

# Granskning av produktionsplanering

Landstinget Blekinge



EY

Anders Hellqvist

## Innehåll

---

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Inledning</b> .....	<b>5</b>
1.1. Bakgrund .....	5
1.2. Syfte.....	5
1.3. Avgränsning.....	6
1.4. Revisionskriterier .....	6
1.5. Metod.....	6
<b>2. Produktionsplanering är ett led i effektivt resursutnyttjande</b> .....	<b>7</b>
<b>3. Landstingets mål och ambitioner avseende produktionsplanering</b> .....	<b>9</b>
<b>4. Produktionsplanering vid de granskade enheterna</b> .....	<b>11</b>
4.1. Kvinnokliniken Blekingesjukhuset .....	11
4.1.1. Kommentar .....	13
4.2. Rehabkliniken .....	13
4.2.1. Kommentar .....	14
4.3. Medicinkliniken .....	15
4.3.1. Kommentar .....	16
4.4. Kirurgkliniken .....	16
4.4.1. Kommentar .....	18
4.5. Vuxenpsykiatri Öst.....	18
4.5.1. Kommentar .....	20
<b>5. Sammanfattande slutsatser och rekommendationer</b> .....	<b>21</b>
5.1. Sammanfattande bedömning och rekommendationer .....	22

## Sammanfattning

---

Syftet med föreliggande granskning har varit att granska i vilken utsträckning som landstinget och i detta fall Nämnden för Blekingesjukhuset och Nämnden för psykiatri och habilitering säkerställt en effektiv produktionsplanering.

Det finns en relativt välutvecklad kunskap och beprövad erfarenhet som visar att det finns ett ganska betydande värde av att tillämpa en produktionsplanering som utgår ifrån tanken att det ska kunna finnas en balans mellan behovet och den kapacitet enheten kan skapa. Både produktionsbehovet och kapaciteten är inom vissa gränser påverkbara. Små förändringar i denna balans kan få stor betydelse för eventuella köer och anses skapa en bättre arbetsmiljö i och med en bättre överblick av verksamheten. Fem enheter har granskats på operativ nivå.

Denna granskning visar att de granskade enheterna saknar flera av de moment som ingår i en välfungerande produktions- och kapacitetsplanering. Att kapaciteten ska planeras utifrån produktionsbehovet och inte utifrån resurserna är numera en självklarhet men utgör endast en del av flera i en modern produktionsplanering.

Flera av de enheter som granskats i denna rapport brottas med köer, väntetider och rekryteringsproblem vilket kan innebära att en balans mellan produktionsbehov inte kan uppnås under rådande förutsättningar men det bedöms ändå vara ett stort värde av att obalansen ska vara så liten som möjligt. I första hand handlar det om patientsäkerhet och uppdraget i hälso- och sjukvårdslagen att ge jämlik vård på lika villkor. I andra hand handlar det om välfungerande och hälsosamma arbetsplatser och god ekonomi. De granskade enheterna har systematiska planeringscykler och olika metoder för att hantera den komplexitet och oförutsägbarhet som verksamheten betingar men utifrån perspektivet som beskrivs ovan vad beträffar modern produktionsplanering har granskningen visat följande utvecklingsmöjligheter:

- ▶ Det kommande produktionsbehovet kan prognosticeras mer aktivt årsvis eller halvårsvis och utgöra ett underlag för planeringen av den befintliga kapaciteten. Vissa enheter gör detta, exempelvis medicinkliniken, men det är inte ett generellt sätt att planera verksamheten inom de olika verksamheterna. I de flesta fall bryts inte detta behov ner på vecka eller annan kort horisont för att därmed utgöra underlag för bemanning och schemaläggning.
- ▶ Det finns avsevärda möjligheter för flera enheter att göra en förutsättningslös kartläggning av vilken kapacitet som kan förväntas av respektive yrkesgrupp. Det finns olika sätt att göra sådana uppskattningar, exempelvis mätning av hur tiden fördelas mellan olika sysslor. I flera fall finns det inga produktionsmål för yrkesgrupper eller enheter och som är utformade utifrån delens produktionsplanen och arbetsmiljön.
- ▶ Bemanning och schemaläggning görs i flera fall inte utifrån det totala produktionsbehovet. I de flesta fall blir vissa aktiviteter, ofta mottagningsverksamheten, en restpost efter att andra och högre prioriterade aktiviteter först bemannats.
- ▶ Ett av de viktigaste momenten i produktions- och kapacitetsplaneringen är frekvent uppföljning av produktionsutfallet i relation till produktionsplanen. Det kan fungera som en motor i utvecklingsarbetet. Den uppföljning som sker på de flesta ställen sker månadsvis och görs framför allt genom att

man går igenom väntetidsläget. Det innebär att planeringen utgår från en förväntad kösituation istället för produktionsmålet.

