



Granskning av vårdlogistik inom psykiatri i Västra Götalandsregionen

Anders Hellqvist och Sofi Larsson

Januari 2010

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
1. Inledning.....	4
1.1. Bakgrund.....	4
1.2. Syfte och avgränsningar	4
1.3. Generella utgångspunkter.....	4
1.4. Revisionskriterier	4
2. Granskningens utgångspunkter – modern vårdlogistik.....	6
3. Psykiatrimottagningarnas organisatoriska villkor och styrning	9
3.1. Kommentar	11
4. Vårdlogistik vid åtta mottagningar	12
4.1. Matchning av efterfrågan och kapacitet.....	12
4.2. Styrning av inkommande remisser.....	13
4.3. Hantering av köer och flaskhalsar.....	14
4.4. Standardisering.....	15
4.5. Tidbokningsförfarande	15
4.6. Vårdlogistik vid de tre psykosmottagningarna	16
5. Styrning mot produktivitet och effektivitet	18
5.1. Hälsa- och sjukvårdsnämndernas styrning.....	19
5.2. Styrningen på sjukhus och kliniknivå	20

Sammanfattning

Ernst & Young har på uppdrag av revisorerna i Västra Götalandsregionen granskat den psykiatriska öppenvården ur ett vårdlogistikperspektiv. Syftet är att granska i vilken utsträckning modern vårdlogistik utnyttjas eller övervägs för att skapa effektivitet och tillgänglighet inom psykiatrin. Granskningen avser dels åtta psykiatriska öppenvårdsmottagningar vid fyra olika kliniker dels regionens ändamålsenlighet att styra mot produktivitet och effektivitet inom psykiatrin.

Resultat

Det första revisionskriteriet är hur väl resurserna planeras utifrån rådande behov/efterfrågan? Bedömningen är att de granskade mottagningarna i första hand styr efter det volymuppdrag som ges i beställningen samt utifrån de i vårdgarantin gällande gränserna. Konsekvensen är att styrningen blir passiv i förhållande till den egentliga efterfrågan. Dels är den egentliga efterfrågan/behovet oklart eller töjbart. Vid flera mottagningar avböjs eller återsänds mellan 35 och 50 % av remisserna vilket tyder på oklara gränsdragningar och dessutom drar remissgranskningen ganska stora resurser. Dels gör fokuseringen på vårdgarantins gränser att köer och väntetider döljs samt att professionen i viss mån hindras från att göra bedömningar som kan ge nya och gamla patienter rätt ledtid, d.v.s. väntetid.

I övrigt finns det exempel på mottagningar som har en god och uppdaterad bild av behovet och efterfrågan men ganska få som har en bild av hur många patienter som avslutas. Som goda exempel i detta avseende kan mottagningarna i Lerum och Mariestad lyftas fram.

Det andra revisionskriteriet är i vilken utsträckning moderna logistiska principer har övervägts alternativt tillämpats? Tabellen nedan visar den sammantagna bedömningen.

Allmänpsykiatriska mottagningar	Utnyttjandet av modern vårdlogistik
Falköping	2
Mariestad	3
Trollhättan	2
Strömstad	3
Lerum	3
Björkången	3
Göteborg Centrum/Öst	2
Järntorget	2

Bedömning av de olika mottagningarnas användning av modern vårdlogistik. 1= Obefintligt, 2=I någon grad, 3=I flera avseenden, 4=Exemplariskt

Fyra av mottagningarna har en i flera avseenden utvecklad vårdlogistik som gör att efterfrågan möts på ett effektivt sätt och de aktiviteter som genomförs är riktade mot ett

värdeskapande för patienten. Samtliga psykosmottagningar klarar att ge nyinsjuknade misstänkta psykospatienter vård inom 24 timmar.

Det tredje revisionskriteriet avser i vilken utsträckning som basenheterna från regionen understöds av en styrning mot produktivitet och effektivitet, d.v.s. i uppdrag, uppföljningsparametrar och ersättningsmodeller? Utöver det faktum att den rörliga ersättningen skapar ett incitament att producera öppenvårdsbesök upp till produktionstaket finns i princip inga styr- eller uppföljningsparametrar som fokuserar effektiva vårdprocesser eller produktivitet. Andelen rörlig ersättning och priser varierar dessutom märkbart mellan olika nämnder inom regionen.

När det gäller tillgänglighet är fokus helt och hållet riktat mot vårdgarantin och dess gränser för väntetider. Att använda vårdgarantin som verksamhetsmål strider helt mot modern vårdlogistik och skapar både felaktiga och framför allt onödiga väntetider/köer som döljs av 90-dagarsregeln. Vissa mottagningar har skarpare mål själva vilket bör framhållas som positivt. Inriktningen mot vårdgarantin strider också mot regionens eget mål om en sjukvård präglad av köfrihet.

Rekommendationer

- Kliniker och mottagningar rekommenderas att fortsätta en utveckling mot att använda en modern vårdlogistik. Träffsäkerhet i tidbokning, standardisering av bedömnings- och behandlingsprocessen, matchning av inflöde/avslut samt träffsäkerhet i remisser framstår som stora och viktiga utvecklingsområden.
- Regionen rekommenderas att inte använda vårdgarantin som ett verksamhetsmål utan som en lagstadgad restriktion. Istället bör andra tillgänglighetsmål prägla verksamheten för att kunna erhålla en minimerad köadministration. Tillgänglighetsmålen bör vara framtagna tillsammans med professionen och präglas av en syn där köbildningar genererar icke värdeskapande arbete.
- Regionen rekommenderas också att i mycket större grad fokusera processeffektivitet och produktivitet i styrningen.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Ett av sjukvårdens uppdrag utöver att leverera kvalitativt god och patientsäker sjukvård är att erbjuda tillgänglig vård. Västra Götalandsregionen har som ett långsiktigt strategiskt mål att sjukvården ska vara lättillgänglig och köfri. Tillgängligheten är beroende av 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 tillsammans med resursernas storlek.

