

Landstinget i Värmland

Granskning av tillgänglighet



Building a better
working world

Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	4
2.1. Bakgrund.....	4
2.2. Syfte och revisionsfrågor	4
2.3. Avgränsning	5
2.4. Revisionskriterier.....	5
2.5. Metod.....	5
2.6. Begrepp	5
3. Tillgänglighet ur ett nationellt perspektiv.....	6
3.1. Vårdgarantin.....	6
3.2. Nationell utredning - förslag på åtgärder för effektivisering	7
3.3. Nationellt nätverk och väntetidsdatabas	7
3.4. Vårdlogistikens utveckling	7
4. Styrning och uppföljning av tillgänglighet inom landstinget	9
4.1. Landstingets organisation.....	9
4.2. Flerårsplan 2016-2018 och landstingsplan 2017	9
4.3. Statistik som underlag för måluppfyllelse.....	11
4.4. Vår bedömning.....	13
5. Tillgänglighet inom område öppenvård.....	15
5.1. Organisation område öppenvård	15
5.2. Primärvård	15
5.3. BUP	17
5.4. Vår bedömning.....	19
6. Tillgänglighet inom område slutenvård	20
6.1. Organisation område slutenvård.....	20
6.2. Specialistvård och operationsverksamhet	20
6.3. Akutmottagningarna	23
6.4. Vår bedömning.....	25
7. Tillgänglighet inom folktandvården	27
7.1. Organisation folktandvården.....	27
7.2. Uppföljning av folktandvården	27
7.3. Vår bedömning.....	27
8. Samlad bedömning	29
8.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna	29
8.2. Slutsats och rekommendationer	29
Bilaga 1: Revisionskriterier	32
Bilaga 2: Källförteckning	34

1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av revisorerna i Landstinget i Värmland genomfört en granskning av tillgängligheten. Syftet har varit att bedöma om landstingsstyrelsen (LS) har en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll över tillgängligheten till hälso- och sjukvården. I granskningen ingick även en uppföljning av rapporten "Tillgänglighet i vården" från 2010. Granskningen har avgränsats till att gälla de verksamheter i landstinget som bedriver hälso- och sjukvård och som omfattas av vårdgarantin och den förstärkta vårdgarantin samt de tillgänglighetsmål som anges i Landstingsplan 2017.

I landstingets flerårsplan 2016-2018 finns målet vård utan köer. LS följer regelbundet upp beslutade mål i månadsrapporter, delårsrapporter samt årsredovisning. Vi noterar att LS valt att enbart följa upp tillgängligheten utifrån huruvida vårdgarantin uppnås medan fullmäktiges mål är att vården ska vara köfri. Att en styrelse eller nämnd tolkar och bryter ned fullmäktiges mål är av stor betydelse för styrningen enligt SKL:s *"God revisionsred i kommunal verksamhet 2014"*. Vår bedömning är att LS inte har brutit ner och tolkat flerårsplanens mål vård utan köer i tillräcklig grad. LS använder vårdgarantin som ett verksamhetsmål vilket inte bedöms vara en tillräcklig målstyrning för en vård utan köer. Dessutom följs inte tillgängligheten för återbesök vilka utgör en väsentlig del av vården.

Granskningen visar att tillgänglighetsmålen inte uppfylls för BUP. Primärvården når inte tillgänglighetsmålen för varken första telefonkontakt eller besök inom sju dagar. Tillgängligheten varierar mellan vårdcentralerna. Tillgängligheten till operation uppvisar stora brister. Det saknas kunskap om det finns beslutade riktlinjer för vilka operationer som ska prioriteras vid kapacitetsbrist. Det råder inte full samsyn kring huruvida operationsverksamhetens uppdrag för Karlstad, Torsby och Arvika är tydliga. Tillgänglighetsmålen för akuten uppnås i stort mot bakgrund av att åtgärder har genomförts med god effekt på tillgängligheten. I granskningen har framkommit att det pågår åtgärder inom samtliga verksamheter för att öka tillgängligheten men att eventuella effekter av dessa ännu inte kan utläsas. I samtliga verksamheter framförs att bristen på medarbetare påverkar tillgängligheten.

Av granskningen framkommer också att delar av tillgänglighetsstatistiken inte är fullt kvalitets-säkrad. Det beror dels på att hanteringen av data är personberoende, dels på att rutiner för inmatning inte alltid följs eller inte är fullt kända av medarbetarna. Kontroll av statistik görs på förekommen anledning men det saknas systematisk kontroll. LS följer inte heller väntetiderna för återbesök. Dessa besök är en betydande del av verksamheten och innebär att bilden av tillgängligheten haltar betydligt.

Landstinget har under flera år haft svårt att uppfylla tillgänglighetsmålen. LS beslutar i vissa fall om uppdrag till landstingsdirektören. LS har även beslutat att utveckla indikatorer i uppföljningen av tillgänglighetsmålen. Däremot visar granskningen att det av LS protokoll inte framgår vilka åtgärder som planeras eller utförs och inte heller resultaten av vidtagna åtgärder. LS har inte heller i sin mätplan brutit ned vissa av landstingsplanens tillgänglighetsmål.

Vi bedömer utifrån ovanstående att LS har vissa brister i sin styrning av tillgängligheten. Styrelsen har, trots att tillgänglighetsmålen i huvudsak är kopplade till lagstiftningen, inte lyckats nå målen, inte beslutat om djupare analyser eller via protokoll eller annan dokumentation synliggjort vilka åtgärder som vidtas eller effekter av dessa. Vi bedömer att LS bör tillse att effekter av vidtagna åtgärder kan följas upp och att uppföljning av dessa görs. Vi noterar att den bedömning som gjordes vid revisionens granskning "Tillgänglighet i vården" från 2010 i stort därmed kvarstår.

Vi noterar att LF i augusti 2017 uppdragit till LS att ta fram en åtgärdsplan för att klara den nationella vårdgarantin och den förstärkta vårdgarantin inom barn- och ungdomspsykiatri. LS ska även konkretisera utvecklingsplanen. Det är i dagsläget för tidigt att analysera LS styrning och uppföljning utifrån uppdragen.

Den sammanfattande slutsatsen utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning är att LS inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa en god tillgänglighet till hälso- och sjukvården. I granskningen har vissa förbättringsområden framkommit och våra rekommendationer framgår nedan.

Vi rekommenderar LS att:

- ▶ Överväga att föreslå andra och skarpare tillgänglighetsmål än vårdgarantin. Tillse att uppföljningen täcker alla delar av vården, inte bara det som definieras av vårdgarantin. Styrelsen bör även kunna följa upp tillgängligheten till återbesök.
- ▶ Utreda om uppföljningen av tillgänglighetsmått bör kompletteras med andra mått i syfte att följa upp verksamheten ur ett helhetsperspektiv. Ett alltför ensidigt fokus på tillgänglighet kan medföra att exempelvis uppföljning av kvalitet inte prioriteras.
- ▶ Säkerställa att befintliga rutiner för *journalföring* implementeras så att dokumentationen utgör ett ändamålsenligt underlag för statistikuttag
- ▶ Tillse att det utvecklas *rutiner för systematisk kvalitetssäkring och kontroll* av statistiken så att möjligheterna att upptäcka och förebygga eventuella brister ökar
- ▶ Säkerställa att åtgärder som vidtas för att öka tillgängligheten följs upp och att uppföljningen synliggörs. Om uppföljningen visar på bristande måluppfyllelse bör LS aktivt styra mot ökad måluppfyllelse till exempel genom uppdrag, direktiv eller motsvarande.
- ▶ Följa den pågående översynen av operationsverksamheten i Arvika, enligt beslut i LS maj 2016

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Landstinget i Värmland (LiV) har i landstingsplanen formulerat mål avseende tillgänglighet i vården. I landstingsplanen för 2017 anges att *"Både nationellt och inom landstinget är tillgänglighet ett prioriterat område"*. Målformuleringen för år 2017 anger att tillgängligheten inom ramen för vårdgarantin samt den förstärkta vårdgarantin inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) ska förbättras, att patienters handläggningstid på länets akutmottagningar ska förkortas samt att den upplevda tillgängligheten ska förbättras.

Av de senaste årens delårsrapporter och årsredovisningar framgår att hälso- och sjukvården haft svårt att uppfylla landstingsplanernas tillgänglighetsmål och de delar av Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som avser vårdgarantin.

Landstingets revisorer genomförde 2010 granskningen "Tillgänglighet i vården" där det bl.a. framkom att uppföljning och återrapportering till landstingsstyrelsen rörande tillgänglighet borde förbättras.

Tillgänglighet till vården är som framgår av landstingsplan 2017 en prioriterad fråga för landstinget. För landstingets revisorer är det därför viktigt att kunna verifiera att landstingsstyrelsen har en systematik i sitt sätt att arbeta för att nå de av fullmäktige fastställda målen och kraven i lagstiftningen och att följa upp och utvärdera målen. En annan viktig aspekt i det sammanhanget är att tillgängligheten mäts och redovisas på ett ändamålsenligt och rättvisande sätt.

I "Revisionsplan 2017" ingår en granskning av tillgänglighet till landstingets vårdverksamhet. Mot bakgrund av ovanstående har revisionen inom LiV aktualiserat en granskning avseende tillgänglighet.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om LS har en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll över tillgängligheten till hälso- och sjukvården. I granskningen ingår även en uppföljning av rapporten "Tillgänglighet i vården" från 2010.

I granskningsuppdraget ingår att besvara följande revisionsfrågor:

- ▶ Har LS vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvården (exempelvis i form av beslut, direktiv och budgetåtgärder), är åtgärderna tillräckliga samt vilken uppföljning av åtgärdernas effekter sker?
- ▶ Sker bedömning av måluppfyllelse utifrån landstingsplanen på ett ändamålsenligt sätt? (Är de mått som används, den mätning som görs och den redovisning/rapportering av resultat/måluppfyllelse som sker ändamålsenliga?)
- ▶ Om granskningen påvisar brister, vilka åtgärder behöver vidtas?

2.3. Avgränsning

Granskningen avgränsas till att gälla de verksamheter i landstinget som bedriver hälso- och sjukvård vilken omfattas av vårdgarantin och den förstärkta vårdgarantin samt de tillgänglighetsmål som anges i Landstingsplan 2017.

2.4. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen som utgångspunkt för analys, slutsatser och bedömningar. I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Kommunallagens (1991:900) 6 kap. 7 § vilken reglerar styrelsers och nämnders uppdrag
- ▶ Landstingsplan samt flerårsplan 2017-2019 för Landstinget i Värmland
- ▶ Tillämpliga delar ur hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL)
- ▶ Reglemente för LS

Vi utvecklar revisionskriterierna i bilaga 1.

2.5. Metod

Granskningen har genomförts genom en kombination av flera metoder; granskning av dokument, enskilda intervjuer och gruppintervjuer. På verksamhetsnivå har intervjuer genomförts med representanter för BUP, primärvården, akutmottagningen samt operationsverksamheten. Intervjupersonerna har valts ut utifrån att de bedöms som centrala i relation till granskningens syfte och avgränsningar. En källförteckning framgår av bilaga. Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att faktagranska rapporten.

