Dnr Rev 21-2009

Kapacitetsstyrning och vårdlogistik vid vårdcentraler i Västra Götalandsregionen

Anders Hellqvist
Sofi Larsson
David Augustsson
Vilhelm Rundquist

ERNST & YOUNG

1.1.1. Innehållsförteckning

1.1.1. Innehållsförteckning 1

Sammanfattning 2

1.2. Rekommendationer 2

Inledning 4

1.3. Bakgrund 4

1.4. Syfte 4

1.5. Avgränsning 4

1.6. Metod 4

2. Modern vårdlogistik – en utgångspunkt för analys 5

3. Primärvårdens organisatoriska förutsättningar i Västra Götalandsregionen 8

3.1. Vårdcentralernas resurssituation 8

3.2. Call-backsystem för telefonsamtal (TeleQ) 10

4. Vårdlogistik och verksamhetsstyrning vid 16 vårdcentraler 12

4.1. Matchning av kapacitet och efterfrågan 12

4.2. Metodanvändning 14

4.3. Lednings- och Utvecklingsstatus 17

5. Primärvårdens utvecklingsarbete och vårdcentralernas stöd 20

6. Slutsatser och rekommendationer 21

6.1. Rekommendationer 22

Sammanfattning

Revisionen önskar närmare undersöka ändamålsenligheten i regionens arbete med att efterleva ambitionen om köfrihet. I linje med detta kommer två väsentliga komponenter i tillgänglighetsarbetet att granskas - kapacitetsstyrning och vårdlogistik.

Syftet är att granska i vilken utsträckning kapacitetsstyrning och modern vårdlogistik utnyttjas eller övervägs för att skapa effektivitet och tillgänglighet inom primärvården i Västra Götalandsregionen..

Granskningen är genomförd vid 8 vårdcentraler inom Göteborgs primärvård samt vid 6 vårdcentraler inom FyrBoDals primärvård. Vårdcentralerna har besökts och ledning samt representanter för övrig personal har intervjuats kring hur vårdcentralerna arbetar med frågor som produktionsplanering, vårdlogistik och kapacitetsutnyttjande. Därefter har resultatet analyserats utifrån de principer som kännetecknar modern vårdlogistik i Sverige.

Resultat

Endast en vårdcentral av 14 bedömdes ha en tämligen utvecklad kapacitetsstyrning och användning av moderna logistiska principer. Övriga vårdcentraler fick i samma bedömning "i någon grad" eller "obefintligt". I den tredje bedömningsvariabeln "Lednings- och utvecklingskultur", fick majoriteten av vårdcentralerna i FyrBoDals primärvård bedömningen "tämligen utvecklad". I Göteborgs primärvård fanns det större variationer från "exemplarisk" till "obefintlig".

Bedömningen bygger inte på en jämförelse med övriga landet utan är en bedömning av hur väl vårdcentralerna planerar sin kapacitet visavi de principer som på olika sätt är etablerade som ideala och framgångsrika sätt att planera en verksamhet som en vårdcentral. Utifrån den erfarenhet Ernst & Young har av svensk primärvård ligger Västra Götalandsregionens primärvård varken sämre eller bättre till än andra landsting.

Från den utgångspunkten har primärvården i Västra Götalandsregionen stora möjligheter till förbättring avseende kapacitetsstyrning.

1.2. Rekommendationer

Införandet av VG primärvård kommer att göra de problem som granskningen visat i samband med beställarstyrningen inaktuell. Primärvården har dock allt att vinna på att utveckla kapacitetsstyrningen och vårdlogistiken för att på så sätt vara en god leverantör av primärvård till medborgarna i det nya systemet med vårdval.

Följande rekommendationer ges utifrån granskningens resultat:

- Fortsätt och intensifiera arbetet med att stärka vårdcentralernas förmåga att planera och styra kapaciteten mot efterfrågan, bl.a. genom att i ledningen på olika nivåer öka kunskapen om moderna logistiska principer.
- Organisationens förmåga att dra nytta av goda erfarenheter på enstaka ställen/vårdcentraler bör stärkas. Primärvårdsledningarna kan ta ett tydligare initiativ för att säkerställa en god kapacitetsstyrning. Idag är det i för stor utsträckning upp till den en-

skilda vårdcentralen. Chefer vid vårdcentraler har ett mycket brett arbetsfält och bör i större utsträckning stöttas av den centrala ledningen.

- De fem olika primärvårdsförvaltningarna i regionen bör i större utsträckning tillhandahålla specifik central kompetens inom vårdlogistik och angränsande områden för att kartlägga, analysera och implementera nya arbetssätt som fungerar efter de lokala förutsättningarna. Detta sker alltför sporadiskt idag.
- Vårdcentralerna rekommenderas att i större utsträckning skapa en bättre bild av förhållandet mellan efterfrågan och kapacitet samt att bryta ner eventuell tillgänglighetsbrist i termer av kapacitetsbehov.
- Primärvårdsledningarna rekommenderas att utforma nyckeltal och andra uppföljningsparametrar i enlighet med modern kapacitetsstyrning och vårdlogistik.

Inledning

1.3. Bakgrund

Ett av sjukvårdens uppdrag utöver att leverera kvalitativt god och patientsäker vård är att erbjuda tillgänglig vård. Västra Götalandsregionen har som ett långsiktigt strategiskt mål att sjukvården ska vara lättillgänglig och köfri. Tillgängligheten är beroende flera olika faktorer. Vilka medicinska val görs? Finns det standards (vårdprogram/standardvårdplaner) och i så fall vilka avseende antal besök eller behandlingar per diagnos? Hur mycket resurser finns tillgängliga? Hur planeras kapaciteten visavi aktuellt behov/efterfrågan? Hur är vårdlogistiken både inom och mellan enheter designad? Det är några av de viktigaste faktorerna som påverkar tillgängligheten.

Revisionen önskar närmare undersöka ändamålsenligheten i regionens arbete med att efterleva ambitionen om köfrihet. I linje med detta kommer två väsentliga komponenter i tillgänglighetsarbetet att granskas - kapacitetsstyrning och vårdlogistik.

1.4. Syfte

Syftet är att granska i vilken utsträckning kapacitetsstyrning och modern vårdlogistik utnyttjas eller övervägs för att skapa effektivitet och tillgänglighet inom primärvården i Västra Götalandsregionen..

I den mån granskningen resulterar i uppslag till förbättring skall rekommendationer ges i rapporten.

1.5. Avgränsning

Granskningen är genomförd vid 8 vårdcentraler inom Göteborgs primärvård samt vid 6 vårdcentraler inom FyrBoDals primärvård.

