legitimerad sjukvårdspersonal inom tre dagar. Detta ställer krav på utvecklad registrering, uppföljning och förändrat arbetssätt inom primärvården. Automatiserad och kontinuerlig mätning av den förstärkta vårdgarantin ska därför utvecklas.

Det har funnits en allmän oro i landet för att tillgängligheten till läkare skulle bli sämre med den förstärkta vårdgarantin. Den senaste publicerade uppföljningen¹² visar inga tecken på att det är så. Nationella siffror visar att 87 procent av de patienter som ingår i redovisningen har fått en medicinsk bedömning av en läkare inom tre dagar. Vid den senaste uppföljningen av den tidigare vårdgarantin var det 89 procent som fick träffa en läkare inom sju dagar. Än så länge är det endast tolv regioner som

⁹ Region Skånes Verksamhetsplan och budget 2019 med plan för 2020 – 2021 som beslutats av Regionfullmäktige

¹⁰ Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2019, 2019-02-11

¹¹ Verksamhetsberättelse Hälso- och sjukvårdsnämnden 2019

¹² www.vantetider.se 2019-04-04

levererat data enligt uppföljningsmodellen för den förstärkta vårdgarantin. Region Skåne har levererat data i enlighet med kraven, men av tekniska orsaker har databasen vid SKL inte kunnat ta emot den stora mängd data som den nya primärvårdsuppföljningen innebär. Därför saknas uppgifter om det aktuella läget i Skåne.

3.3.2 Sjukhusbaserad vård – nulägesbild

De senaste redovisade uppgifterna om tillgängligheten till Region Skånes hälso- och sjukvård sträcker sig till och med juli 2019¹³.

Hela Skåne

Den bild som redovisas samlat för alla sjukhusstyrelser i Skåne är i korthet följande:

Hela Skåne	Målnivå 2018	juli 2019	juli 2018
Besök – andel väntande inom 90 dagar (första besök)	>95%	78%	79%
Andelen väntande inom 90 dagar till operation/åtgärd	>95%	60%	64%

Totalt antal patienter i Region Skåne som väntat på besök mer än 90 dagar var i juli 2019 12 900 personer, vilket är 1 600 fler än föregående år. De verksamhetsområden med störst antal väntande till besök är ögonsjukvård (3 100, varav cirka 2 500 inom vårdvalen), ortopedi (2 150), ÖNH¹⁴-sjukvård (1 300), allmän kirurgi (1 300), kvinnosjukvård (700) och hjärtsjukvård (700). Mest negativ har utvecklingen varit inom ortopedi.

Antal personer som väntat på operation och åtgärd längre än 90 dagar var 7 600 personer i juli 2019 vilket är 1 300 fler än samma månad 2018. Störst antal väntande på operation/åtgärd återfinns inom ortopedi (2 250, ÖNH (1 300, kirurgi (1 300), ögon (820) och urologi (570).

Beträffande röntgen är väntetiderna till MR-undersökningar långa. 26 procent erhöll undersökning inom 30 dagar i juli 2019 jämfört med målet som är 80 procent. Andelen under våren och vintern har varit omkring 40 procent under de senaste två åren.

Samordning

I uppföljningen av tillgänglighet för de sju första månaderna 2019 konstaterades att behovet av samordning fortsätter att öka liksom utnyttjandet av vårdgarantiavtalen.

Under perioden januari till juli 2019 anmäldes cirka 19 250 patienter för samordning. Det är en ökning med 2 350 patienter (+14 procent) jämfört med samma period förra året. Av de samordnade patienter, som tagits emot¹⁵, vårdades 59 procent inom ordinarie utbud inom Region Skåne, till största delen hos privata vårdgivare med vårdavtal. Av de som mottagits har 40 procent vårdats av leverantörer med vårdgarantiavtal och 1 procent av andra landsting eller på andra landstings avtal.

Antalet patienter som samordnas via vårdgarantiavtalen har ökat med 38 procent från 4 990 patienter under perioden januari till juli 2018 till 6 870 under samma period 2019.

Återbesök

Uppföljning sker huruvida patienterna får återbesök inom angiven tid. Målet är att 70 procent av återbesöken ska ske inom utsatt måldatum. Av uppföljningen framgår att sjukhusen sammantaget når upp till detta mål. Skillnaderna är dock relativt stora mellan sjukhusstyrelserna. Bäst resultat har sjukhusstyrelserna Kristianstad och Skånes Universitetssjukhus (SUS) med 77 respektive 73 procent av patienterna som får återbesök inom utsatt tid. Sämst resultat har sjukhusstyrelserna Landskrona och Ängelholm med 37 respektive 44 procent.

¹³ Rapporten har sammanställts vid månadskiftet augusti/september 2019

¹⁴ Öron Näsa Hals

¹⁵ Inte alla som anmäls för samordning tas emot.

De enskilda styrelserna

I uppföljningen anges att det finns stora skillnader mellan styrelserna, vilket delvis hänger samman med olika uppdrag. Sjukhusstyrelserna för Kristianstad, Ystad, Hässleholm och Ängelholm har enligt uppföljningen en relativt god tillgänglighet i jämförelse med övriga styrelser. Utvecklingen har varit mest positiv i sjukhusstyrelse Kristianstad och minst positiv i sjukhusstyrelse Helsingborg.

Redovisning av andel väntande inom uppsatta tidsramar för de enskilda sjukhusstyrelserna återfinns i nedanstående tabell.

Sjukhusstyrelser	Besök – andel väntande inom 90 dagar (första besök)		Andelen väntande inom 90 dagar till operation/åtgärd	
	juli 2019	Juli 2018	Juli 2019	Juli 2018
Sjukhusstyrelse Helsingborg	74%	74%	47%	57%
Sjukhusstyrelse Hässleholm	82%	89%	74%	84%
Sjukhusstyrelse Kristianstad	84%	81%	69%	63%
Sjukhusstyrelse Landskrona	74%	68%	45%	43%
Sjukhusstyrelse SUS ¹⁶	73%	75%	52%	52%
Sjukhusstyrelse Trelleborg	86%	81%	48%	55%
Sjukhusstyrelse Ystad	96%	89%	73%	85%
Sjukhusstyrelse Ängelholm	96%	90%	-	-

Under den senaste tolv månadersperioden hade samtliga styrelser ökad produktion vad gäller *besök* mätt som produktionsmixpoäng¹⁷. Störst var ökning vid sjukhusstyrelse Kristianstad (+12,2 procent) och sjukhusstyrelse Trelleborg (+11,2 procent).

Sjukhusstyrelse Helsingborg (+3,0 procent) och sjukhusstyrelse Kristianstad (+2,1 procent) var de enda sjukhus som hade en ökad *slutenvård* mätt som produktionsmixpoäng under perioden juli 2018 till juli 2019. Övriga sjukhusstyrelser redovisade en minskad slutenvårdsproduktion under perioden¹⁸.

3.3.3 Psykiatrisk vård – nulägesbild

Andelen väntande som erhållit första besök inom 90 dagar inom barn- och ungdomspsykiatri BUP är 81,7 procent beaktande verksamhet både i egen och privat regi¹⁹.

Andelen väntande som erhållit första besök inom 90 dagar inom vuxenpsykiatri är 74 procent beaktande verksamhet både i egen och privat regi.

Väntetiderna för barn och vuxna som väntar på neuropsykiatriska utredningar beskrivs som långa. Samordning av barn och unga patienter har dock medverkat till att antalet väntande har minskat.

Enligt tillgänglighetsuppföljningen är väntetiderna till utredningar och behandlingar betydligt längre än väntetiderna till första besök. Däremot kan inga kvalitetssäkrade siffror redovisas tillsvidare.

3.3.4 Intervjupersonernas kommentarer till nuläget

Ett flertal intervjuade har kommenterat att vänteläget inte drabbar jämnt. Patienter med livshotande akuta sjukdomar och sjukdomar med akuta vårdbehov, som utan behandling leder till varaktiga skador, ska enligt regelverket alltid prioriteras. Likaså har de standardiserade vårdförloppen inom

¹⁶ Skånes Universitetssjukhus

¹⁷ Produktionsmixpoäng är ett tal som poängsätter produktionen utifrån lönekostnaderna inom de olika yrkeskategorier som producerar vårdkontakter. Ju högre lönekostnad för en viss yrkeskategori desto högre produktionsmixpoäng ger en vårdkontakt utförd av denna yrkeskategori.

¹⁸ <https://www.skane.se/organisation-politik/om-region-skane/Ekonomi-och-uppfoljning/Uppfoljning/#55088>

¹⁹ Denna mät punkt (90 dagar) tillämpas av Region Skåne. Andelen väntande inom 30 dagar (nationell mät punkt) till första besök inom BUP var 68% i juni 19 enligt den definition som används nationellt inom vilken så kallad patientvald väntan räknas bort.

cancer medverkat till högre prioritet vad gäller tillgänglighet till diagnostik och operation för patientgrupper med cancerdiagnoser.

Intervjupersoner menar att även patienter med behov av enklare åtgärder, exempelvis i form av dagvård/dagkirurgi har en relativt god tillgänglighet. Som orsak anges att vården kan ta emot dessa patienter eftersom de inte kräver inläggning, narkos eller dylikt. Tillgången till vårdplatser beskrivs som en helt avgörande faktor. (Citat:) *"Vi opererar förhållandevis friska patienter. Den stora utmaningen är den äldre befolkningen."*

Den eller de grupper som missgynnas är ofta kroniska patienter som inte är i behov av akuta insatser, och vars sjukdom kräver långa operationstider och inläggning. Sådana patienter finns inom ÖNH, exempelvis vad gäller kroniska infektioner, och ortopedi. Bägge dessa specialiteter har för närvarande långa väntetider till sådana åtgärder. Ett exempel på en patientgrupp som intervjupersonerna är bekymrade över är de som behöver byta en höft men som även har andra komplikationer som kräver exempelvis övervakning. (Citat) *"Dessa patienter får tyvärr vänta, men den patient som behöver en höft och som inte har komplikationer kan få sin operation snabbare"*.

Även patienter med rehabiliteringsbehov hos specialist anses vara missgynnade.

Patientnämnden registrerar inkomna synpunkter avseende tillgänglighet. Utvecklingen av inkomna ärenden från och med 2016 till augusti 2019 återfinns i bilaga 1. Statistiken visar att det registreras cirka tio ärenden per månad som avser synpunkter på tillgängligheten inom psykiatrin. Motsvarande för primärvård och sjukhusbaserad vård är cirka 30 ärenden vardera per månad. Siffrorna har varit relativt stabila under de tre senaste åren, möjligen med en svagt fallande trend.

4 Organisation, ansvar och roller

4.1 Allmänt om ansvar

Hälso- och sjukvårdslagen förskriver (4 kap.) att *"Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef)"*. Socialstyrelsen har förtydligat att verksamhetschefen är den som alltid har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet²⁰.

Till verksamhetschefens ansvar hör att svara för patienternas tillgänglighet till verksamheten.

4.2 Politisk organisation

Region Skåne har en ny politisk organisation sedan 1 januari 2019. Ansvaret för hälso- och sjukvården fördelas nu mellan tolv nämnder eller styrelser.

I den nya organisationen har hälso- och sjukvårdsnämnden en huvudsaklig roll som uppdragsgivare till övriga berörda nämnder och styrelser inom hälso- och sjukvårdsområdet. Till uppdraget hör att ta fram förslag till mål för tillgänglighet som fastställs av fullmäktige. Övriga berörda nämnder har driftledningsansvar för att se till att fastställda mål uppnås på ett rationellt och effektivt sätt.

Nedan återges de berörda nämndernas och styrelsernas ansvar enligt gällande reglemente²¹.

²⁰ <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/sida/verksamhetschef>

²¹ Reglemente för regionstyrelse och nämnder i Region Skåne. Fastställt av regionfullmäktige 2018-12-10--11

Regionstyrelsen

Regionstyrelsen har, enligt reglementet, ett samlat ansvar för ledningen av hälso- och sjukvården, inklusive tandvård, i Region Skåne. Styrelsen ska därför noggrant följa utvecklingen inom Region Skånes egen hälso- och sjukvård. Styrelsen är även driftledningsnämnd för förvaltningen Medicinsk service.

Hälso- och sjukvårdsnämnd (HSN)

HSN ansvarar, i samverkan med sjukhusstyrelserna, primärvårdsnämnden samt psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden, för bedömningen av det samlade behovet av hälso- och sjukvård i Skåne ur ett befolkningsperspektiv. Nämnden ska som uppdragsgivare vara producentneutral. Bland de uppgifter som HSN, enligt reglementet ska hantera är att:

- till styrelsen lämna förslag till hälso- och sjukvårdsbudget inför beslut i fullmäktige.
- besluta om principiella frågor kopplade till sjukhusstyrelsernas verksamhet, såsom förändringar i utbud och struktur, eller frågor som berör flera sjukhusorganisationer. Detta gäller även principiella frågor av motsvarande karaktär kopplade till primärvårdsnämndens och psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämndens verksamhet.
- ansvara för den övergripande utvecklingen av de vårdpolitiska frågorna i Region Skåne.
- besluta om vilken vård som ska handlas upp enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) samt finansiera och följa upp densamma.
- finansiera och besluta om förfrågningsunderlag och avtal samt om ersättningar kopplade till lagen om vårdvalsystem (LOV) inom Region Skåne.
- beträffande digitalisering, arbeta med att stödja införandet av regiongemensamma system inom sitt område.

Sjukhusstyrelser för SUS, Landskrona, Helsingborg, Ängelholm, Kristianstad, Hässleholm, Ystad och Trelleborg

Enligt reglementet är sjukhusstyrelserna driftsledningsstyrelser för den somatiska sjukhusbaserade verksamheten som ingår i respektive sjukhusorganisation.

Styrelserna har bland annat ett övergripande ansvar för att verksamheternas resurser används på ett rationellt och effektivt sätt utifrån politiska beslut om utbud, tillgänglighet och kvalitet och ansvarar direkt inför fullmäktige. Styrelserna får därvid besluta om verksamhetsförändringar inom respektive ansvarsområde, under förutsättning att uppdraget uppfylls.

Principiellt omfattande förändringar bereds i respektive styrelse och hänskjuts till hälso- och sjukvårdsnämnden för beslut.

Styrelserna ska ha en tät kontakt med medarbetarna på sjukhusen och använda en strukturerad metod för att ta tillvara medarbetarnas idéer.

Primärvårdsnämnd

Primärvårdsnämnden är driftsledningsnämnd för primärvårdsförvaltningen. Inom ansvarsområdet ingår även ungdomsmottagningar, ASIH²² samt den palliativa vården.

Nämnden har ett övergripande ansvar för att verksamhetens resurser används på ett rationellt och effektivt sätt utifrån politiska beslut om utbud, tillgänglighet och kvalitet, och ansvarar direkt inför fullmäktige. Nämnden får därvid besluta om förändringar av utbudet och struktur inom och mellan olika verksamheter inom ansvarsområdet, under förutsättning att uppdraget uppfylls.

Principiellt omfattande förändringar bereds i nämnden och hänskjuts till hälso- och sjukvårdsnämnden för beslut.

²² Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)

Psykatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnd

Psykatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnd är driftsledningsnämnd för ansvarsområdet.

Nämnden har ett övergripande ansvar för att verksamhetens resurser används på ett rationellt och effektivt sätt utifrån politiska beslut om utbud, tillgänglighet och kvalitet, och ansvarar direkt inför fullmäktige. Nämnden får därvid besluta om förändringar av utbudet och struktur inom och mellan olika verksamheter inom ansvarsområdet, under förutsättning att uppdraget uppfylls.