2.6. Begrepp

Rapporten innehåller dels ordet "kö" dels ordet "väntetider". Det som är mest intressant för patienten är väntetiden, inte köns storlek. Köns storlek kan däremot vara värdefull att ha en bild av för de som producerar och planerar vårdprocesserna.

3. Tillgänglighet ur ett nationellt perspektiv

I detta kapitel redogörs för vårdgarantin samt förutsättningar för god tillgänglighet ur ett nationellt perspektiv.

3.1. Vårdgarantin

Den nuvarande vårdgarantin lagstodgades genom HSL den 1 juli 2010. Vårdgarantin beskriver hur lång tid patienter som längst ska behöva vänta på att få komma på besök, behandling eller operation i primär- och specialistvård. Populärt brukar vårdgarantin beskrivas med sifferkombinationen 0, 7, 90, 90 (se nedanstående figur). Socialstyrelsen har i uppdrag att kontrollera att landstingen lever upp till den lagstodgade garantin.

Akut vård berörs inte av vårdgarantin utan ska vid behov ges så snart som möjligt. Det är alltid vårdens bedömning av det medicinska behovet av vård som ligger till grund för vilken vård patienten får och hur snabbt patienten får vård.

0: Kontakt med primärvård	7: Läkarbesök i primärvård	90: Besök i specialistvård	90: Behandling
<ul style="list-style-type: none"> • Samma dag som patienten söker hjälp ska denne få kontakt med primärvården. Kontakt kan ske via telefon eller besök. 	<ul style="list-style-type: none"> • Om vårdpersonalen bedömer att patienten behöver träffa en läkare ska patienten få tid inom högst sju dagar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vid remiss till den specialiserade vården ska patienten få tid för besök inom 90 dagar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Efter att vårdgivaren har beslutat om en viss behandling, till exempel operation, ska patienten få tid inom 90 dagar.

Sedan 2009 finns en nationell överenskommelse mellan regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) avseende stimulansmedel och en förstärkt vårdgaranti för barn och unga med psykisk ohälsa. Den innebär att ett första besök för bedömning inom BUP ska erbjudas inom 30 dagar och att behandling och fördjupad utredning inom BUP ska erbjudas inom 30 dagar.

Under perioden 2009-2015 fick de landsting som kunde leva upp till de uppstodda kraven i vårdgarantin dela på en miljard kronor per år. Satsningen benämndes som *kömiljarden* och var kopplad till en överenskommelse mellan regeringen och SKL. 2015 infördes *professionsmiljarden*, vilken innebär att en miljard kronor avsätts varje år för att öka kvaliteten i hälso- och sjukvården. Pengarna ska användas för att vårdens medarbetare i högre grad ska kunna ägna sig åt sin professionella specialitet, få mer patienttid och ägna mindre tid åt onödig administration. Bristen på vårdplatser och förekomsten av överbeläggningar ska också uppmärksammas.

3.2. Nationell utredning - förslag på åtgärder för effektivisering

Regeringen beslutade 2013 att tillsätta en nationell samordnare med uppdrag att analysera hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt (SOU 2016:2). Analysen skulle bland annat belysa de effektivitetsproblem och utvecklingsområden som fanns. Betänkandet med förslag på åtgärder för en mer effektiv vård överlämnades 13 januari 2016.

I utredningen påtalas bland annat hur organisation, arbetssätt och kultur påverkar effektiviteten. Det bedöms finnas stor effektiviseringspotential genom ändrade arbetssätt och ändrad arbetsorganisation. En av utredningens rekommendationer är att statens detaljstyrning behöver minska. Dagens lagstiftning binder upp vissa professioner till vissa arbetsuppgifter, vilket motverkar möjligheten till utveckling av rationella arbetssätt. Utredningen föreslår således att vårdgarantin görs professionsneutral, t.ex. genom att garantin att träffa läkare inom sju dagar inom primärvården ändras till en garanti att få medicinsk bedömning inom tre dagar.

LS har i sitt svar på remissen angivit att man huvudsakligen instämmer i utredningens slutsatser. Förslagen anses vara i linje med pågående förändringsarbete som bedrivs enligt utvecklingsplanen för framtidens hälso- och sjukvård.

3.3. Nationellt nätverk och väntetidsdatabas

SKL samordnar ett nationellt nätverk för att sprida metoder, goda exempel och erbjuda mötesplatser för att utbyta erfarenheter. SKL ansvarar även för nationella projekt som syftar till att stödja det lokala arbetet hos landsting, regioner och kommuner. Bland annat förvaltar SKL en nationell väntetidsdatabas, *Väntetider i vården*, med landstingens rapporterade väntetider inom primärvård och specialiserad vård. Databasen ger möjlighet till att följa upp vårdgarantin och utgör ett underlag för olika förbättringsarbeten inom vården.

Med stöd av SKL arbetar samtliga landsting och regioner för att bli oberoende från inhyrd personal inom hälso- och sjukvården senast den 1 januari 2019. Syftet är att skapa en stabil och varaktig bemanning med egna medarbetare. Bakgrunden är att skapa kontinuitet för patienterna och att landstingens egen personal anses viktig för att utveckla verksamheten.

3.4. Vårdlogistikens utveckling

En utgångspunkt i föreliggande granskning är den kunskap och erfarenhet kring köer och tillgänglighet som utvecklats inom svensk sjukvård under de senaste fem åren. Denna utveckling bygger i sin tur på internationella erfarenheter och kunskapsområdet vårdlogistik¹.

Kortfattat innebär dessa teorier och metoder att alla system och processer gynnas av korta ledtider och små variationer i flödet. Flaskhalsar som skapar flödesstopp, i detta fall köer med väntande patienter, genererar i sin tur betydande extraarbete vilket i sin tur minskar tiden för att bedriva produktionen. En grundregel för planeringen bör därför vara att det som ska utföras

¹ Det finns mycket litteratur inom området, exempelvis "Verksamhetsutveckling i världsklass". Modig m.fl. Adlibris 2016. SKL har även gett ut en skrift som heter "Vårdlogistik" där resonemangen beskrivs.

bör utföras utan dröjsmål. Om exempelvis vårdgivaren och patienten är överens om att ett operativt ingrepp ska göras är det bättre att det sker direkt än att det skjuts upp ett antal veckor. På så vis försvinner mycket administrativt arbete i form av kommunikation, risk för förändringar, inställelse av operation osv. Ibland kan det dock vara medicinskt motiverat att vänta två månader med en behandling och då är det ju ingen väntetid eller kö utan en planeringstid.

EY:s erfarenhet är att det i de allra flesta landsting finns någon eller några verksamheter som anammat detta sätt att planera och som blivit varse om vinsterna för både patienter och produktion. Inom många landsting pågår idag också utvecklingsarbete med att införa produktionsplaneringsmetoder. Ett syfte med dessa projekt är att tillämpa och sträva efter köfrihet som också är ett mål formulerat av landstingsfullmäktige i Värmland. LiV arbetar också med att utveckla verksamheten enligt Leanprinciper. Ovanstående resonemang är även en av huvudkomponenterna inom Lean².

² Lean är en metod för verksamhetsutveckling. I Liv:s utvecklingsplan finns följande beskrivning: "Lean ska bidra till att ständigt förbättra verksamheten genom att skapa flöden, göra rätt från början, synliggöra avvikelser för att öka kvaliteten för patienterna, skapa bättre arbetsmiljö för medarbetarna, få ett jämnare tempo med färre störningar, mindre stress, ökad kontroll över arbetet, samt få en känsla av sammanhang."

4. Styrning och uppföljning av tillgänglighet inom landstinget

I detta kapitel beskrivs hur LS styr och följer upp mål för tillgänglighet inom hälso- och sjukvården.

4.1. Landstingets organisation

I nedanstående bild visas de granskade verksamheterna i organisationen. Varje område leds av en områdeschef med underordnade verksamhetschefer. Områdesorganisationen implementerades i april 2016 och ersatte den tidigare divisionsorganisationen.

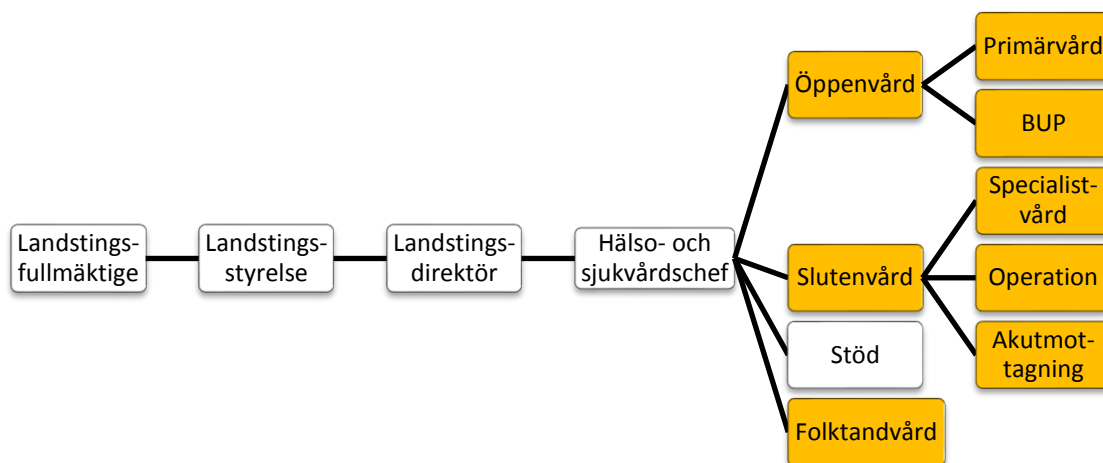


Bild: Organisationsskiss LiV

4.2. Flerårsplan 2016-2018 och landstingsplan 2017

I flerårsplan 2016-2018 finns kvalitetsmålet *vård utan köer*. I planen finns även mål som rör patienters nöjdhet, vårdskador och ekonomi. Landstingsfullmäktige fastställer också *uppföljningsplan* och en *mätplan* för uppföljning av målen. LS har tagit föreslagit förändring av uppföljningsplan och mätplan för 2017. Landstingsfullmäktige har beslutat i enlighet med förslagen³.

I *Landstingsplanen för 2017* återfinns följande inriktningar, kopplade till kvalitetsmålet "Vård utan köer":

- ▶ Tillgängligheten inom ramen för vårdgarantin ska förbättras
- ▶ Tillgängligheten inom ramen för den förstärkta vårdgarantin inom barn- och ungdomspsykiatri ska förbättras
- ▶ Patienters handläggningstid på länets akutmottagningar ska förkortas
- ▶ Tillgängligheten till folktandvården ska förbättras
- ▶ Användandet av digitala och elektroniska tjänster (E-hälsa) ska öka

³ Tre indikatorer har tillkommit: "andel första besök till psykiatri inom 90 dagar", "upplevd tillgänglighet till sjukhus" samt "upplevd tillgänglighet till vårdcentral". Indikatorn "läkarbedömning inom en timme" har flyttats från *Bäst Vårdkvalitet* till *Vård Utan Köer*. Dessutom har indikatorerna förändrats avseende bland annat *Andel läkarbesök på vårdcentral inom 7 dagar* och *Andel förstasbesök till barn- och ungdomspsykiatri inom 30 dagar*. Fullmäktige har beslutat om förändringar i mätplanen efter förslag från LS.