1.2. Syfte och avgränsningar

Syftet är att granska i vilken utsträckning modern vårdlogistik utnyttjas eller övervägs för att skapa effektivitet och tillgänglighet inom psykiatrin.

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

1.3. Generella utgångspunkter

De olika koncepten för verksamhetsutveckling som idag är etablerade inom svensk sjukvård innehåller på ett eller annat sätt ett antal logistiska principer som kan användas för att utveckla en verksamhet mot högre effektivitet och därmed större arbetsglädje för personalen. Principerna är vedertagna och kan sägas bilda en kunskapsfront vad gäller modern vårdlogistik. Den analysmodell som presenteras i avsnitt 2 bygger på modern vårdlogistik.

De granskade enheterna värderas utifrån en ideal bild där den etablerade "kunskapsfronten" bildar utgångspunkt. Det är således inte en jämförelse med andra landsting av hur väl modern vårdlogistik används i styrningen.

1.4. Revisionskriterier

Värderingen av enheternas arbete med vårdlogistik görs utifrån följande värderingsgrund:

Enheterna värderas efter i vilken utsträckning ledning och organisation genomsyras av etablerad kunskap om vårdlogistik. Bedömningen görs i tre perspektiv:

- a. Hur väl planeras resurserna utifrån rådande behov/efterfrågan?
- b. I vilken utsträckning har moderna logistiska principer övervägts alternativt tillämpats?
- c. I vilken utsträckning understöds basenheternas styrning mot produktivitet och effektivitet av regionens styrsystem d.v.s. uppdrag, uppföljningsparametrar och ersättningsmodeller?

Metod

Valet av mottagningar som granskningsobjekt bygger på utgångspunkten att mottagningen fungerar som ett slags "logistiknav" kring vilket mycket av en specialistkliniks verksamhet cirkulerar. Granskningen har skett genom studier av enheternas, förvaltningarnas och regionens dokument kring styrning, utveckling och uppföljning. En konsult har genomfört ett besök vid respektive enhet och vid besöket genomfördes intervju med ansvarig chef samt några utvalda medarbetare som har en central roll för verksamhetsstyrningen och vårdlogistiken.

Granskade enheter:

Psykiatriska kliniken NU	Allmänpsykiatriska mottagningen i Strömstad och psykosmottagningen i Trollhättan.
Allmänpsykiatri Sahlgrenska	Allmänpsykiatrisk mottagning Centrum/Öst och psykosmottagning Järntorget
Vuxenpsykiatri Skås	Allmänpsykiatriska mottagningar i Mariestad och Falköping
Psykiatrisk klinik SÄS	Allmänpsykiatrisk mottagning i Lerum och psykosmottagning Björkängen

Ett speciellt intresse har riktats mot de tre psykosmottagningarna för att se hur regionens vårdprogram tillämpas. Det som granskats är de faktorer i vårdprogrammet som har bäring på vårdlogistik.

2. Granskningens utgångspunkter – modern vårdlogistik

Utveckling av hälso- och sjukvården har alltid pågått och därtill med en ganska hög utvecklingshastighet. Antalet vårdplatser vid svenska sjukhus har kontinuerligt minskat, främst därför att moderna behandlingsmetoder gjort det möjligt att behandla sjukdomar utan långvarig sjukhusvistelse. Psykiatri utgör inget undantag från utvecklingsmönstret.

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 fokus på patientflöden och processer där olika aktiviteter knyts samman, samordnas och koordineras. Ett 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. Specialisering inom psykiatri har också skett men har inte fått organisatoriska konsekvenser på samma sätt som inom den somatiska vården.

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

Behovet av ett effektivt resursutnyttjande har sedan 1990-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 fullt ut. Beskrivningar och förbättringar av olika processer var en kärna och många arbetsgrupper har ritat processkartor 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 fokus på tillgänglighetsskapande åtgärder blev 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 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 de senaste åren har också Lean production rönt stort intresse inom svensk sjukvård. Bland annat bedriver Universitetssjukhuset i Lund ett omfattande utvecklingsarbete benämnt Lean Healthcare.

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. Några av de mer centrala principerna är:

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. Väntande patienter vill ha information om läget och hur deras besvär kommer att prioriteras i förhållande till andra. Väntelistor måste 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 mottagning exempelvis inför standards för bedömning och tidbokning kan kvalitet säkras och tider bokas utan extra kommunikation. 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. 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 mottagningsverksamhet.

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". När det gäller "Bra Mottagning" och "Lean Healthcare" finns det rikligt med litteratur, skrifter och artiklar som beskriver innehållet.

Det finns i granskningen också 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. Denna vägledning betonar starkt vikten av att den professionella (medicinska) måste kombineras med "förbättringskunskap". Det senare handlar till stora delar om att bygga in kunskap om hur processerna (aktivitetsflödena) och logistiken kan förbättras.

Psykiatriska mottagningar skiljer sig från mottagningar inom den somatiska vården i flera avseenden men själva logistiken och produktionsplaneringen är densamma. Remisser ska bedömas, mottagningen ska bemannas och schemaläggas, tider ska bokas, information ska ges, provtagningar ska genomföras och administreras, telefontillgänglighet ska säkerställas o.s.v.