När det gäller tillvaratagandet av olika yrkesgruppers kompetens är bedömningen att landstinget centralt har genomfört ändamålsenliga aktiviteter för att utvärdera möjligheterna till att ompröva yrkesgruppernas arbetsuppgifter. Det finns emellertid behov av att följa upp hur och om verksamheterna använder resultatet av den genomförda kartläggningen. Det finns få restriktioner i hälso- och sjukvårdslagen om vad olika yrkesgrupper får och inte får göra och med tanke på hälso- och sjukvårdens rekryteringsläge och väntetidsproblematik bedöms denna fråga vara av stor vikt.

Utifrån vad som framkommit i granskningen ges Nämnden för Blekingesjukhuset och Nämnden för psykiatri och habilitering följande rekommendationer:

- ▶ Följ upp verksamheternas arbete med att omfördela arbetsuppgifter för att bättre utnyttja befintlig kompetens, bland annat utifrån den genomförda kartläggningen. Den omvårdnadsdokumentation som kan växlas till undersköterskor bör speciellt vara föremål för uppmärksamhet och följas av nämnden.
- ▶ Säkerställ att projektet Vårdnära service resulterar i ett utnyttjande av de möjligheter som tidigare konstaterats och som nyligen visats i personaldirektörens kartläggning.
- ▶ Ta initiativ till en förbättring av produktionsplaneringsmetoderna inom hälso- och sjukvården och utred vilket stöd de operativa verksamheterna behöver för att utveckla produktions- och kapacitetsplaneringen.
- ▶ Utveckla nämndernas uppföljning från att inte enbart följa väntetider enligt 60-dagarsgränsen och för nybesök och behandling till en uppföljning som visar om hur produktionsbehovet matchas av rätt kapacitet. Om nämndernas uppföljning omorienteras mot produktionsplanering istället för andel som klara väntetidsmålet kan det skapa en god drivkraft för verksamheterna att etablera en modern produktions- och kapacitetsplanering.

# 1. Inledning

---

## 1.1. Bakgrund

Under det senaste dryga decenniet har ett antal olika modeller använts för att bedriva utveckling av vårdens processer. Gemensamt för alla begrepp och koncept är att patientens väg genom vården är utgångspunkt för arbetet och organiseringen av resurser. Istället för att fokusera på resursägare och chefsområden är utgångspunkten patienternas behov samt vilka aktiviteter som behöver genomföras för att på bästa sätt möta dessa behov.

En utmaning i processutvecklingen och verksamhetsutvecklingen har varit att vända, den av tradition etablerade, tendensen inom svensk sjukvård att planera och bemanna verksamheten utifrån resurserna och i mindre grad utifrån behovet. Att utgå från behov/efterfrågan är också en central aspekt i arbetet med att arbeta bort vårdköer. Etablerad köteori och en av nyckelprinciperna inom lean pekar på behovet av att minimera det "slöseri" som administration av köer innebär. En god matchning av behov och kapacitet är därför ett viktigt fundament för både tillgänglighet och effektiv användning av resurser.

Det nyligen framlagda slutbetänkandet från utredningen "Effektiv vård" anger, som en av flera komponenter, sjukvårdens behov av en modern produktionsplanering och arbetsfördelning för att öka effektiviteten. Även professionsmiljarden uttrycker behovet av alternativa lösningar på arbetsfördelningsfrågan.

Landstingets revisorer har valt att initiera en granskning av hur landstinget arbetar med att etablera en ändamålsenlig produktionsplanering inom hälso- och sjukvårdsverksamheten.

## 1.2. Syfte

Syftet med granskningen är att bedöma om Landstinget Blekinge säkerställer en effektiv resursanvändning genom produktionsplanering.