1.6. Metod

Med vårdlogistik och vårdnära administration avses de administrativa processer och logistiska metoder som finns i patientnära sammanhang. En effektiv vårdlogistik kan skapa patientsäkerhet, frigöra tid för vårdpersonal samt påverka tillgängligheten.

Granskningen beskriver i vilken utsträckning de granskade vårdcentralerna arbetar utifrån modern vårdlogistik vilket beskrivs i kapitel 3 och utmynnar i ett antal logistiska principer vilka bildar utgångspunkt för analysen. Principerna är: matchning, köeliminering, ledtider, standardisering, flexibilitet och tidbokning.

Vi har besökt 14 vårdcentraler för att kartlägga de existerande arbetssätten och verksamhetsstyrningen. Vid besöken har intervjuer gjorts med chefer och relevanta nyckelpersoner i de studerade processerna.

Dessutom har intervjuer genomförts med de båda primärvårdsdirektörerna samt med ekonomichefen i Göteborgs primärvård.

2. Modern vårdlogistik – en utgångspunkt för analys

Sjukvårdens höga utvecklingstakt vad gäller behandlingsmetoder, vårdformer och läkemedel är väl känd. Fram till 1990-talets början var utvecklingsarbetet till allra största del fokuserat på det medicinska innehållet. Under 1990-talet formades en annan utvecklingsinriktning som kom att ha sitt fokus på patientflöden och processer där olika aktiviteter knyts samman, samordnas och koordineras. Några av skälen till denna utveckling mot vårdlogistik är den ökade specialiseringen som gjort sjukvården mer komplex men även den ökande problematiken beträffande tillgängligheten har haft betydelse. Bland annat är samspelet mellan sjukhusvård och primärvård en viktig aspekt.

I relation till andra verksamheter i samhället är emellertid sjukvårdens betoning på utveckling av processer och logistik fortfarande ganska svag . Fokus för utveckling är alltjämt produktionen (i detta fall behandlingsmetoder).

Behovet av ett effektivt resursutnyttjande har sedan 90-talets början varit en stor fråga för sjukvården vilket gjort att man sökt verktyg för att effektivisera verksamhetens processer. En mängd olika modeller med det gemensamma syftet att komplettera den funktionsbaserade sjukvårdsorganisationen med en processinriktning tillämpades under 90-talet ofta med stark koppling till begreppet kvalitet. TQM (Total Quality Management), QUL (Kvalitet, utveckling, ledarskap) samt "Kvalitet till er tjänst" är några modeller som blivit väl kända men inte alltid tillämpade. Beskrivning och förbättringar av olika processer var en kärna och många arbetsgrupper har ritat processkartor med Post-It-lappar under åren.

Under senare delen av 90-talet växte två andra koncept fram inom svensk hälso- och sjukvård. "Genombrottsmetoden" var en av dåvarande Landstingsförbundet rekommenderad metod för utveckling och nu blev fokus på tillgänglighetsskapande åtgärder ännu tydligare. I samma period etablerades begreppet "Bra mottagning" vilket i många delar var en konceptualisering av genombrottsmetodiken just på mottagningsverksamhet, d.v.s. sjukhusmottagningar och vårdcentraler. Några av ledstjärnorna i dessa modeller var och är:

- Utgå från patientens behov
- Bygg på personalens kunskap om det vardagliga arbetet
- Gör dagens arbete idag – inte sedan
- Mät, beskriv, analysera och testa i liten skala
- Anpassa kapaciteten efter behovet
- Ta bort aktiviteter som inte tillför kunden/patienten något värde

I den retorik som finns kring verksamhetsutvecklingsmodellerna återkommer några grundläggande värderingar och axiom. Ledningen måste vara engagerad och pådrivande och medarbetarna måste vara delaktiga och få kunskap om förbättringsarbete.

Lean production har under den ovan beskrivna perioden från 1990 kommit att bli en av de managementfilosofier som vunnit starkt gehör inom den tillverkande industrin. Ursprungligen kommer konceptet och den tillhörande begreppsapparaten till stora delar från Toyotas företagsfilosofi. Under det senaste åren har också Lean production rönt stort intresse inom svensk sjukvård. Bland annat bedriver Universitetssjukuset i Lund ett omfattande utvecklingsarbete benämnt Lean Healthcare.

Socialstyrelsens förordning SOSFS 2005:12 samt i vägledningen "God Vård" är mycket tydlig när det gäller att peka på vikten av ett systematiskt utvecklingsarbete av det slag som denna granskning handlar om. Speciellt är det dimensioner "vård inom rimlig tid", "effektiv vård" och "säker vård" som är relevant. Förbättringskunskap beskrivs som en viktig kunskap vid sidan om den professionella kunskapen.

Alla de ovan beskrivna koncepten innehåller dels de redovisade axiomen dels ett antal logistiska principer som kan användas för att utveckla en verksamhet mot bättre effektivitet och därmed större arbetsglädje för personalen. Referensramen för den analys och bedömning som görs i nästföljande kapitel tar sin utgångspunkt i följande logistiska principer.

Eliminering av köer

Enligt modern logistik är köer eller väntan av alla slag ett fenomen som genererar aktiviteter och kostnader som inte skapar något värde för kunden/patienten. På samma sätt som ett lager kostar pengar så vill väntande patienter ha information om läget och hur deras besvär kommer att prioriteras i förhållande till andras. Lager måste struktureras och ha god ordning så man hittar. På samma sätt behöver en lång väntelista analyseras så personalen vet vilka som bör prioriteras o.s.v. Därför strävar en effektiv verksamhet efter att minimera köer och väntetider i första hand för patientens skull men också för att frigöra sig från icke värdeskapande arbete.

Att långsiktigt undvika köer förutsätter att verksamheten planeras efter en matchning av efterfrågan och kapacitet vilket i sin tur kräver information om båda dessa delar.

Ledtider

Starkt kopplat till köfokuseringen är begreppet ledtider. Genom att i verksamhetsstyrningen fokusera ledtider kan många vinster göras, inte minst för patienten. Ledtid avser den tid som förflyter från det att ett beslut fattas om en åtgärd (exempelvis en remiss eller acceptans av en remiss) tills dess att den är utförd. Det är bättre att exempelvis genomföra både provtagning och läkarbesök vid ett och samma tillfälle istället för att dela upp aktiviteterna i två tillfällen. Korta ledtider gynnar kvalitet, patientsäkerhet, ekonomi och arbetsglädje.