Principiellt omfattande förändringar bereds i nämnden och hänskjuts till hälso- och sjukvårdsnämnden för beslut.

4.3 Tjänstemannaorganisation

4.3.1 Övergripande bild

Hälso- och sjukvården i Region Skåne bedrivs sedan januari 2019 i följande förvaltningar:

- Koncernkontoret, vari avdelningen hälso- och sjukvårdsstyrning ingår
- Medicinsk service
- Psykiatri och habilitering
- Primärvården
- Skånes universitetssjukvård, till vilken hör Skånes universitetssjukhus, Lasarettet i Ystad, Lasarettet i Landskrona och Lasarettet i Trelleborg
- Skånes sjukhus nordost, i vilken Centralsjukhuset Kristianstad och Hässleholms sjukhus ingår
- Skånes sjukhus nordväst, där Helsingborgs lasarett och Ängelholms sjukhus ingår

4.3.2 Central nivå

Koncernledning och koncernkontor

Koncernen leds av regiondirektören. Koncernledning bildas av samtliga förvaltningschefer i koncernen samt samtliga direktörer i koncernkontorets verksamhets- och stabsfunktioner.

Efter beslut av regiondirektören har under 2019 bildats en regional hälso- och sjukvårdsledning (RHL). Denna ledningsgrupp leds av regiondirektören och består av hälso- och sjukvårdsdirektören och förvaltningscheferna i hälso- och sjukvården. Gruppen träffas normalt var fjortonde dag.

Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning har till uppdrag att utveckla och följa upp den skånska hälso- och sjukvården med utgångspunkt från det samlade behovet av vård. I avdelningen ingår verksamheterna för smittskydd och vårdhygien och Regionalt cancercentrum syd (RCC Syd), samt enheter för kvalitetsutveckling, läkemedel, medicinska rådgivare, uppdragsstyrning och tandvårdsstyrning.

I intervjuer har det framgått att arbetet med tillgänglighet betraktas som en avdelningsgemensam angelägenhet. Inom avdelningens *Område uppdragsstyrning* har *Enheten för patientnära frågor* svarat för uppföljning av tillgänglighet. Enheten har även till och med våren 2019 samordnat Region Skånes tillgänglighetskoordinatorer.

Frågan om produktionsstyrning

I samband med organisationsförändringar som genomfördes i Region Skånes hälso- och sjukvård 2013 – 2014 lades den tidigare avdelningen för produktionsstyrning ned. Sedan dess har flera utredningar gjorts som konstaterat ett behov att förstärka samordning och produktionsstyrning. En utred-

ning 2017 konstaterade (citater): *"Regional produktionsstyrning och samordning saknas i stor utsträckning efter Skånevård 2.0. Detta innebär att det för närvarande saknas struktur och tillräcklig beslutskraft för att säkra ett effektivt utnyttjande av de samlade resurserna inom Region Skåne"*²³.

Denna utredning låg till grund för regiondirektörens beslut 2017 att uppdraga till avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning att svara för regional produktionssamordning. Uppdraget avsåg samordning av all produktion, oavsett regiform, effektivt utnyttjande av de samlade produktionsresurserna, utbuds- och produktionsstruktur på kort och lång sikt samt utveckling och implementering av regiongemensamma stödsystem för produktions- och kapacitetsplanering.

I en ny utredning 2019 konstaterades att produktionssamordning och produktionsstyrning på regional nivå fortfarande saknas. I utredningen hävdas att detta leder till en svag beslutskapacitet. (Citat) *"Det är lätt att hitta exempel på beslut som borde ha fattats. Men faktiskt ännu vanligare att se beslut som fattats, ofta även övergripande, viktiga och strategiska beslut, som inte alls, eller endast till en mindre del, har genomförts"*. Den svaga beslutskapaciteten och genomförandekraften beskrivs i utredningen som ett allvarligt problem. Utredningen framför (citater) *"att den nya organisationsstrukturen från år 2019 ytterligare understryker behovet av regional styrning och samordning, om helhetsperspektiv och ett effektivt utnyttjande av de samlade resurserna ska kunna uppnås"*.

I augusti 2019 har regiondirektören ånyo beslutat att uppdraga till hälso- och sjukvårdsdirektören (citater) *"att utveckla struktur, metoder och kompetens för regionövergripande produktionssamordning och produktionsstyrning, där RHL, Regional Hälso- och sjukvårdsledning, ska användas för förankring och beslut i frågor som avser verksamhet i egen regi."*

Intervjupersoner om ansvar på central nivå

Vid intervjuer i denna granskning har ett stort antal personer beskrivit att ansvaret för samordning i organisationen är otydligt och linjestyrningen svag. Goda ansatser uppges ha stupat på bristande mandat för genomförande och implementering. Arbetet med tillgänglighet på central nivå beskrivs (citater) som *"fragmenterat och osamordnat"*. Intervjupersonerna menar också att det saknas ledarforum där det är möjligt att stämma av för att samordna produktionen över förvaltningsgränserna.

4.3.3 Primärvården

Organisation

Primärvårdsförvaltningen ansvarar för vårdcentraler (84 vårdcentraler som drivs i egen regi), ASIH, palliativ vård, barnavårdsmottagningar, barnmorskemottagningar och ungdomsmottagningar.

Förvaltningen är organiserad i tre nivåer: förvaltningschef, primärvårdschefer för östra, västra och Malmö och mellersta Skåne samt verksamhetschefer för de enskilda vårdcentralerna och andra verksamheter i förvaltningen.

Centrala stabsfunktioner utgörs av ekonomi, HR, kommunikation, förvaltningsstrateg samt stab.

Primärvårdsförvaltningen är underställd primärvårdsnämnden.

Därutöver har barn- och ungdomspsykiatri (BUP) ett primärvårdsuppdrag för första linjens psykiatri för barn och unga inom ramen för sitt specialistuppdrag. BUP tillhör psykiatriförvaltningen och sorteras under psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden.

²³ Regiondirektören. Översyn av administrativa lednings- och stödfunktioner. Region Skånes hälso- och sjukvårdsstyrning. 2019-06-27 (beslutet togs 2019-08-19)

4.3.4 Sjukhusförvaltningar och sjukhus

Organisation

I anslutning till bildandet av den nya organisationen har regiondirektören fattat beslut om utgångspunkter för den administrativa strukturen vid sjukhusförvaltningar och sjukhus i organisationen. Målbild för den nya administrativa strukturen är bland annat att:

- utveckla och stärka det nära och lokala ledarskapet
- underlätta effektiv samverkan mellan sjukhus och verksamheter med gemensamma patientflöden
- skapa goda förutsättningar för regionövergripande styrning och samordning av vårdprocesser och resursutnyttjande
- bidra till ökad enhetlighet i regionens hälso- och sjukvård

Sjukhusförvaltningarna är som nämnts Skånes universitetssjukvård, Skånes sjukhus nordost och Skånes sjukhus nordväst. I förvaltningarnas ledningsgrupper återfinns respektive sjukhuschef för de sjukhus som ingår i förvaltningarna samt cheferna vid förvaltningarnas stabsfunktioner, såsom ekonomiavdelning, HR-avdelning, avdelning för forskning och utbildning, vårdutveckling/verksamhetsnära stöd och patientsäkerhet. Alla tre förvaltningar upprätthåller med mindre variationer samma funktioner på förvaltningsnivå.

Dessa staber och funktioner servar även de sjukhus som ingår i respektive förvaltning. Lokala riktlinjer till exempel inom HR, handlingsplaner och utvecklingsprojekt är i allmänhet förvaltningsövergripande och omfattar de sjukhus som ingår i respektive förvaltning.

Varje sjukhus har en egen sjukhuschef, som i vissa fall är den samma som förvaltningschefen. Så är fallet i Helsingborgs lasarett, Centralsjukhuset Kristianstad och Skånes universitetssjukhus. Sjukhusen har en mindre stab som i flertalet fall omfattar ekonomi och kontrollverksamhet och service till sjukhusens styrelser. Vid de större sjukhusen är dessa funktioner integrerade i förvaltningens administrativa organisation.

4.3.5 Psykiatri Skåne

Organisation

Psykiatrin tillhör den skåneövergripande förvaltning (psykiatri- och habiliteringsförvaltningen) sedan årsskiftet 2018/2019. Psykiatrin var tidigare organiserad som en division i Skånevård Sund. Psykiatrin är underställd psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden.

Vuxenpsykiatrin bedrivs inom fyra verksamhetsområden: Vuxenpsykiatri Helsingborg, Vuxenpsykiatri Kristianstad, Vuxenpsykiatri Lund samt Vuxenpsykiatri Malmö/Trelleborg. Rättspsykiatrin bedrivs som ett separat verksamhetsområde.

Barn- och ungdomspsykiatrin har två verksamhetsområden: BUP regional öppenvård samt BUP heldygnsvård och specialteam.

I förvaltningen ingår även verksamhetsområdena Barn- och ungdomshabilitering, Vuxenhabilitering samt Syn-, hörsel och dövverksamheten.

Förvaltningen har egna stabsfunktioner inom administration, ekonomi, FoUU²⁴, HR, IT och E-hälsa, Kommunikation samt patientsäkerhet och kvalitet.

²⁴ Forskning, utveckling, utbildning

5 Styrning, planering och uppföljning

I detta kapitel redogörs för iakttagelser avseende den styrning, planering och uppföljning som sker både inom berörda politiska organ och inom tjänstemannaorganisationen. De revisionsfrågor som berörs är:

- Fråga 1: *Vilka lokala styrdokument/handlingsplaner finns för att styra mot uppsatta tillgänglighetsmål och används dessa på ett ändamålsenligt sätt?*
- Fråga 2: *På vilket sätt arbetar respektive styrelse/nämnd med att öka tillgängligheten och vilka eventuella "flaskhalsar" finns i systemet?*
- Fråga 4: *Hur sker information och återkoppling till respektive nämnd/styrelse beträffande måluppfyllelsen och hur agerar nämnd/styrelse vid bristande måluppfyllelse?*
- Fråga 9: *Vilka lärdomar dras av goda exempel avseende ökad tillgänglighet i verksamheterna och hur sprids dessa i organisationen?*
- Fråga 10: *I diskussionen framkommer att bristen på personal och inflödet av patienter är faktorer som påverkar tillgängligheten. Vilka andra faktorer påverkar tillgängligheten och hur följs detta upp och hanteras av respektive sjukhusstyrelse/nämnd?*

5.1 Beslut och hantering i berörda politiska organ

5.1.1 Analys av möteshandlingar

I granskningen har samtliga protokoll från och med januari till augusti 2019 från berörda styrelser och nämnder gått igenom och analyserats. Genomgången som helhet återfinns i bilaga 2.

Viktigt att notera att flertalet av de berörda nämnderna/styrelserna är nybildade i sin funktion från och med 2019. Senaste val medförde även ett maktskifte och en ny majoritet har tillträtt från och med innevarande år. Det har framkommit att ett stort antal av de förtroendevalda är nya eller nya på sin funktion.

Flertalet av nämnderna/styrelserna konstituerades i februari 2019. Till och med augusti 2019 har nämnderna och styrelserna genomfört tre till fem sammanträden.

I korthet har följande frågor som direkt eller indirekt berör tillgänglighet hanterats i de politiska organen:

- Samtliga nämnder/styrelser har fastställt verksamhetsplan för innevarande år. De berör samtliga målen för tillgänglighet och har i flera fall även angivit problemanalyser, strategier och åtgärder för att hantera noterad tillgänglighetsproblematik.
- Samtliga sjukhusstyrelser har yttrat sig över HSN:s yttrande över budgetplanering 2020. Yttrandena innehåller analyser avseende insatser för att uppnå en tillgänglig vård.
- Samtliga nämnder har tagit del av månadsuppföljningar, dels för perioden januari – mars, dels för perioden januari – maj 2019. Uppföljningarna har omfattat statistik rörande "Vård i rimlig tid"; bland annat väntande till besök och operation/åtgärd.
- Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden är den enda av de berörda nämnderna som beslutat om handlingsplan för ökad tillgänglighet. Planen avser neuropsykiatriska utredningar.
- Följande styrelser har uppdragit till sjukhuschef/förvaltningschef att upprätta handlingsplan för ekonomi i balans: sjukhusstyrelse Helsingborg, sjukhusstyrelse Kristianstad, sjukhusstyrelse Landskrona, sjukhusstyrelse SUS, sjukhusstyrelse Ystad och sjukhusstyrelse Ängelholm. I flera fall upptar dessa planer tillgänglighetsfrågor.

- Sjukhusstyrelse Landskrona, sjukhusstyrelse SUS och primärvårdsnämnden har beslutat om uppdrag som rör bemanning, kompetensförsörjning eller sjukfrånvaro där förbättrad tillgänglighet har utgjort ett motiv.
- Sjukhusstyrelse SUS har beslutat om uppdrag att arbeta aktivt för att minska antalet akuta inläggningar enligt hälso- och sjukvårdsavtalets intentioner och att intensifiera arbetet med att utveckla den operativa verksamheten dels inom SUS men också i samverkan med regionens övriga sjukhus och att se över möjlighet med till exempel gemensamma köer.

5.1.2 Genomförda intervjuer om nämnders/styrelsers funktion

Ordföranden i styrelser och nämnder som lämnat synpunkter på granskningsfrågorna anser att arbetet i de relativt nybildade organen har etablerats på ett bra sätt. I samtliga fall har frågan om tillgänglighet en hög prioritet vad gäller krav på återrapportering från sjukhus och förvaltningar.

Vissa av de intervjuade menar att sjukhusstyrelser förvisso får ta del av aktuell information men att styrelserna inte har några avgörande redskap för att agera. En ökad samverkan mellan sjukhusstyrelserna efterlyses. Viktigt är, anser de intervjuade, att i högre grad utkräva ansvar när målen inte nås.

Representanterna för styrelserna och nämnderna efterlyser fördjupade analyser, inte bara sifferredovisning. (Citat) *”Vi behöver tillsammans med tjänstemän och professionen identifiera de hinder som mottagningar och verksamheter har för att nå målen, samt att omvärldsspana på nya arbetsätt och hålla oss uppdaterad med nya riktlinjer i vården”*. Detta anges som en grund för att kunna driva en mer relevant agenda i rollen som driftsledningsnämnd.

Flera av de intervjuade representanterna är kritiska mot rådande ersättningsmodell. Nuvarande anslagsbaserade system ger för dåliga incitament, anser de.

Bland flertalet styrelser och nämnder finns ett starkt fokus på att söka lösningar på personalbristen. Det handlar om arbetsmiljöfrågor och nya arbetsätt. Det finns även ett intresse för att tillskapa personaldrivna enheter, vilket enligt uppgift ska utredas.

5.2 Styrning och uppföljning på central nivå i organisationen

De grundläggande dokumenten i den centrala styrningen av tillgänglighetsarbetet utgörs av Region Skånes budget samt av Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård. Dessa dokument har beskrivits i avsnitt 3.2.

Uppföljning

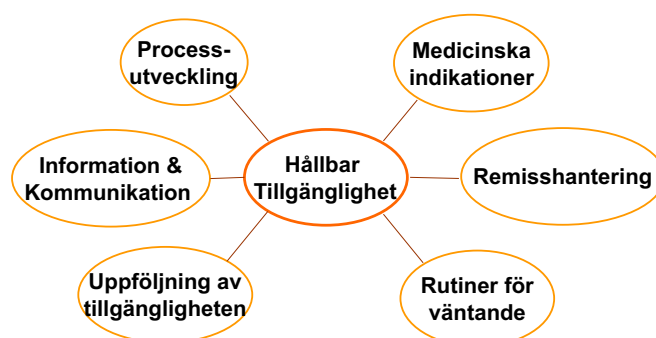
Enligt vad som beskrivs i avsnitt 3.2 och 3.3 sker en fortlöpande uppföljning av data vad gäller väntetider i förhållande till vårdgarantin och till de mål som formulerats i Region Skånes styrdokument.