För att nå syftet med granskningen besvaras följande delfrågor:

- ▶ Vilket centralt stöd finns för verksamheternas utveckling av produktionsplaneringsmetoder?
- ▶ Finns det någon målsättning när det gäller verksamheternas produktions- och kapacitetsplaneringsmetoder?
- ▶ Använder sig verksamheterna av någon systematisk metod för produktions- och kapacitetsplanering?
- ▶ Finns det centrala och lokala strategier för att nå en optimal arbetsfördelning mellan olika yrkesgrupper (både legitimerade och icke legitimerade)?



### 1.3. Avgränsning

Granskningen avgränsas till verksamheter inom Blekingesjukhuset och Psykiatri och habilitering.

### 1.4. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterier kan ofta hämtas från lagar och förarbeten, föreskrifter och interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut.

- ▶ Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), 28-29 § I HSL 28 § framgår att ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.
- ▶ Kommunallagen (KL), 6 kap. 7 § I KL 6 kap. § 7 framgår att nämnder och styrelser ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnder och styrelser ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.
- ▶ Reglemente för Nämnden för Blekingesjukhuset
- ▶ Reglemente för Nämnden för psykiatri – och habilitering
- ▶ EYs erfarenhet och kunskap om produktions- och kapacitetsplanering inom svensk hälso- och sjukvård

### 1.5. Metod

Granskningen har genomförts genom granskning av dokument och intervjuer med verksamhetscheferna för samtliga verksamhetsområden samt med förvaltningschefen för Blekingesjukhuset.

## 2. Produktionsplanering är ett led i effektivt resursutnyttjande

*I detta avsnitt förklaras begreppet produktionsplanering och dess förhållande till processtyrning.*

En utgångspunkt i föreliggande granskning är att planeringen av produktionen är en grundsten för att bedriva processutveckling. Inom hälso- och sjukvården går det inte med exakthet att förutsäga vilken typ av produktion som ska utföras den närmaste tiden eller i vilken omfattning, det beror på vilka och hur många patienter som söker vård. Denna relativa osäkerhet delar hälso- och sjukvården med en mängd andra verksamheter inom både offentlig och privat verksamhet. Det är också så att möjligheterna att göra tämligen träffsäkra prognoser om produktionsbehovet har visat sig vara goda. Det gäller både planerad vård och akut vård.

Utöver syftet att använda kapaciteten rätt för att därigenom utnyttja de resurser som finns på bästa möjliga sätt finns det ett speciellt skäl att planera produktionen utifrån det prognosticerade behovet. Möjligheten att kunna skapa en kapacitet som motsvarar behovet ökar om hela produktionsbehovet prognosticeras och bryts ner och matchas mot befintliga resurser. Frånvaron eller minskning av köer och väntetider eliminerar en betydande arbetsbörda som går till att administrera kön och väntande patienter.



Resurser är inte synonymt med kapacitet i ovanstående figur. Kapaciteten är de antal besök, behandlingar, operationer, terapeutiska samtal m.m. som kan åstadkommas med resurserna. Organisering av arbetsuppgifter, styrning av patientflöden, schemaläggning, bemanning m.m. avgör hur stor kapacitet som kan åstadkommas, d.v.s. inte i första hand hur hårt eller snabbt personalen arbetar.

De organisationer och landsting som utvecklat modeller och metoder för produktionsplanering har tagit fram olika varianter av modeller. De flesta modeller innehåller emellertid följande grundkomponenter.



För det första behöver en analys göras av vilket behov som ska mötas den kommande perioden, för det andra behövs en bild av vilka och hur många aktiviteter som behöver genomföras för att klara behovet och för det tredje behöver aktiviteterna bemannas. Med jämna mellanrum behöver den faktiska produktionen följas upp och avvikelser behöver användas i korrigerings- och utvecklingsarbetet. En generellt giltig princip är att uppföljning med fördel sker tämligen frekvent och att flera av nyckelpersonerna i organisationen deltar men att kort tid ägnas åt dessa möten.

Vissa landsting har valt att använda sig av benämningen "produktions- och kapacitetsplanering" för att betona att det består av både utifrånperspektivet (produktion) och inifrånperspektivet (kapacitet).