- Den upplevda tillgängligheten ska förbättras

I mätplanen för 2017 återfinns två indikatorer som är kopplade till den upplevda tillgängligheten. Utfallet mäts via Hälso- och sjukvårdsbarometern⁴ och uppföljning sker i årsredovisningen.

Mål i Landstingsplan 2017	Indikator	Utfall 2016	Mål 2017	Resultat enligt månadsrapport maj 2017
Den upplevda tillgängligheten förbättras	Andel patienter och/eller närstående som upplever god tillgänglighet till sjukhus	50 %	Utveckling över tid*	<i>Redovisas i årsredovisningen</i>
	Andel patienter och/eller närstående som upplever god tillgänglighet till vårdcentraler	63 %	Utveckling över tid*	<i>Redovisas i årsredovisningen</i>

* Formulering från mätplanen.

I landstingsplanen finns även ett antal utvecklingsuppdrag kopplade till tillgänglighet; att arbeta för digitalisering och elektroniska tjänster (E-hälsa), intensifiera produktions- och kapacitetsplaneringsarbetet för bästa resursutnyttjande samt fortsätta att utveckla en behovsstyrd öppenvård. Utifrån landstingsplanen ska områden och verksamheter utarbeta *verksamhetsplaner* och *handlingsplaner* på respektive nivå. Granskningen visar att LS inte har brutit ned målen kring tillgänglighet utöver vad som framgår i landstingsplanen.

I landstingets *plan för intern kontroll* för 2017 återfinns också *vård utan köer* som ett särskilt viktigt kontrollområde. Internkontrollen ska redovisas i samband med delårsrapporter⁵.

Landstingets verksamhet följs upp och analyseras tre gånger per år genom två delårsrapporter och en årsredovisning. Verksamheterna tar fram delårsrapporter utifrån sina egna mål. Rapporterna ligger till grund för den samlade delårsrapport med uppföljning av samtliga mål som delges LS. LS följer upp verksamheten månatligen genom en *månadsrapport*. I månadsrapporten redovisas resultat utifrån kvalitetsmålen, mål från mätplanen samt pågående arbete och aktiviteter kopplat till utvecklingsplanen (beskrivs närmare under 4.2.1). I protokoll från 29-30 maj 2017 kan utläsas att LS beslutat att uppdra till landstingsdirektör att vidta åtgärder för att nå de uppsatta målen samt att kommande delårsrapporter och årsrapporter ska åtföljas av sammanfattande slutsatser om utvecklingen och vid behov förslag till åtgärder. Vi noterar att LF den 29 augusti 2017 uppdragit till LS att ta fram en åtgärdsplan för att klara den nationella vårdgarantin och den förstärkta vårdgarantin inom BUP. LS fick även i uppdrag att konkretisera utvecklingsplanen med en plan för genomförande. Planen ska vara tidsatt med ekonomiska effekter och förutsättningar. Uppdragen ska följas upp och redovisas fortlöpande till LF.

⁴ Hälso- och sjukvårdsbarometern är en nationell undersökning som visar hur individer lokalt och i Sverige uppfattar hälso- och sjukvården. Resultaten publiceras på webbplatsen Vården i siffror.

⁵ Intern kontrollplanen fastställdes av LS i mars 2017. Enligt landstingets direktiv för uppsikt och intern kontroll ska riskanalyser genomföras för samtliga kontrollområden i samband med fastställande av verksamhetsplan.

I revisionens granskning "Tillgänglighet i vården" från 2010 bedömdes att en mer samlad uppföljning och redovisning av dåvarande kökortningsarbete tillsammans med samlad redovisning av vidtagna åtgärder skulle ge styrelsen ett bättre underlag. Underlaget skulle användas för att bedöma om insatta åtgärder är ändamålsenliga.

4.2.1. Utvecklingsplan och "Rätt väg in"

Landstingsfullmäktige antog 2015 en *utvecklingsplan* för hälso- och sjukvården i Värmland. Syftet med den långsiktiga utvecklingsplanen är att samla pågående utvecklingsarbeten, förbereda och säkerställa vård som ger förutsättningar för att nå landstingets effektmål. Planen är också en del av landstingets arbete för att nå uppsatta mål runt kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården.

I planen framhålls bland annat vikten av att utveckla fler e-Hälsotjänster för ökad tillgänglighet som leder till ökad trygghet och nöjdhet. Det kan exempelvis röra sig om tidsbokning, kontakt med vården eller att genom nya arbetssätt kunna följa en patients vården på distans. Vidare nämns i planen produktions- och kapacitetsplanering.

I utvecklingsplanen beskrivs förslag på ett antal *vårdnivåer*, numrerade 1-5, där varje vårdnivå erbjuder olika tjänsteinnehåll. Vårdnivåerna beskriver vilken vård som behöver finnas i ett geografiskt område. Vårdnivå 1 ska exempelvis finnas på många ställen i länet och erbjuda uppföljning av kroniska sjukdomar, vaccination, sårvård och viss receptförskrivning. Vårdnivå 5 innehåller länsresurser för specialiserad diagnostik och behandling, liksom förlossningsvård och akutberedskap. Nivåstrukturering medför enligt planen en medveten och planerad arbetsfördelning för de olika insatserna i vårdprocessen och mellan olika vårdenheter för att alla patienter ska få en god och jämlik vård och ökad tillgänglighet.

Förstudien "*Rätt väg in*" var ett utvecklingsarbete inom ramen för utvecklingsplanen. I förstudien genomfördes en översyn av kontaktvägarna till landstinget. Nuvarande organisering av kontaktvägar bedöms inte vara tillräckligt effektiv, varken utifrån patientens eller verksamhetens perspektiv. Rapporten presenterades för LS den 21 mars 2017 och lyfte ett antal förbättringsförslag. Den huvudsakliga rekommendationen var att landstinget bör definiera en tydlig vision/önskat läge, målbild och strategi för konceptet "*Rätt väg in*".

Utifrån rekommendationerna i "*Rätt väg in*" beslutade LS den 20 juni 2017 om ett antal uppdrag till landstingsdirektören rörande kontaktvägar till landstinget i Värmland. Vid en översiktlig protokollgranskning avseende 2017 kan vi inte se att LS har fattat några ytterligare beslut kring fördjupade uppdrag kopplade till tillgänglighet.

4.3. Statistik som underlag för måluppfyllelse

LiV hämtar statistik kring tillgänglighet dels ur journalsystemet, dels ur landstingets så kallade datalager. Underlaget används i bedömningen av huruvida vårdgarantier och tillgänglighetsmål har uppfyllts. Till stöd för uttagen finns hälso- och sjukvårdsanalytiker som arbetar på avdelning för planering och ekonomi.

I granskningen har framkommit exempel där tillgänglighetsstatistiken anses vara felaktig eller upplevs som osäker. Nedan beskrivs dessa exempel.

- ▶ I område slutenvårds årsrapport för 2016 kan utläsas att under hösten 2016 identifierades en så kallad "administrativ avvikelse" rörande statistiken för väntande till första besök till läkare inom *ortopedin*. Enligt rapporten har åtgärder vidtagits och uppgiften om antalet personer i kö kan påverkas. Enligt intervju med ledningsstrateg och hälso- och sjukvårdsanalytiker beror avvikelsen på bristande följsamhet av rutiner.
- ▶ Verksamhetschef för *BUP* uppger i intervju att redovisningen av ett mått (tillgänglighet för fördjupad utredning eller behandling) har redovisats på ett missvisande sätt⁶. LS uppges vara informerad och särredovisning sker från och med månadsrapport maj 2017.
- ▶ Verksamhetschef och verksamhetsutvecklare för *operationsverksamheten* framför i intervju att det finns osäkerheter kring kvalitén på datakällan som tillgänglighetsstatistiken hämtas från samt att analysen behöver utvecklas. Det pågår arbete med att säkerställa indata för att få rätt utdata. Statistik från operationsverksamheten gällande tillgänglighet, köer och produktion redovisas veckovis till operationsstyrelsen. Viss analys sker men leder enligt uppgift sällan till beslut om aktiviteter. Det finns önskemål om att statistik och uppföljning av tillgänglighet framöver kan utvecklas och analyseras i ett större sammanhang, exempelvis genom koppling till kvalitetsmått
- ▶ Statistik rörande tillgänglighet och väntetider på *akuten* uppges vid intervjuer inte vara helt tillförlitlig. Kvalitén på statistiken är beroende av vem som dokumenterar i journal-systemet. Det finns enligt uppgift rutiner för journalföring men det anses vara svårt att säkerställa att all personal på akuten tagit del av informationen. Vid intervjuer lyfts också att statistik rörande tillgänglighet inte alltid ger en rättvisande bild då vårdens kvalitet och effekt inte synliggörs. Som exempel ges att vissa patienter behöver längre vistelsetid än 4 timmar trots att de inte bedöms vara i behov av specialistsjukvård. Det kan exempelvis vara en magsjuk patient som behöver observeras en tid efter ett dropp. Patienten får därmed längre vistelsetid vilket påverkar utfallet av tillgängligheten.

Samtliga intervjuade framför att målen skulle behöva kompletteras med andra mått än tillgänglighet. Ett alltför ensidigt fokus på förbättring av tillgängligheten kan leda till problem inom andra områden.

Ledningsstrateg och hälso- och sjukvårdsanalytiker framför vid intervju att man känner till verksamheternas otrygghet med siffrorna. Verksamheterna får enligt uppgift inte samma stöd i sin uppföljning som LS. Statistiken finns att tillgå i rapporter och datalager men är svåråtkomlig för verksamhetscheferna.

⁶Utfallet har tidigare redovisats som ett sammanslaget snittvärde vilket har medfört missvisande statistik. Enligt verksamhetschefen är begreppet "fördjupad utredning" inte tydligt definierat från SKL vilket medfört att landstinget tolkat begreppet på olika sätt.

Vid intervju med LS presidium framkommer att styrelsen känner till de upplevda problemen med in- och utdata. Styrelsen resonerar att ett visst mått av avvikelser är oundvikligt och att analysen får utgå från tillgängliga data. Däremot menar LS presidium att det kan finnas behov av att utveckla tillgänglighetsmått i syfte att synliggöra även medicinska prioriteringar. Prioriteringarna kan påverka möjligheten att nå vårdgarantierna och målen.