Styrning vårdgarantin

Arbetet med nationella vårdgarantin har ända sedan den infördes väglett av en strategi. Nyckelorden i denna strategi framgår av vidstående bild.

I anslutning till strategin har ett antal regiongemensamma riktlinjer tagits fram. Dessa avser²⁵:

- Remisshantering i Region Skåne, god klinisk praxis
- Praxis för väntande patienter i Region Skåne



²⁵ <https://vardgivare.skane.se/patientadministration/remisshantering-och-rutiner-for-vantande-patienter/#14937>

- Praxis för samordning av patient Region Skåne

Dessa dokument bygger på att det ska vara samma regler och rutiner oavsett vem som är remittent och vem som är remissmottagare. Reglerna fyller även en central funktion för hur samordning av patienter med anledning av vårdgarantin och ledig kapacitet ska hanteras i Region Skåne.

Samordning av patienter

Rutinbeskrivning för samordning av patienter²⁶ har sammanställts av koncernkontoret. Enligt beskrivningen är det verksamhetens ansvar att hjälpa patient till vård hos annan vårdgivare om vårdgarantin inte kan uppfyllas. Till stöd för detta finns sedan 2005 ett särskilt nätverk för samordning av patienter tillgänglighetskoordinatorer (TK) i Region Skåne.

TK-nätverket har ett regionövergripande ansvar för samordning av patienter som berörs av vårdgarantin. Nätverket hanterar även regelverk för remisshantering och väntande patienter i syfte att skapa så enhetliga rutiner som möjligt och öka förutsättningarna för god tillgänglighet. I nätverket ingår TK från respektive förvaltning. Till och med maj 2019 fanns en vårdlotsfunktion/samordnande tillgänglighetskoordinator på avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning. Samordningen och lotsfunktionen ska härefter cirkulera bland de förvaltningsanställda tillgänglighetskoordinatorerna²⁷.

Ledig kapacitet för besök, undersökning och behandling ska anmälas till förvaltningens TK så att utrymmet kan användas till patienter som annars riskerar att vänta för länge. Det är alltid den medicinska bedömningen som avgör om patient är lämplig för samordning till vård hos annan vårdgivare. I regelverket framgår att det är viktigt att patient får rätt information om vad samordningen innebär.

Nuvarande modell för samordning av patienter innebär att kostnaden för de patienter som samordnas överförs till HSN och inte belastar avsändande sjukhus. Dessa kostnader har ökat avsevärt under senare tid. I granskningen har det framgått att (citat): *"HSN just nu arbetar på en förändrad ersättningsmodell men det tar tid att utreda frågan för att inte få oönskade effekter. Tanken är att om vi lägger ut en viss verksamhet på ett sjukhus och det får all ersättning, så får de även betala för eventuell externt samordnad vård. Detta är positivt men samtidigt skapas risker att sjukhusens benägenhet att behålla patienten leder till längre köer. Det gäller att skruva med försiktighet. Vi vill inte skapa ännu sämre tillgänglighet än vi har idag"*.

Incitamentsmodellen

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslöt 19-01-22 om incitamentsmodell för Region Skånes körsatsning 2019. Totalt avsattes enligt budget 141 miljoner kronor varav merparten till incitamentsmodellen. Medel avsätts även för det regionala operationsteamets produktionskostnader 2019 samt för smärtrehabilitering²⁸. För 2020 har beslutats om att tillföra ytterligare 128,9 miljoner kronor till incitamentsmodellen.

Syftet med incitamentsmodellen är att de resurser som finns inom Region Skånes egen regi genom samverkan mellan sjukhusen ska användas på ett optimalt sätt.

Ersättning för förbättrad tillgänglighet per sjukhus beräknas på följande målområden:

1. Andel väntande till första besök inom 90 dagar
2. Andel väntande till operation/åtgärd inom 90 dagar
3. Andel omhändertagna samordnade patienter

Målen avser det totala vänteläget. Ingen uppdelning sker på specialitet.

För att erhålla ersättning för målområde ett och två ska ett av följande två mål ha uppnåtts:

- Andel väntande inom 90 dagar \geq 95 procent

²⁶ Rutinbeskrivning - samordning av patient i Region Skåne. Uppdaterad 2019-05-23. Koncernkontoret.

²⁷ Hälso- och sjukvårdsdirektörens beslut 19-06-17

²⁸ Incitamentsmodell för Region Skånes körsatsning 2019. HSN 19-01-22.

- Minskning av antal väntande över 90 dagar jämfört med föregående månad

För att erhålla ersättning för målområde tre ska följande mål ha uppnåtts:

- Antal omhändertagna samordnade patienter inom sjukhusen i egen regi, av det totala antalet samordnade patienter, ska öka med 5 procentenheter.

Insatsområden för förbättrad tillgänglighet i Region Skåne

Hälso- och sjukvårdsdirektören inom ramen för Regional hälso- och sjukvårdsledning (RHL) tagit fram ett dokument rörande insatsområden för förbättrad tillgänglighet²⁹. I dokumentet konstateras att (citat) "Tillgängligheten i Region Skåne är för låg och behöver förbättras, detta gäller i synnerhet väntetiderna inom operation/åtgärd". Hälso- och sjukvårdsdirektör och förvaltningschefer har överenskommit om ett antal insatsområden lagts fram och prioriterats. Dessa är insatser för att:

- förbättra kvalitetssäkringen av väntelistorna.
- förbättra operationsplaneringen genom ökad utbildning.
- optimera Region Skånes operations-kapacitet.
- optimera hela Region Skånes kapacitet genom införande av gemensamma väntelistor – exempelvis koloskopi.
- förbättra tillgängligheten genom att öka mängden dagkirurgi.

Överenskommelsen om fattar även att remittera rätt från början och ta emot varandras samordningspatienter.

Denna plan ska nu utgöra underlag för kontinuerlig uppföljning och dialog. Genom att besluten om åtgärder tas av RHL med verkan från samtliga berörda förvaltningsledningar är förväntning att åtgärderna ska verkställas i hela sjukvårdsorganisationen.

Kömiljarden

Som tidigare beskrivits har den statliga kömiljarden återinförts under 2019. Enligt vad som har framkommit har Region Skåne hittills inte tagit några specifika beslut i anledning av den nya kömiljarden. Orsaken är att regelverket har offentliggjorts sent från nationell sida och att det inte finns möjligheter att agera för att få del av dessa medel med så kort varsel. Enligt bedömningar som har gjorts, tros de medel som Region Skåne kan få ta del av, bli begränsade.

Prestationer kopplade till kömiljarden ska rapporteras nationellt enligt en specifik uppföljningsmodell som ska börja tillämpas våren 2020.

Kömiljarden kommer att finnas även 2020. Regelverk för denna har ännu inte beslutats och kommunicerats från nationellt håll. I intervjuer har det framhållits att det är önskvärt att Region Skånes incitamentmodell för 2020 kan koordineras med kömiljarden under 2020.

Övrig styrning

Flera intervjuade personer har lyft fram att tillgänglighetsarbete bör ha ett bredare fokus än vad som är fallet. Tillgänglighetsarbetet beskrivs inte heller vara tillräckligt integrerat med annat utvecklingsarbete. Här nämns exempelvis produktions- och kapacitetsplanering och schemaläggning. Likaså framförs att kvalitetsarbetet och att minimera kvalitetsbrister är väl ägnade att bidra till minskade köer. Tillgänglighetsfrågan borde även i högre grad drivas med hänsyn till de vårdsystemreformer som sker genom exempelvis hälso- och sjukvårdsavtalet med kommunerna.

Flera intervjuade personer både på central och lokal nivå lyfter fram att det under åren har tagits ett flertal beslut som inte har verkställts full ut. Som grundläggande orsak anges att linjestyrningen inom hälso- och sjukvården varit otydlig och att det saknats mandat att genomföra de förändringar som är önskvärda.

²⁹ Minnesanteckningar RHL 19-06-03

I Region Skånes budget för 2020 ligger ett uppdrag att utreda om det under planperioden kan införas ett tydligt och pedagogiskt jämförelsesystem. Det ska ge patienterna möjlighet att jämföra vårdgivares kvalitet och tillgänglighet så att patienten kan välja vårdgivare utifrån detta.

Spridande av goda exempel

Utmärkelsen Skånes bästa vårdcentral delas ut en gång om året och tillfaller en offentligt finansierad vårdcentral i Region Skåne. Det som belönas är bland annat medborgarnas nominering som sker genom deras patientupplevda kvalitet i Nationella patientenkäten. Nomineringsprocessen baseras också på kvalitetsindikatorer för vårdcentral i Hälsoval Skåne. Vinnaren belönas med en prissumma på 60 000 kronor och tvåorna får 20 000 kronor vardera.

5.3 Styrning och uppföljning – primärvård

Problembild

Enligt vad som framgått skiljer sig tillgängligheten åt avsevärt mellan vårdcentralerna. Det uppges främst vara beroende på bemanningssituationen på den enskilda vårdcentralen. Inom primärvårdsförvaltningen finns dock, enligt intervjupersonerna, inga siffror om hur dessa skillnader ser ut. Mätning kan för närvarande endast ske av inkommande telefonsamtal. Hur stor andel av patienterna som erhåller *besök inom tre dagar*, enligt den förstärkta vårdgarantin, har tillsvidare inte kunnat redovisas.

Fler specialister i allmänmedicin och övriga bristyrken i primärvården behöver, enligt primärvårdsnämnden, utbildas för att kunna verkställa regelverket för fast vårdkontakt. En betydande del av allmänläkartjänsterna i Region Skåne bemannas med hyrläkare.

Enligt primärvårdsnämnden har vårdcentralerna behov att stärkas både personellt och finansiellt för att snabbare kunna ta emot patienter för bedömning, behandling och vårdplanering och därigenom förbättra tillgängligheten. Primärvården behöver också ett förstärkt omhändertagande av patienter med psykisk ohälsa och patienter med kronisk sjukdom. Brister på personal påverkar arbetsmiljön negativt och bidrar till ökad stress³⁰.

Från personer som intervjuats uppges att benägenheten att arbeta i stuprör är ett problem. Samverkan med sjukhusen beskrivs som ineffektiv och påverkas av gällande ersättningsmodeller. (Citat): *"Anslagsfinansierade vården, sjukhus och psykiatri, saknar incitament och är inte bra för tillgängligheten"*.

IT-stödet uppges vara ineffektivt och leder till mycket merarbete på vårdcentralerna.

Några intervjuade ser det som en brist att det inte finns något stöd för primärvårdens produktionsplanering och kvalitetsarbete.

Strategier och handlingsplaner

Primärvårdsförvaltningen har inget uttalat styrdokument eller någon handlingsplan som exklusivt berör förbättrad tillgänglighet. I primärvårdsnämndens budget och verksamhetsplan 2019 beskrivs dock flera strategier som syftar till en ökad tillgänglighet³¹:

- Effektivare och sammanhållna patientprocesser till exempel genom att öka antalet inskrivna patienter i mobila vårdteam och sammanhållen vårdprocess vid utskrivning av patienter i slutenvården i enlighet med lagen om samverkan vid utskrivning.
- Prioritering av patientsäkerheten.
- Utveckling av relation och samverkan med kommunerna och sjukhusvården.
- Verksamheterna ska bidra till utveckling av den nära vården, enligt utvecklingsplanen i hälso- och sjukvårdsavtalet med kommunerna.

³⁰ Yttrande över yttrande på budgetplanering 2020 - Primärvårdsnämnden, 19-04-02

³¹ Primärvårdsnämndens budget och verksamhetsplan 2019

- Primärvården ska erbjuda rådgivning och stöd för bättre levnadsvanor genom förebyggande hälsoundersökningar samt att utreda och införa riktade hälsosamtal.
- Utveckling av beslutsstöd och dokumentationssystem som förenklar och minskar manuella administrativa insatser.

Spridande av lärdomar

Enligt intervjupersonerna pågår ett ständigt verksamhetsutbyte mellan förvaltningens vårdcentraler. Detta utbyte uppges ha förenklats efter att primärvården i egen regi blev en egen gemensam förvaltning från senaste årsskiftet.

Inom de enskilda vårdcentralerna anordnas exempelvis ”öppen arbetsdag” där goda exempel och nya rutiner lyfts fram. Detta sker en gång per månad.

5.4 Styrning och uppföljning – sjukhusförvaltningar och sjukhus

5.4.1 Skånes universitetssjukvård

Problembild

Samtliga sjukhus och deras styrelser som ingår i förvaltning Skånes universitetssjukvård anger att den främsta orsaken till bristande tillgänglighet är begränsningar i tillgång till operationsutrymme och vårdplatser framför allt på grund av brist på sjuksköterskor³².

Sjukhusstyrelse SUS skriver i sin verksamhetsplan för 2019 att problem med tillgänglighet till bild- och funktionsdiagnostik fördröjer diagnostik och patientens vårdförlopp. Styrelsen framhåller även att det är av stor vikt att planerings- och väntelistor hålls aktuella och att patienter som väntar erhåller fortlöpande information.³³

Sjukhusstyrelse Ystad skriver i yttrande över budget 2020 att arbetet med kompetensförsörjning och en god arbetsmiljö är en förutsättning för att kunna hålla fastställda vårdplatser öppna³⁴.

Från *lasarettet Trelleborg* framförs att bristen på lokaler är en stor flaskhals för att utöka operationsverksamheten.

Det finns också intervjupersoner vid dessa sjukhus som menar att planeringen brister och att initiativen inte är koordinerade. Ökad samordning behövs, inte minst mellan sjukhusen, hävdar dessa personer. Bland annat nämns att det inte finns någon tydlig plan för vad respektive sjukhus ska göra i den gemensamma förvaltningen.

Flera intervjupersoner har även tagit upp att det redan är ett högt kapacitetsutnyttjande. Vid SUS upptar akuta patienter 80 procent av alla vårdplatser. Samtidigt utgör cancerpatienterna inom ramen för de standardiserade vårdförloppen en stor del. (Citat): ”Allt som kan göras någon annanstans är redan utlagt”. Det får stora effekter när sjukhuset under sommaren drar ner till 70 procent av normal vårdplatskapacitet. Stora delar av resten av året går åt att komma ikapp med de köer som bildats under sommaren. Samtidigt ökar inflödet av remisser kraftigt. Vid SUS uppges ökningen vara 11 procent under första halvåret 2019.

Strategier och handlingsplaner

Skånes universitetssjukhus har utformat lokala tillämpningsregler för SUS Malmö/Lund för den regionala incitamentsmodellen för ökad tillgänglighet. Bland de konkreta åtgärderna återfinns att:

- Varje verksamhet ska kontinuerligt kvalitetssäkra samtliga väntelistor till besök och operation/åtgärd

³² Verksamhetsberättelse Skånes universitetssjukvård, SUS - 2018

³³ Verksamhetsplan och internbudget 2019, Sjukhusstyrelse SUS

³⁴ Sjukhusstyrelse Ystads yttrande på hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande på budgetplanering 2020, 19-04-11

- Mottagningarna ska säkerställa att inga mottagningstider står tomma och minska antalet uteblivna patienter genom SMS-påminnelser och bokning av tider i samråd med patienten. Alla mottagningar bör ha en lista över patienter som kan komma på kort varsel.
- Operation/åtgärd ska säkerställa att inga operationstider står tomma och ha en lista över patienter som kan komma på kort varsel. Patienten ska bekräfta sin tid till operation.