Uppföljningen av produktionsutfallet i förhållande till planen kan med fördel användas som ett av flera underlag för att utveckla vårdens processer. Svaret på frågan varför förra veckans produktion inte kunde genomföras kan ibland användas för att utveckla process och arbetssätt. I denna granskning är det enbart produktions- och kapacitetsplaneringen som berörs.



### 3. Landstingets mål och ambitioner avseende produktionsplanering

---

År 2010 startades ett arbete med att etablera en metod för produktions- och kapacitetsplanering inom den dåvarande Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Projektet var en delkomponent i handlingsplanen "Se möjligheterna 2011" och bedrevs med hjälp av extern konsultresurs. Projektet innebar bland annat att varje verksamhet genomlystes ur ett resurs- kapacitetsperspektiv med målsättningen att produktionen framgent skulle planeras genom att kapaciteten i form av arbetade timmar skulle uppskattas för att kunna utföra det produktionsbehov som identifierades. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen hade en intern projektledare som höll ihop arbetet för förvaltningens räkning. Ett av syftena med projektet var bland annat att skapa riktlinjer för vilken bemanningsintensitet respektive heldygnsavdelning och mottagningarna skulle ha utifrån uppdraget. Tanken var också, vilket blev verklighet, att tio procent av den personal som beräknades vara nödvändig skulle placeras inom den interna bemanningsenheten.

Bemanningsenheten etablerades men ambitionerna med att etablera en generell modell för produktionsplanering lades av olika skäl ner. En av orsakerna var att implementeringen inte hade utförts på ett sätt som skapade legitimitet för sättet att planera. Förankringen var bristfällig och utvecklingen drevs av flera interna och externa aktörer med bristande samordning.

Vid intervjuerna i denna granskning framkommer att det finns spår av dessa mätningar och uppskattningar men att det inte används som underlag för den produktionsplanering som äger rum nu.

I landstingsplanen och budget för 2016-2018 står att läsa:

*Landstinget ska enligt kommunallagen ha en god ekonomisk hushållning och bedriva verksamheten på ett kostnadseffektivt och ändamålsenligt sätt. God ekonomisk hushållning är en förutsättning för en långsiktigt stabil ekonomi som ger oss möjlighet att ge medborgarna en god hälso- och sjukvård och samtidigt ha utrymme att möta framtidens utmaningar.(s 20)*

*Nämnderna ansvarar för att verksamheten bedrivs effektivt och efter fastställda mål och riktlinjer. Nämnderna ansvarar därmed för att tillgängliga resurser används på bästa sätt för att uppnå de uppsatta målen. För att säkerställa att verksamheterna bedrivs effektivt är det viktigt att följa upp kvaliteten i verksamheten och måluppfyllelse i förhållande till insatta resurser. En effektiv vård har hög måluppfyllelse i förhållande till insatta resurser. Det krävs således flera mått (utöver mått som visar produktivitet) ur flera olika perspektiv för att beskriva vårdens effektivitet.(s. 32)*

I övrigt finns inga fullmäktigebeslut som explicit formulerar ett uppdrag för styrelse och nämnder att implementera något system för produktions- och kapacitetsplanering.

Förvaltningschefen för Blekingesjukhuset uppger i intervjun att det finns ett behov av utveckling när det gäller produktions- och kapacitetsplanering. Det finns vissa delar av verksamheten som har drivit produktionsplaneringen långt men som helhet behövs en gemensam systematik, stöd och systemstöd för en modern och aktiv produktionsplanering. Förvaltningschefen menar att styrningen av produktionen grovt sett utgår ifrån tillgänglighetsmått, andel patienter som får tid

eller behandling inom 60 dagar, som endå mått på hur produktionen matchar produktionsbehovet. Det är också de signaler som når den politiska styrningen.

Förvaltningschefen har initierat ett antal arbetsgrupper i Blekingesjukhusets ledningsgrupp. En av dessa arbetsgrupper har uppdraget att bland annat ta fram ett underlag för produktionsplanering och schemaläggning. Arbetet pågår.

Ett systemstöd för produktionsplanering är enligt förvaltningschefen under upphandling. Förvaltningschefen uppger att det är en av förutsättningarna för att skapa en sjukhusövergripande bas för att kunna utveckla produktionsplaneringen.