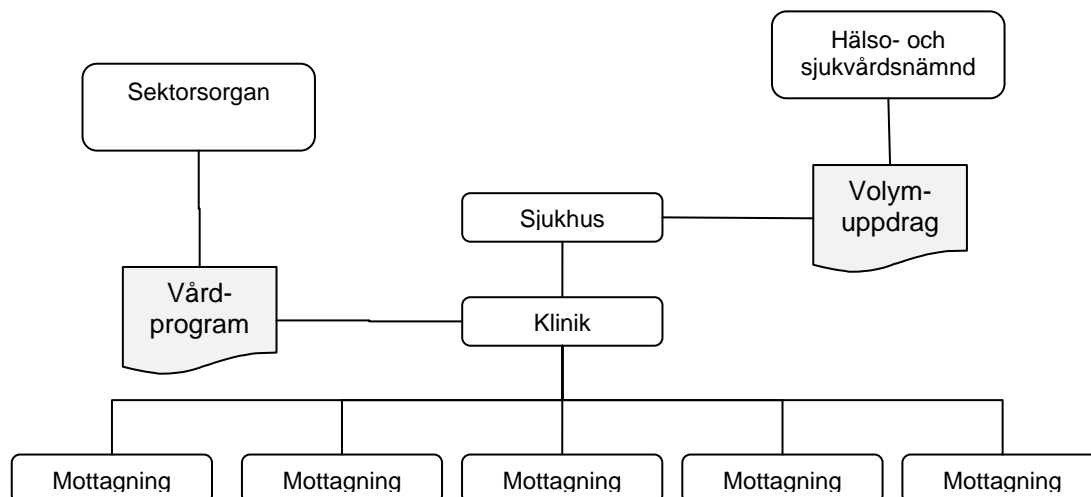
Bedömningen av de i denna granskning ingående psykiatriska mottagningarna vilar på den ovan beskrivna teoretiska grunden och för att få en bild av hur väl mottagningarna utvecklar vårdlogistiken har vi riktat uppmärksamheten mot i första hand:

- Matchning av efterfrågan och kapacitet
- Styrning av inkommande remisser
- Hantering av köer och flaskhalsar
- Standardisering och flexibilitet
- Tidbokningsförfarande

Vi vill betona att bedömningen av mottagningarna inte avser hur god tillgängligheten är eller hur övriga aspekter, som behandlingskvalitet, kompetens, läkemedelsanvändning ser ut. Denna granskning är riktad mot hur kapacitetsstyrning och vårdlogistik styrs och utvecklas.

3. Psykiatrimottagningarnas organisatoriska villkor och styrning

Inom Västra Götalandsregionen finns det 58 psykiatriska mottagningar. I tätbefolkade områden är vissa av dessa renodlade psykosmottagningar. Den organisation som respektive mottagning verkar inom beskrivs i nedanstående figur:



Det finns olika Hälso- och sjukvårdsnämnder som beställer vård. I den mån som vården styrs av vårdprogram så fastställer sektorsorganen dessa vårdprogram som sedan ska vara vägledande för de olika klinikerna.

Bilden ovan beskriver de organisatoriska förhållandena för psykiatri vid SU, SÅS och NU-sjukvården. Den psykiatriska kliniken inom SkaS befinner sig organisatoriskt inom område Medicin/psykiatri vilket gör att det finns ytterligare en hierarkisk nivå ovanför kliniken och att volymuppdraget ska passera två nivåer innan det når psykiatri. Uppdraget från HSN är visserligen specificerat i antal besök för psykiatri men förvaltningen (sjukhuset) har möjlighet att göra omfördelningar. Vidare kan nämnas att SÅS, som ett led i processorganiseringen, styr en psykiatrisk process (förstämningssprocessen) med egna mål och styrande faktorer för verksamheten.

Vid psykosmottagningarna behandlas patienter med problem som är långvariga och vars intensitet är relativt konstant över tiden till skillnad från exempelvis bipolära sjukdomar som behandlas vid de allmänpsykiatriska mottagningarna. Antalet nya psykospatienter är jämförelsevis få per år men vårdrelationen är ofta livslång.

Den beställning som riktas till de enskilda mottagningarna beslutas på sjukhusnivå/kliniknivå och underlaget för detta beslut är den beställning som kommer från de olika Hälso- och sjukvårdsnämnderna. Det uppdrag som dessa beställningar utgör innehåller dels ett volymuppdrag med ersättningsnivåer för bland annat besök till olika behandlare dels ett mer kvalitativt uppdrag där ett antal parametrar ska uppfyllas. Av något skäl kallas denna kvalitativa del "målrelaterad ersättning" vilket är lite konstigt eftersom även volymuppdraget

är en målrelaterad ersättning. Den målrelaterade ersättningen utgör tre procent av ersättningen.

Nedanstående tabell visar de besöksersättningar som respektive mottagning får inom de olika nämndområdena.

	Sahlgrenska Universitets- sjukhuset	NU- sjukvården	SkaS	SÅS
Läkarbesök	3 250 kr	2 150 kr	3 275 kr	5 561 kr
Övriga besök	1 872 kr	1 280 kr	1 072 kr	2 317 kr
Andel rörlig ersättning	55 %	40 %	60 %	60 %
Ersättning för läkarbesök omräknat till 55% rörlig ersättning	3250	2956	3002	5097

Tabell 1: Ersättningar för olika typer av psykiatriska besök vid de fyra nämndområdena inom regionen.

Priserna varierar ganska kraftigt mellan de olika nämndernas områden. Förklaringarna till skillnaderna är flera. För att stimulera till ökat antal besök inom den psykiatriska öppenvården har regionen beslutat att ersättningen till öppenvården skall ha en större del rörlig ersättning. De olika sjukhusen har dock valt att ha olika stor rörlig och fast del. SÅS har valt att ha 40 % fast ersättning och 60 % rörlig ersättning. SU har valt 45 % fast ersättning och 55 % rörlig. Inom NU-sjukvården är den fasta ersättningen ca 60 % och den rörliga 40 %. Även detta påverkar naturligtvis ersättningarna. Noterbart är att besöksersättningen vid SÅS är betydligt högre än för de övriga även då vi räknat om till 55 % rörlig ersättning.

Dessutom är sjukhusens totalkostnader olika. Det senare gör att ersättningarna kan variera betydligt eftersom sjukhusens kostnader slås ut på det produktionsmål som sätts.