SUS har sedan 2017 påbörjat ett processorienterat arbetssätt. Arbetet är organiserat kring tre huvudprocessområden, Cancer, Elektiv vård och Akut vård. Syftet med att arbeta i dessa definierade huvudprocesser är att förbättra kvalitet, patientsäkerhet och tillgänglighet genom att ha fokus på patientens väg genom vården och verka för sömlösa övergångar mellan medicinska specialiteter och mellan öppen- och slutenvård³⁵.

Enligt sin verksamhetsplan ska *Lasarettet i Trelleborg* under 2019 arbeta långsiktigt för att kunna behålla och rekrytera medarbetare med rätt kompetens. Lasarettet ska även arbeta för en hälsofrämjande arbetsmiljö och satsa på digitala tjänster med fokus på att öka tillgängligheten och göra patienten mer delaktig i sin egen hälsa³⁶. Lasarettet i Trelleborg har lokala handlingsplaner och sjukhusövergripande produktionsplan som är nerbruten på enhetsnivå.

Lasarettet i Ystad kommer under 2019 bland annat arbeta med att förbättra patientprocesser för att optimera flödena. Lasarettet ska anpassa schema efter väntelista. Det ska också boka tid för återbesök vid nybesök eller utskrivning samt arbeta för att användandet av 1177 och digitala tjänster ökar. Enligt verksamhetsplanen ska lasarettet följa regelverket för vårdgaranti och hänvisa patienter som inte kan få tid inom 90 dagar till annan vårdgivare³⁷.

Lasarettet i Landskrona avser att integrera väntelista inom urologi mellan SUS och Helsingborgs lasarett. Lasarettet i Landskrona har vidare bildat ett operationsplaneringsråd. Syftet med detta är att arbeta med produktions- och operationsplanering såväl internt som i samverkan med andra sjukhus och andra vårdgivare. Lasarett ska se över nyttjandet av vårdplatser internt och föra en dialog med andra sjukhus avseende olika patientflöden för att optimalt utnyttja de resurser som finns i Region Skåne. Sjukhusstyrelse Landskrona har vidare beslutat att bokningsbara läkarschema, enligt Region Skånes övergripande riktlinjer, ska vara 12 veckor på mottagningar. Beslut ska följas upp av styrelsen.³⁸

Spridande av lärdomar

Det har inte framkommit i granskningen att det sker något strukturerat arbete med att sprida lärdomar och goda exempel. Däremot uppges att benchmarking och jämförelser med andra aktörer sker i betydande omfattning på verksamhets- och enhetsnivå.

5.4.2 Skånes sjukhus nordost

Problembild

Enligt Skånevård Kryh:s verksamhetsberättelse för 2018 var det brist på sjuksköterskor som medförde att färre operationssalar kunde bemannas och att vårdplatserna var färre. *Centralsjukhuset Kristianstad* (CSK) noterade även brist på specialistkompetens inom vissa områden vilket påverkade tillgängligheten negativt. Inom bilddiagnostiken rådde brist på röntgensjuksköterskor vilket hindrade öppethållande i önskvärd omfattning. I verksamhetsberättelsen framgår att vid *Hässleholms sjukhus* hade ortopedin sedan länge en god tillgänglighet till operation³⁹.

³⁵ Sjukhusstyrelse SUS yttrande Utifrån HSNs yttrande över regionstyrelsens budgetplanering 2020 och inför beslut om verksamhetsplan och budget 2020-22

³⁶ Verksamhetsplan och internbudget 2019, Sjukhusstyrelse Trelleborg

³⁷ Verksamhetsplan och internbudget 2019, Sjukhusstyrelse Ystad

³⁸ Verksamhetsplan och internbudget 2019, Sjukhusstyrelse Landskrona

³⁹ Verksamhetsberättelse januari-december 2018 Skånevård Kryh

Strategier och handlingsplaner

Enligt den av sjukhusstyrelsen fastställda verksamhetsplanen ska *Centralsjukhuset Kristianstad* arbeta med flera strategier som har relevans för sjukhusets tillgänglighet⁴⁰. Hit hör

- Skapa en vi-känsla och en CSK-anda för att nå ett ökat medarbetarskap
- För uppdraget rätt antal vårdplatser och förbättrad arbetsmiljö på vårdavdelningar
- God tillgänglighet till operation
- Förbättrade förutsättningar för utbildning och fortbildning
- Förbättrad rekrytering och introduktion av nyanställda

Verksamhetsplan och budget 2019 *Hässleholms sjukhus* anger följande strategier för Hässleholms sjukhus:

- Väntelistor ska kvalitetssäkras.
- Arbetet med produktions- och operationsplanering, utskrivningsprocessen ska intensifieras och sjukhuset ska kontinuerligt se över nyttjandet av vårdplatser.
- Samarbetet mellan den öppna specialistvården och primärvården ska utvecklas.
- Tillgängligheten ska förbättras genom effektivare och sammanhållna patientprocesser till exempel genom anpassad utskrivning av patienter i slutenvården, och utvecklad produktions- och schemaplanering.

Vid bägge sjukhus finns inom förvaltningen fastställda handlingsplaner för ökad tillgänglighet. Planerna innehåller ett flertal åtgärder. Dessa beskrivs närmare i kapitel 6. Handlingsplaner finns även för vårdplatsutnyttjande.

Spridande av lärdomar

I granskningen har det inte framgått att det pågår någon specificerad insats för att sprida goda erfarenheter och lärdomar. Intervjupersonerna menar dock att det är något som sker dagligen och naturligt. Alla verksamheter stimuleras att göra benchmarking kring sin verksamhet.

5.4.3 Skånes sjukhus nordväst

Problembild

I verksamhetsberättelse 2018 för Skånevård Sund omnämns att bristen på operationssköterskor har resulterat i längre väntetid till slutenvårdsoperationer⁴¹.

Verksamhetsberättelse 2018 för dåvarande Hälsostaden tar upp minskad läkartillgång på grund av pensionsavgång och avveckling av timanställningar inom främst neurologi och kardiologi som skäl till att tillgången på specialister försämrades under året⁴².

Sjukhusstyrelse Helsingborg liksom *sjukhusstyrelse Ängelholm* beskriver i sina yttrande över budgetplanering 2020^{43,44} att en nyckelfråga för god tillgänglighet är möjligheten att bemanna med rätt kompetens. Styrelserna anför att det krävs en säkrad långsiktig kompetensförsörjning för god tillgänglighet.

Dyra lösningar i form av bemanningspersonal och höga övertidskostnader har, enligt verksamhetsplan 2019 för Helsingborgs lasarett, bidragit till negativ ekonomisk utveckling och försämrad arbetsmiljö⁴⁵.

⁴⁰ Verksamhetsplan 2019–2022 Centralsjukhuset Kristianstad.

⁴¹ Verksamhetsberättelse 2018 Skånevård Sund

⁴² Verksamhetsberättelse januari-december 2018 Hälsostaden

⁴³ Yttrande över yttrande på budgetplanering 2020 Sjukhusstyrelse Helsingborg

⁴⁴ Yttrande över yttrande på budgetplanering 2020 Sjukhusstyrelse Ängelholm

⁴⁵ Budget och Verksamhetsplan 2019 Helsingborgs lasarett

Strategier och handlingsplaner

Enligt den verksamhetsplan för 2019 som *sjukhusstyrelse Helsingborg* fastställt ska under planperioden ske satsningar inom området digitalisering och e-hälsa. Minskad personalomsättning och effektiv kompetensförsörjning anges också som centralt för att kunna öka tillgängligheten. Vidare ska verksamhetsutveckling och produktionsplanering göras så att personalresurser och lokaler nyttjas optimalt. Rutiner behöver förbättras avseende säker och effektiv remisshantering. Samma ambitioner anges av *sjukhusstyrelse Ängelholm*⁴⁶.

En särskild arbetsmodell för ökad tillgänglighet presenterades för sjukhusstyrelse Helsingborg 19-03-28. I modellen beskrivs åtgärder för tillgänglighet till öppenvård och motsvarande för tillgänglighet till operation. De konkreta åtgärderna beskrivs närmare i kapitel 6.

Spridande av lärdomar

Liksom inom andra förvaltningar beskrivs att intresset för att ta in lärdomar och intryck i den egna verksamheten har ökat. Det drivs på både av kunskapsstyrningsarbetet, men även exempelvis av Region Skånes digitala vårdplattform (SDV).

Inom Helsingborgs lasarett har initierats ett chefsforum, där förbättringsprojekt kan visas upp.

5.5 Styrning och uppföljning – Psykiatri Skåne

Problembild

Varken i kvalitetsbokslut för Psykiatri Skåne, 2018 eller i den verksamhetsplan för 2019 som psykiatri, habilitering- och hjälpmedelsnämnden har fastställt innehåller någon analys av problem och orsaker till rådande läge vad gäller tillgänglighet.

Som bakgrund till nämndens beslut om "Tillgänglighetssatsning Psykiatri Skåne" 19-06-10 anges att antalet remisser till psykiatrin med frågeställningen ADHD har ökat markant under senare år och väntetiderna till utredning har blivit längre⁴⁷.

Psykiatrin i Skåne och främst barn- och ungdomspsykiatrin har sett en eskalerande ökning av personer som söker till psykiatrin för bedömning och åtgärd. I intervjuer framgår att detta ses som ett samhällsproblem som psykiatrin inte kan hantera ensamt. Ett flertal andra aktörer måste delta i arbetet mot den ökande psykiska ohälsan.

Det inflöde som verksamheterna har från allt fler vårdsökande, exempelvis för neuropsykiatriska bedömningar, medverkar till stress i verksamheten och en personalomsättning som det uppges vara angeläget att minska.

Strategier och handlingsplaner

Enligt vad som framkommit rörande psykiatrins arbete med ökad tillgänglighet så följer detta arbete vissa huvudspår. Ett sådant spår är standardisering. Längst har detta arbete kommit inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP). BUP har utvecklat standardiserade vårdprocesser både för första linjens psykiatriverksamhet och för alla stora diagnoser i specialistpsykiatrin.

Ett annat spår som beskrivs är arbete med brukarstyrda inläggningar. Det har tidigare varit ett forskningsprojekt, men har nu efter goda resultat permanentats.

Psykiatrin har sedan drygt ett år inlett arbete med vårdplatskoordination och har anställt en egen tillgänglighetskoordinator. Mellanvårdavdelningar där patienten vistas på avdelning endast dagtid har avlastat trycket på disponibla vårdplatser.

⁴⁶ Budget och Verksamhetsplan 2019 Ängelholms sjukhus

⁴⁷ Tillgänglighetssatsning Psykiatri Skåne, Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden, 19-06-10.

En handlingsplan för att minska väntetiderna inom BUP och vuxenpsykiatri, främst avseende neuropsykiatriska utredningar beslutades av psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden 19-06-26.

En mer ingående beskrivning kommer att göras i under hösten 2019 kommande fördjupad granskningsrapport avseende psykiatriverksamheten.

Spridande av lärdomar

I intervjuerna har det framgått att utvecklingsarbetet i förvaltningen sker i en tät samverkan mellan de olika verksamhetsområdena. Utveckling och lärande sker bland annat avseende evidensbaserade behandlings- och rehabiliteringsprogram. Det är en uttrycklig policy att stärka förvaltningens forskningsinriktning. Flera av förvaltningens projekt följs upp i samarbete med universitet. Psykiatri Skåne bedriver universitetssjukvård inom verksamhetsområdena BUP, vuxenpsykiatri i Helsingborg och Lund samt Beroendecentrum inom vuxenpsykiatri i Malmö.

6 Det konkreta arbetet för god tillgänglighet

I detta kapitel redogörs för iakttagelser avseende de konkreta strategier och insatser för att upprätthålla en god tillgänglighet som sker i olika delar och på olika nivåer inom Region Skånes hälso- och sjukvård. De revisionsfrågor som berörs är:

- Fråga 3: *Bedrivs arbetet med standardiserade vårdförlopp (SVF) på ett ändamålsenligt sätt t ex tillgängligheten för vissa utredningar samt operation/åtgärd, tidsmålet från välgrundad misstanke till start av behandling samt SVF inom primärvården?*
- Fråga 5: *Hur sker samverkan mellan sjukhus och mellan sjukhus och privata vårdgivare för att få ett optimalt utnyttjande av de resurser som finns och därigenom en ökad tillgänglighet?*
- Fråga 6: *Fungerar avbokningar och ombokningar av operationer och besök på ett ändamålsenligt sätt?*
- Fråga 7: *Hur bedrivs arbetet med beslutat incitamentspaket för att öka tillgängligheten?*
- Fråga 11: *Hur informeras patienter om gällande regelverk avseende vårdgaranti och valmöjligheten om vård hos annan vårdgivare för att på så sätt öka tillgängligheten?*

6.1 Operativ hantering på central nivå i organisationen

Det operativa arbetet på central nivå avser främst fortlöpande uppföljning enligt tidigare beskrivning.

Koncernkontoret upprätthöll till och med maj funktionen att samordna tillgänglighetskoordinatorernas nätverk. Som redan har framgått har denna tjänst dragits in från och med juni 2019. Arbetsformerna ska i samband med detta ses över.

Avdelningen Hälso- och sjukvårdsstyrning svarar för upphandling och uppföljning av de privata aktörer som har vårdgarantiavtal. För närvarande har Region Skåne avtal med 19 sådana företag. Under årets sju första månader var det 6 870 patienter som samordnades till vård på detta sätt. Kostnaden för dessa belastar HSN:s budget.

Det förekommer även beslut om medel för enstaka insatser. Bland annat har regiondirektören i överenskommelse med hälso- och sjukhusdirektören beslutat om medel för utbildningsinsatser under 2019 som åtgärd för att stärka dialyssjukvården i Skåne. Satsningen motiverades av att avhjälpa en kritisk bemanningssituation. HSN har under 2018 tagit beslut om utbildningstjänster bland annat inom njurmedicin som har visat sig medverka till ett förbättrat bemanningsläge.

Flera intervjupersoner har uttryckt kritik att det inte finns några rutiner för hur koncernen ska agera vid uppkomna situationer och flaskhalsar. (Citat): *"Det blir ad hoc och bygger på att verksamhetscheferna är intresserade eftersom det saknats ett tydligt beslutsmandat i dessa processer"*.

6.2 Primärvård – exempel på konkreta insatser

Genomförda intervjuer med representanter från primärvården omnämner följande åtgärder som prioriterade för att förbättra tillgängligheten:

- Arbeta smartare – utifrån patientens behov
- Digitala satsningar som involvera patienterna mer i sin vård och som kan avlasta vårdens administrativa uppgifter
- Arbeta mer över de organisatoriska gränserna i hälso- och sjukvården. En uttalad ambition är att få ut mer specialistkompetens i primärvård/nära vård
- Förstärkt kompetensförsörjning genom utbildning av fler specialister i allmänmedicin

Intervjupersonerna framför att införandet av mobila vårdteam för att kunna vårda personer i hemmet bör medverka till en avlastning både vad gäller besök på vårdcentralerna och färre inläggningar i slutenvården. Andra intervjuade anser dock att det är osäkert om det merarbete som görs vid inskrivning i mobilt vårdteam är värt ansträngningen.