När det gäller fördelningen av arbetsuppgifter initierade personaldirektören ett projekt 2015; "På toppen av sin kompetens". I projektet gjordes bland annat kartläggningar av vilka arbetsuppgifter som sjuksköterskor och undersköterskor utför samt kartläggning av samtliga yrken. Några av de viktigaste slutsatserna i rapporten och som har bäring på denna granskning var:

- ▶ Vid Blekingesjukhusets avdelningar fann projektet möjligheter till att växla arbetsuppgifter mellan sjuksköterskor och undersköterskor vid endast en av 17 avdelningar. I övrigt utförde undersköterskorna redan idag en stor del av patienternas basala omvårdnad och medicinska omvårdnad.
- ▶ Det fanns dock vissa generella arbetsuppgifter som kan "och bör" växlas mellan sjuksköterskor och undersköterskor. Det gäller dokumentation av patientens omvårdnad och tillstånd samt att utföra riskbedömningar.
- ▶ Däremot fann projektet att det i större utsträckning finns möjligheter att frigöra tid för sjukvårdspersonalen genom att använda andra yrkesgrupper.
- ▶ Intervjuer gjordes med läkare inom psykiatri. De intervjuade läkarna uppgav att de arbetade med rätt saker i förhållande till uppdraget men att det i vissa fall kan finnas möjligheter till förändring. Det senare kräver dock djupare utredning.
- ▶ Utom i några enstaka fall använder sig avdelningarna vid Blekingesjukhuset tvättstugescheman för omvårdnadspersonalen. Enligt projektrapporten fungerar "tvättstugescheman" utom i några fall bra och utan att alltför mycket tid behöver läggas på administrationen.

Enligt personaldirektören är projektet avslutat och det är upp till varje förvaltning, verksamhet och avdelning att gå vidare med att bedriva utveckling inom området. När det gäller överlämning till andra yrkesgrupper bedrivs projektet "Vårdnära service" vilket beskrevs i revisionsrapport "Granskning av sjukhusstädning" 2015.

## 4. Produktionsplanering vid de granskade enheterna

*Avsnittet beskriver produktionsplaneringen som den bedrivs vid de enheter som ingår i granskningen. I dessa genomgångar är fokus på planeringen av läkarnas insatser eftersom den planeringen till stora delar påverkar övrig verksamhet. Det bör även betonas att beskrivningen är avgränsad till att analysera de moment i produktionsplaneringsprocessen som beskrivits tidigare och i vilken mån som moment saknas. De brister som identifieras behöver inte betyda att den aktuella kliniken nödvändigtvis misshushåller med sina resurser.*

### 4.1. Kvinnokliniken Blekingesjukhuset

Kvinnokliniken består av:

- ▶ Mödravårdshälsovård i fem kommuner
- ▶ Gynekologisk specialiserad öppenvård i Karlskrona och Karlshamn
- ▶ Operationsverksamhet (5 dgr/vecka i Karlskrona och 1 dag/vecka i Karlshamn)
- ▶ Förlossningsavdelning i Karlskrona (ca 1600 per år)

Enligt de analyser som kliniken gjort är cirka 70 procent av verksamheten av akut karaktär (i betydelsen icke-planerad). Kliniken har under de senare åren i allt större utsträckning börjat operera både ickemaligna och maligna operationer med robotassisterad kirurgi. Kliniken har svårt att klara både 60-dagars och 90-dagars väntetid på grund av läkarbrist.

I kliniken handlingsplan för 2016 beskrivs följande aktiviteter som har koppling till produktionsplanering. Båda finns som indikatorer för hela Blekingesjukhuset.

- ▶ Andel besök och behandling som sker inom 60 dagar, exklusive självvald väntan
- ▶ Andel besvarade telefonsamtal på berörda mottagningar/enheter

I övrigt finns inga skrivningar kopplat till planeringen av produktionen.

### **Kvinnokliniken planeringsprocess**

**Analys av  
kommande behov**

Antalet förlossningar beräknas utifrån ett historiskt snitt plus/minus kända förändringar. Ett exempel på förändring är antalet flyktingar som inför 2016 förväntades påverka förlossningen och mödravården märkbart.

Kända förändringar av utbudet; exempelvis infektionsscreening vid MVC.

Behovet av antal gynekologiska mottagningar beräknas utifrån tidigare års genomsnitt.