Standardisering

Ju mer man kan utveckla standards (riktlinjer) för hur arbetet skall gå till och vilka resurser som ska tas i anspråk desto större är möjligheterna att frigöra tid och säkerställa kvalitet. Dessutom kan möjligheterna till flexibilitet öka. Om en vårdcentral exempelvis inför standards för bedömning och tidbokning kan kvalitet säkras och tider bokas utan extra kommunikation. Om exempelvis en sjuksköterska vid en specialistmottagning för diabetespatienter utgår från en färdig dokumentationsmall och endast noterar avvikelser från planen kan mycket tid minskas för dokumentation. En standard kan också förbättra lärandet om medarbetarna för dialog kring eventuella förbättringar av riktlinjerna.

Flexibilitet

För att kunna balansera kapaciteten mot aktuell efterfrågan krävs att det finns flexibilitet i systemet. Ett besök kan ersättas med telefonsamtal, ett läkarbesök kan i vissa fall med fördel ersättas av ett sjuksköterskebesök. Antalet sökande patienter kan av olika skäl bli stort en viss vecka eller i slutet av veckan och då gäller det att kunna ställa om så att köer eller "ryggsäckar" inte skapas.

Resurssnål och träffsäker tidbokning

Genom att på olika sätt och i olika grad involvera patienten i att boka tider kan en större träffsäkerhet erhållas genom att båda parter väljer en tid som passar båda. Tidbokning på nätet, patienten ringer kort innan ett återbesök och får tid direkt och symptomstyrda besök är sådana exempel. Erfarenheterna är goda från sådana förändringar i svensk sjukvård, inte minst inom primärvård.

Det är dessa principer som bildar stomme i granskningen. Principerna är i denna tappning framtagna av Ernst & Young men som tidigare beskrevs finns de som kärnelement i de etablerade utvecklingskoncepten. Därför kan de ses som vedertagna. För ytterligare underlag och vidare läsning hänvisas till SKL:s hemsida under rubriken "Leda för tillgänglighet". Bland annat finns där ett dokument som heter "33 förändringskoncept för bättre flyt och ökad tillgänglighet i hälso- & sjukvården".

Det finns i granskningen en stark koppling till socialstyrelsens vägledning till SOSFS 2005:12. Framför allt är det kraven på vård inom rimlig tid som är relevant men även kraven på effektivitet och patientsäkerhet.

3. Primärvårdens organisatoriska förutsättningar i Västra Götalandsregionen

Västra Götalandsregionen har idag en styrningsmodell som bygger på beställar/utförarkonceptet. Det innebär att varje enskild vårdcentral får sitt uppdrag specificerat i en beställning. I beställningen (överenskommelsen) preciseras ersättningsformer och dessutom hur många besök som förväntas presteras av respektive yrkesgrupp under avtalsåret. Riktvärdet för hur många besök som förväntas av en heltidsanställd läkare är cirka 2400 besök per år. Det målvärde som anges för antalet besök är för exempelvis läkarbesök som regel mindre än 1 besök per år och invånare. I vissa fall så lågt som strax över 0,5 besök. Normalt brukar behovet av antalet läkarbesök beräknas till mellan 1,1 och 1,4 besök/år/läkare. Vid intervjuerna med vårdcentralsledningar har det framkommit kritik mot att behovet beräknats så lågt. Ingen säger sig heller ha fått någon förklaring till dessa målvärden.

Antalet sjuksköterskebesök är också angivna i överenskommelserna och dessa beräknas till 60-70 % av antalet läkarbesök. Även besök hos kurator och psykolog finns också angivna och uppgår till cirka 10 % av läkarbesöken.

Regionens primärvård är uppdelad i fem primärvårdsförvaltningar vilka leds av en primärvårdsdirektör med en mindre stab. Varje förvaltning är indelat i ett antal primärvårdsområden (PVO) med 4 – 8 vårdcentraler i varje. Varje PVO leds av en PVO-chef. Inom förvaltningarna finns ekonomer, personaladministratörer och verksamhetsutvecklare. Ekonomerna förser PVO med bl a verksamhetsstatistik och uppföljning av produktionen samt patienternas rörelsemönster mellan vårdcentralerna.

3.1. Vårdcentralernas resurssituation

Nedanstående tabell visar hur stort beroendet av hyrläkare är vid de granskade vårdcentralerna. Siffrorna bygger på vårdcentralernas egna beräkningar och avser 2008. (ST-läkare räknas som 50%-ig produktionsresurs)

Område	Vårdcentral	Läkartjänster			
		Ordinarie	Hyrläkare	ST/AT	Totalt
Göteborg	Angered	2,5	3,3	1,5	**6,55**
	Biskopsgården	1,5	5	3	**8**
	Gamlestaden	9,9	7,5	0	**17,4**
	Kungshöjd	6,3	0	0	**6,3**
	Olskroken	4,4	4,5	3	**10,4**
	Slottsskogen	3,2	0,33	0	**3,53**
	Styrsö	2,65	0	0,8	**3,05**
	Torslanda	3,9	1,5	1	**5,9**

Fyrbodal	Dagson (Uddevalla)	4,8	0,5	0	**5,3**
	Färgelanda	3	0,4	0	**3,4**
	Källstorp (Trollhättan)	4,3	0	0	**4,3**
	Ljungskile	4,3	0,5	0	**4,8**
	Munkedal	2,9	2,6	0	**5,5**
	Vänerparken (Vänersborg)	6,25	0	0	**6,25**

Tabell 1: Tabellen ger en ungefärlig bild av resursläget. Antal hyrläkartjänster avser ett genomsnitt under 2008 medan övriga läkare är antal tjänster till förfogande vid mars 2009.

I genomsnitt utgjordes läkarresursen år 2008 av cirka 30% hyrläkare vilket bör betraktas som mycket problematiskt både ur ekonomisk och verksamhetsmässig synpunkt. Hyrläkare producerar visserligen fler läkarbesök än ordinarie men erfarenhetsmässigt är det svårare att genomföra exempelvis standardiseringar och andra principer på en vårdcentral där läkarbemanningen varierar. Risken finns också att hyrläkare genererar något fler återbesök samt provtagningar.

Kostnaden för en hyrläkare beräknas av primärvården i Göteborg till 150 000 kronor per månad medan kostnaden för en anställd läkare på heltid är 90 000 kronor per månad. Merkostnaden för de granskade vårdcentralerna vad gäller hyrläkare är därmed cirka 1,5 miljoner kronor per månad. Flera av de hyrläkare som arbetar vid dessa vårdcentraler har anlitats i perioder upp till och ibland längre än ett år.

En annan aspekt av vårdcentralernas resursläge är läkarbemanningen i förhållande till de personer som är "listade", dvs personer som aktivt valt en speciell vårdcentral eller en person som inte valt men bor i vårdcentralens upptagningsområde (sk passiv listning). Ett grovt mått på läkarresursen är antalet listade patienter per läkare. Nedanstående tabell visar resursläget för de granskade vårdcentralerna utifrån de information som givits i samband med besöken på vårdcentralerna.