Ersättningsmodellen innehåller för samtliga mottagningar/kliniker även en målrelaterad ersättning. Den kan innehålla dels regiongemensamma faktorer dels lokala faktorer. Nedanstående parametrar visar SU:s målrelaterade krav:

- Den kvalitativa delen av uppdraget (målrelaterad ersättning)
- Diagnosregistrering
- Andel patienter som har vårdplan
- Funktionsskattning med GAF¹
- Handlingsplan för förbättringar utifrån patientenkät föregående år
- Redovisning av genomförda uppföljningsmöten med kommunerna
- Tillgänglighet inom ramen för vårdgarantin
- Antal omhändertagna remisser i förhållande till antalet returnerade

¹ GAF är en vedertagen metod för att skatta patientens förmåga att klara av sin vardag. Global Assessment Function Scale

- Andel besök som åtföljs av 1-3 koder d.v.s. hur många besök där vårdåtgärderna klassificeras.

3.1. Kommentar

Det är svårt att utifrån ersättningsnivån analysera produktiviteten för respektive mottagning. Förklaringen till att SÄS har en relativt hög andel rörlig förklaras inte av ambitionen att styra mot öppenvård eftersom SÄS har en relativt sett mindre andel slutenvård än andra kliniker. Enligt verksamhetschefen vid SÄS utgör priserna på besöken i sig ingen egentlig styrning av verksamheten.

4. Vårdlogistik vid åtta mottagningar

I följande avsnitt redogörs för hanteringen av kapacitetsstyrning och vårdlogistik vid åtta mottagningar. Utgångspunkten för analysen beskrivs i avsnitt 2.

4.1. Matchning av efterfrågan och kapacitet

En psykiatrisk mottagning i Västra Götalandsregionen har två olika typer av efterfrågan att arbeta med. Den ena utgörs av den volymbeställning som mottagningarna får från respektive beställarnämnd. Beställningen utgörs av ett visst antal sjukvårdande behandlingar och läkarbesök. Beställningen baseras på tidigare års produktion (Se föregående avsnitt)

Alla granskade enheter gör kontinuerligt avstämningar för att se om produktionen av besök svarar upp emot det aktuella volymuppdraget. Volymuppdraget verkar vara högst närvarande även om flera chefer i intervjuerna menar att den tidigare ensidiga betoningen av antal besök har mjukats upp och att även andra aspekter tas med i uppföljningen. Vi gör ändå bedömningen att volymuppdraget är mycket styrande. Vissa mottagningar bryter ner uppdraget på individnivå medan andra följer upp antalet besök på mottagningsnivå.

Inom NU-sjukvården har varje behandlare ett krav på sig att ta fyra besök per dag för de behandlare som inte gör utredningar. Målet skall nås på mottagningsnivå då vissa yrkeskategorier kan ta fler besök och andra färre. Inom SÄS arbetar man också efter målet fyra besök per dag och individ men har ännu inte nått upp till målet. Dessa målvärden är inte framtagna enbart utifrån volymuppdraget utan har också en utgångspunkt i vad som kan anses vara rekommendabelt utifrån ett arbetsbelastnings- och kvalitetsperspektiv. Psykiatriska kliniken inom SkaS har ett målvärde på 550 besök per behandlare och år. Hittills har detta räckt för att klara uppdraget men prognosen är att det inte kommer att räcka i framtiden. SU har inte brutit ner volymuppdraget på motsvarande sätt.

Den andra typen av efterfrågan är den faktiska d.v.s. det faktiska antalet patienter som har blivit remitterade eller som själva söker sig till mottagningarna samt det antal återbesök som genereras av mottagningarnas vårdplaner. Huruvida volymuppdraget motsvarar faktisk efterfrågan är inte helt enkelt att avgöra. Ett sätt att få en uppfattning är att se på tillgänglighetsläget. Alla mottagningar uppger att de klarar tillgängligheten enligt vårdgarantin.

Inom SÄS har kliniken under de senaste åren producerat mer än volymuppdraget, dock har inte antalet remisser ökat. I NU-sjukvården uppfattas beställningen som skev, beställaren signalerar en större produktion i glesbygden än vad som enligt verksamhetschefen upplevs vara den faktiska efterfrågan. I tätorterna däremot upplevs efterfrågan vara större än vad beställningen är. Argumentet som anges för det är att det tycks vara svårare att klara vårdgarantin i städerna än i glesbygd. Beställningen till psykosmottagningen Björkängen uppfattas till viss del vara större än efterfrågan.

Genom att samverka med vårdgrannar (primärvården och kommunen) kan mottagningarna till viss del påverka efterfrågan av mottagningens tjänster. Mottagningen i Lerum arbetar exempelvis konsultativt gentemot vårdcentralerna i offentlig regi.

Samtliga mottagningar uppger att antalet remisser för neuropsykiatriska utredningar har ökat markant och kommer fortsätta att öka. För att kunna upprätthålla en jämn produktionsnivå och undvika att köer bildas är det viktigt att inflödet av nya patienter överensstämmer med utflödet av patienter, dvs. avslutade patienter. De granskade psykosmottagningarna har ett relativt jämnt in- och utflöde av patienter. Dock bör det tilläggas att dessa patienter oftast har en livslång kontakt med psykiatrin och därför är utflödet av patienter begränsat. De vanligaste orsakerna till att en patient avslutas vid en psykosmottagning är flytt eller att patienten avlider. Kapacitetsmässigt minskar dock ofta psykiatrins insatser under sjukdomsförloppet eftersom patienten efter en tid mest har relationer med kommunala resurser.

Vid de allmänpsykiatriska mottagningarna är inflödet hos de flesta mottagningar större än utflödet. I Lerum är avslutade patienter 22% fler än inkommande. Medvetenheten om behovet av att avsluta patienter för att kunna frigöra utrymme för att ta in nya tycks vara blandad vid mottagningarna. Mottagningen i Lerum har tidigare år gått igenom samtliga behandlares patienter och haft en diskussion kring vilka som eventuellt kan avslutas och vilka som ska fortsätta med behandling. Vid mottagningen i Strömstad har liknande genomgång skett vid något tillfälle. Flera av mottagningarna uppger att de vid behandlingskonferenser kan ta upp och diskutera eventuellt avslut av patient med andra behandlare för att få stöd. Bilden är att det finns ett krav på behandlarna att avsluta patienter men att det är upp till den enskilde behandlaren och att avslutandet av vård inte följs upp på något systematiskt sätt. Undantag är mottagningen i Mariestad och Björkängens mottagning vilket framgår nedan i avsnittet om standardisering.