Hälso- och sjukvårdscheferna framför i intervju att det finns behov av att utveckla tillgänglighetsmått samt att öka samarbetet mellan medarbetare som arbetar med in- respektive utdata. Det finns även behov av utse en funktion som har ett helhetsansvar för all generell indata. Vidare framkommer i intervjun att LiV hittills inte har analyserat risker kring statistiken ur ett generellt perspektiv. Enligt direktörerna kan det finnas behov av att genomföra sådan analys.

Stickprov i tillgänglighetsdata genomförs enligt intervju med hälso- och sjukvårdsanalytikern på förekommen anledning eller vid behov, uppskattningsvis två gånger per år. De visar oftast att statistiken stämmer. Däremot saknas rutiner för systematiska stickprov i syfte att uppmärksamma eventuella felregistreringar. Det uppges vara önskvärt att genomföra systematisk uppföljning av registreringar i syfte att kvalitetssäkra indata.

4.4. Vår bedömning

Granskningen visar att tillgänglighetsstatistiken inte är fullt kvalitetssäkrad. Det beror dels på att hanteringen av data är personberoende, att rutiner för inmatning inte alltid följs eller att rutinerna inte är fullt kända av medarbetarna. Kontroll av statistik görs på förekommen anledning men det saknas systematisk kontroll. Det råder samstämmig bild att tillgänglighetsmått behöver utvecklas och ingå i en större analys kopplat till exempelvis medicinska prioriteringar och kvalitet.

Vi bedömer utifrån ovanstående att LS inte fullt ut har säkerställt en ändamålsenlig styrning och uppföljning av hanteringen av tillgänglighetsstatistiken så att den utgör tillförlitligt underlag för bedömning av måluppfyllelse. LS har inte heller säkerställt att det genomförs systematisk kontroll och kvalitetssäkring av statistiken.

Granskningen visar även att LS inte har konkretiserat flerårsplanens mål "en vård utan köer" utöver en hänvisning till att verksamheten ska klara vårdgarantin, d.v.s. följa lagen. Omfattande erfarenheter visar att en mängd köproblematik kan uppstå och uppstår även om en verksamhet klarar vårdgarantins gränser. Om vinsterna av en köfri vård (för både producenten och patienten) ska kunna erhållas krävs betydligt kortare väntetider. Först då minskar administrationen av köer och väntetider vilket ett flertal olika verksamheter i Sverige visat. Vi menar även att det är en av andemeningarna i "Effektiv vård". En vård som precis klarar att ge väntetider inom vårdgarantins gränser är inte detsamma som en köfri vård.

Vi bedömer det som positivt att LS utifrån behov av att följa upp verksamheten ur ett helhetsperspektiv har föreslagit fler indikatorer i mätplanen 2017 samt beslutat om uppdrag till landstingsdirektören i syfte att utveckla kontaktvägarna till vården.

Landstinget har haft svårt att uppfylla tillgänglighetsmålen under flera år. Granskningen visar att LS löpande följer upp målen och i vissa fall beslutar om uppdrag till landstingsdirektören kopplat till uppföljningen. LS har även beslutat att utveckla indikatorer i uppföljningen av tillgänglighetsmålen. Däremot visar granskningen att LS varken synliggör vilka åtgärder som planeras eller utförs och inte heller resultaten av vidtagna åtgärder. LS har inte heller konkretiserat tillgänglighetsmålen. Vi bedömer att LS inte fullt ut har säkerställt en ändamålsenlig styrning för att nå en ökad måluppfyllelse.

5. Tillgänglighet inom område öppenvård

I detta kapitel redogörs för verksamhetsbeskrivning, mål, resultat och analys rörande primärvård samt BUP inom område öppenvård.

5.1. Organisation område öppenvård

Område öppenvård består bland annat av verksamhetsområdena primärvård, psykiatri, ungdomsmottagningar samt barn- och mödravårdscentraler. Allmänmedicin, psykiatri och HHR har nyligen sammanförts till ett gemensamt område. Vårdcentraler och öppenvårdspsykiatri har organiserats inom fem verksamhetsområden, s.k. nav.

5.2. Primärvård

Primärvården utgör genom vårdcentralerna basen i hälso- och sjukvården, tillsammans med primärvårdsrehabiliteringen. Inom landstinget finns ett 30-tal vårdcentraler varav 23 i egen regi. Vårdcentralerna är som regel öppna på dagtid medan primärvårdens jourcentraler är öppna på kvällar och helger⁷. Jourcentralerna vänder sig till patienter med akuta sjukdomstillstånd som inte behöver vård på sjukhus.

5.2.1. Handlingsplaner 2017

Inom område öppenvård har varje verksamhet tagit fram en egen handlingsplan, med aktiviteter kopplade till områdesplanen. För primärvården finns således handlingsplaner för respektive nav. Aktiviteter som anges inom ramen för målet "Vård utan köer" är bland annat:

- ▶ Utvecklingsarbete för förbättrad telefontillgänglighet
- ▶ Minska antalet inkommande samtal genom att sända hem brev till patienterna med exempelvis information om väntetider
- ▶ Arbetsväxling - rätt vårdnivå vid första besöket för att minska väntetider och avlasta läkarna
- ▶ Utveckla produktionsplanering och remissflöde för minskade väntetider
- ▶ Utveckla digitala och elektroniska tjänster, så som KBT-samtal

5.2.2. Uppföljning av primärvården

LS har i maj 2017 tagit del av delårsrapportering samt utfall av tillgänglighet per april 2017. Vid en översiktlig protokollgranskning framgår inte att LS under 2017 har beslutat om några uppdrag, direktiv eller åtgärder till följd av resultaten. I nedanstående tabell redovisas måluppfyllelsen till och med maj 2017 tillsammans med resultatet för 2016.

⁷ Jourcentraler finns på orterna Arvika, Kristinehamn, Säffle, Torsby och Karlstad

Mål i Landstingsplan 2017	Indikator	Utfall 2016	Mål 2017	Resultat enligt månadsrapport maj 2017
Tillgänglighet inom ramen för vårdgarantin ska förbättras	Andel besvarade telefonsamtal till vårdcentralen samma dag	80 %	85 %	76 %
	Andel läkarbesök på vårdcentral inom 7 dagar**	89 %	95 %	92 %
	<ul style="list-style-type: none"> • Läkare • Sjuksköterska • Fysioterapeut • Psykolog • Psykoterapeut • Kurator • Övriga vårdgivare 	75 %		73 %
		82 %		82 %
		51 %		43 %
		22 %		28 %
		0 %		48 %
		45 %		49 %
		78 %		72 %
	Andel som får kontakt med vårdcentral samma dag	Varken mätplan eller delårsrapport innehåller en redovisning av utfall i andel kopplat till indikatorn. Av mätplanen framgår istället att indikatorn ska redovisas genom en uppföljning av aktiviteter i delårsrapporten.		

** Förändrat mått i mätplanen för 2017 efter beslut i LF 2017-03-14

Uppföljningsrapporterna visar att primärvården inte uppfyller vårdgarantin eller målvärdet för telefontillgänglighet under första perioden 2017 eller för 2016. Primärvården uppfyller inte heller vårdgarantin eller målet för besök inom 7 dagar. Uppföljningen visar på stora variationer i måluppfyllelse mellan landstingets vårdcentraler. I delårsrapporten lyfts produktionsplanering som ett förbättringsområde. Det beskrivs att det pågår kontinuerligt arbete för förbättrad telefontillgänglighet. I rapporten anges att det finns behov av ett mer utvecklat telefonsystem med bland annat tidsstyrd återuppringning. Ett sådant system anses kunna frigöra tid både för verksamhet och patient, då dagens system medför att patienten måste vänta i telefonkö.

Verksamhetschefer lyfter vid gruppintervju att tillgängligheten framförallt påverkas av svårigheten att rekrytera såväl läkare, sjuksköterskor som psykologer. Det stora antalet hyrläkare medför sämre kontinuitet för patienter och för verksamheten utöver att hyrläkarna inte heller i samma utsträckning bidrar till utvecklingsarbete. I månadsrapport för maj framkommer att kostnaderna för inhyrda läkare ökar.

I intervjun med verksamhetschefer framförs även att det är problematiskt att enbart mäta tillgänglighet utifrån vårdgarantin. Verksamhetscheferna menar att de flesta patienter erbjuds besök enligt vårdgarantin men att det inte genomförs uppföljning av tid till efterföljande behandling eller till återbesök (vi noterar att det i månadsuppföljningen till LS rapporteras *antal* återbesök). Vissa vårdcentraler har genomfört satsningar på att öka telefontillgängligheten genom fler sjuksköterskor, andra har fokuserat på att "arbeta av" väntelistor till specialistmottagning. Det senare har medfört minskad tillgänglighet i telefon men ökad tillgänglighet avseende patientmöten.

Journalsystemet har en återbudshanteringsfunktion så att patienter kan erbjudas avbokade tider. Det är dock svårare att hantera uteblivna besök. Det saknas även signalsystem för att se den sammanlagda väntetiden för patienter som blir slussade mellan olika verksamheter.

LS presidium framför i intervju att vårdcentralernas variation i tillgänglighet är alltför stor. Presidiet menar att tillgängligheten inte enbart beror på vårdcentralernas olika förutsättningar utan även på behov av förändrad kultur och ledning. Det anses viktigt att följa tillgängligheten för respektive vårdcentral och inte enbart det sammantagna resultatet för primärvården.

I delårsrapport 1 anges flera olika åtgärder som genomförts för att förbättra tillgängligheten. Utveckling av digitala vårdmöten har genomförts som en pilot på en vårdcentral, fem digitala vådrum är under iordningställande på vårdcentraler med långa avstånd till sjukhus. Det förändrade måttet i mätplanen avseende läkarbesök inom 7 dagar förväntas medföra att man lättare kan svara upp mot målet.

I intervjuer och i rapporter framgår även att det sedan 2016 pågår ett övergripande förändringsarbete benämnt *bästa effektiva omhändertagandenivå (BEON)* för att skapa en behovsstyrd, jämlik och kostnadseffektiv vård. Det övergripande syftet med förändringsarbetet inom öppenvården är att öka den medicinska kvaliteten, skapa en bättre arbetsmiljö samt minska kostnaderna för hyrläkare. Arbetet ska också främja rätt väg genom vården för patienterna. Bakgrunden till förändringsarbetet är bristen på läkarresurser. Många patienter anses kunna få bättre vård om de träffar andra professionsgrupper än läkare. Det är även angeläget att lyfta fram andra yrkesprofessioner, inte minst för att säkra kompetensförsörjningen. Enligt delårsrapport 1 för öppenvården bedöms BEON kunna ge påtagliga effekter på kösituationen till vårdcentralerna. I rapporten framförs att ytterligare fokus sannolikt kommer behöva läggas på produktions- och kapacitetsplanering. I intervjuer med verksamhetschefer och områdeschef framkommer att det är för tidigt att utläsa eventuella effekter av åtgärderna för att öka tillgängligheten.