Vårdcentral	Listade/läkare
Angered	2438
Biskopsgården	2750
Gamlestaden	2452
Kungshöjd	4114
Olskroken	2692
Slottsskogen	4533
Styrsö	1433
Torslanda	3283
Dagson (Uddevalla)	1736
Färgelanda	1992
Källstorp (Trollhättan)	2070
Ljungskile	1521
Munkedal	1864
Vänerparken (Vänersborg)	2036

Tabell 2: Antal listade patienter per läkare (Både passivt och aktivt listade)

Med läkare avses ordinarie specialistläkare, underläkare samt hyrläkare. Tabellen visar en ganska stor variation från 1433 (Styrsö) till 4533 (Slottsskogen). Siffrorna kan innehålla några mindre fel och bygger på vårdcentralernas uppskattning i mars 2009. Dessutom ges inte riktigt hela bilden för exempelvis Styrsö som under sommarhalvåret har betydligt fler patienter som söker sig till vårdcentralen än vad fallet är under vinterhalvåret. Vi vet också att siffran för Ljungskile förmodligen är för låg p.g.a. problem i samband med byte av listningssystemet. Med den bakgrunden visar tabell 2 ändå att resurssituationen ser väldigt olika ut vad avser läkarresurser. I flera fall eventuella tillgänglighetsproblem definitivt ett resursproblem d.v.s. inte bara ett kapacitetsproblem.

När det gäller resursmåttet antal listade per läkare bör det betonas att förutsättningarna i Göteborg är annorlunda än i FyrBoDal eftersom patienterna i Göteborg ganska ofta väljer att byta vårdcentral. Möjligheterna att välja vårdcentral är väsentligt mindre i FyrBoDal. Detta gör att förhållandet mellan läkarresursen och antalet patienter förändras för många vårdcentraler i Göteborg.

Förhållandet mellan antalet läkare och sjuksköterskor skiljer sig något mellan vårdcentralerna. Skillnaderna kan bero på en mängd faktorer. Inga specifika strategier har framkommit för denna personalmix. Istället strävar de flesta vårdcentraler efter att utnyttja den personal som finns på bästa sätt. Däremot tycks primärvården i Västra Götalandsregionen i större omfattning är andra landsting och regioner hat satsat på att rekrytera psykologer, kuratorer och andra yrkeskompetenser med inriktning mot psykologisk problematik.

3.2. Call-backsystem för telefonsamtal (TeleQ)

Primärvården införde för cirka fyra år sedan ett telefonisystem (TeleQ) som innebär att patienterna ringer till en telefonsvarare och via denna får en tid då vårdcentralen ringer upp samma dag. Om antalet patienter som ringer in är så stort att vårdcentralen inte kommer att hinna ringa upp samma dag får patienten ett sådant besked direkt i telefonen. Kontinuerligt mäts telefontillgängligheten vid alla vårdcentraler. Hur många samtal får beskedet att kön är fylld idag? Hur långa är samtalstiderna? Hur länge får patienten vänta innan vårdcentralen ringer upp och ringer vårdcentralen vid den tid som angivits då patienten ringde?

Erfarenheterna från denna typ av telefonsystem är överlag goda. Det gäller inte bara för de granskade vårdcentralerna utan från studier och granskningar i andra landsting. Ur ett vårdlogistikperspektiv finns ett antal komponenter som är fördelaktiga och som vi vill lyfta fram:

1. Till skillnad från tidigare har vårdcentralen en mycket säker och aktuell bild av hur stor efterfrågan är på samtal.
2. Vårdcentralen får kontinuerlig information om hur väl de lyckas svara upp emot efterfrågan och därigenom direkt ett underlag för att bedöma vilka insatser som krävs för att balansera kapacitet mot efterfrågan.
3. Sjuksköterskorna som arbetar i telefonrådgivningen har fått en mer planeringsbar och därmed mindre stressande arbetssituation. Detta är av stor vikt eftersom just den arbetsuppgiften på många sätt är påfrestande med stort krav på adekvata bedömningar utifrån ofta svårtolkad information. Dessutom är dessa telefonsamtal en nyckel för hur resten av vårdcentralens processer ser ut.

Ovanstående faktorer är mycket centrala för kapacitetsstyrningen. För att kunna planera krävs faktaunderlag och aktuell information. Ett mycket tydligt mönster bland de granskade vårdcentralerna är också att dessa sedan Tele Q infördes i nästan samtliga fall har styrt sjuksköterskekapaciteten mot att undvika köbildning i telefon (dvs telesvar att återkomma nästa dag). Den absoluta majoriteten har också lyckats matcha kapaciteten mot efterfrågan på telefon.

En annan effekt av Tele Q är att tidbokningsprocessen har påverkats. På väldigt många av vårdcentralerna har bokning av besök flyttats till sjuksköterskorna som svarar i telefon. På så sätt har planeringen blivit systematiserad på ett oftast fördelaktigt sätt genom att bl a läkarnas tidböcker är transparenta och därmed lättare att planera gemensamt utifrån vårdcentralens efterfrågan. Faktorer som planeringsbarhet och transparens är centrala i modern vårdlogistik. Det skiljer sig dock mellan vårdcentralerna hur stor andel av läkarbesöken som bokas av sjuksköterskorna respektive av läkare.

Som alltid finns det baksidor med olika arbetssätt och verktyg. Det finns ibland i andra landsting synpunkter på att Tele Q och mätningen av telefontillgänglighet har skapat ett alltför starkt fokus på telefontillgängligheten på bekostnad av annat. I denna granskning har vi inte stött på denna synpunkt i någon större omfattning Andra synpunkter kan vara att gamla människor och personer med språkproblem inte gagnas av detta system.

4. Vårdlogistik och verksamhetsstyrning vid 16 vårdcentraler

I detta kapitel görs en bedömning av hur vårdcentralerna hanterar tillgänglighetskravet utifrån de resurser som finns. Primärvården kan skapa tillgänglighet på två sätt. För det första är tillgängligheten beroende av *mängden resurser*. Resurser kan vara finansiella, personella, tekniska och kompetensmässiga. Ur ett vårdcentralsperspektiv är vissa resurser mer eller mindre givna medan andra resurser är beroende av förmågan att attrahera resurser. En vårdcentral kan exempelvis påverka potentiella medarbetares vilja att söka sig till vårdcentralen.

För det andra är tillgängligheten avhängig hur väl primärvården och vårdcentralerna lyckas *använda sina resurser*. Beroende på hur vårdcentralens resurser organiseras, administreras och koordineras skapas olika stor kapacitet.