Vid en vårdcentral bedrivs ett projekt kring integrerad beteendehälsa. Projektet innebär att alla som söker sig till vårdcentralen för psykisk ohälsa triageras direkt till psykolog. Detta arbetssätt uppges ha medverkat till att tidigare väntelista på fyra till fem månader har eliminerats. Läkarna har avlastats och i dag kan vårdcentralens patienter erbjudas tid samma dag. Ett framgångsrikt arbete har även bedrivits för att kvalitetssäkra väntelistorna. Integrerad beteendehälsa planeras att införas vid ytterligare 20 vårdcentraler med start hösten 2019. Flaskhalsen uppges vara tillgången på psykologer.

På motsvarande sätt triageras, vid den aktuella vårdcentralen, alla patienter som söker för smärta till fysioterapeut. Dessa fysioterapeuter har på delegation rätt att skriva remiss till röntgen. Alla patienter över 75 år erhåller telefonnummer till vårdcentralens geriatriksjuksköterskor.

Vid en annan vårdcentral rapporteras positiva effekter genom att sätta fokus på telefontillgängligheten. Det ger en bättre arbetsmiljö och medverkar till att "rätt" patienter bokas för besök.

Vid midsommartid 2019 startade förvaltningen en digital vårdcentral som erbjuder tjänster till medborgarna.

Primärvården är också i färd med att införa taligenkänning och ett digitalt anamnes- och vägledningsstöd vid fysiska besök som dessutom automatiserar dokumentationen. Namnet för denna satsning är Vårdexpressen. Arbetsmodellen är redan igång vid fyra piloter. Ytterligare fyra vårdcentraler kommer att starta upp pilotverksamhet under hösten 2019. Breddinförande vid förvaltningens vårdcentraler kommer att ske från och ned 2020. Förväntningarna är att satsningen kommer att medverka till en avsevärt förbättrad tillgänglighet i primärvården.

Standardiserade vårdförlopp

Av intervjuer framgår att primärvården (citat) *"i allra högsta grad är delaktig i standardiserade vårdförlopp. Den allra största delen av cancer till exempel upptäcks i primärvården"*. (Ytterligare information om primärvårdens roll i standardiserade vårdförlopp kommer att beskrivas i kommande granskningsrapport om tillgänglighet till cancervården).

Av- och ombokningar

Primärvårdsförvaltningen har ingen gemensam policy vad gäller avbokningar, ombokningar eller uteblivna besök. Det uppges dock vara ett område som alla verksamheter arbetar med eftersom det produktionsmässigt har en stor betydelse. Det förekommer att det sker en viss överbokning av patienter, men det betraktas inte som en optimal metod.

Samverkan

Enligt intervjupersonerna finns det hos primärvården såväl som den specialiserade vården, både vad gäller somatisk och psykiatrisk vård, en strävan till utökat arbete över vårdgränserna. Lokalt sker ökad specialistnärvaro i primärvård och hemsjukvård.

Intervjupersonerna menar dock att det behöver utvecklas fler och tydligare arenor för sådan samverkan. Det har framkommit att Region Skåne planerar inrätta ett programkontor som ska hantera denna typ av utveckling i den "nära vården".

Patientinformation

Information till patienter om gällande regelverk avseende vårdgaranti och valmöjligheten läggs enligt intervjupersonerna ut på aktuella hemsidor. 1177 Vårdguiden Skåne innehåller viss information om vårdgarantin och patientens valmöjligheter som riktar sig till primärvårdspatienterna.

Intervjupersonerna uppger även att det är ett återkommande tema att prata med hela personalen om att patienten ska informeras om sina rättigheter och valmöjligheter.

6.3 Sjukhusförvaltningar och sjukhus – konkreta åtgärder

6.3.1 Övergripande på förvaltnings- och sjukhusnivå

Som det tidigare har framgått arbetar samtliga sjukhusförvaltningar med olika handlingsplaner eller åtgärdslistor för ökad tillgänglighet.

Sjukhusförvaltning SUS har ett arbete som direkt syftar att tillvarata den incitamentsmodell som beslutades i februari av HSN. Arbetet har beskrivits översiktligt i ett tidigare avsnitt.

Av intervjuer framgår att Skånes universitetssjukhus gör interna kösatsningar. Av central betydelse är att förbättra produktiviteten. Sjukhusets egen bedömning är att produktiviteten har ökat med 15 procent mätt som antalet patienter per anställd. Detta beaktar inte större vårdtyngd bland patienterna. Ett av de främsta instrumenten är överflyttning från slutenvård till dagkirurgi. Exempelvis urologin opererar i dag tre patienter per dag jämfört med två tidigare. Det sker med stöd av operationsrobotar och starkare fokus på flöden

Fokus ligger även att öka kvaliteten på inkommande remisser och att utöka stödet till primärvården. En patientgrupp som omfattas av detta är exempelvis hjärtsviktspatienterna.

Vid *Lasarettet Trelleborg* har beslut tagits i sjukhusledningen om en bred satsning på att bygga ut tjänster kring 1177 för att frigöra kapacitet. Detta inkluderar patientutbildning, röststyrd diktering och bättre kommunikationsvägar till vårdgrannar.

Sjukhusförvaltning Nordost har specifika handlingsplaner för tillgänglighet. Handlingsplanen omfattar bland annat följande insatser:

- Kvalitetssäkring av alla väntelistor
- Remissgranskning så att rätt remisser sätts upp på väntelista
- "Långväntare" följs varje månad
- Bokningsbart schema - åtta veckor
- Operationsplaneringsforum
- Bevakningslistor till återbesök kvalitetssäkras
- Samordning sker tidigare genom att informera patienten i ett tidigare skede
- Minska av- och ombokningar samt uteblivande patienter
- Ökning av antalet E-tjänster

Även *sjukhusförvaltning Nordväst* har en handlingsplan som även har behandlats av sjukhusstyrelse Helsingborg. Planen för att förbättra tillgängligheten till operationer och åtgärder innehåller bland annat:

- Utbildningsinsatser avseende operationsplanering
- Poliklinisering av uppgifter från operation till mottagning
- Ökat samarbete och samutnyttjande av medarbetare mellan enheterna

- Åtgärder för att reducera antal strykningar
- Bildande av strategigrupper för operation och bemanning

Åtgärder för öka tillgänglighet till öppenvård avser bland annat

- Kvalitetssäkring av väntelistor
- Synkronisering av schemalägningsperioder
- Produktionsplanering
- Task-shift⁴⁸ koloskopi och cystoskopi till specialistsjuksköterskor
- Åtgärder för att minska antalet om- och avbokningar
- Tidig identifiering av samordningsbehov

6.3.2 Verksamhetsnivå

Intervjuer som gjorts på verksamhetsnivå uppvisar en lång rad konkreta åtgärder som görs inom verksamheterna för att hantera tillgänglighetsfrågorna. Många av åtgärderna sker mot bakgrund av stängda vårdplatser och ansträngd operationskapacitet. Många av intervjupersonerna betonar att det behövs ett nytänkande men också ett mer strukturerat arbete. Sällan handlar det om universal-lösningar som kommer uppifrån. De flaskhalsar som uppstår är oftast unika och kräver direkt hand-påläggning från berörda personer och uppbackning från personer i ansvars- och beslutställning.

Nedan följer en rad exempel som framkommit i granskningen:

- Inrättande dagvårdsavdelning bland annat för postoperativa funktioner.
- Utökad konsultfunktion gentemot ASIH och primärvården samt även tillskapande av sjukhusanslutna mobila team. Som exempel har bland annat angivits är vård av patienter i hemmet där de i huvudsak behöver antibiotika intravenöst eller stöd av hjälpmedel och rehabilitering. Målet är att slippa inläggning på sjukhus.
- Tillskapande av utbildningstjänster för sjuksköterskor.
- Utökad mottagande av sjuksköterskepraktikanter i arbetsplatsförlagd utbildning (APU).
- Schemaläggning och förbättrat schema för läkare.
- Satsning på extramottagning för hjärtpatienter.
- Produktions- och kapacitetsplanering.
- Daglig kapacitetsstyrning.
- Mobila uppföljningsbesök efter akuten
- Vårdplatskoordination
- Analys av unika flöden och studier av obalanser som underlag för lokala åtgärder
- Genomarbetad logistik

Exempel på ”strukturella” åtgärder som initierats på verksamhetsnivå är bland annat utflyttning från SUS. Det har bland annat skett för ortopediska operationer såsom höftfrakturer och ryggkirurgi. Operationer som kan utföras med lokalbedövning har flyttats ut till privata aktörer med vårdavtal. Även relativt avancerade ingrepp utförs idag som dagkirurgi utan behov av övernattning, till exempel stor del av barnortopedin, handledsfrakturer och diskbräck.

⁴⁸ En form av omfördelning av arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper

6.3.3 Standardiserade vårdförlopp

Standardiserade vårdförlopp (SVF), som infördes i cancervården med start 2015, innebär ett nytt arbetssätt som går ut på att patienter med misstänkt cancer utreds så snabbt som möjligt. Ett standardiserat vårdförlopp startar vid tidpunkten för välgrundad misstanke om cancer och avslutas vid start av första behandling.

Sedan hösten 2015 har standardiserade vårdförlopp införts för 31 cancerdiagnoser. Syftet är att väntetiderna för patienterna ska bli kortare och regionala skillnader jämnas ut. (I en kommande fördjupad granskningsrapport om tillgängligheten till cancervården kommer arbetet med standardiserade vårdförlopp att belysas mer ingående.)

I Region Skånes styrande dokument har under flera års tid uppdragits till verksamheterna att införa standardiserade vårdförlopp även inom andra patientområden än cancer. Vid intervjuerna har det framgått att professionerna ser mycket positivt på en sådan utveckling. (Citat) *”Vi har sett att cancervården har fått en väldigt god organisation med bra återkoppling, bra analysförmåga och gedigen tanke kring utbyggnad av olika centra. Skulle man ha ett liknande centrum, kvalitet, uppföljning och säkerhetsarbete för övriga patientgrupper skulle det vara positivt”*. Som fördelar beskrivs att det upplevs vara positivt att sätta upp mål för ledtider. Genom att mäta dessa får verksamheten ett underlag för sitt förbättringsarbete.

Det finns ingen översikt om vilka standardiserade vårdprocesserna som finns i Region Skåne och definitionerna kan skilja sig åt. I samband med granskningen har det framgått att samtliga sjukhus arbetar med standardisering av processer i större eller mindre omfattning. Oftast sker det inom ramen för respektive specialitet och verksamhetsområde. Några exempel från ortopedin vid SUS är:

- Patienter med höftfrakturer – regionalt vårdprogram inklusive standardiserad vårdprocess. Ett hinder för processen är sjukhusens brist på vårdplatser
- Patienter med ryggsmärta – regionalt vårdprogram där både primärvård och specialistvård ingår.
- Patienter med osteoporos – regionalt vårdprogram där både primärvård och specialistvård ingår.
- Patienter med artros – regionalt vårdprogram där både primärvård och specialistvård ingår.

Ett område som uppges vara på gång för standardiserat vårdförlopp är integrerad hjärtsviktsvård. En satsning görs även för reumatiska patienter vid SUS enligt en ”one stop”-modell så att patienterna ska få säkrare tillgång till det batteri av undersökningar som måste göras.

6.3.4 Hantering av incitamentsmodellen

Samtliga berörda sjukhus och sjukhusförvaltningar bedriver ett aktivt arbete utifrån incitamentsmodellen. Exempelvis SUS har tillsatt en särskild styrgrupp som arbetar aktivt med att uppfylla kriterierna för att få ut medlen. Huvuddragen i detta arbete beskrivs i avsnitt 5.4.1.

Flertalet intervjuade personer i förvaltnings- och sjukhusledning uttrycker sig positivt om satsningen, men lyfter även fram utvecklingsbehov. En kritik är att de verksamheter som redan har en tillfredsställande tillgänglighet har mycket svårare att uppnå de ställda kriterierna än de som har ett sämre utgångsläge.

Representanter för sjukhus såsom Lasarettet i Landskrona och Lasarettet i Trelleborg är kritiska mot att de, eftersom de inte har egna opererande specialister, inte kan påverka de faktorer som styr uppställda kriterier.

6.3.5 Av- och ombokningar

De handlingsplaner och åtgärdslistor som tagits fram vid sjukhus och sjukhusförvaltningar omfattar i samtliga fall åtgärder för att minimera av- och ombokningar liksom uteblivna besök från patienternas sida.

Ombokningar och uteblivna besök följs upp månatligen. Under perioden juli 2018 till juli 2019 ombokades på regional nivå i snitt ca 1 800 personer per månad. Antalet uteblivna besök under samma period var ca 1 000 personer per månad. Siffror saknas tillsvidare för de enskilda sjukhusen/sjukhusstyrelserna.

Cirka 10 procent av ombokningarna sker kortare än 48 timmar före planerad operation och åtgärd. Av statistiken framgår att ombokningar på grund av patient med högre prioritet står för drygt 40 procent av ombokningarna. Ungefär lika många sker med hänvisning av resursbrister av olika slag (personalbrist, tidsbrist utifrån planerat program eller brist på vårdplatser eller utrustning). Tre till fyra procent hänger samman med otillräcklig preoperativ utredning. Ett par procent hänförs till beordrat stopp för elektiva operationer.

Åtgärder för att minska uteblivna besök är bokning av tid i samförstånd med patienten. Det kan ske via samtal eller via e-tjänster. Många enheter tillämpar SMS-påminnelser.

Vissa verksamheter menar att det måste finnas en beredskap. (Citat) *"Därför har vi ett system för att hantera detta: Om någon doktor är sjuk och någon annan doktor inte har patient kan denne hoppa in i kollegans ställe"*.

Det förekommer även verksamhetsområden som spärrar operationstider som reserveras för prioriterade cancerpatienter. På så sätt undviks att bokade patienter med lägre prioritet får bokas om.

Flera verksamhetsområden beskriver att de inte kan styra över av- och ombokningar. (citatt) *"Vi har produktionsplanering i åtta – tio veckors perspektiv, vi har total koll på våra flöden och gör varje vecka en detaljerad planering. Denna planering är det dock mest en förhoppning. Mer prioriterade patienter tar över våra tider och utlokaliserade patienter från andra avdelningar fyller våra sängar"*.

6.3.6 Samverkan

Den allmänna bild som framträder bland intervjupersonerna är att samverkan både på förvaltnings- och sjukhusnivå och på verksamhets-/specialitetsnivå har underlättats i den nya förvaltningsorganisationen. (Citat): *"Min upplevelse är att det är öppnare mellan oss i dag. Det blir tydligare styrning, jag tycker att det finns en förståelse för varandras problem"*.

Strukturerad samverkan mellan förvaltningarna sker för närvarande med stort fokus på Region Skånes operationskapacitet.

Det upplevs idag vara mindre dramatiskt att flytta exempelvis operationer mellan sjukhusen för att nå högre effektivitet eller för att utjämna kapaciteten. Vårdkoordinationsarbetet uppges spela en allt mer strategiskt viktig roll och det har banat väg för bättre samverkan mellan enheterna.

Från verksamhetsnivå beskrivs att det sker växande utrymme på teamnivå. Exempelvis sjukhusens bröstcancerteam uppges ha ett tätt utbyte. Många menar att det är på denna nivå som samverkan har bäst förutsättningar att bli meningsfull.

Samverkan sker inom många områden under sommar- och semesterperioder för att optimera tillgänglig kapacitet. Telefonavstämning inom specialiteterna vid de olika sjukhusen uppges ske minst en gång per vecka under sommaren.

En fråga där det finns olika meningar är huruvida Region Skånes väntelistor ska bli regiongemensamma. Förespråkarna anför att det handlar om jämlik vård. De som är skeptiska menar att det försvårar att bedriva ett strukturerat välplanerat arbete där besök, bedömning och åtgärd hålls samman. Många drar slutsatsen att det kan fungera inom vissa områden, men är mindre lämpligt inom andra.