5.3. BUP

BUP:s verksamhet är placerad i Karlstad. Bland medarbetarna finns bland annat sjuksköterskor, läkare, psykologer, och kuratorer. Både allmän barnpsykiatrisk mottagning (APM) och de två neuropsykiatriska mottagningarna (NP) genomför utredning samt behandling och/eller habilitering⁸. Mottagningen *intensiva insatser* har akutverksamhet och har möjlighet att öppna slutenvårdsplatser vid behov.

Barn och unga blir remitterade till BUP från exempelvis skola, socialtjänst, egen vårdbegäran via vårdnadshavare och primärvården. Den allmänpsykiatriska öppenvården för vuxna ansvarar för *första linjens vård* för barn och unga, det vill säga den vårdnivå dit barn och unga med psykisk ohälsa i första hand ska vända sig. Första linjens vård finns i Karlstadsområdet⁹. En etablering av första linjen i övriga länet pågår.

⁸ Habilitering endast inom NP-mottagningarna.

⁹ Verksamhet "Första linjen unga" i Karlstadsområdet vänder sig till barn och unga i åldern 6-20 år med lindrig till måttlig psykisk ohälsa och/eller riskbruk boende i kommunerna Hammarö, Forshaga, Kil, Karlstad och Grums. Verksamheten "VISIT" i Hagfors är en öppen mottagning i samverkan mellan LiV och Hagfors kommun. Med första linjen avses BVC, vårdcentral, första linje mottagning, ungdomsmottagning. Verksamheten ska ansvara för grundläggande stöd och råd vid lindriga symtom/svårigheter hos barn och ungdomar.

5.3.1. Handlingsplan 2017

I BUP:s handlingsplan för 2017 finns följande aktiviteter avseende vård utan köer:

- ▶ Breddinförande av bedömningsenhet inklusive bedömningsverktyg (våren 2017)
- ▶ Uppföljning av vårdprogram och vårdplan (pågående)
- ▶ Utveckling av gruppbehandling och nätbaserad behandling (pågående)
- ▶ Förbättrad journaldokumentation för att följa vårdprocessen samt upprätta dokumentationsrutin (hösten 2017)

5.3.2. Uppföljning av BUP

LS har som tidigare nämnt tagit del av delårsrapportering samt tillgänglighet per april 2017. Vid en översiktlig protokollgranskning framgår inte att LS under 2017 har beslutat om några uppdrag, direktiv eller åtgärder till följd av resultaten. I nedanstående tabell redovisas måluppfyllelse till och med maj 2017 tillsammans med resultatet för 2016.

Mål i Landstingsplan 2017	Indikator	Utfall 2016	Mål 2017	Resultat enligt månadsrapport maj 2017
Tillgängligheten inom den förstärkta vårdgarantin inom barn- och ungdomspsykiatri ska förbättras	Andel förstabesök till barn- och ungdomspsykiatri inom 30 dagar	63 %	90 %	63 %
	Andelen första besök till första linjen inom 7 dagar**	Resultat saknas	Ej definierat	Resultat saknas
	Andel fördjupad utredning/behandling i barn- och ungdomspsykiatri inom 30 dagar	64 %	80 %	64 %
	Fördjupad utredning	57 %		27 %
	Behandling	71 %		79 %
	Aktiviteter för att förbättra tillgänglighet och kvalitet för barn och unga*	Varken mätplan eller delårsrapport innehåller en redovisning av utfall i andel kopplat till indikatorn. Av mätplanen framgår istället att indikatorn ska redovisas genom en uppföljning av aktiviteter. Det står dock inte angivet <i>hur</i> aktiviteterna ska följas upp.		

* Tillägg av aktivitetsuppföljning efter beslut i LF 2017-03-14

** Nytt mått i mätplanen för 2017 efter beslut i LF 2017-03-14

Enligt delårsrapport 1 uppfyller BUP inte vårdgarantin eller målet för första besök under första perioden 2017 eller för 2016. BUP uppfyller inte heller målet för behandlingsstart under första perioden 2017. I uppföljningen anges att orsakerna till den låga måluppfyllelsen är fortsatt brist på psykologer och barnpsykiater, utbildningsinsatser till medarbetare i bedömningsenheten, sjukfrånvaro och stort inflöde.

Områdeschef för öppenvård och verksamhetschef BUP framför att verksamheten har ett högt inflöde med periodvis 50 nya inskrivningar varje vecka. Verksamhetschef menar att en betydande andel av inflödet utgörs av patienter vars behov inte primärt behöver tillhöra BUP:s ansvarsområde och uppdrag. Dessa patienter borde i stället kunna tas emot inom första linjens vård. Tillgänglighet till första linjens vård anges vara central för att BUP ska klara sitt uppdrag för de barn och unga som kräver specialistpsykiatriens insatser. Verksamhetschefen framför att

BUP:s uppdrag inte är tydligt definierat från LS och att verksamheten har fått i uppdrag av områdeschef att definiera uppdraget på egen hand.

I intervjuer framgår att andelen gymnasieelever i Värmland som är inskrivna på BUP anses vara hög (14 %). Vidare framgår att i maj 2015 stod 860 barn i kö för neuropsykiatrisk utredning (NP-utredning). Ett nytt arbetssätt infördes under våren 2016 där upplevda behov utgör grunden för vilka insatser som ska erbjudas. Samtliga i kön kontaktades för att se över behov och önskemål. Av dessa önskade 17 procent gå vidare med utredning, övriga var nöjda med annat stöd från exempelvis skola och habilitering. Kön består nu av omkring 150 barn. Verksamheten menar att man på detta sätt möter de med störst behov snabbt även om måluppfyllelsen är låg. Vi noterar i sammanhanget att revisionen under 2016 genomförde en granskning av BUP. Även då framkom att den största delen av tillgänglighetsproblematiken ansågs bero på kön till NP-utredningar. Nuvarande granskning visar att BUP har infört ett arbetssätt där utredning och behandling sker parallellt i syfte att hantera kön.

I delårsrapport 1 anges aktiviteter som syftar till för att förbättra tillgängligheten. Bland annat redovisas införandet av en öppen telefonlinje för råd och service till inskrivna patienter, rutin för förnyad vårdbegäran för snabbare ingång för avslutade patienter samt införande av besökshjälpen.

5.4. Vår bedömning

LS har under 2017 månatligen och i delårsrapport följt upp tillgängligheten inom primärvård och BUP. Vid en översiktlig protokollgranskning framgår att LS under 2017 utifrån uppföljningen inte har fattat korrigerande beslut om uppdrag, direktiv eller motsvarande till primärvård eller BUP. LS har beslutat att utveckla mått i mätplanen avseende primärvård och BUP. Vi ser den utvecklade uppföljningen som positiv.

Uppföljningen visar att tillgänglighetsmålen inte uppfylls för *primärvården* för varken första telefonkontakt eller besök inom sju dagar. Tillgängligheten varierar mellan vårdcentralerna. I granskningen har framkommit att det pågår åtgärder för att öka tillgängligheten men att eventuella effekter av dessa ännu inte kan utläsas. Dessutom följer inte LS väntetiderna för återbesök vilket är en betydande del av verksamheten.

Granskningen visar att tillgänglighetsmålen för *BUP* inte uppnås. Implementering av första linsens vård pågår tillsammans med andra åtgärder men eventuella effekter av dessa kan inte utläsas. I granskningen har framkommit att hanteringen av ett tillgänglighetsmått inte har varit korrekt men att uppföljningen nu har korrigerats. Av granskningen framgår att BUP:s ansvar inte är tydligt definierat.

Vi bedömer att LS i stort följer upp arbetet med tillgänglighetsmålen på ett ändamålsenligt sätt. Vi noterar dock att verksamheterna under en längre tid redovisat en tillgänglighet som långt ifrån uppnår målsättningarna. LS har inte beslutat om uppdrag, direktiv eller motsvarande till primärvård eller BUP utifrån uppföljningen. Vi bedömer utifrån detta att LS inte fullt ut har säkerställt en ändamålsenlig styrning för att nå en ökad måluppfyllelse. Vi bedömer även att LS bör tillse att effekter av vidtagna åtgärder kan följas upp och att uppföljning av dessa görs.

6. Tillgänglighet inom område slutenvård

I detta kapitel redogörs för verksamhetsbeskrivning, mål, resultat och analys rörande specialistvård, operation samt akutverksamhet inom område slutenvård.

6.1. Organisation område slutenvård

Område slutenvård består av 28 olika verksamhetsområden¹⁰. Slutenvården erbjuder allmän och specialiserad vård inklusive kirurgisk och medicinsk behandling inom respektive specialitet. Område slutenvårds kliniska verksamhet bedrivs i huvudsak i anslutning till länets tre sjukhus. Till stöd för sjukvårdens kliniska processer (patientomhändertagande) finns verksamheter som erbjuder stöd för utredning genom provtagning och olika undersökningar.

6.2. Specialistvård och operationsverksamhet

Specialistvård erbjuds inom ett flertal olika verksamhetsområden såsom hud, infektion och medicin.

Operation ingår i verksamhetsområde Anestesi Operation Intensivvård (AnOpIVA) och bedriver intensivvårdsverksamhet, planerad och akut anestesi- och intensivvård på operationsavdelningarna vid centralsjukhuset Karlstad (CSK) och Arvika. Vidare omhändertas patienter med akut, onkologisk samt kronisk långvarig smärta på Smärtcentrum¹¹. Ett nytt operationshus invigdes i februari 2016 och de första operationerna genomfördes i april samma år. Operationsverksamhet bedrivs i Karlstad, Arvika och Torsby¹².

Vid intervju med verksamhetschef och verksamhetsutvecklare beskrivs att det upplevs otydligt vilken typ av operationsverksamhet som ska utföras på respektive sjukhus. Detta medför svårigheter med övergripande planering av bemanning och resurser. Både verksamhetschef och områdeschef framför att operationsverksamheten på Arvika sjukhus bedöms kunna nyttjas mer. I nuläget saknas där framförallt läkarkompetens.

LS presidium uppger i intervju att det nya operationshuset är en del av att tillgodose det ökade behovet av operationer. Det finns behov av ytterligare utveckling, exempelvis genom att säkerställa att "rätt" operationer görs på "rätt" sjukhus. LS ska enligt uppgift ta ställning till verksamheten i Arvika utifrån en pågående översyn. Enligt presidiet finns ingen bild av att kapaciteten i Arvika inte nyttjas fullt ut och att det inte är otydligt vilket uppdrag respektive sjukhus har. Styrelsen hänvisar till beslut den 31 maj 2016. I beslutet framgår att styrelsen ger landstingsdirektören ett antal uppdrag rörande verksamheten på Arvika sjukhus.

¹⁰ Området bildades av tidigare divisionerna Diagnostik, Medicin och Opererande specialiteter samt sjukhuset i Torsby

¹¹ Steriltekniska enheterna i Karlstad och Arvika ingår i verksamheten.