I denna granskning är det framför allt kapacitetsstyrningen – *dvs. hur man lyckas skapa kapacitet / tillgänglighet med befintliga resurser* - som är föremål för uppmärksamhet.

Med utgångspunkt i ovan beskrivna logistikprinciper är vårdcentralerna bedömda i tre aspekter.

4.1. Matchning av kapacitet och efterfrågan.

För att bedöma vårdcentralernas sätt att matcha sin kapacitet mot efterfrågan har vi försökt få en bild av nedanstående frågor:

- I vilken mån planerar de granskade vårdcentralerna sin verksamhet utifrån hur mycket kapacitet som krävs för att möta den rådande efterfrågan?
- Finns underlag för bedömning av efterfrågan och kapacitet?
- Används informationen?
- Finns strategier för att påverka efterfrågan? Exempelvis kan patientärenden som administrativa frågor minimeras genom effektiv administration. Vidare kan övervägas om fysiska besök kan ersättas med telefonsamtal, frekvensen i återbesk och kontroller kan förändras för att därigenom påverka efterfrågan.
- Planeras resurserna efter denna information?
- Har mätningar gjorts?
- Finns uppdaterad information om eventuella listor med väntande patienter?
- Har eventuella köer brutits ner i kapacitetstermer? Denna och föregående punkt är mycket väsentlig. Erfarenheter från enheter inom sjukvården är att den "kö" av väntande patienter kan te sig mycket stor och betungande då detaljerad kunskap om hur kön ser ut saknas. När den väl analyserats och översatts till hur mycket mer kapacitet som skulle ha behövts för att köerna skulle uteblivit visar det sig nästan alltid att kapacitetsbristen varit mycket mindre än man föreställt sig.
- Finns en strävan att utveckla vårdcentralens förmåga att möta efterfrågan med rätt åtgärd?

En sammantagen bedömning av vårdcentralernas status vad gäller matchning ger ett resultat som visas i nedanstående tabell.

Vårdcentral	Matchning
Slottsskogen	1
Kungshöjd	2
Angered	2
Gamlestad	2
Olskroken	2
Biskopsgården	3
Styrsö	2
Torslanda	1
Dagson	2
Färgelanda	2
Vänersparken	2
Källstorp	2
Munkedal	2
Ljungskile	2

Tabell 4: Bedömning av vårdcentralernas matchning av kapacitet och efterfrågan.
1=Obefintligt 2=I någon grad 3=Tämligen utvecklat 4= Exemplariskt

En av de granskade vårdcentralerna bedöms ha ett tämligen väl utvecklat arbetssätt för att matcha kapacitet mot efterfrågan. Angered och Biskopsgården är de som har den mest utvecklade matchningen. Biskopsgården har via och inför den triagemodell man byggt upp gjort mycket studier av vilken typ av efterfrågan som behöver mötas på vårdcentralen. Detta har främst gjorts genom analys av sökorsaker. Därefter har bemanning och produktionskrav för respektive läkare, sjuksköterskor, sjukgymnast, psykolog och distriktssköterskor utformats. För närvarande pågår en tvåveckorsmätning av alla telefonsamtal för att mer i detalj analysera vilken typ av frågor som ska lösas i telefon eller via andra sätt.

Biskopsgården har dock inte gjort en egen bedömning av hur många läkarbesök som varje läkare behöver genomföra för att ligga i paritet med efterfrågan. Inte heller har köerna, dvs de patienter som borde men inte fått tid p,g,a kapacitetsbrist, brutits ner och omvandlats till kapacitetsbehov. Det har däremot Angereds vårdcentral till hälften gjort genom att räkna ut hur många besök respektive läkare behöver genomföra för att efterfrågan ska kunna mötas.

Av de vårdcentraler som fått bedömningen 2 d.v.s. i någon grad, kan Kungshöjd, Olskroken, Dagson och Färgelanda nämnas som relativt starka 2:or. På dessa vårdcentraler finns en ganska stor kunskap om hur förhållandet mellan efterfrågan och kapaciteten ser ut men används inte på ett systematiskt sätt.

Övriga vårdcentraler har bedömts arbeta med matchning i någon grad eller obefintligt. Den bedömningen grundar sig på att produktionen i huvudsak är planerad utifrån de existerande resurserna. Inte utifrån en bild av hur behovet/efterfrågan ser ut. Inte heller finns vid dessa vårdcentraler någon bild av hur mycket kapacitet som saknas.

När det gäller vårdcentralernas styrning mot att möta efterfrågan finns ett problem i det system som de verkar i idag. Med olika varianter och lite olika beskrivningar från intervjuerna tycks det vara så att varje vårdcentral kan erhålla statistik som visar hur många av de listade patienterna som söker sig till andra vårdcentraler eller primärvårdsinrättningar. Speciellt inom Göteborg

där varje invånare kan nå flera olika vårdcentraler finns det en ganska stor benägenhet att söka sig till andra vårdgivare än där man är listad aktivt eller passivt. Ur patientens perspektiv bör det ses som en fördel att ha flera möjligheter att få vård inom rimlig tid. Men eftersom en vårdcentral inte har full kunskap om patienternas skäl till att inte vända sig till den egna vårdcentralen är det svårt att veta hur stor kapacitet man ska planera för. En enkel lösning skulle kunna vara att helt enkelt försöka bereda plats för de som är listade till dess att de blir listade på annan vårdcentral.

En konsekvens av detta förhållande i Göteborg är att det inte finns något tydligt incitament för den enskilda vårdcentralen att skapa full tillgänglighet. "Om inte vi löser patientens problem så löser någon annan det". Det starkaste incitamentet till att erbjuda god tillgänglighet idag tycks vara den stundande förändringen till fritt VG-vårdval.

Ett annat problem i den existerande styrningen via beställaren är att beställaren har specificerat hur många läkarbesök som bör vara riktvärde för en heltidsanställd läkare. Denna siffra har inte någon utgångspunkt i efterfrågan utan utgår från läkaren som individ. Att ha en bild över hur många besök som kan vara rimligt för en läkare eller sjuksköterska behöver på intet sätt vara fel, problemet är bara att detta värde fått en för stor styrningseffekt för vårdcentralerna. I endast ett fall har vi konstaterat att vårdcentralen har räknat ut hur många besök som skulle behövas för att klara efterfrågan (Angereds vårdcentral).