Samspelet mellan offentliga och privata vårdgivare upplevs ha utvecklats och blivit mer strukturerat. Det finns en tydligare bild av vad vardera parten förväntas bidra med. Den gemensamma synen är att de privata vårdgivarna med avtal med regionen respektive vårdgarantiavtalsleverantörerna i dagsläget är helt nödvändig för att hålla uppe vårdproduktionen och tillgängligheten.

Flera aktörer har, i enlighet med hälso- och sjukvårdsuppdraget, långsiktiga ambitioner att försöka "ta hem" så mycket som möjligt av den verksamhet som sker externt. Förutsättningarna i nuläget beskrivs som begränsade, vilket framförallt bottnar i bristen på sjuksköterskor.

6.3.7 Patientinformation

Av intervjuer framgår att regelverket som rör vårdgarantin är välkänt. Ett flertal intervjuade omnämner att de aktuella sjukhusets tillgänglighetskoordinator har en nyckelroll för att upprätthålla personalens kompetens inom detta område.

Det har vid flera sjukhus framgått att det är en "strategi" att patienten ska informeras i ett så tidigt skede som möjligt huruvida den aktuella verksamheten har möjligheter att erbjuda vård inom stipulerade tidsgränser eller inte. På så sätt ska inte patientens kötid behöva förlängas av samordningsprocessen. Inom ett flertal verksamhetsråden där intervjuer har genomförts har det framgått att de medicinska sekreterarna har ansvar för att hålla väntelistorna ajour och aktivera samordning via tillgänglighetskoordinator. Den uppfattning som uttrycks är att ett stort antal av patienterna erhåller adekvat information och att det sker i allt större utsträckning. Däremot sker ingen uppföljning av att så faktiskt sker.

6.4 Psykiatri Skåne

Iakttagelser om konkreta åtgärder rörande Psykiatri Skåne och psykiatri-, habilitering och hjälpmedelsnämnden kommer att beskrivas utförligare i en fördjupad granskningsrapport som kommer att sammanställas senare denna höst.

7 Mål och indikatorer

I detta kapitel redogörs för iakttagelser i granskningen som har skett mot bakgrund av revisionsfråga 8: *Är målen/indikatorerna för uppföljning relevanta för att följa utvecklingen och även kopplat till sursåtgången för uppföljning?* I avsnitt 7.2 återfinns därutöver granskarnas reflektion och slutsatser om de mål som tillämpas för tillgänglighet.

7.1 Inhämtade synpunkter på mål och indikatorer

Bland flertalet intervjuade, både bland professionerna och övriga, finns en förståelse för att det sätts upp mål för tillgänglighet ur ett medborgarperspektiv.

Flera intervjuade varnar dock för att ha ett enögt perspektiv på de aktuella tidsgränserna. För vissa patienter och för vissa sjukdomstillstånd är inte tidsgränserna alltid relevanta. Många menar att de medicinska skälen måste ligga i första rummet.

Andra ser uppföljningen av tillgänglighetsmålen som en sporre att identifiera flaskhalsar och initiera förbättringsarbete. Flera intervjuade personer pekar samtidigt på att mål som är för högt satta riskerar att skapa oro och "demoralisera" verksamheterna eftersom de redan från början vet att de inte kan nå upp till målen.

Det finns också en oro över att ett alltför starkt fokus på "första besök" ska väcka upp tidigare diskussion om undanträngningseffekter. Här har Region Skåne en beredskap eftersom det sker en regelbunden uppföljning av återbesök.

Flera refererar till de tidsmål som är uppsatta för de standardiserade vårdloppen. I huvudsak har dessa utvecklats inom professionen och de åtnjuter därför stor respekt. Dessa mål revideras också i fortgående process utifrån de erfarenheter som vinnas. De gäller även valet av indikatorer för de standardiserade vårdprocesserna och formen för uppföljning av dessa.

Överlag är kritiken begränsad mot den uppföljning av tillgänglighet som Region Skåne bedriver eller de indikatorer som används. Många framhåller samtidigt att analysen av tillgänglighet bör kopplas till uppföljning av produktionen. Bakom långa köer kan dölja sig intensivt arbete för ökad produktivitet och bättre kapacitetsutnyttjande. Skälen till vårdköen måste då sökas på andra områden. Intervjupersonerna varnar för att jämföra resultat inom ett vårdområde med ett annat.

Flera fäster uppmärksamhet vid den kraftiga och på många områden eskalerande ökningen av antalet vårdsökande. Detta bör beaktas vid analys av vilka resultat som uppnås visavi uppsatta mål. Exempelvis har ortopedin vid Helsingborgs lasarett 20 procent fler patienter än motsvarande period föregående år.

7.2 Reflektion och slutsatser om mål och indikatorer

Tillgänglighet och köer har diskuterats intensivt inom hälso- och sjukvården under de senaste decennierna. Köer var tidigare (60 - 70 talen) en prioriteringsgrund och ett argument från verksamheterna för mer resurser i budgettider. Idag ses köer snarast som ett tecken på systemfel eller dålig planering/ledning. Köers storlek och väntetider har också blivit de huvudsakliga indikatorerna på tillgänglighet och stora resurser läggs ner för att mäta och åtgärda dem.

Det är många som funderat över varför köer överhuvudtaget finns eftersom nästan alla i kön förr eller senare får sin åtgärd utförd. När köer analyseras ses nästan alltid relativt stabila förhållanden där kön pendlar kring ett medelvärde beroende på till exempel sommarstängningar, tillfälliga störningar och återhämtningar/satsningar med mera. Det verkar alltså som om produktion och tillflöde till kön balanserar varandra bra men kring ett ofta för högt medelvärde på kötid. Köps en kö bort med tillfälliga resurser återuppstår den snart till samma medelvärde som tidigare.

På främst 1990 talet gjordes flera satsningar där köerna gick igenom för att se om de som stod där fortfarande var aktuella för åtgärd. I flera fall kunde köerna då skrivas ner betydligt i storlek. Idag finns inte samma potential då väntelistorna är mer uppdaterade och relevanta.

En kö uppstår när tillflödet är större än produktionsvolym. Detta illustreras väl i situationen under sommaren då insjuknandet i stort sett är lika stort som övrig tid på året, samtidigt som resurserna är nerdragna till ofta under 70 procent. Köerna växer då snabbt för att sedan långsamt minska under höst, vinter och vår när produktionskapaciteten åter är den normala.

En verksamhet kan påverka tillflödet genom olika åtgärder till exempel indikationsglidning åt olika håll. Behov av ökat tillflöde ger tryck mot lägre symtom för att uppnå nivå för åtgärd och tvärtom. Det finns också en dynamik i att en lång kö minskar tillflödet och tvärtom.

Syftet med att sätta mål för hälso- och sjukvårdsverksamhet och mäta om dessa uppnås via olika indikatorer måste vara att i första hand uppfylla hälso- och sjukvårdslagens grundelement om vård efter behov i en verksamhet grundad på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Det finns risker med det stora fokus som nu finns på köstorlek vad gäller prioritering inom och mellan olika behovsgrupper. Ett vidare perspektiv där tillflöde och produktionsvolym finns med kan ge säkrare underlag för satsningar och stötta den utveckling som hela tiden sker inom verksamheterna.

I våra intervjuer får vi berättelser om undanträngningseffekter som accentueras av stort köfokus där framförallt de med medelstora risker vid en åtgärd inte får optimal väntetid. De med små risker hanteras i poliklinisk verksamhet och de med riktigt stora risker prioriteras men de som finns däremellan och som behöver slutenvård får vänta på grund av vårdplatsbrist och eller begränsad operationskapacitet. Vi får också många berättelser om arbeten som leder till effektiviseringar och bättre hälsoutfall av insatta resurser. Det är troligen genom att stötta denna kontinuerliga utveckling som långsiktiga effekter uppnås.

En slutsats som kan dras är att köerna är förvånansvärt stabila trots alla insatta åtgärder och satsningar över de gångna decennierna och att detta troligen beror på några grundläggande faktorer som vi inte påverkar med nuvarande strategier.

I de utredningar som gjorts under senare år på nationella nivåer framstår tre trender som särskilt intressanta:

- Allt mer hälso- och sjukvård kommer att ske i eller nära hemmet.
- Akutvården blir allt mer koncentrerad och intensiv.
- Specialistvården blir allt mer subspecialiserad och kräver större upptagningsområden vilket leder till centralisering.

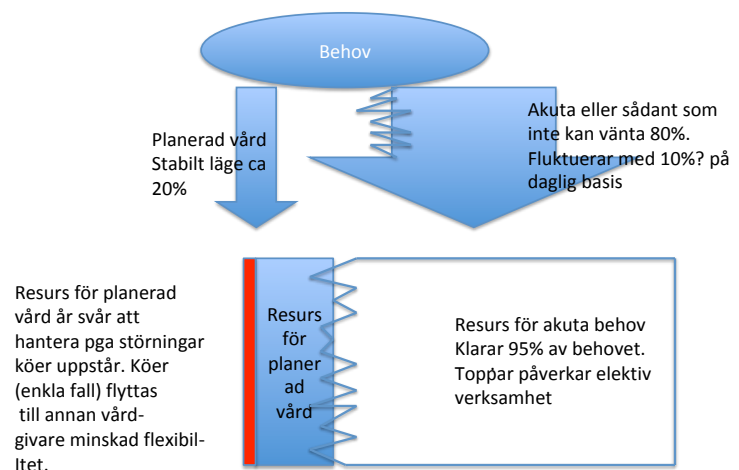
De stora störningarna vad gäller produktionsplanering och därmed tillgänglighet handlar om att akuta behov går före planerad vård. Exempelvis, eftersom cirka 80 av Skånes universitetssjukhus verksamhet handlar om akuta åtgärder blir det i det närmaste en omöjlighet att planera långsiktigt (se illustration nästa sida). Många av de akuta behoven på sjukhusen beror i sin tur på äldre, kroniska och multisyka patientgrupper med vårdsvikt som hade kunnat förebyggas och omhändertas i en utbyggd nära vård.

Ett sätt som används allt mer för att "skydda" den planerade vården är att flytta delar av behoven till något ställe där de akuta behoven inte syns så tydlig. De kan ske genom att upphandla resurser eller ha en filial på något mindre sjukhus. Detta kan vara effektivt men innehåller också vissa risker till exempel minskad flexibilitet inom den planerade verksamheten vad gäller patientmix och kompetens-tillgång. Systemet påverkar mest de som är i behov av sjukhusets samlade resurs det vill säga de med medelsvår sjukdom.

De åtgärder som skulle hantera tillgänglighetsfrågorna bäst långsiktigt är troligen att:

- Tydliggöra den nära vårdens uppdrag och bygga om den för att hantera de sköraste patienternas behov för att minska belastningen på akutsjukhusen.
- Skilja på akut och planerad specialistvård på ett tydligare sätt än idag för att de olika logikerna ska kunna utvecklas och hantera sina specifika problem.

Den stora frågan är om mål och indikatorer kan leda till en sådan utveckling eller om det mer handlar om politiska beslut.



8 Slutsatser och bedömningar

8.1 Övergripande revisionsfråga

8.1.1 Centrala iakttagelser

Allmän bild

Tillgänglighetsfrågor har hög prioritet inom Region Skånes styrande ledning. Arbetet sker dock mot en bakgrund av försämrad tillgänglighet inom flertalet av berörda verksamhetsområden. Samordning av patienter till externa vårdgarantileverantörer ökar med ökande kostnader som följd.

De patientgrupper som har hög prioritet och akuta behov erhåller tillgänglig vård. Samma sak gäller i stor omfattning patientgrupper med lättare problematik som kan erhålla operation och åtgärder i dagkirurgi eller dagvård. Det finns samtidigt patientgrupper med relativt stora, men inte akuta besvär som tenderar att få förlängda vårdtider.

Den problematik som gör sig mest gällande för en god tillgänglighet är stängda vårdplatser och ansträngd operationskapacitet vilket faller tillbaka på brist på sjuksköterskor och vissa andra nyckelgrupper. Många verksamheter rapporterar därutöver ett kraftigt ökande inflöde av remisser.

Styrning, planering och uppföljning

Iakttagelserna från granskningen av styrning, planering och uppföljning är sammanfattningsvis följande:

- Det fokus som anges i Region Skånes styrande dokument såsom budget och hälso- och sjukvårdsuppdrag har ett tydligt genomslag i de verksamhetsplaner och internbudgetar som fastställts av driftsansvariga nämnder och styrelser.
- Uppföljning visavi uppställda mål sker i samtliga berörda nämnder och styrelser. Intervjuer ger vid handen att strategisk fördjupning och analys efterfrågas för att de berörda organen ska kunna styra mot uppställda mål.
- Tillgänglighetsmålen har likaså tydligt genomslag i den styrning som sker i tjänstemannaorganisation på förvaltnings-, sjukhus- respektive verksamhetsnivå.
- Incitamentmodellen är väl känd och används tillsammans med andra faktorer som motivation för att arbeta med tillgänglighetsfrågor.
- Den centrala styrningen uppfattas ske i stuprör där de olika insatserna är svagt integrerade. Produktions- och linjestyrning beskrivs ha varit otydlig och svag vilket medverkat till att många fattade beslut inte har verkställts i organisationen.

Det konkreta arbetet för god tillgänglighet

De viktigaste iakttagelserna beträffande det konkreta arbetet för god tillgänglighet är följande:

- Arbetet som sker på verksamhetsnivå har enligt våra iakttagelser ett brett strategiskt fokus och är orienterat mot den specifika problematik som finns inom respektive område. Ansatserna omfattar bland annat arbetsmiljö och kompetens, ökad produktivitet, förbättrad planering och samordning av resurser.
- Det pågår ett stort antal arbeten på olika nivåer för att förbättra tillgängligheten. Poliklinisering, digitalisering, integrerade behandlingsmodeller, kvalitetssäkring av väntelistor och remisser samt samordning av patienter är några av de mest nyttjade åtgärderna.
- Tillfälliga satsningar riskerar att störa långsiktig planering och ge problem i framtiden med exempelvis personal som arbetat för hårt periodvis.

Mål och indikatorer

De viktigaste iakttagelser beträffande mål och indikatorer är följande:

- I det system som finns idag synes regionens målsättningar och indikatorer vara adekvata för att stötta en lokal verksamhetsutveckling men det finns förbättringspotential.
- Fasta målnivåer uppfattas av verksamheterna som orättvisa när de som redan har bra värden inte kan få tillgång till extraresurser.
- Det finns en stark samstämmighet i att incitamentsystem och mål skall vara stabila över tid och att kortsiktiga körsatsningar ska minskas till förmån för långsiktig utveckling av arbetssätt.

8.2 Bedömning avseende enskilda revisionsfrågor

I det följande återfinns våra bedömningar avseende de enskilda revisionsfrågorna i granskningen.

1. *Vilka lokala styrdokument/handlingsplaner finns för att styra mot uppsatta tillgänglighetsmål och används dessa på ett ändamålsenligt sätt?*

Samtliga berörda styrelser och nämnder med driftledningsansvar har fastställt verksamhetsplaner som tydliggör Region Skånes mål för en förbättrad tillgänglighet. Flertalet av planerna är på en allmän nivå och ger inte en tydlig vägledning om hur styrning mot uppsatta mål ska ske. Vår bedömning är att samtliga nämnder har anledning, inför fortsatt planering, att säkerställa att det för ansvarsområdet finns relevanta strategier som grundas på en tydlig analys av nuläge och förutsättningar. På så sätt kan nämnderna och styrelserna erhålla ett bättre underlag för att följa upp verksamhetens insatser för förbättrad tillgänglighet.