¹² Vid CSK utförs ex. operationer inom kirurgi, urologi, ortopedi, gynekologi, öron-näsa-hals, tand- och käkkirurgi. Sjukhuset Arvika utför operationer inom kirurgi, ortopedi, specialisttandvård och internmedicin. I Torsby utförs tithålskirurgi, allmänkirurgi, endoskopiska undersökningar, ortopedi samt fetmaoperationer. Källa: liv.se

I augusti 2016 ombildades det tidigare *operationsrådet* på CSK till en *operationsstyrelse*. Uppdragsgivare är områdeschefen för slutenvården¹³. Operationsstyrelsens uppdrag var till en början att arbeta på strategisk, taktisk och operativ nivå genom att exempelvis ansvara för produktions- och kapacitetsplanering. Styrelsen ansvarade bland annat för:

- ▶ Att ta fram, fastställa, följa upp och rapportera produktionsmåttal och tillgänglighet till behandling
- ▶ Att fördelning av salsresurs sker utifrån medicinskt behov, nationella riktlinjer, kösituation och tillgänglighet

Vid en översiktlig granskning av operationsstyrelsens minnesanteckningar framgår att styrelsen följt och beslutat övergripande kring de ansvarsområden som anges ovan. Styrelsen har bland annat beslutat om ett antal förbättringsuppdrag avseende bland annat optimerade operationsstarter och operationsplanering.

Från och med februari 2017 förändrades styrelsens uppdrag till att enbart omfatta *strategiska* frågor. I intervjuer framgår att operationsstyrelsens uppdrag inte anses vara fullt känt i verksamheten. Vi har heller inte kunnat se att LS har följt upp hur operationsstyrelsen verkar.

Landstingsdirektören uppdrog 2016 till hälso- och sjukvårdschefen att redovisa handlingsplan och åtgärder för att förbättra tillgängligheten till operation tills tydlig förbättring av tillgängligheten finns. Det påbörjade utvecklingsarbetet fortlöper enligt uppgift under 2017.

6.2.1. Verksamhetsplan 2017

I verksamhetsplanen för område slutenvård lyfts patientens tillgänglighet till vård som områdets viktigaste fråga. Alla områdets verksamheter ska uppfylla vårdgarantin. Verksamheten ska även öka tillgängligheten med målet att 90 % av patienterna på sikt ska erbjudas vård inom 60 dagar. Fokus ska ligga på produktionsplanering och uppföljning. Tillgängligheten till standardiserat vårdförlopp (SVF) ska säkerställas samtidigt som undanträngningseffekter ska bevakas och minimeras.

I verksamhetsplanen för AnOpIVA 2017 anges det är angeläget att öka tillgänglighet till operationer och intensivvård på CSK och i Arvika. Genom att öppna en ytterligare operationssal ska akutkapaciteten öka och risken för att ställa in operationer på grund av utrymmesbrist ska minska (den så kallade strykningensfrekvensen ska minska till 5 %). På CSK ska flödet förbättras och produktiviteten öka genom exempelvis fortsatt förbättringsarbete med material, operationsstart i utsatt tid, arbetstider och bemanning. För att säkerställa input i olika register ska registrering utföras av vårdutvecklare, IT-samordnare och systemsekreterare.

6.2.2. Uppföljning av specialistvård och operationsverksamheten

LS har tagit del av delårsrapportering samt tillgänglighetsstatistik per april 2017. I nedanstående tabell redovisas måluppfyllelse tillsammans med resultatet för 2016.

¹³ Uppdragstagare är verksamhetschef och representanter för verksamhetsområde AnOpIVA, kirurgi, ortopedi, kvinnosjukvård, käkkirurgi, sjukhustandvård, ÖronNäsaHals och ögon

Mål i Landstingsplan 2017	Indikator	Utfall 2016	Mål 2017	Resultat enligt månadsrapport maj 2017
Tillgänglighet inom ramen för vårdgarantin ska förbättras	Andel förstabetesök till specialiserad somatisk vård inom 90 dagar	85 %	95 %	83 %
	Andel operation eller åtgärd inom specialiserad somatisk vård inom 90 dagar	66 %	95 %	66 %
	Andel förstabetesök till specialiserad psykiatrisk vård inom 90 dagar	94 %	100 %	96 %

Inget av de två första målen för den specialiserade vården uppfylldes under 2016. Utfallet ser av månadsrapporten för maj 2017 inte ut att ha förbättrats. Enligt delårsrapport 1 för område slutenvård 2017 framgår att för andel förstabetesök uppfylls vårdgarantin inom ett flertal verksamhetsområden, främst inom medicinska specialiteter. Dock har de opererande verksamheterna större utmaningar, där bristen på specialister anges vara den vanligaste orsaken. Störst utmaning ses inom öron-näsa-hals (ÖNH) samt ortopedi, där utfallet ligger på 65 %. Högst tillgänglighet inom den specialiserade vården ser vi inom andelen första besök till specialiserad psykiatrisk vård (vilket är ett nytt måttal i mätplanen för 2017).

Uppföljningen visar att vårdgarantin avseende tid till operation/åtgärd inte uppfylls inom något verksamhetsområde. Det framgår att maligna patienter prioriteras och att de största utmaningarna finns inom urologi samt gynekologi. Högprioriterade patienter får vård i rätt tid och ledtider för cancer följer SVF. Enligt delårsrapport 1 har kön till operation minskat under första kvartalet med i snitt 35 patienter/vecka. 4234 patienter står i kö, vilket är en minskning med 609 patienter sedan 1 januari 2017. Öppnandet av ytterligare en operationssal anges vara en bidragande orsak till det mer gynnsamma flödet utöver ett minskat inflöde av planerade operationer. Brist på specialister anses vara en orsak till de långa väntetiderna.

Under intervju med verksamhetschef och verksamhetsutvecklare framkommer att tillgängligheten är otillräcklig. Till viss del beror det på kalkylerade effekter av flytten till nytt operationshus och implementering av nya arbetssätt. Personalbrist inom vissa kompetenser leder till att för få operationssalar är öppna. Vidare uppges frånvaron på grund av sjukdom, vård av barn och föräldraledighet vara hög. Av delårsrapport 1 framkommer att ÖNH under kvartal 1 byggt kö till mottagningen relaterat till sjukskrivningar samt föräldraledigheter. Sammantaget leder detta till hård belastning på personal i tjänst och att planerade operationer ställs in till förmån för akuta. Enligt verksamhetsutvecklare motsvarar andelen inställda operationer idag 12-14 %. Verksamhetschef och verksamhetsutvecklare framför att det saknas tydliga riktlinjer för vilken operation som ska ställas in till förmån för akutoperation. Operationsverksamheten har svårigheter att rekrytera inom ett flertal professioner.

Hälso- och sjukvårdscheferna uppger att hälso- och sjukvårdsledningen beslutat att godkänna tillfälliga insatser för prioriterade diagnoser, så kallad kökortning. Insatserna genomfördes genom frivilligt extraarbete under en kortare period inför sommaren 2017, och gav enligt uppgift önskad effekt.

Enligt områdeschef för slutenvård har verksamheterna efter omorganisationen fått bättre förutsättningar att arbeta mot ökad tillgänglighet genom mindre ”stuprörstänk”, mer samarbete och dialog. En viss kulturell gränsdragning lever dock kvar. För att förbättra produktionsplaneringen ska en ny funktion tillsättas som enbart ska arbeta med produktivitet genom att optimera flöden, bemanning och nyttjande av lokaler. Områdeschef uppger att verksamhetscheferna månatligen går igenom tillgänglighetsstatistiken gemensamt. Några effekter av pågående arbete kan ännu inte utläsas enligt områdeschef.

6.3. Akutmottagningarna

Akutmottagningar finns på sjukhusen i Karlstad, Arvika och Torsby. Mottagningarna drivs av respektive verksamhetschef. På akutmottagningarna tas patienter emot dygnet runt med akuta sjukdomar och skador. Centralsjukhusets akutmottagning har utöver sitt länsdelsuppdrag gentemot befolkningen i södra delen av länet även ett länsuppdrag med en högre specialiseringsgrad. Akutmottagningarna samarbetar i hög utsträckning med bland annat primärvården, ambulanssjukvård, kommunal vård och omsorg samt med sjukhusets specialistkliniker.

6.3.1. Verksamhetsplan 2017

I verksamhetsplanen framgår verksamhetsspecifika mål för 2017 med aktiviteter för att nå målen. För att nå målet rörande vistelsetid på den allmänmedicinska sektionen ska riktlinjerna för sortering till sektionen anpassas för att möta rätt vårdnivå för rätt patient.

Verksamheten har ett mål om att öka andelen patienter som triageras¹⁴ inom 30 minuter efter ankomst till akutmottagningen. Ett triageringsteam ska etableras i strävan att nå målet på 80 %. För att arbeta mot mer effektiva patientflöden lyfts aktiviteter så som förändrat och utvecklat arbetssätt på respektive klinik, samverkan med andra verksamhetsområden och ”Rätt väg in”.

¹⁴ Triage betyder sortera och triagering är en process för att sortera och prioritera patienter så att de mest allvarliga eller brådskande fallen ska behandlas först.

6.3.2. Uppföljning av akutverksamheten

I nedanstående tabell redovisas måluppfyllelsen till och med april 2017 tillsammans med resultatet för 2016.

Mål i Landstingsplan 2017	Indikator	Utfall 2016	Mål 2017	Resultat enligt månadsrapport maj 2017
Patienters handläggningstid på länets akutmottagningar ska förkortas	<i>Andel patienter med vistelsetid på högst fyra timmar på den allmänmedicinska sektionen**</i>		100 %	<i>Ej angivet</i>
	Andel patienter med en handläggningstid på högst fyra timmar på akutmottagningen	75 %	80 %	74 % Karlstad = 71,7* % Arvika = 82,6 %* Torsby = 76,1 %*
	Andel patienter som fått en läkarbedömning inom en timme på akutmottagningen	55 %	55 %	55 % Karlstad: 48,5 %* Arvika: 71,6 %* Torsby: 66 %*
	Andel patienter med triageringskategori röd och orange som fått läkarbedömning inom en timme på akutmottagning	74 %	Inget målvärde	76 %

* Fördelning enligt delårsrapport 1 slutenvård

** Mål enligt verksamhetsplan 2017

I delårsrapport 1 2017 anges att 74 % av patienterna i Värmland har en vistelsetid på mindre än fyra timmar på akutmottagningarna, vilket är något lägre än målet för 2017. Det är i hög grad de äldre patienterna som har längre vistelsetid. Dessa patienter har också större behov av slutenvårdsplatser. För att öka tillgängligheten på akutmottagningarna behövs kliniköverskridande samarbete samt utveckling av interna flöden.

I årsredovisning 2016 påtalas att inflödet till akuten ökat i jämförelse med förgående år. Vid intervjuer med verksamhetsföreträdare uppges det ökade inflödet ha en stor påverkan på tillgängligheten. Det medicinska behovet hos en stor andel patienterna kan hanteras inom primärvården. Att patienterna vänder sig till akutmottagningarna beror bland annat på en osäkerhet kring vilken vårdinstans som man bör vända sig till samt att tillgängligheten inom primärvården inte är tillräcklig. Vid intervjuer framförs även att det finns förändrade sökmönster hos befolkningen där den yngre generationen efterfrågar snabba insatser och den ökande andelen äldre har ett stort vårdbehov. Enligt verksamhetsföreträdare finns behov av utökat samarbete med primärvården samt insatser för att informera medborgarna om de olika vårdinstansernas uppdrag och målgrupper.