Slutligen konstateras att i princip samtliga vårdcentraler valt att arbeta mycket systematiskt utifrån matchningsprincipen i en delprocess, telefonrådgivningen. Behovet av att matcha kapacitet mot efterfrågan har accentuerats via införandet av TeleQ vilket beskrevs i föregående avsnitt. Till en början kände sig vårdcentralerna tvingade att hålla hög tillgänglighet i telefon. Under hand infann sig även en insikt om värdet av att eliminera köer skapats. Exempelvis har flera vårdcentraler erfarit att om det blir köbildning i telefon i början av veckan påverkas resten av veckans arbete negativt. Därför görs ansträngningar (visserligen inte helt utan problem) för att skapa kapacitet i balans med efterfrågan i telefonhanteringen. Denna granskning visar dock att det bara är ett fåtal av vårdcentralerna som lyckats föra över detta sätt att styra verksamheten i vårdcentralens övriga processer.

4.2. Metodanvändning

Den andra dimensionen för bedömning är i vilken utsträckning vårdcentralerna systematiskt använder sig av eller har övervägt att använda de logistiska principerna på ett eller annat sätt. Frågor som är relevanta i en sådan bedömning är:

- Finns kunskap om metoderna och principerna?
- Har dessa översatts till det lokala sammanhanget?
- Har experiment gjorts och har dessa utvärderats och resulterat i nya rutiner?
- Utgår det systematiska arbetssättet från att undvika köbildning i olika processer för att därigenom minimera administration och icke värdeskapande arbete?

Det bör betonas att bedömningen inte görs utifrån en bestämd uppfattning av på vilket sätt principerna ska användas utan endast om medvetenheten finns och om den aktuella vårdcentralen övervägt eller prövat. Exempelvis bedöms en vårdcentral som har tre dagars bokningshorisont inte på något annat sätt än en vårdcentralen med 7 dagars bokningshorisont.

Bedömningen av vårdcentralerna utifrån denna dimension visas i tabell 5 nedan.

Vårdcentral	Utnyttjande av moderna logistikprinciper
Slottsskogen	1
Kungshöjd	2
Angered	2
Gamlestad	2
Olskroken	2
Biskopsgården	3
Styrsö	1
Torslanda	2
Dagson	2
Färgelanda	2
Vänersparken	1
Källstorp	2
Munkedal	2
Ljungskile	2

Tabell 5: Bedömning av vårdcentralernas användning av moderna logistikprinciper.
1=Obefintligt 2=I någon grad 3=Tämligen utvecklat 4= Exemplariskt

I denna dimension är det en vårdcentral, Biskopsgården, som bedöms arbeta på nivå 3 (tämligen välutvecklat). Biskopsgården har i kraft utvecklingen av triagemodellen en mycket transparant styrning av verksamheten där mycket möda läggs ner på att bygga förändringar på fakta. Själva triagemodellen är i sig ett standardiseringsarbete som i många stycken kännetecknas av modern logistik. Bilden som skapas i matchningen används för att få så korta ledtider som möjligt till lösning på patientens problem. Standardiseringen tycks användas om en trygghetsskapande riktlinje att luta sig emot, inte minst för triagesköterskorna, samtidigt som dessa standards/riktlinjer ständigt är föremål för omprövning. Standardiseringen av trigagesköterskornas arbete tycks inte heller hämma flexibiliteten för att hitta en lösning, tvärtom.

Strategin är att lägga över så mycket som möjligt för tidbokningen på patienterna för att därigenom öka träffsäkerheten i tidbokningen och för att minimera administration. När det gäller systematik och standardisering finns det fortfarande möjligheter till förbättring inom läkargruppen även om förhållandet med hyrläkare gör detta svårare, men samtidigt mer nödvändigt.

Triagemodellen, som nu övervägs att bli en allmän princip inom primärvården i Göteborg, framstår mycket tydligt som en substantiell förändring i sättet att styra verksamheten. Det är inte bara nya beteckningar för ett gammalt arbetssätt. Ett huvudargumentet till bedömningen stark trea är att vårdcentralen har en mycket bra systematik och ett faktaunderbyggt grepp om hur vårdcentralen fungerar. Tillgängligheten är problematisk för vårdcentralen men ledningen vet hur stort problemet är och i vissa stycken vilken kapacitet som skulle behövas för att säkra tillgängligheten.

Av de vårdcentraler som fått bedömningen 2 är Kungshöjd. Olskroken och Dagson vårdcentraler som gränsar mot bedömningen tre. Även här är kunskapen om principerna tämligen god, alla har inte övervägts men en ganska stor möda läggs ner på att hitta bra logistiska lösningar.

Generellt kan sägas att de granskade vårdcentralerna i jämförelse med primärvård i de andra landsting som vi känner till har kommit förhållandevis långt i arbetet med tidbokning. De allra flesta har en standard som innebär att patienterna själva tar kontakt för att boka tid vid kontroll- och andra besök. Från denna standard görs undantag för de patienter som bedöms ha svårt att ta det ansvaret eller för patienter vars kontrollbesök som av andra skäl behöver säkerställas . Det vanligaste undantaget är diabetespatienter. I granskningen bedöms vårdcentralernas förhållningssätt till tidbokningen som mycket förenlig med modern vårdlogistik. Icke värdeskapande administration tas bort utan minskad patientsäkerhet och kvalitet. Erfarenheten är att en ökad medverkan av patienten i tidbokningen ger en ökad patientsäkerhet vilket också har visats vid systematiska riskanalyser.

Av de granskade vårdcentralerna är det ingen som betonar ledtider i någon väsentlig mening. Tillgängligheten är en fråga som ständigt finns med, även i form av de väntetider som stipulerats av vårdgarantin, men i övrigt tycks inte ledtider vara något som präglar styrningen av vårdcentralerna. Vi har försökt utröna i vilken mån tider för dokumentation, utskrift, remisser eller andra delprocesser varit föremål för uppföljning oavsett om det kallats ledtider eller ej men ej funnit något.

Olika vårdcentraler har olika fördelning mellan akuta och planerade besök.

Vårdcentral	Förhållande planerade/akuta läkarbesök [%]
Angered	76/24
Biskopsgården	50/50
Gamlestaden	63/37
Kungshöjd	48/52
Olskroken	50/50
Slottsskogen	50/50
Styrsö	52/48
Torslanda	47/53
Dagson (Uddevalla)	41/59
Färgelanda	36/64
Källstorp (Trollhättan)	5/95
Ljungskile	45/55
Munkedal	--
Vänerparken (Vänersborg)	42/58

Tabell 6: Fördelning mellan akuta och planerade besök

Påverkan fördelningen mellan akuta besök används ibland av vårdcentraler som ett sätt att styra logistiken. En stor andel akuta besök kan vara ett tecken på att planerade besök inte får

plats och därför av sjuksköterskorna blir definierade som akuta för att hitta en tid. Vid en sådan situation kan målet vara att öka andelen planerade besök för att på så sätt öka planeringsbarheten med bättre kapacitetsstyrning. En ökning av andelen akuta besök kan å andra sidan också vara ett sätt att öka kapaciteten (kortare besök) och egentligen i större utsträckning göra dagens arbete idag. Vissa vårdcentraler i landet som arbetar helt efter principen att inte boka tider långt fram skiljer överhuvudtaget inte på olika tider. Behöver en patient komma är det lika bra att denna kommer samma dag. På så sätt undviks mycket administration och vid sjukdom eller andra förändringar genereras inge administration.