2. *På vilket sätt arbetar respektive styrelse/nämnd med att öka tillgängligheten och vilka eventuella "flaskhalsar" finns i systemet?*

Flertalet av de aktuella nämnderna och styrelserna är nya i sin funktion. Vi bedömer att roll, ansvar och styrinstrument för organen i deras driftledningsfunktion behöver förtydligas, liksom former för hur styrelserna ska samverka när regional samordning behövs. Bedömningen i föregående punkt gäller även denna fråga.

3. *Bedrivs arbetet med standardiserade vårdförlopp (SVF) på ett ändamålsenligt sätt t ex tillgängligheten för vissa utredningar samt operation/åtgärd, tidsmålet från välgrundad misstanke till start av behandling samt SVF inom primärvården?*

Standardiserade vårdförlopp (SVF) växer fram inom flera områden vid sidan av etablerade strukturer inom cancervården. Standardisering har, enligt vad som framkommit, en stor potential inom många områden. Vi bedömer att det behövs en tydligare terminologi för SVF inom kliniska områden vid sidan av cancervården. Vi bedömer även att primärvårdens och eftervårdens och rehabiliteringens funktioner i de standardiserade vårdförloppen behöver förtydligas. Ansvar för dessa uppgifter faller på Hälso- och sjukvårdsnämnden.

4. *Hur sker information och återkoppling till respektive nämnd/styrelse beträffande måluppfyllelsen och hur agerar nämnd/styrelse vid bristande måluppfyllelse?*

Samtliga berörda nämnder och styrelser erhåller månadsuppföljning avseende tillgänglighet. Frågan är även föremål för muntliga föredragningar och diskussioner. Primärvårdsnämnden, sjukhusstyrelserna Helsingborg, Landskrona, SUS och Ängelholm samt psykiatri- habilitering- och hjälpmedelsnämnden har initierat framtagande av handlingsplaner som direkt eller indirekt berör tillgänglighetsfrågor. Vi bedömer att det är för tidigt att dra slutsatser huruvida de berörda nämndernas och styrelsernas agerande är ändamålsenligt eller ej.

5. *Hur sker samverkan mellan sjukhus och mellan sjukhus och privata vårdgivare för att få ett optimalt utnyttjande av de resurser som finns och därigenom en ökad tillgänglighet?*

Samverkan sker i flera sammanhang och enligt vår bedömning i ökad omfattning inom hela sjukvårdssystemet. Detta inkluderar privata aktörer med avtal med Region Skåne. Denna typ av samverkan sker i allt högre grad ur ett patientperspektiv och sett till helhetens bästa. Systemet med tillgänglighetskoordination och samordning av patienter har enligt vår bedömning erhållit en ökad strategisk tyngd, men med iakttagelsen att Region Skåne i allt högre grad är beroende av vårdgarantiavtalsleverantörer. Samtidigt bedömer vi att den centrala medverkan i och styrningen av samverkan har varit otillräcklig. Brist på beslut och beslutsmandat har medverkat till att fördröja samverkan över förvaltnings- och sjukhusgränser. Ansvaret på detta faller på regionstyrelsen. En förstärkt produktionsstyrning har dock nyligen aktualiserats av koncernledningen.

6. *Fungerar avbokningar och ombokningar av operationer och besök på ett ändamålsenligt sätt?*

Vår bedömning är att det i kraft av aktualiserade handlingsplaner vid förvaltningar och sjukhus sker en förbättring vad gäller hantering av av- och ombokningar liksom uteblivande från patientens sida. Kontinuerlig uppföljning sker för varje sjukhus. Vi bedömer samtidigt att det finns ett påtagligt förbättringsutrymme inom detta område. Det faller ett ansvar på berörda styrelser och nämnder att i sin funktion som driftledningsnämnd se till att det sker ett ändamålsenligt arbete kring bokning av patienter till besök och åtgärder.

7. *Hur bedrivs arbetet med beslutat incitamentspaket för att öka tillgängligheten?*

Vår bedömning är att alla berörda förvaltningar och sjukhus är väl insatta i incitamentmodellen. Vår bedömning är även att modellen utgör ett stöd i utvecklingsarbetet inom tillgänglighetsområdet. Det råder konsensus om att modellen i sin nuvarande utformning inte är optimal genom att redan effektiva verksamheter har svårt att få del av incitamentsdelen. Därutöver saknar sjukhus såsom lasaretten i Landskrona och Trelleborg, som inte anställer egna opererande läkare, möjligheter att påverka utfallet av modellen. Modellen kommer att förstärkas ekonomiskt inför 2020 och kriterierna utvecklas samt även beakta den statliga kömiljarden.

8. *Är målen/indikatorerna för uppföljning relevanta för att följa utvecklingen och även kopplat till resursåtgången för uppföljning?*

Vår bedömning är att det finns en god förankring kring uppföljning av nuvarande mål och indikatorer för tillgänglighet både vad gäller omfattning och arbetsinsatser kopplat till uppföljningen. Övergripande finns samtidigt behov att utveckla eller anpassa målen som sådana. Målen bör omsättas så att de tar större hänsyn till medicinska bedömningar samt inte skapar de undanträngningseffekter som nu tenderar att ske för patienter med allvarliga men inte akuta sjukdomsbesvär. Hälso- och sjukvårdsnämnden har ansvaret för att tillförsäkra att hanteringen av målen för tillgänglighet inte kommer i konflikt med kravet på jämlik vård.

9. *Vilka lärdomar dras av goda exempel avseende ökad tillgänglighet i verksamheterna och hur sprids dessa i organisationen?*

Vår bedömning är att det sker ett omfattande arbete som handlar om att sprida och förankra nya arbetssätt och metoder för att öka tillgängligheten. En viktig del av kunskapsspridningen sker inom ramen för Region Skånes kunskapsstyrningsorganisation. Information och kunskapsspridning sker i första hand på verksamhets- och enhetsnivå. Ytterst handlar det många gånger om individens intresse att följa och ta till sig goda exempel. Ansvariga nämnder och styrelser har anledning att synliggöra och ställa krav på ett strukturerat arbete kring spridande av lärdomar.

10. *I diskussionen framkommer att bristen på personal och inflödet av patienter är faktorer som påverkar tillgängligheten. Vilka andra faktorer påverkar tillgängligheten och hur följs detta upp och hanteras av respektive sjukhusstyrelse/nämnd?*

Vår bedömning är att en stor del av tillgänglighetsproblematiken har sin upprinnelse i personalbrist. Det ger upphov till brist på vårdplatser och till otillräcklig operationskapacitet samt gör att annan infrastruktur inte kan användas optimalt. Personalomsättningen under senare år har även medverkat

till att många verksamheter nu bemannas av anställda med få yrkesår och begränsad erfarenhet. Det har enligt vår bedömning tagit lång tid innan hälso- och sjukvårdsorganisationen börjat acceptera dessa fakta. Men i dag kan vi se en omfattande provkarta med åtgärder för att ta tillvara personalresursen på ett effektivare sätt samt därtill kopplade organisatoriska innovationer och nya arbetsätt.

Patientinflödet uppges öka kraftigt. Detta drivs delvis på av samhällstrender, men beror även till stor del på förbättrade behandlingsmetoder som gör att allt fler och i allt högre åldrar kan erhålla vård. Denna utveckling drivs på av ny teknologi och ofta dyr sådan. Det ökade akuta inflödet av patienter tar stora resurser i anspråk både vad gäller infrastruktur och kompetens och minskar effektiviteten i de planerade aktiviteterna. Vi bedömer att regionstyrelsen har anledning att vidta åtgärder för en effektivare elektiv verksamhet.

11. Hur informeras patienter om gällande regelverk avseende vårdgaranti och valmöjligheten om vård hos annan vårdgivare för att på så sätt öka tillgängligheten?

Nuvarande regelverk om vilken information patienterna ska ha avseende vårdgaranti med mera är tydligt. Vår bedömning är att tillämpningen är relativt god inom den sjukhusbaserade vården, särskilt med koppling till gällande rutiner för samordning av patienter. Vilken tillämpningen är inom primärvård och psykiatri är mindre tydligt. Vi bedömer att primärvårdsnämnden, psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden har anledning att förtydliga vilka rutiner som ska gälla för information till patienterna. Samtliga nämnder och styrelser har anledning att stärka uppföljningen av att patientinformationen om vårdgaranti med mera sker enligt fastställda regler.

8.3 Bedömning av övergripande fråga

Granskningens övergripande fråga är om styrningen av tillgängligheten i Region Skåne är ändamålsenlig för att tillgodose befolkningens behov.

I gällande styrande dokument i Region Skåne har fokus på tillgängligheten till hälso- och sjukvården förstärkts. Signalerna om förbättrad tillgänglighet tas enligt vår bedömning på stort allvar och det konkreta arbetet har utvecklats på alla nivåer i organisationen.

Vår bedömning är samtidigt att styrningen på övergripande nivå i organisationen inte är systematisk. De analyser som ligger till grund för arbetet är otillräckliga och kan förklara att en hel del insatser sker ad hoc och att vissa mål som tillämpas inte uppfattas som fullt relevanta. Det saknas även koordination mellan de åtgärder och strategier som tillämpas. Därutöver har den centrala styrningen av produktionen inom hälso- och sjukvården varit svag. Det är vår bedömning att det är regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden som har brister i detta avseende. Övriga nämnder och styrelser har verkat för kort tid för att tydliga slutsatser och bedömningar ska kunna göras.

8.4 Förbättringsförslag

Följande förbättringsförslag har identifierats i samband med granskningen:

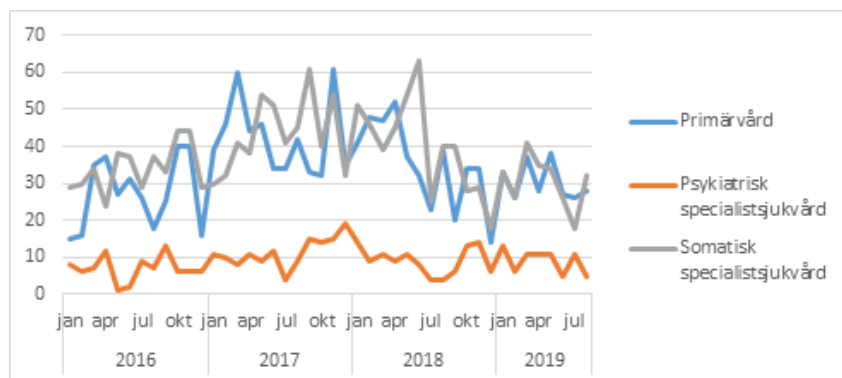
- Samtliga nämnder och styrelser på såväl central som lokal nivå bör säkerställa att det för ansvarsområdet finns relevanta strategier som grundas på en tydlig analys av nuläge och förutsättningar.
- Regionstyrelsen bör verka för att förtydliga nämndernas och styrelsernas roll, ansvar och styrinstrument i deras driftledningsfunktion, liksom formerna för hur styrelserna ska samverka när regional samordning behövs.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör ta fram en tydligare terminologi för standardiserade vårdförlopp inom kliniska områden vid sidan av cancervården. Även primärvårdens och eftervårdens och rehabiliteringens funktioner i de standardiserade vårdförloppen behöver förtydligas.
- Regionstyrelsen bör tillse att medverka i och styrningen av samverkan från den centrala nivån förstärks samt tillse att det finns tydliga beslutsmandat i förändringsprocesser som sträcker sig över förvaltnings- och sjukhusgränser.

- Samtliga berörda styrelser och nämnder bör i sin funktion som driftledningsnämnd se till att det sker ett ändamålsenligt arbete kring bokning av patienter till besök och åtgärder för att undvika av- och ombokningar och uteblivande från patienternas sida.
- Samtliga berörda nämnder och styrelser bör synliggöra och ställa krav på ett strukturerat arbete kring spridande av lärdomar inom verksamheterna.
- Regionstyrelsen bör vidta åtgärder för att den elektiva verksamheten ska effektiviseras och det inte skapas undanträngningseffekter för särskilda patientgrupper.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör tillförsäkra att målen för tillgänglighet inte kommer i konflikt med kravet på jämlik vård samt att satsningar för att minska köer och förbättra tillgängligheten blir mer långsiktiga.
- Primärvårdsnämnden, psykiatri-, rehabilitering- och hjälpmedelsnämnden bör förtydliga vilka rutiner som ska gälla för information till patienterna om vårdgaranti med mera. Samtliga nämnder och styrelser har anledning att stärka uppföljningen av att patientinformationen utförs enligt fastställda regler.

Bilaga 1 Tillgänglighet – synpunkter till patientnämnden

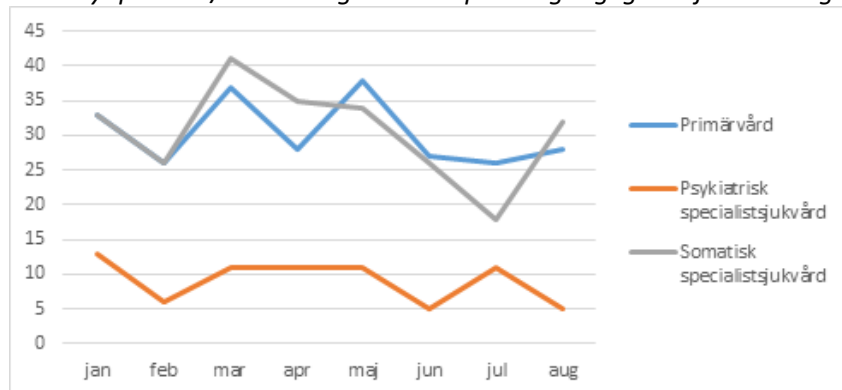
Patientnämnden registrerar inkomna synpunkter rörande "Tillgänglighet"^{49,50}. Statistik från 2016 till augusti 2019 illustreras i nedanstående diagram.

Antal synpunkter registrerade på "Tillgänglighet" sedan 2016

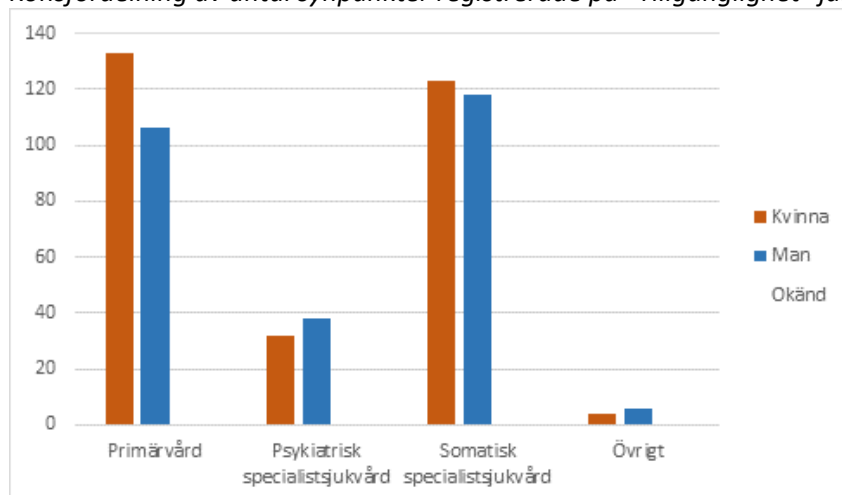


Kommentar: Under 2017 hade patientnämnden generellt en 25 procentig ökning avseende inkomna synpunkter.