Antalet operationer beräknas utifrån tidigare års genomsnitt.

**Kartläggning av  
befintlig kapacitet**

Inga mätningar av kapacitet eller tidsanvändning är gjord som grund för kapacitetsplaneringen.

För att ta höjd för förändringar och produktionsbortfall räknas standardmässigt tre månaders produktion bort.

Det finns inga produktionsmål på individnivå. För läkarna blir schemaläggningen per uppgiftskategori indirekt ett produktionsmål.

**Planering av  
kapacitet och  
bemanning**

Omvårdnadspersonalen schemaläggs både vid mottagning och avdelning för att öka flexibiliteten i bemanningen.

Avdelnings-/mottagningscheferna bryter ner det samlade produktionsbehovet på individnivå.

Först planeras och bemannas maligna operationer, bemanning på akutmottagning, akuta besök samt förlossning och BB. Därefter blir ickemaligna operationer och planerade öppenvårdsbesök en residual.

Schemat för samtliga yrkesgrupper läggs för fyra veckor i taget. Skälet till den relativt korta schemaperioden uppges vara att man då slipper att göra så många förändringar.

Bemanningen på avdelningarna (heldygnsvården) planeras utifrån tidigare bemanningsintensitet. Inga vårdtyngdsmätningar ligger till grund för avdelningarnas bemanning.

**Uppföljning**

Den uppföljning som sker är då tillgängligheten mäts vilket är vid månadsuppföljningen. Tillgängligheten mäts i andel patienter som fått första besök eller behandling inom 60 respektive 90 dagar.

När det gäller området kompetensöverföring i syfte att förbättra tillgängliga resurser har kliniken ingen explicit handlingsplan eller strategi. Däremot sker sådana initiativ utifrån uppkomna problem med exempelvis kompetensbrist. Som exempel har



barnmorskor tagit över prolapskontroller<sup>1</sup> från läkare och därmed frigöra tillgänglighet till läkare.

#### 4.1.1. Kommentarer

Produktionsplaneringen baseras på en grov uppskattning utifrån historiska data. Under årets gång är det uppföljningen av väntetiderna som påverkar planeringen och då framför allt vilka patienter som ska bokas på de tider som finns. Vilken kapacitet som faktiskt finns tillgänglig bygger på tidigare sätt att boka. Kliniken har inte genomfört någon aktuell och mer djupgående analys av vilken tid respektive yrkesgrupp behöver för olika sysslor. Schemaläggningen för läkare görs relativt ofta, vilket kan generera mycket administration. Visserligen kan arbetet med att göra ändringar i schemat minska men orsakerna till att schemat behöver förändras bedöms som angeläget. Eventuellt kan det finnas åtgärder som kan minska behovet av förändringar.

Uppföljning av produktionsutfallet visavi planen saknas. Analys av i vilken utsträckning som antalet uteblivna besök kan minskas är inte gjord.

## 4.2. Rehabkliniken

Rehabkliniken består av sex yrkesgrupper som arbetar direkt mot patienterna, antingen inom klinikens egna mottagningar och avdelningar eller mot sjukhusets övriga verksamhet. Planeringsmässigt är utgångspunkten tre processer inom vilka personalen arbetar.

- ▶ Strokeprocessen
- ▶ Smärtprocessen
- ▶ Allmänprocessen

Kliniken innehåller sex öppenvårdsenheter på olika orter i länet samt två avdelningar för heldygnsvård. Vårdavdelningarna är strokeenheter som innehåller en akutdel (med läkare från medicinkliniken) och en rehabdel. På den ena orten finns dessutom slutenvårdsuppdraget för länet avseende rehabilitering av patienter med ryggmärgsskador och traumatiska hjärnskador. På den andra orten finns slutenvårdsuppdraget avseende vård av djupt medvetandesänkta patienter med hjärnskada.