Sammantaget krävs fortsatt utveckling av förebyggande arbete tillsammans med andra aktörer i samhället, främst kommunerna. I patientsäkerhetsberättelse 2016 anges exempelvis att cirka 30 procent av akutinläggningarna av äldre på sjukhus är läkemedelsrelaterade. Mer än hälften av dessa kan enligt uppgift förebyggas.

Bristen på vårdplatser uppges i intervjuer och i årsredovisning vara en av de största flaskhalsarna för tillgängligheten på akuten. Orsaken till bristen på tillgängliga vårdplatser är exempelvis att det inte finns tillräckliga personalresurser för städning av rum eller att svar från laboratorium och röntgen dröjer vilket leder till fördröjd utskrivning.

Svårigheter med kompetensförsörjning och rekrytering beskrivs i intervjuer påverka tillgängligheten och flödet på akuten i stor omfattning. Akuten bemannas delvis av respektive klinik som ansvarar för akutens läkarresurser. Respektive specialitet avgör hur mycket läkarkapacitet de ska planera för akutmottagningen. Då det råder stor brist på läkare använder sig klinikerna i stor utsträckning av hyrläkare för att kunna bemanna utifrån bedömt behov. Akuten tar fram underlag för bedömningen av läkarbehovet. Underlaget visar dock enbart det totala behovet, inte för respektive specialitet.

För att hantera det ökade patientinflödet har en allmänmedicinsk sektion på CSK införts. Sektionen är bemannad med allmänläkare som ger vård till patienter utan behov av specialistvård. Införandet har avlastat akutmottagningen och ökat tillgängligheten för patienter med behov av specialistvård. Mottagningen bemannas idag av hyrläkare. En ytterligare åtgärd som syftar till att minska inflödet på akuten är införandet av en prehospital enhet inom ambulanssjukvården. Enheten består av en ambulans bemannad med sjuksköterska som på dagtid gör hembesök för bedömning av vård.

LS presidium framför vid intervju att de delar bilden av att akutmottagningens problem inte fullt ut kan lösas på akuten. För att stoppa inflödet behöver tillgängligheten öka inom primärvården samt utflödet till andra verksamheter. Presidiet uppger att man känner sig välinformerade om hur utvecklingsarbetet fortskrider. LS presidium uppger även att styrelsen har beslutat om vissa åtgärder utifrån uppföljningen av tillgänglighet. Som exempel ges införandet av den prehospitala enheten samt allmänmedicinsk kompetens på akuten¹⁵. LS presidium menar att den långsiktiga utvecklingsplanen fyller en viktig funktion generellt sett i utvecklingsarbetet för både slut- och öppenvård. Delar av presidiet diskuterar att det finns behov av tydligare och mer konkreta åtgärder som genomförs på kort sikt för att öka tillgängligheten. Presidiet i sin helhet lyfter behov av tydligare uppföljning av pågående åtgärder i syfte att kunna följa verksamheten.

6.4. Vår bedömning

LS har under 2017 månatligen och i delårsrapport följt upp tillgängligheten inom specialistvården, operationsverksamhet och på akutmottagningarna. En översiktlig protokollgranskning visar att LS utifrån uppföljningen inte har fattat några beslut om uppdrag, direktiv eller motsvarande för dessa verksamheter under 2017.

Granskningen visar att tillgängligheten till *specialistvården* inte uppfylls. Tillgängligheten till *operationer* uppvisar stora brister. Därtill har framkommit att verksamhetsföreträdare inte får del av uppföljningen till LS och att operationsstyrelsens uppdrag inte är fullt känt i verksamheten.

¹⁵ Vi har i granskningen efterfrågat men inte mottagit protokoll för dessa beslut.

Verksamhetsföreträdare uppger sig inte känna till om det finns beslutade riktlinjer för vilka operationer som ska prioriteras vid kapacitetsbrist. Inom samtliga verksamheter påverkas tillgängligheten av bemanningsbrist. Det råder inte full samsyn kring huruvida operationsverksamhetens uppdrag för Karlstad, Torsby och Arvika är tydligt. Det pågår för närvarande en översyn av operationsverksamheten.

Tillgänglighetsmålen för *akuten* uppnås i stort. Av granskningen framgår att bland annat bemanningsbrist påverkar tillgängligheten utöver ökat inflöde av patienter och brist på vårdplatser. I granskningen har framkommit att åtgärder har genomförts med god effekt på tillgängligheten, såsom exempelvis inrättandet av en allmänmedicinsk sektion.

Vi bedömer att LS följer upp arbetet med tillgänglighetsmålen på ett ändamålsenligt sätt. Specialistvården och operationsverksamheten har under längre tid redovisat att tillgänglighetsmålen inte nås. LS har inte beslutat om uppdrag, direktiv eller motsvarande till operationsverksamheten utifrån uppföljningen. Vi bedömer utifrån detta att LS inte fullt ut har säkerställt en ändamålsenlig styrning för att nå en ökad måluppfyllelse. Vi bedömer även att LS bör tillse att effekter av vidtagna åtgärder kan följas upp och att uppföljning av dessa görs.

7. Tillgänglighet inom folktandvården

I detta kapitel redogörs för verksamhetsbeskrivning, mål, resultat och analys rörande folktandvården.

7.1. Organisation folktandvården

Landstinget har ett planeringsansvar för all tandvård i länet och ett utföransvar för folktandvården. En del av tandvården är offentligt finansierad: barntandvård, specialisttandvård och tandvård för grupper med särskilda behov. Vuxentandvården finansieras huvudsakligen genom patientavgifter och det statliga tandvårdsstödet.

Enligt årsredovisning 2016 är tillgängligheten inom folktandvården låg. En generationsväxling pågår där erfarna tandläkare går i pension och ersätts av nyutexaminerade, något som påverkar tillgängligheten negativt. Ett stort arbete för att förbättra tillgängligheten startade under hösten 2016 då samtliga klinikchefer tog del av en föreläsning om att flytta fokus från produktions effektivitet till flödes effektivitet. Dessutom har nio tandläkare från Rumänien och Bulgarien rekryterats.

7.2. Uppföljning av folktandvården

I mätplanen 2017 finns inget mätal angivet för tillgängligheten. Måluppfyllelsen mäts via aktivitetsuppföljning i delårsrapporter.

Mål i Landstingsplan 2017	Indikator	Utfall 2016	Mål 2017	Resultat enligt månadsrapport maj 2017
Tillgänglighet till folktandvården ska förbättras	Beskrivning av verksamheternas insatser och förväntade resultat	Varken mätplan eller delårsrapport innehåller en redovisning av utfall i andel kopplat till indikatorn. Av mätplanen framgår istället att indikatorn ska redovisas genom en uppföljning av aktiviteter i årsrapporten.		

Av delårsrapport 1 2017 framkommer att tillgängligheten har förbättrats något på ett antal orter utanför Karlstad. Situationen är fortsatt ansträngd där inflödet av nya patienter är stort. Den stora satsningen på flödes effektivitet följs upp kontinuerligt och väntas ge effekt först under hösten. Till specialistklinikerna för tandreglering och käkkirurgi är tillgängligheten fortsatt låg. Svårigheter med rekrytering uppges ha en betydande påverkan på tillgängligheten. För att förbättra situationen inom tandregleringen har en upphandling av externa behandlare påbörjats under perioden.

Vid den översiktliga protokollgranskning kan inte utläsas att LS har beslutat om några särskilda åtgärder eller uppföljning kopplat till utfallet avseende tillgänglighet.

7.3. Vår bedömning

LS följer under 2017 tillgängligheten inom folktandvården genom delårsrapporter. Några mätal finns inte angivna i mätplanen. Uppföljning sker via verksamheternas beskrivning av insat-

ser och förväntade resultat. Av granskningen framkommer att tillgängligheten inom folktandvården brister. Enligt delårsrapport pågår aktiviteter i syfte att förbättra tillgängligheten och viss förbättring kan ses. Situationen anges vara fortfarande ansträngd mot bakgrund av personalbrist och rekryteringssvårigheter. Detta får negativa följder för tillgängligheten.

Vi bedömer att LS följer upp arbetet med tillgänglighetsmålet på ett ändamålsenligt sätt. Folktandvården har under längre tid haft bristande tillgänglighet, viss förbättring har dock skett under 2017. LS har inte beslutat om uppdrag, direktiv eller motsvarande till folktandvården utifrån uppföljningen. Vi bedömer utifrån detta att LS inte fullt ut har säkerställt en ändamålsenlig styrning för att nå en ökad måluppfyllelse. Vi bedömer även att LS bör tillse att effekter av vidtagna åtgärder kan följas upp och att uppföljning av dessa görs.

8. Samlad bedömning

I detta kapitel lämnas en samlad bedömning utifrån revisionsfrågorna och en slutsats kopplat till granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning. Avslutningsvis framgår våra rekommendationer.

8.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna

Revisionsfrågor	Svar
<p>Har landstingsstyrelsen vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvården (exempelvis i form av beslut, direktiv och budgetåtgärder), är åtgärderna tillräckliga samt vilken uppföljning av åtgärdernas effekter sker?</p>	<p>De i granskningen redovisade verksamheterna (med undantag för akutmottagningen) har under en längre tid redovisat betydande brister i tillgänglighet. Landstingsstyrelsen har via uppföljning haft en god bild över i vilken mån verksamheterna klarat vårdgarantins gränser för väntetider och i vissa fall beslutat om åtgärder. Verksamheterna arbetar med olika åtgärder för att öka tillgängligheten. Vilka åtgärder som vidtas och eventuella effekter av dessa kan inte utläsas av LS protokoll. Granskningen visar att LS under 2017 utifrån uppföljningen inte har fattat korrigerande beslut om uppdrag, direktiv eller motsvarande till primärvård, BUP, operationsverksamhet eller akutmottagning i syfte att öka tillgängligheten.</p> <p>LS har beslutat om och följer regelmässigt upp en utvecklingsplan där tillgänglighetsfrågor ingår.</p>
<p>Sker bedömning av måluppfyllelse utifrån landstingsplanen på ett ändamålsenligt sätt? (Är de mått som används, den mätning som görs och den redovisning/rapportering av resultat/måluppfyllelse som sker ändamålsenliga?)</p>	<p>Granskningen visar att tillgänglighetsstatistiken inte är fullt kvalitetssäkrad. Hanteringen av data uppges vara personberoende, rutiner för inmatning följs inte alltid eller är inte fullt kända av medarbetarna. I ett exempel framkommer att mått slagits samman på ett felaktigt sätt. Kontroll av statistik görs på förekommen anledning men det saknas systematisk kontroll och kvalitetssäkring av statistiken.</p> <p>LS har beslutat att utveckla indikatorer i mätplanen avseende primärvård och BUP.</p>

8.2. Slutsats och rekommendationer

Utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning är vår sammanfattande slutsats att LS inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa en god tillgänglighet till hälso- och sjukvården.