Antal synpunkter/månad registrerade på "Tillgänglighet" januari-augusti 2019



Könsfördelning av antal synpunkter registrerade på "Tillgänglighet" januari-augusti 2019



⁴⁹ Nedanstående statistik har sammanställts av patientnämnden.

⁵⁰ Registreringen sker enligt kategorisering i Nationell handbok för Patientnämndernas förvaltningar/kanslier

Bilaga 2 Genomgång av möteshandlingar från nämnder och styrelser

Regionstyrelsen

- 2019-02-07: Behandling av slutrapport från Beredningen för framtidens sjukvård. Rapporten lades till handlingarna. I rapporten skriver beredningen att (citatt): "Tillgänglighet är den fråga som flest patienter anser vara viktigast".
- 2019-06-04: Regionstyrelsen beslutar föreslå regionfullmäktige "Budget 2020 och verksamhetsplan för åren 2021 till 2022". Budgeten omfattar flera skrivningar och uppdrag rörande tillgänglig hälso- och sjukvård. Bland annat tillförs ytterligare medel till den incitamentsmodell som tillämpas under 2019.

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN)

- 2019-02-14: Region Skånes hälso- och sjukvårdsuppdrag för 2019 med uppdrag till hälso- och sjukvård i egen regi fastställs av HSN.
- 2019-02-14: Incitamentsmodell för Region Skånes körsatsning 2019 med mera beslutas av HSN. Bland annat avsätts 134,5 miljoner kronor att fördelas för incitamentsmodell.
- 2019-02-14: HSN inrättar en parlamentarisk grupp med en representant från varje parti i nämnden som får i uppdrag att arbeta med framtagna plan för framtidens hälsosystem.
- 2019-05-09: Månadsuppföljning för januari – mars 2019. Uppföljningen omfattar "Vård i rimlig tid - väntande till besök och operation/åtgärd". Uppföljningen läggs till handlingarna.
- 2019-05-09: Beslut om Region Skånes hälso- och sjukvårdsuppdrag 2020 samt uppdrag till hälso- och sjukvård i egen regi och förslag till hälso- och sjukvårdsbudget
- 2019-06-27: Månadsuppföljning för januari – maj 2019. Uppföljningen omfattar "Vård i rimlig tid - väntande till besök och operation/åtgärd". Uppföljningen läggs till handlingarna.

Primärvårdsnämnden

- 2019-02-27: Nämnden fastställer verksamhetsplan och internbudget 2019 avseende primärvård i egen regi. Planen innehåller skrivningar om mål och strategier avseende bland annat tillgänglighet.
- 2019-04-26: Nämnden godkänner uppföljning och prognos för 2019 per mars månad för primärvårdsförvaltningen och lägger informationen till handlingarna. Uppföljningen omfattar resultat för telefontillgänglighet.
- 2019-04-26: Nämnden ger förvaltningschefen i uppdrag att redovisa bemanningen i Region Skånes egen primärvårdsverksamhet och i en handlingsplan föreslå åtgärder för att nå en stadig bemanning, inklusive åtgärder för att minska beroendet av hyrpersonal.
- 2019-06-19: Nämnden godkänner uppföljning och prognos för 2019 per maj månad för primärvårdsförvaltningen och lägger informationen till handlingarna. Uppföljningen omfattar resultat för telefontillgänglighet.
- 2019-06-19: Nämnden godkänner handlingsplan för säker kompetensförsörjning och minskat behov av bemanningsföretag/ hyrpersonal. Handlingsplanen innehåller bland annat satsningar på E-hälsa i primärvården med fokus på tillgänglighet, kvalitet och förbättrad arbetsmiljö.

Sjukhusstyrelse Helsingborg (SSHBG)

- 2019-02-27: SSHBG tar del av verksamhetsberättelse Skånevård Sund 2018. Information läggs till handlingen. Berättelsen innehåller information om tillgänglig vård.
- 2019-02-27: SSHBG fastställer verksamhetsplan och internbudget 2019 för Helsingborgs lasarett. Planen innehåller skrivningar om mål, strategier och åtgärder avseende bland annat tillgänglighet.
- 2019-03-28: SSHBG godkänner månadsuppföljningen för februari månad. Uppföljningen redovisar uppgifter om tillgänglighet till besök, operation/åtgärd samt till MR-undersökning. Sjukhuschefen får i uppdrag att redovisa ekonomiska effekter utifrån handlingsplaner bland annat avseende verksamhetsområdena specialiserad medicin, obstetrik och gynekologi samt akutsjukvård.
- 2019-03-28: SSHBG avger yttrande till HSN över yttrande på budgetplanering 2020. Yttrandet innehåller analyser avseende insatser för att uppnå en tillgänglig vård.

- 2019-05-03: SSHBG fastställer månadsuppföljning med prognos för januari – mars 2019 för Helsingborgs lasarett. Uppföljningen redovisar uppgifter om tillgänglighet till besök, operation/åtgärd samt ombokningar.
- 2019-05-03: SSHBG godkänner redovisad uppföljning av handlingsplaner från BRAVO-listan för verksamhetsområdena specialiserad medicin, obstetrik och gynekologi samt akutmedicin. Redovisningarna innehåller bland annat beskrivning av åtgärder för ökad tillgänglighet.
- 2019-06-20: SSHBG fastställer månadsuppföljning med prognos för januari – maj 2019 för Helsingborgs lasarett. Uppföljningen redovisar uppgifter om tillgänglighet till besök, operation/åtgärd, ombokningar och disponibla vårdplatser.

Sjukhusstyrelse Hässleholm (SSHLM)

- 2019-02-28: SSHLM fastställer internbudget 2019 verksamhetsplan 2019 som avser Hässleholms sjukhus. Planen innehåller skrivningar om mål, strategier och åtgärder avseende bland annat tillgänglighet.
- 2019-02-28: SSHLM lägger verksamhetsberättelsen avseende Hässleholms sjukhus till handlingarna. Berättelsen innehåller information om tillgänglig vård.
- 2019-04-26: SSHLM godkänner uppföljning och prognos för 2019 per mars månad för Hässleholms sjukhus och lägger informationen till handlingarna. Uppföljningen redovisar uppgifter om tillgänglighet till besök, operation/åtgärd, ombokningar och disponibla vårdplatser.
- 2019-04-26: SSHLM avger yttrande till hälso- och sjukvårdsnämnden över yttrande på budgetplanering 2020. Yttrandet innehåller vissa beskrivningar avseende tillgänglig vård.
- 2019-06-19: SSHLM godkänner uppföljning och prognos för 2019 per maj månad för Hässleholms sjukhus och lägger informationen till handlingarna. Uppföljningen redovisar uppgifter om tillgänglighet till besök, operation/åtgärd, ombokningar och disponibla vårdplatser.

Sjukhusstyrelse Kristianstad (SSK)

- 2019-03-01: SSK fastställer internbudget och verksamhetsplan Centralsjukhuset Kristianstad. Planen innehåller mål- och strategibeskrivningar avseende tillgänglighet.
- 2019-03-01: SSK lägger verksamhetsberättelse 2018 till handlingarna. Berättelsen innehåller information om tillgänglig vård.
- 2019-04-26: SSK överlämnar upprättat förslag på yttrande över hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande över regionstyrelsens budgetplanering 2020. Yttrandet innehåller analyser avseende insatser för att uppnå en tillgänglig vård.
- 2019-04-26: SSK fastställer föreliggande månads uppföljning per mars månad med prognos för Centralsjukhuset i Kristianstad. Uppföljningen redovisar uppgifter om tillgänglighet till besök, operation/åtgärd, ombokningar och disponibla vårdplatser.
- 2019-06-26: SSK fastställer föreliggande månads uppföljning per maj månad med prognos för Centralsjukhuset i Kristianstad. SSK ger sjukhuschefen i uppdrag att fortsätta arbetet med att nå en ekonomi i balans för Centralsjukhuset i Kristianstad utan att påverka tillgängligheten och sjukhusets möjligheter att få ta del av incitamentsmodellens resurser.

Sjukhusstyrelse Landskrona (SSL)

- 2019-03-01: SSL lägger verksamhetsberättelse Skånevård Sund 2018 till handlingarna. Berättelsen innehåller information om tillgänglig vård.
- 2019-03-01: SSL fastställer reviderad verksamhetsplan och internbudget 2019 för Landskrona lasarett. Planen innehåller skrivningar om mål, strategier och åtgärder avseende bland annat tillgänglighet.
- 2019-04-25: SSL fastställer månadsuppföljning med prognos och analys per mars månad för Lasarettet Landskrona. Uppföljningen redovisar bland annat uppgifter om tillgänglighet till besök och operation/åtgärd.
- 2019-04-25: SSL uppdrar åt sjukhuschefen att vid styrelsens sammanträde i juni inkomma med en handlingsplan för en ekonomi i balans.
- 2019-04-25: SSL uppdrar åt sjukhuschefen att vid styrelsens sammanträde i juni inkomma med en handlingsplan för att minska sjukfrånvaron i enlighet med vad som beskrivs i verksamhetsplanen för 2019.

- 2019-04-25: SSL översänder yttrande på budgetplanering 2020 till HSN. Yttrandet innehåller analyser avseende insatser för att uppnå en tillgänglig vård.
- 2019-06-20: SSL fastställer månadsuppföljning med prognos och analys per maj månad för Lasarettet Landskrona. Uppföljningen redovisar bland annat uppgifter om tillgänglighet till besök och operation/åtgärd.
- 2019-06-20: SSL godkänner handlingsplan med åtgärder för en ekonomi i balans.
- 2019-06-20: SSL godkänner handlingsplan för minskad sjukfrånvaro.

Sjukhusstyrelse SUS (SSSUS)

- 2019-02-27: Sjukhuschefen informerar bland annat om vårdplatssituationen och tillgänglighet.
- 2019-02-27: SSSUS lägger verksamhetsberättelse SUS 2018 till handlingarna och översänder den till regionstyrelsen. Berättelsen innehåller information om tillgänglig vård.
- 2019-02-27: SSSUS fastställer verksamhetsplan och internbudget 2019 för Skånes universitetssjukvård med vissa tillägg som ska inarbetas i verksamhetsplanen; bland annat att arbeta aktivt för att minska antalet akuta inläggningar enligt hälso- och sjukvårdsavtalets intentioner, att intensivifiera arbetet med att utveckla den operativa verksamheten dels inom SUS men också i samverkan med regionens övriga sjukhus och se över möjlighet med till exempel gemensamma köer, att intensivifiera arbetet för friskare medarbetare med mål att minska snitt sjukfrånvaron med 1 dag under 2019
- 2019-04-12: Sjukhuschefen informerar bland annat om tillgänglighet.
- 2019-04-12: SSSUS fastställer månadsuppföljning per mars med prognos för Skånes universitetssjukhus. Uppföljningen redovisar bland annat uppgifter om tillgänglighet till besök och operation/åtgärd. SSSUS fastställer även åtgärdsplan för en ekonomi i balans.
- 2019-04-12: SSSUS överlämnar yttrande på HSN:s yttrande utifrån regionstyrelsens budgetplanering 2020 till hälso- och sjukvårdsnämnden. Yttrandet innehåller analyser avseende insatser för att uppnå en tillgänglig vård.
- 2019-06-25: SSSUS fastställer månadsuppföljning per maj med prognos för Skånes universitetssjukhus. Uppföljningen redovisar bland annat uppgifter om tillgänglighet till besök och operation/åtgärd.

Sjukhusstyrelse Trelleborg (SST)

- 2019-02-21: SST lägger informationen i relevanta delar av verksamhetsberättelsen 2018 till handlingarna och överlämnar rapporten till Regionstyrelsen. Berättelsen innehåller information om tillgänglig vård.
- 2019-02-21: SST fastställer verksamhetsplan och internbudget 2019. Planen innehåller beskrivning av övergripande tillgänglighetsmål.
- 2019-04-09: SST överlämnar förslag på yttrande över HSN:s yttrande över regionstyrelsens budgetplanering 2020. Yttrandet innehåller analyser avseende insatser för att uppnå en tillgänglig vård.
- 2019-05-07: SST fastställer månadsuppföljning med prognos och analys per mars. Uppföljningen redovisar bland annat uppgifter om tillgänglighet till besök och operation/åtgärd.

Sjukhusstyrelse Ystad (SSY)

- 2019-02-22: SSY lägger informationen i relevanta delar av verksamhetsberättelsen 2018 till handlingarna och överlämnar rapporten till Regionstyrelsen. Berättelsen innehåller information om tillgänglig vård.
- 2019-02-22: SSY fastställer verksamhetsplan och internbudget 2019. Planen innehåller beskrivning av övergripande tillgänglighetsmål och åtgärder.
- 2019-04-26: SSY överlämnar upprättat förslag på yttrande över HSN:s yttrande över regionstyrelsens budgetplanering 2020. Yttrandet innehåller vissa analyser avseende insatser för att uppnå en tillgänglig vård.
- 2019-04-26: SSY fastställer månadsuppföljning med prognos och analys per mars för Lasarettet i Ystad. Uppföljningen omfattar tillgänglighet till besök och ombokade patienter. SSY fastställer även åtgärdsplan för en ekonomi i balans och ger verksamheten i uppdrag att senast i oktober 2019 återkomma med förslag på strukturella åtgärder i syfte att långsiktigt säkerställa förbättrad effektivitet och ökad kvalitet.

Sjukhusstyrelse Ängelholm (SSÄ)

- 2019-02-25: SSÄ lägger verksamhetsberättelse Hälsostaden Ängelholm 2018 till handlingarna. Berättelsen innehåller information om tillgänglig vård.
- 2019-02-25: SSÄ fastställer verksamhetsplan och internbudget 2019 för Ängelholms sjukhus. Planen innehåller beskrivning av övergripande tillgänglighetsmål och åtgärder.
- 2019-04-26: SSÄ fastställer månadsuppföljning med prognos för januari – mars 2019 för Ängelholms sjukhus. Uppföljningen redovisar bland annat uppgifter om tillgänglighet till besök och operation/åtgärd.
- 2019-04-26: SSÄ överlämnar förslag på yttrande över HSN:s yttrande över regionstyrelsens budgetplanering 2020. Yttrandet innehåller analyser avseende insatser för att uppnå en tillgänglig vård.
- 2019-06-19: SSÄ fastställer månadsuppföljning med prognos för maj 2019. Uppföljningen redovisar bland annat uppgifter om tillgänglighet till besök och operation/åtgärd. SSÄ uppdrar även åt sjukhuschefen att arbeta med de åtgärder som presenteras i handlingsplanen 2019-06 samt fortsätta med arbetet att få budget i balans.

Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden (PHHN)

- 2019-02-15: PHHN lägger informationen om verksamhetsberättelser 2018 till handlingarna. Berättelserna innehåller information om tillgänglig vård.
- 2019-02-15: PHHN fastställer verksamhetsplan 2019. Planen innehåller övergripande beskrivning av tillgänglighetsmål och åtgärder.
- 2019-03-27: PHHN avger yttrande till HSN över yttrande på budgetplanering 2020. Yttrandet innehåller analyser avseende insatser för att uppnå en tillgänglig vård.
- 2019-06-26: PHHN fastställer månadsuppföljning med prognos för januari – maj 2019, inklusive bilagor och lägger rapporten med godkännande till handlingarna. Uppföljningen innehåller uppgifter om andel väntande som får vård inom 90 dagar.
- 2019-06-26: PHHN ställer sig bakom Handlingsplan för att minska väntetiderna för neuropsykiatrisk utredning för såväl barn, ungdomar som vuxna. PHHN får löpande information om utvecklingen av kösituationen inom Psykiatri Skåne.