I klinikens handlingsplan 2016 finns följande moment som har koppling till produktionsplanering:

- ▶ Andel besök och behandling som sker inom 60 dagar exklusive självvald väntan (Blekingesjukhusets indikator)
- ▶ Andel besvarade telefonsamtal på berörda mottagningar/enheter (Blekingesjukhusets indikator)

### Rehabklinikens planeringsprocess

<b>Analys av kommande behov</b>	Behovet av öppenvård och heldygnsvård bygger på tidigare års volymer (bland annat remissinflöde) med korrigerig för eventuella kända förändringar. Det kan
---------------------------------	--

<sup>1</sup> Prolaps innebär att inre kroppsorgan faller ut eller buktar ut ur kroppsöppningar.

exempelvis vara införandet av nya operationsmetoder som kräver mer och förändrade rehabiliteringsinsatser. Inom smärtprocessen finns en viss möjlighet att styra flödet till kliniken eftersom definitionen av smärtproblematik är diffus.

Eftersom många av medarbetarna arbetar mot hela sjukhusets verksamheter görs procentuella uppskattningar av hur stor del av kapaciteten som ska fördelas mot olika vårdgrannar. Behovet styrs därför i hög grad av dessa vårdgrannars inflöde och produktionsplanering.

Avdelningarna för heldygnsvård har idag svårigheter att bedöma hur stort inflödet kan bli från andra avdelningar på sjukhuset på kort sikt. Patientflödet är inte synligt för rehabavdelningarna.

#### **Kartläggning av befintlig kapacitet**

Kliniken har inte gjort några närmare analyser av olika yrkesgruppers tidsanvändning för att därigenom kartlägga hur mycket kapacitet som finns tillgänglig.

#### **Planering av kapacitet och bemanning**

När kapaciteten planeras är utgångspunkten öppenvård och heldygnsvård inom respektive process. De olika yrkeskategorierna arbetar i någon av dessa, i båda eller olika beroende på individ. Den personal som finns planeras direkt mot det uppskattade produktionsbehovet och de positioner som är förutbestämda.

Bemanningen på avdelningarna (heldygn) planeras utifrån tidigare bemanningsintensitet. Inga vårdtyngdsmätningar ligger till grund för avdelningarnas bemanning.

#### **Uppföljning**

Uppföljning av produktionen sker egentligen endast genom att följa tillgängligheten till nybesök vid mottagningarna samt eventuella överbeläggningar vid avdelningarna.

Rehabkliniken har ingen explicit plan eller strategi för att analysera i vilken omfattning omfördelning av arbetsuppgifter skulle kunna göras. De ganska betydande problemen när det gäller rekrytering ska i handlingsplaner mötas med andra typer av åtgärder som kompetensutveckling, arbetsmiljöåtgärder, lönestrategier m.m. Chefstjänster har till viss del besatts med undersköterskor vilket innebär bibehållen sjuksköterskeresurs. Sedan flera år har avdelningsköken bemannats med köksbiträden, i det ena fallet med bemanning via projektet "Vårdnära service".

#### **4.2.1. Kommentar**

Kliniken har jämförelsevis större svårigheter att göra uppskattningar av produktionsbehovet eftersom behovet till stor del genereras av andra specialiteter. Även om prognososäkerheten är relativt stor skulle en kontinuerlig uppföljning av produktionen jämfört med en nedbruten plan kunna vara till stor hjälp för att undvika köproblematik.

Kliniken har inte gjort några systematiska analyser av tidsanvändning hos respektive yrkesgrupp som underlag för kapacitetsplaneringen.

Analys av uteblivna besök är inte gjord.

Väntetider är den informationskälla som används för att anpassa och korrigera bemanningen och bokningarna under årets gång. Produktionen planeras inte utifrån en målbild att behov och kapacitet ska balanseras.

#### 4.3. Medicinkliniken

Medicinkliniken är ett av sjukhusets större verksamhetsområden. Verksamheten består av åtta sektioner eller delspecialiteter.

- ▶ Allergi
- ▶ Diabetes
- ▶ Gastroenterologi
- ▶ Hematologi
- ▶ Lungmedicin
- ▶ Neurologi
- ▶ Njurmedicin
- ▶ Reumatologi

Läkarna bemannar både klinikens verksamheter och medicinlinjen på akutmottagningen samt jourverksamheten.

I klinikens handlingsplan 2016 finns Blekingesjukhusets två parametrar för uppföljning av tillgänglighet:

- ▶ Andel besök och behandling som sker inom 60 dagar, exklusive självald väntan.
- ▶ Andel besvarade telefonsamtal på berörda mottagningar/enheter.