I SKL:s ”God revisionssed i kommunal verksamhet 2014” framgår att ”Revisorernas granskning fokuserar på de uppdrag som fullmäktige överlämnat till styrelsen eller nämnden och de mål som ställts upp av fullmäktige. Att styrelsen eller nämnden har tolkat och brutit ned dessa är av stor betydelse för styrningen”. Vi noterar att LS valt att enbart följa upp tillgängligheten utifrån huruvida vårdgarantin uppnås medan fullmäktiges mål är att vården ska vara köfri. Vi kan inte se att en köfri vård kan nås genom att använda en försäkring för patienten (som ju vårdgarantin är) som ett verksamhetsmål. Vi gör därför bedömningen att styrelsen inte i tillräcklig grad brutit ner fullmäktiges mål. Detta gäller främst tillgänglighetsmålen för specialistvården.

Det finns mycket som pekar på att verksamheter organiseras efter de väntetider som stipuleras i målsättningarna. Målet om 90 dagar för förstabesök och behandling inom sjukhusvården ger utrymme för betydande köhanteringskostnader för landstinget och onödig väntan för patienterna. I ett sådant styrsystem kan en patient som behöver diagnosåtgärder och behandling från flera specialiteter få vänta upp till ett och ett halvt år samtidigt som alla involverade enheter redovisar att tillgängligheten uppnås. LS följer inte heller väntetiderna för återbesök. Dessa besök är en betydande del av verksamheten och innebär att bilden av tillgängligheten haltar betydligt.

Erfarenheter från andra landsting och specifika enheter visar att arbetet med att minska administrationen för väntande patienter (kökostnader) elimineras först då verksamheten blir köfri. Detta problem gäller i första hand för sjukhusvården och i mindre grad för primärvården och BUP eftersom vårdgarantins gränser där är mer ambitiöst satta. Det valda sättet att målstyra tillgänglighetsarbetet överensstämmer inte heller med landstingets ambitioner att arbeta utifrån ett Leanbaserat synsätt. En av de centrala faktorerna inom Lean är att eliminera köer eftersom de genererar både onödig administration och kvalitetsbrister.

Granskningen visar att landstinget har haft svårt att uppfylla tillgänglighetsmålen under flera år. LS följer löpande upp målen och har i vissa fall beslutat om uppdrag till landstingsdirektören. LS har även beslutat att utveckla indikatorer i uppföljningen av tillgänglighetsmålen. Däremot visar granskningen att LS varken synliggör vilka åtgärder som planeras eller utförs och inte heller resultaten av vidtagna åtgärder. LS har som ovan nämnt inte heller konkretiserat tillgänglighetsmålen.

Mot bakgrund av ovanstående är vår bedömning att landstingsstyrelsen har vissa brister i sin styrning av tillgängligheten. Styrelsen har, trots att tillgänglighetsmålen enbart följer lagstiftningen, inte lyckats nå målen, inte beslutat om djupare analyser eller synliggjort vilka åtgärder som vidtas eller effekter av dessa. Vi bedömer att LS bör tillse att effekter av vidtagna åtgärder kan följas upp och att uppföljning av dessa görs. Vi noterar att den bedömning som gjordes vid revisionens granskning ”Tillgänglighet i vården” från 2010 i stort därmed kvarstår. Vi bedömer även att LS inte fullt ut har säkerställt en ändamålsenlig styrning och uppföljning av hanteringen av tillgänglighetsstatistiken så att den utgör tillförlitligt underlag för bedömning av måluppfyllelse. Det genomförs i dagsläget ingen systematisk kontroll och kvalitetssäkring av statistiken. LS har inte fullt ut säkerställt att rutiner för journalföring är kända i verksamhet-

erna vilket påverkar statistiken. Granskningen visar på brister avseende kännedom och följsamhet kring rutiner och styrdokument. Detta påverkar produktion och flöden vilket i sin tur påverkar tillgängligheten.

Vi noterar att LF i augusti 2017 uppdragit till LS att ta fram en åtgärdsplan för att klara den nationella vårdgarantin och den förstärkta vårdgarantin inom barn- och ungdomspsykiatri. LS ska även konkretisera utvecklingsplanen. Det är i dagsläget för tidigt att analysera LS styrning och uppföljning utifrån uppdragen.

Vi bedömer det som positivt att LS har identifierat att uppföljningen av tillgänglighetsmått bör kompletteras med andra mått i syfte att följa upp verksamheten ur ett helhetsperspektiv.

I granskningen har vissa förbättringsområden framkommit och våra rekommendationer framgår nedan. Vi rekommenderar LS att:

- ▶ Överväga andra och skarpare tillgänglighetsmål än vårdgarantin. Tillse att uppföljningen täcker alla delar av vården, inte bara det som definieras av vårdgarantin. Styrelsen bör även kunna följa upp tillgängligheten till återbesök.
- ▶ Utredda om uppföljningen av tillgänglighetsmått bör kompletteras med andra mått i syfte att följa upp verksamheten ur ett helhetsperspektiv. Ett alltför ensidigt fokus på tillgänglighet kan medföra att exempelvis uppföljning av kvalitet inte prioriteras.
- ▶ Säkerställa att befintliga rutiner för *journalföring* implementeras så att dokumentationen utgör ett ändamålsenligt underlag för statistikuttag
- ▶ Tillse att det utvecklas *rutiner för systematisk kvalitetssäkring och kontroll* av statistiken så att möjligheterna att upptäcka och förebygga eventuella brister ökar
- ▶ Säkerställa att åtgärder som vidtas för att öka tillgängligheten följs upp och att uppföljningen synliggörs. Om uppföljningen visar på bristande måluppfyllelse bör LS aktivt styra mot ökad måluppfyllelse till exempel genom uppdrag, direktiv eller motsvarande.
- ▶ Följa den pågående översynen av operationsverksamheten i Arvika, enligt beslut i LS maj 2016

12 september 2017

Maria Tengros
Verksamhetsrevisor
Ernst & Young AB

Maria Carlsrud Felander
Verksamhetsrevisor
Ernst & Young AB

Anders Hellqvist
Certifierad kommunal yrkesrevisor
Kvalitetssäkrare Ernst & Young AB

Bilaga 1: Revisionskriterier

Kommunallagen (1991:900)

I 6 kap. 7 § anges nämndernas ansvar för att var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnderna ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

I 2 § framgår att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

I 2 a § framgår att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär bland annat att den ska vara av god kvalitet, lätt tillgänglig samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

I 2 e § framgår att där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

3 § anger att varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. I 3 g-i §§ framgår att landstinget ska erbjuda dem som är bosatta inom landstinget vårdgaranti. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får;

1. kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti),
2. besöka läkare inom primärvården (besöksgaranti),
3. besöka den specialiserade vården (besöksgaranti), och
4. planerad vård (behandlingsgaranti).

Om landstinget inte uppfyller besöksgarantin eller behandlingsgarantin ska landstinget se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten. Vidare ska landstinget rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas.

I 31 § framgår att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

Flerårsplan 2016-2018 samt Landstingsplan 2016 för Landstinget i Värmland

Flerårsplanen är det övergripande dokumentet för all planering i landstinget. Den utgör landstingsplan för 2016 och anger inriktningen för de landstingsplaner som ska göras för åren 2017 och 2018. Flerårsplanen är fastställd av landstingsfullmäktige 6 juli 2015. I flerårsplanen finns följande mål:

- ▶ God folkhälsa, trygg befolkning och nöjda patienter.
- ▶ Mål för hälso- och sjukvården: Inga vårdskador, bästa vårdkvalitet, vård utan köer och respektfulla möten.
- ▶ Mål om attraktiv arbetsgivare, minskat miljöavtryck och ekonomi i balans.

Landstingsfullmäktige fastställer också en mätplan för uppföljning av målen.

Landstingsplan 2017 för Landstinget i Värmland

Landstingsplanen beskriver politiska prioriteringar för kommande ettårsperiod, mål, inriktning, uppdrag samt budget och investeringsplan. I Landstingsplanen för 2017 återfinns följande inriktningar, kopplade till kvalitetsmålet ”*Vård utan köer*”:

- ▶ Tillgängligheten inom ramen för vårdgarantin ska förbättras
- ▶ Tillgängligheten inom ramen för den förstärkta vårdgarantin inom barn- och ungdomspsykiatri ska förbättras
- ▶ Patienters handläggningstid på länets akutmottagningar ska förkortas
- ▶ Tillgängligheten till folktandvården ska förbättras
- ▶ Användandet av digitala och elektroniska tjänster (E-hälsa) ska öka
- ▶ Den upplevda tillgängligheten ska förbättras

Bilaga 2: Källförteckning

Intervjuade funktioner

- Gruppintervju hälso- och sjukvårdsdirektör samt biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör, 2017-06-15
- Områdeschef öppenvård, 2017-06-15
- Områdeschef slutenvård, 2017-06-15
- Verksamhetschef BUP, 2017-06-16
- Gruppintervju via Skype verksamhetschefer primärvård, 2017-06-16
- Gruppintervju verksamhetsutvecklare AnOplva och verksamhetschef AnOplva, 2017-06-16
- Gruppintervju via Skype LS presidium, 2017-06-21
- Gruppintervju via Skype ledningsstrateg slutenvård och hälso- och sjukvårdsanalytiker, på planerings- och uppföljningsenheten, 2017-06-28

Dokumentförteckning

- Effektiv vård - Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso-och sjukvården (SOU 2016:2)
- Flerårsplan 2016–2018, antagen landstingsfullmäktige 2015-07-06
- Landstingsplan 2017, antagen landstingsfullmäktige 2016-11-29--30
- Mätplan 2017, antagen landstingsfullmäktige 2017-03-14
- Utvecklingsplan för framtida hälso- och sjukvård Landstinget i Värmland
- Rätt väg in - förstudierapport daterad 2017-03-29
- Landstingets kontrollplan för intern kontroll under 2017
- Uppdragsbeskrivning operationsstyrelsen, daterad 2016-09-27
- Minnesanteckningar operationsstyrelsen 2016 och 2017
- Verksamhetsplan öppenvård 2017
- Handlingsplan BUP 2017
- Handlingsplaner primärvård 2017
- Verksamhetsplan slutenvård 2017
- Verksamhetsplan AnOplva 2017
- Verksamhetsplan akutverksamhet 2017
- Årsrapport 2016 område slutenvård
- Samlad månadsrapport per april 2017
- Samlad månadsrapport per maj 2017
- Delårsrapport 1 2017 område slutenvård
- Delårsrapport 1 2017 område öppenvård
- Delårsrapport 1 2017
- Periodrapport 1 170508 VO BUP
- Protokoll landstingsfullmäktige 2016 och 2017
- Protokoll landstingsstyrelsen 2016 och 2017