I tabell 6 ser vi att Göteborgs primärvård har en fördelning med fler akuta besök än planerade. Det omvända gäller i FyrBoDal. Bland annat beror det på att primärvårdsledningen under det senaste året gjort en satsning på att öka antalet akuta besök just för att på så sätt öka besöksvolymen.

I övrigt indikerar denna granskning att primärvården i Västra Götalandsregionen har en bra möjlighet till effektivitetsökning och trivsammare arbetsplatser genom en satsning på att pröva de moderna logistikprinciper som är mer eller mindre etablerade som framgångsrika arbetssätt inom svensk sjukvård.

4.3. Lednings- och Utvecklingsstatus

Den tredje bedömningsfaktorn i granskningen avser i vilken mån ledningen och personalen genomsyras av en systematisk utvecklingskultur bland annat med utgångspunkt i modern vårdlogistik och ständiga förbättringar. När det gäller personalens utvecklingsengagemang bör sägas att underlaget för bedömningen inte är avsevärt stort. Bedömningen görs utifrån intervjuerna med ledningen och ett antal individer ur personalen. Vi har frågat om vad som följs upp, vilka möten som äger rum och vad som avhandlas på dessa o.s.v. Det ger en någorlunda bra bild av utvecklingsnivån dels av hela vårdcentralen men speciellt ledningen. Nedanstående frågor utgör bedömningsfaktorerna.

- I vilken utsträckning finns på vårdcentralen en uppmärksamhet på verksamhetsplanering och vårdlogistik bland både chefer och medarbetare?
- Genomförs experiment och försök med olika lösningar?
- Resulterar lärdomar från andra vårdcentraler i handling?
- Finns ett engagemang och en trygghet i förändringar och transparenta system?
- Planeras fortsätta förbättringar?

Resultatet i denna dimension visas i tabell 7 på nästa sida:

Vårdcentral	Lednings-/ utvecklings- kultur
Slottsskogen	1
Kungshöjd	3
Angered	2
Gamlestad	1
Olskroken	3
Biskopsgården	4
Styrsö	1
Torslanda	2
Dagson	3
Färgelanda	3
Vänersparken	3
Källstorp	2
Munkedal	3
Ljungskile	3

Tabell 7: Bedömning av vårdcentralernas lednings- och utvecklingsstatus.
1=Obefintligt 2=I någon grad 3=Tämligen utvecklat 4= Exemplariskt

Tabellen visar att lednings- och utvecklingskulturen vid vårdcentralerna i FyrBoDal med ett undantag bedömts ha en "tämligen utvecklad" lednings- och utvecklingskultur. De intervjuade var i de flesta fall bekanta med både begrepp och metoder kopplade till modern vårdlogistik. Flera av vårdcentralerna arbetar med förändringsarbete utifrån olika koncept, bl a Lean Production och "Attraktiv arbetsplats" . Exempel på verksamhetsutvecklingsåtgärder är:

- Effektivisering av tidboken
- Effektivisering i kassa/reception
- Utvecklande av mindre lokala triagesystem

Fyrbodals vårdcentraler har stående tvärfunktionella möten och organisationen karaktäriseras av transparens, dvs det finns en kultur att mäta och beskriva verksamheten, bland annat utifrån den verksamhetsstatistik som tillhandahålls från PVO eller förvaltning. Personalen bidrar i flera fall till en bättre och effektivare arbetsplats. Detta skapar en förändringsbenägenhet och positiv förändringskultur. Inom arbetet för attraktiv arbetsplats och genom Fyrbodals ledningsråd diskuteras också olika lösningar.

Den vårdcentral som mest av alla framstod som en arbetsplats där arbetet för både chefer och medarbetare präglas av en utvecklingskultur är Biskopsgården. Både central statistik och produktionsdata samt fakta från egna mätningar och uppföljningar bildar utgångspunkt för att hela tiden trimma organisationen. Hur beständigt detta är kan vara svårt att uttala sig om, möjligen kan den rådande ledningskulturen präglas av att ha vänt en situation med mycket dålig till-

gänglighet till en situation där verksamheten är känd, beskriven och styrd. Även om det finns många problem kvar att lösa, exempelvis tillgängligheten framstår situationen som mycket mer hanterbar i och med att kunskap finns om brister, möjligheter, kapacitet och kapacitetsbrist.

I övrigt varierar resultatet i denna bedömningsdimension ganska rejält inom Göteborgs primärvårdsförvaltning. På vissa vårdcentraler finns det mycket stora möjligheter till förbättring i detta avseende.

5. Primärvårdens utvecklingsarbete och vårdcentralernas stöd

Initiativet för utveckling av produktionsplanering och vårdlogistik ligger nästan helt och hållet på den enskilda vårdcentralen. Centrum för verksamhetsutveckling (CVU) på regionnivå har vid de intervjuade enheterna inte nämnts som aktör för att bedriva verksamhetsutveckling. CVU är i första hand en resurs för att arrangera utbildningar, exempelvis kring patientsäkerhet. I samband med genomförandet av TeleQ var dock CVU involverat som stöd i de genombrottsprojekt som då ägde rum på många vårdcentraler.

Inom FyrBoDals primärvårdsområde finns en utvecklingsavdelning som stöttar de vårdcentraler som så önskar. Bland annat har ett antal vårdcentraler fått hjälp med att arbeta utifrån ett koncept som kallas "Attraktiv arbetsplats". Konceptet har i viss mån inriktning mot de faktorer som tas upp i denna granskning. Bl.a. har flera vårdcentraler kartlagt processen kring receptionen för att hitta bättre arbetssätt. Vidare har alla chefer fått utbildning i förändringsledarskap och mentorskap. Det mesta sker på vårdcentralernas initiativ men vissa utvecklingsområden har drivits av primärvårdsområdets ledning. Det gäller läkemedel och telefontillgänglighet. I samband med att TeleQ infördes för fyra år sedan genomfördes projekt utifrån genombrottsmetoden.

Vårdcentralerna får via primärvårdsområdets försorg kontinuerligt produktionsstatistik som gör det möjligt att följa upp patientströmmar och andra faktorer som är kopplade till matchningen av efterfrågan och kapacitet.