Förekomsten av så kallad Case Manager² för psykospatienter skiljer sig åt vid de granskade mottagningarna. Järntorget och Trollhättan har alla tre Case Managers för sina psykospatienter. I Strömstad har samtliga patienter med stort omvårdnadsbehov och många behandlare en Case Manager oavsett diagnos. Vid mottagningen i Lerum är det endast personer med så kallad dubbeldiagnos som har Case Managers. Patienter med större vårdbehov har en VOBS (vård och behandlingsansvarig). Även patienterna vid psykosmottagningen Björkängen har VOBS. Vid mottagningen i Mariestad har psykospatienterna en fast stödkontakt med en psykiatrisjuksköterska, men inget som kallas samordnare/Case Manager.

4.2. Styrning av inkommande remisser

Andelen remisser som skickas tillbaka till remitenten eller avböjs skiljer sig mellan mottagningarna. Vid öppenvårdsmottagningen Göteborg/Centrum Öst avböjs mellan 45-50 procent av remisserna per år. Av de återstående skickas ca 35-40 procent tillbaka till inremitterande för komplettering. Mottagningen mäter kontinuerligt hur många resmissor som de avböjer och hur många de skickar tillbaka för komplettering. Anledningen till den stora andelen dels avböjda remisser och kompletterade remisser tros vara att primärvården, som är en av mottagningens största remittenter, har många hyrläkare. Öppenvårdsmottagningen i Strömstad avböjer 40% av remisserna.

² Case Management är en metod där en person (Case Manager) agerar som en samordnande funktion gentemot en viss patient för att koordinera olika vårdaktörers insatser och för att patienten ska få kontinuitet i kontakten med vården. Metoden anses skapa både kvalitet och ett effektivt utnyttjande av resurser.

Öppenvårdsmottagningen i Mariestad upplever inte att de får ta emot någon större mängd remisser som ligger utanför deras uppdrag. Antalet remisser som de skickar tillbaka för komplettering är också lågt.

Av psykosmottagningarna är det framför allt mottagningen i Göteborg som får avböja många remisser. Antalet avböjda remisser uppskattas till 50 procent. De övriga två mottagningarna upplever inte att antalet avböjda remisser är stort eller att remisserna behöver kompletteras i någon större utsträckning.

Vår samlade bedömning av är att andelen avböjda och kompletterade remisser är så stort överlag att det finns anledning att göra systematiska analyser och åtgärder för att få en större träffsäkerhet i remitteringen. Vi får intrycket att dessa återvändande remisser på något sätt har blivit remissmottagarens sätt att kommunicera med remittenten. Eftersom remissbedömningsprocessen vid en öppenvårdsmottagning är en ganska resurskrävande aktivitet skulle en ökning av träffsäkerheten och kvaliteten i remisserna kunna ge betydande effekter på tillgängligheten och inte minst på patientens ledtid, d.v.s. väntan på vård.

4.3. Hantering av köer och flaskhalsar

Telefontillgängligheten till mottagningarna är god då samtliga har en öppen telefonlinje under kontorstid. Vid mottagningen i Strömstad finns det personal tillgänglig vid telefon mellan klockan åtta på morgonen och klockan två på natten. Efter kontorstid svarar det mobila teamet för tillgängligheten och de kan även göra hembesök vid behov.

Samtliga mottagningar klarar vårdgarantin, men vid vissa mottagningar glesas återbesöken ut till förmån för att kunna ta emot nybesök. Detta gäller framför allt tillgången till läkarbesök och förekommer vid öppenvårdsmottagningarna i Strömstad, Mariestad, Göteborg/Centrum Öst. Vid psykosmottagningen vid Järntorget använder sig exempelvis sjuksköterskorna av telefonkontakt istället för ett fysiskt besök vid tillfällen där det är lämpligt och behov föreligger. Någon mätning av hur mycket återbesöken förskjuts till förmån för nybesök görs inte vid någon av mottagningarna. Vid kliniken i SÅS har den så kallade undanträngningseffekten diskuterats och direktivet till mottagningarna är att om målet att klara vårdgarantin får oönskade effekter så ska mottagningarna kontakta verksamhetschefen.

Inom NU-sjukvården försöker kliniken att etablera ett "team-tänk" där någon behandlare i teamet kring en patient kan följa upp vad en annan behandlare har gjort. Detta är ett led i att undvika effekter på återbesöken på grund av vårdgarantin.

Vid öppenvårdsmottagningen i Falköping förekommer så kallade "titt in-besök". Istället för att boka in ett läkarbesök tittar läkaren in under exempelvis ett pågående sjuksköterskebesök.

Vid mottagningen i Lerum styr man inte bara mot att klara vårdgarantins 90 dagar till första besök utan på kliniknivå har det beslutats att man ska klara av att ta första besöket inom 60 dagar. Mottagningen har inga problem att klara detta mål.

Vår bedömning är att de flesta mottagningarna har en ganska god flexibilitet i meningen att utnyttja de befintliga kompetenserna för att matcha de behov som patienterna har. Däremot är klinikernas, med vissa undantag, tendens att använda vårdgarantins gränser som ett verksamhetsmål för tillgänglighet inte ändamålsenligt utifrån principerna om modern vårdlogistik. Vi återkommer till detta i avsnitt 5.

4.4. Standardisering

En standardiserad remissprocess finns vid samtliga mottagningar men i olika utsträckning och utseende. De flesta innehåller remisskonferenser och behandlingskonferenser. Vid psykosmottagningen Björkängen, och de två mottagningarna inom SkaS har det tagits fram en tydlig rutin för hur processen skall fungera. Hos övriga mottagningar finns det inte lika tydliga avstämningspunkter.