Inom Göteborgs primärvård finns också några verksamhetsutvecklare som stöttar vårdcentralerna i olika frågor. Enligt som framkommit i granskningen har detta stöd inte i första hand avsett vårdlogistiken.

Även Göteborgs i primärvård genomfördes genombrottsprojekt i samband med införandet av Tele Q. I de allra flesta fall resulterade detta arbete i en säkring av bemanningen av telefonrådgivningen och tidbokningen.

De områden som ledningen satsat specifikt på är ledtider för in- och utskrivning av patienter i sjukhusvård och svarsbesked till sjukhusen. Dessutom gjordes en kraftsamling under 2008 för att öka antalet telefonrådgivningar. Just nu pågår ett projekt vid 4 vårdcentraler där tidbokningsrutinerna och synkroniseringen till personalens schema för att på så sätt förbättra resursutnyttjandet. Det sistnämnda ligger helt i linje med vad som granskats i detta projekt.

I övrigt fungerar det på samma sätt som i FyrBoDal. Vårdcentralerna förses med produktionsstatistik och statistik kring patienternas sökmönster via primärvårdsområdena (PVO).

6. Slutsatser och rekommendationer

Det bör framhållas att det grundläggande syftet med föreliggande granskning är att ge en indikation på hur långt fram primärvården i Västra Götalandsregionen ligger i utvecklingen av kapacitetsstyrning och vårdlogistik. Syftet är inte att peka ut skillnader mellan olika enskilda vårdcentraler. Syftet är att beskriva ett mönster i primärvården. Det kan finns detaljer som vi inte lyckats fånga eller fördelar som överskattats men sammantaget kan mönstret ses som en god indikation på primärvårdens nuläge vad gäller kapacitetsstyrning och vårdlogistik.

Den sammantagna bedömningen är att det finns mycket kvar att utveckla när det gäller kapacitetsplanering och användandet av moderna logistiska principer. Samtidigt bör noteras att det definitivt finns en rörelse framåt. Ledningen i de båda primärvårdsförvaltningarna är uppmärksamma på frågan och det finns bland vårdcentralerna ett antal mycket goda exempel på hur tillgänglighet kan skapas med befintliga resurser. I FyrBoDal pågår utvecklingsarbete på flera håll och i Göteborgs primärvård pågår dels en eventuell etablering av Biskopsgårdens triagemodell samt ett projekt där just bemanning, schemasynkronisering och ledtider är föremål för uppmärksamhet.

Det kan finnas många andra faktorer än dålig lokal styrning som påverkar hur väl verksamheten fungerar. Därför bör resultatet av denna granskning inte ses som en utvärdering av ledarskapet på vårdcentralsnivå utan som en bedömning av hela organisationens förmåga att planera verksamheten utifrån efterfrågan/behovet och därigenom skapa attraktiva arbetsplatser. Uppenbart är att den stundande förändringen till vårdval är och kan med fördel användas som ett incitament för att implementera framgångsrika arbetssätt.

Dagens modell där antalet läkarbesök definieras i beställningen bedöms vara ytterst ofördelaktig. Visserligen verkar målvärdet 2400 besök per läkare/år inte ha fått någon speciellt styrande effekt men det har med några undantag varit så att detta värde varit det enda som uppgetts i intervjuerna när vi frågat om målvärden för hur många besök som respektive yrkesgrupp förväntas genomföra för att kapaciteten ska ligga i balans med efterfrågan. En verksamhet som styrs utifrån modern vårdlogistik utgår från efterfrågan vid beräkning av kapacitetsbehov.

Sammantaget blev bedömningen av de tre faktorerna enligt tabell 8 på nästa sida:

Vårdcentral	Matchning	Utnyttjande av moderna logistik-principer	Lednings-/ utvecklingskultur
Slottsskogen	1	1	1
Kungshöjd	2	2	3
Angered	2	2	2
Gamlestad	2	2	1
Olskroken	2	2	3
Biskopsgården	3	3	4
Styrsö	2	1	1
Torslanda	1	2	2
Dagson	2	2	3
Färgelanda	2	2	3
Vänersparken	2	1	3
Källstorp	2	2	2
Munkedal	2	2	3
Ljungskile	2	2	3

Tabell 8: Sammantagen bedömning av de granskade vårdcentralerna.
1=Obefintligt 2=I någon grad 3=Tämligen utvecklat 4= Exemplariskt

Avslutningsvis bör det upprepas att bedömningen inte bygger på en jämförelse med övriga landet utan är en bedömning av hur väl vårdcentralerna planerar sin kapacitet visavi de principer som på olika sätt är etablerade som ideala och framgångsrika sätt att planera en verksamhet som en vårdcentral. Utifrån den erfarenhet Ernst & Young har av svensk primärvård ligger Västra Götalandsregionens primärvård varken sämre eller bättre till än andra landsting.

Från den utgångspunkten har primärvården i Västra Götalandsregionen stora möjligheter till förbättring avseende kapacitetsstyrning.

6.1. Rekommendationer

Införandet av VG Vårdval kommer att göra de problem som granskningen visat i samband med beställarstyrningen inaktuell. Primärvården har dock allt att vinna på att utveckla kapacitetsstyrningen och vårdlogistiken för att på så sätt vara en god leverantör av primärvård till medborgarna i det nya systemet med vårdval.

Följande rekommendationer ges utifrån granskningens resultat:

- Fortsätt och intensifiera arbetet med att stärka vårdcentralernas förmåga att planera och styra kapaciteten mot efterfrågan, bl.a. genom att i ledningen på olika nivåer öka kunskapen om moderna logistiska principer.
- Organisationens förmåga att dra nytta av goda erfarenheter på enstaka ställen/vårdcentraler bör stärkas. Primärvårdsledningarna kan ta ett tydligare initiativ för att säkerställa en god kapacitetsstyrning. Idag är det i för stor utsträckning upp till den enskilda vårdcentralen. Chefer vid vårdcentraler har ett mycket brett arbetsfält och bör i större utsträckning stöttas av den centrala ledningen.

- De fem olika primärvårdsförvaltningarna i regionen bör i större utsträckning tillhandahålla specifik central kompetens inom vårdlogistik och angränsande områden för att kartlägga, analysera och implementera nya arbetssätt som fungerar efter de lokala förutsättningarna. Detta sker alltför sporadiskt idag.
- Vårdcentralerna rekommenderas att i större utsträckning skapa en bättre bild av förhållandet mellan efterfrågan och kapacitet samt att bryta ner eventuell tillgänglighetsbrist i termer av kapacitetsbehov.
- Primärvårdsledningarna rekommenderas att utforma nyckeltal och andra uppföljningsparametrar i enlighet med modern kapacitetsstyrning och vårdlogistik.