Vi vill speciellt lyfta fram den standardprocess som klinikledningen inom SkaS utarbetat. Förutom att denna standard skapar stora möjligheter att snabbt göra en första kartläggning av patientens problem finns det framför allt avstämningspunkter där det görs en kollegial bedömning om värdet av behandlingen och ett beslut huruvida behandlingen ska fortsätta. Det sistnämnda är centralt inom just psykiatrin där det finns en tendens att behandlare kan knyta upp en patient av olika skäl under flera år med många besök. Denna standard gör det möjligt att ställa de existerande patienternas behov mot de patienter som ännu inte fått tillgång till vård. Med andra ord blir den en viktig komponent i matchningen av kapacitet mot efterfrågan.

Standarden är dock inte helt implementerad inom SkaS ännu. Den mottagning som kommit längst är Mariestad. Falköping har bara delvis implementerat modellen. Utöver SkaS finns det inslag av liknande standard vid Göteborg Centrum/Öst och vid Björkängens mottagning.

Samtliga mottagningar arbetar med olika standardiserade mallar för dokumentation. Bland annat mottagningarna i Strömstad och Lerum använder sig av mallar för nybesök och besök. I journalsystemet Melior finns sökord för att på ett lättare sätt sortera texten. I vilken utsträckning dessa sökord används är oklart, mottagningen i Lerum menar att användningen skulle kunna ökas.

Vår samlade bedömning angående standardisering är att det finns goda exempel inom regionen men att det återstår arbete innan psykiatrins öppenvård överlag kan sägas utnyttja denna princip inom modern vårdlogistik.

4.5. Tidbokningsförfarande

Tidbokningen till första besök sköts oftast av sekreterare. Övriga besök bokas in av respektive behandlare. Sekreterarna bokar tider åt vissa av läkarna, övriga yrkeskategorier bokar in sina patienter själva och sekreterarna har inte tillgång till deras tidböcker. Inom SÅS pågår ett arbete med att alla kliniker skall ha öppna tidböcker. Detta skall vara infört i april 2010. Målet är också att primärvården skall kunna boka in tider för patienter på en av de psykiatriska mottagningarna men detta mål kommer inte att nås under 2010 utan senare.

Ombokningar av tider sker relativt ofta. Mottagningarna i Strömstad och Trollhättan har statistik över hur många besök som uteblivit, hur många som lämnat återbud och hur många av dessa de kunde ringa in en annan patient till. De har även statistik över hur ofta personalen har varit tvungna att boka om patienter. Vid mottagningen i Mariestad genomförs under hösten 2009 en manuell granskning av antalet uteblivna besök samt återbud då de inte litat på det material som de fått ut ur det patientadministrativa systemet. Övriga mottagningar har inte gjort någon mätning av andelen uteblivna besök eller återbud men uppfattar att det händer relativt ofta vilket förklaras med att patientgruppen är sådan. Inom kliniken vid SÅS pågår ett arbete med att ta fram en riktlinje för hantering av uteblivna besök/återbud.

För att minska andelen uteblivna patienter skall mottagningen Göteborg/Centrum Öster införa SMS-påminnelse. Denna åtgärd har även diskuterats vid andra mottagningar.

Vår sammantagna bedömning är att de psykiatriska mottagningarna inte i tillräcklig utsträckning analyserat och utnyttjat möjligheten att öka träffsäkerheten i tidbokningarna. Det är högst sannolikt att det går att minska antalet uteblivna besök vilket skulle få direkt påverkan på tillgängligheten. Vi gör också bedömningen att tidbokningen behöver bli mycket mer transparent på det sättet som planeras inom SÅS. En transparent tidbokning är fundamental för att en verksamhet på ett effektivt sätt ska kunna styra sin verksamhet och vara flexibel mot svängningar i efterfrågan. I en väl fungerande verksamhet upplevs öppna tidböcker inte som ett hot eller inskränkt frihet utan som en del i den gemensamma angelägenheten att utnyttja resurserna effektivt.

Med utgångspunkt i ovanstående och i övriga noteringar från besöken vid mottagningarna bedöms de olika mottagningarna befinna sig på olika utvecklingsnivåer när det gäller tillämpning av modern vårdlogistik.

Allmänpsykiatriska mottagningar	Utnyttjandet av modern vårdlogistik
Falköping	2
Mariestad	3
Trollhättan	2
Strömstad	3
Lerum	3
Björkängen	3
Göteborg Centrum/Öst	2
Järntorget	2

Tabell 2: Bedömning av de olika mottagningarnas användning av modern vårdlogistik. 1= Obefintligt, 2=I någon grad, 3=I flera avseenden, 4=Exemplariskt

De mottagningar som vi givit bedömningen 3, d.v.s. i flera avseenden tillämpar principer inom modern vårdlogistik, har god och uppdaterad bild på hur kapaciteten utnyttjas. De har dessutom ledtider och köeliminering (visserligen i olika grad) som fokus och de har på olika sätt försökt att standardisera och därmed synliggjort sitt produktionssystem. Det senare är ett viktigt fundament för att kunna styra efter modern vårdlogistik.

4.6. Vårdlogistik vid de tre psykosmottagningarna

Vårdprogrammet, som trädde i kraft 2009, avser upptäckt, diagnos och behandling av tidiga psykoser. Enligt vårdprogrammet bör en upptäckt psykospatient erbjudas ett läkarbesök eller

insats inom 24 timmar. Enligt väntetider i vården är väntetiderna för de tre granskade psykosmottagningarna 5-8 veckor för Björkängen och Järntorget och 9-13 veckor vid Trollhättan.

Tillgänglighetssituationen är alltså problematisk men samtliga mottagningschefer uppger att de inte har några problem att prioritera nyupptäckta och tidiga psykoser och erbjuda tid inom vårdprogrammets gränser. Det gäller även för andra mottagningar som behandlar psykoser. Antalet nya fall är ganska få under ett år vilket gör att det inte krävs någon större flexibilitet för att kunna prioritera dessa patienter. Uppenbarligen finns det brister i väntetidsstatistiken.

Samtliga psykosmottagningar arbetar dessutom med Case-Management-principen vilket borgar för den i vårdprogrammet betonade kommunikationen med patienten som är viktig för dessa patienter som i vissa faser av sjukdomen har svårt att kommunicera.

En annan aspekt är standardisering och av de tre mottagningarna är det Björkängen som framstår som relativt välutvecklad när det gäller att standardisera remissprocessen och andra delar av behandlingen. De övriga två mottagningarna har en potential att utveckla sin standardisering.

5. Styrning mot produktivitet och effektivitet

I detta avsnitt har vi för avsikt att granska på vilket sätt regionens styrmodell befrämjar en effektiv resursanvändning.

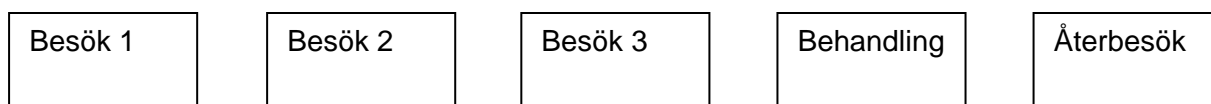
Produktivitet anger hur mycket eller hur stor volym av en vara eller tjänst som en organisation kan skapa med en given resurs. Att varan eller tjänsten skapar ett värde för kunden tas för givet. Begreppet *effektivitet* inkluderar även hur mycket nytta/värde som skapas av en given resurs. Exemplet nedan illustrerar skillnaden.

Antag att en badkarskran lämnats öppen på övervåningen i en villa så att vatten rinner nerför trappan och ut i huset. Antag vidare att en samling grannar kommit för att hjälpa till med sina hinkar. De bildar en kedja från badkaret och tar emot vattnet i hinkar, skickar hinkarna genom kedjan och ut i trädgården för att undvika att det rinner över badkaret. Ju färre personer som behövs för att klara av langningen av vattnet eller ju snabbare langningen går, desto högre är produktiviteten. Effektiviteten är dock katastrofalt låg eftersom det vore mycket bättre att stänga av kranen.

Produktivitet och effektivitet i sjukvården hänger intimt samman. En hög produktivitet i form av smidig logistik och frånvaro av köer och väntetider...

- ...minskar antalet fel i vårdarbetet
- ...minskar arbetstid som stjäls från det direkta patientarbetet
- ...ökar möjligheten att ge god vård genom tidiga insatser
- ...ger större arbetsglädje som sin tur är en förutsättning för god vård

En utgångspunkt i denna granskning är att produktiviteten är viktig att styra mot och att följa upp men ändå bara ett steg mot att skapa rätt kapacitet. En indikation på att rätt kapacitet skapats är att ledtiderna är korta från beslut till handling och att köbildningar uteblir. Därför är det intressant i vilken mån sådana processmått används i styrningen av regionens hälso- och sjukvård. Vikten av att använda processmått och inte bara produktivitet illustreras av nedanstående konstruerade exempel. Antag att en vårdprocess består av fem aktiviteter som i figuren nedan.



Efter ett utvecklingsprojekt kommer man fram till att denna vårdprocess kan genomföras med bara tre aktiviteter genom att de åtgärder som genomförs vid besök 2 och 3 besöken slås ihop till ett och samma tillfälle. Om produktionen mäts i antalet aktiviteter så kommer det att i uppföljningen se ut som att produktiviteten sjunker, såvida inte nya väntande patienter direkt kan utnyttja den frigjorda kapaciteten. I verkligheten ökar dock både produktiviteten (fler

patienter med samma resurs) och med all sannolikhet också effektiviteten d.v.s. värdet för patienten. Exempel på mått för processeffektivitet kan vara ledtider, antal fel, antal uteblivna besök e.t.c.

5.1. Hälso- och sjukvårdsnämndernas styrning

I de uppdrag som Hälso- och sjukvårdsnämnderna formulerar till sjukhusen är det endast den rörliga ersättningen som kan sägas styra mot produktivitet. Den rörliga ersättningen skiljer sig mellan de fyra områdena som valt att i olika grad stimulera till produktion. Vår bild är att volymuppdraget har en mycket stark styrande effekt upp till ersättningstaket. Ett annat syfte med fördelningen av den fasta och rörliga ersättningen är att styra från sjukhusvård³ mot öppenvård. Vår bedömning är att en rörlig ersättning kan utgöra ett incitament till en minimiproduktion. En modern organisation bör dock istället ha ambitionen att matcha efterfrågan så att köer inte bildas. Den rörliga ersättningen, som dessutom i flera nämndområden delas upp i läkarbesök och andra besök, leder inte mot en styrning utifrån modern vårdlogistik. Modellen med rörlig besöksersättning är behäftad med följande problem:

- Incitamentet att arbeta smart och öka effektivitet och produktivitet stannar i viss mån upp när uppdraget eller produktionstaket är uppnått.
- Ersättningsmodellen är inriktad på volymer av aktiviteter i första hand, inte på resultat. Även om vi begränsar perspektivet till produktivitet så kan produktiviteten öka genom att minska antalet aktiviteter. En förändring av en vårdprocess från fem till fyra eller tre besök och kortare ledtid får den omedelbara effekten att den rörliga ersättningen minskar, såvida det inte finns möjlighet att direkt ta hand om en annan patient med den frigjorda resursen.
- Beslutet av vad som kan anses vara relevant åtgärd visavi patientens problem flyttas i viss mån från professionen till en administrativ nivå. Det är s.a.s. redan bestämt att efterfrågan bör matchas med en exakt angiven volym läkarbesök och en viss bestämd volym besök till andra behandlare. Därtill är volymuppdragen inte i första hand framtagna utifrån en prognos av efterfrågan utan snarare ett sätt att fördela kostnaderna och att sätta ett kostnadstak.

Regionen, via HSN, har i sin uppföljning av verksamheten ett processmått som delvis kan ge en indikation på hur väl resurserna används, nämligen tillgängligheten. Tillgängligheten följs tyvärr inte upp tillsammans med produktivitetsorienterade mått som exempelvis antal besök per behandlar eller liknande. Med ett undantag, psykiatriska kliniken SÅS, definieras god tillgänglighet i termer av vårdgarantins gränser. Om 90% av patienterna får ett första besök inom 90 dagar och behandling inom samma tid har målet uppnåtts. En sådan utgångspunkt i

³ Ordet sjukhusvård används här synonymt med begreppet slutenvård. Vi gör det av skälet att det väl etablerade begreppet slutenvård är direkt missledande framför allt inom somatisk vård men även inom psykiatrisk vård. Det är bara en liten del av patienterna som är tvångsvårdade vilket skulle kunna ett argument (om än svagt) för att använda begreppet slutenvård. Dessutom kännetecknas all modern psykiatri av allt annat än vård i slutna system. Tvärtom är det patientens anhöriga, sociala sammanhang som involveras i behandlingen, d.v.s. det öppna systemet.

en verksamhetsstyrning är högst anmärkningsvärd eftersom det är väl känt inom styrning och logistik att en organisation tenderar att ställa in sig på ledtider som fastställs som krav. Ett verksamhetsmål som utgår från vårdgarantin riskerar dels att dölja undvikbara köer dels att permanenta processer med för långa ledtider som i sin tur genererar onödig administration och dålig patientsäkerhet.

Vid granskning av styrdokument och utifrån intervjuerna med verksamhetsrepresentanterna framgår att tillgängligheten i stort sett är god inom psykiatrin i Västra Götaland. Vi får en helt annan bild då vi granskar de uppskattade väntetiderna i SKL:s "Väntetider i vården".

Vi har tittat på samtliga 58 allmänpsykiatriska mottagningar och psykosmottagningar och finner nedanstående väntetider:

Uppskattad väntetid mindre än 4 veckor	12 mottagningar
Uppskattad väntetid 5 – 8 veckor	11 mottagningar
Uppskattad väntetid 9-13 veckor	25 mottagningar

Även om det kan finnas vissa kvalitetsbrister i statistiken, vilket i så fall är ett problem i sig⁴, visar dessa siffror mycket tydligt ett oacceptabelt tillstånd när det gäller väntetider. Det är uppenbart att verksamheten i stort har rättat in sig på att hålla vårdgarantin. Det finns egentligen ingenting som talar för att det skulle vara svårare eller kräva mer resurser att hålla 4-veckorsgränsen än 12-veckorsgränsen, snarare tvärtom. Detta gäller under förutsättning att väntetiderna är någorlunda stabila över tiden.

Vid de mottagningar som ingår i denna granskning uppger samtliga att de klarar kraven på tillgänglighet. Men görs ovanstående analys på de granskade mottagningarna blir bilden en annan. De granskade enheterna är förvisso bättre än för regionen som helhet men av de åtta mottagningarna som ingår i denna granskning anger en mottagning (Lerum) en förväntad väntetid på mindre än 4 veckor, fem mottagningar uppger en förväntad väntetid på 5-8 veckor. Två mottagningar uppger en förväntad väntetid på 9-13 veckor. Lerum som ligger inom SÅS är också ett av de undantag som arbetar utifrån andra tillgänglighetsmål än vårdgarantin och bör framhållas som ett föredöme i detta avseende.

Problemet med att regionen så enkelspårigt inriktar sig på vårdgarantins gränser blir också att professionella bedömningar och prioriteringar hämmas eller försvåras. Exempelvis kan ett återbesök vara mycket mer värdeskapande än ett nybesök både ur ett medicinskt och ur ett ekonomiskt perspektiv.

5.2. Styrningen på sjukhus och kliniknivå

Vi har frågat cheferna vid de olika mottagningarna hur de anser att regionens styrmodell skapar incitament för produktivitet och effektivitet. Den dominerande uppfattningen är att nämnderna tidigare riktade all uppmärksamhet mot volymen besök (antal pinnar) men att styrningen under det senaste året har fått ett bredare anslag. Det intryck vi fått vid besöken vid de åtta mottagningarna är dock att volymuppdraget fortfarande är mycket styrande.

⁴ Enligt intervjuerna klarar man av att snabbt ge nyinsjuknade patienter vilket inte statistiken ovan visar.

Oavsett om detta volymuppdrag är nedbrutet på individnivå vid den specifika mottagningen eller inte så är det en parameter som följs kontinuerligt av ledningen.

I den formella styrningen och uppföljningen finns det mycket sparsamt med produktivetsorienterade parametrar. Vi har funnit följande mått som är av intresse i denna granskning.

Sjukhus	Produktivets- eller processorienterade mått	Kommentar
SÄS	Antal enheter som bokar in besök och inom en vecka meddelar patienten Behandlingstid för pågående patienter	Mäter inte hur många besök som bokas inom en vecka vilket vore mer intressant Intressant ur kapacitets- och machningssynpunkt
SkaS	Endast produktionsvolymerna och förändringar av dessa Antal besök per yrkesgrupp	Besök per yrkesgrupp kan vara av intresse för att åskådliggöra hur kompetensen används men ger ingen information om produktiviteten
NU	Endast produktionsvolymerna och förändringar av dessa	
SU	Endast produktionsvolymerna och förändringar av dessa	

Det är alltså mycket sparsamt med styrparametrar som fokuserar produktivitet och processeffektivitet vid de olika sjukhusen. Denna bedömning ska ses mot bakgrund att det är just styrningen av produktivitet och processeffektivitet som granskats. Det innebär att mottagningarnas och sjukhusens övriga eventuella förtjänster och medicinska effektivitet inte ingår i bedömningen. Vi vill också upprepa det faktum att verksamhetscheferna och mottagningscheferna i de flesta fall följer utvecklingen av antalet besök på kollektiv nivå och hos flera på individnivå. NU- sjukvården och SÄS har dessutom satt upp ett mål på fyra besök/behandlare.