I övrigt finns i handlingsplanen 2016 inga skrivningar om hur produktionsplaneringen ska fungera.

### Medicinklinikens planeringsprocess

#### **Analys av kommande behov**

Uppskattningen av produktionsbehovet görs utifrån en analys av de tre senaste åren samt aktuellt remissinflöde. För varje delsektion upprättas ett produktionsmål per månad utifrån de tre senaste årens genomsnitt. Produktionsmålet uttrycks i antal timmar för läkarbesök, både nybesök och återbesök. Tiden för att genomföra olika besök har uppskattas och ligger till grund för denna prognos av produktionsbehovet.

#### **Kartläggning av befintlig kapacitet**

Inga mätningar av tidsåtgången för respektive yrkesgrupp är gjord som underlag för att uppskatta tillgänglig kapacitet.

### **Planering av kapacitet och bemanning**

Läkarschemat läggs för fyra veckor i taget. Först planeras läkarbemanningen av akutverksamheten samt avdelningarna. Därefter planeras öppenvårdsverksamheten och i intervjuerna framkommer att läkarschemat är mycket sårbart eftersom bemanningen inte räcker till att kompensera uppkomna händelser i form av sjukdom och annat. Det är det främsta skälet till att planeringshorisonten bara är fyra veckor i taget.

### **Uppföljning**

Varje månad stäms utfallet av produktionen av med produktionsplanen. För varje sektion kan måluppfyllelsen avseende produktionen, uttryckt i läkartimmar, avläsas. Det finns emellertid inte någon systematik i hur den information som avvikelserna från planen kan ge utnyttjas i processutvecklingssyfte.

Uppföljningen av produktionen sker dessutom genom att tillgängligheten till ett första besök vid mottagningarna i Karlskrona och Karlshamn följs. Även tillgängligheten för återbesök följs regelbundet och bildar utgångspunkt för planeringen för varje månad.

Uteblivna besök uppges vara ett ganska stort problem. Det sker dock ingen systematisk uppföljning av dessa och hittills har inga speciella åtgärder vidtagits för att minska dem.

Kliniken har inga explicita planer eller strategier för att analysera möjligheterna till förändringar av arbetsuppgifter eller kompetensöverföringar.

#### **4.3.1. Kommentar**

Kliniken har inte genomfört någon djupare analys av tidsanvändning eller på annat sätt förutsättningslöst uppskattat vilken kapacitet som finns till förfogande för respektive yrkesgrupp. Men i planeringen finns det en ambition att matcha kapaciteten mot hela produktionsbehovet och det finns en systematik i att följa upp utfallet regelbundet, inte enbart mot väntetiderna utan mot den planerade produktionsvolymen. Därmed finns förutsättningar för att en välutvecklad produktionsplanering ska kunna etableras.

Andelen uteblivna besök beskrivs vara ett problemområde men inga planer finns för närvarande på att hitta lösningar för att minska dessa.

## **4.4. Kirurgkliniken**

Verksamhetsområdet består av två kirurgmottagningar, en i Karlskrona och en i Karlshamn. Vid dessa mottagningar genomförs läkarbesök, sjuksköterskebesök och skopiundersökningar. Dessutom finns det en onkologimottagning i Karlskrona. Operationer genomförs i både Karlskrona och i Karlshamn. Kirurgkliniken har ett visst antal operationssalsdagar tilldelade vid operationsenheterna men kan



överlämna detta utrymme till andra specialiteter vid eventuella uppkomna brister i läkartillgängligheten. Kliniken är indelad i flera subspecialiteter som bildar sektioner för bukkirurgi, plastikkirurgi kärkirurgi, urologi och onkologi. Respektive sektion planerar sina beök.

En stor del av vården är av akut karaktär och canceroperationerna har hög prioritet, inte minst nu då de standardiserade vårdförloppen implementeras. Antalet operationer ökar trendmässigt enligt verksamhetschefen men antalet vårdplatser förändras inte i takt med ökningen vilket gör att vårdplatser kan bli en flaskhals.

I verksamhetsplanen för 2016 beskrivs att vården bland annat ska:

- ▶ "vara effektiv, vilket innebär att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Detta innebär i sin tur att vården utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer utifrån tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektiviteten för åtgärderna"
- ▶ "ges i rimlig tid, det vill säga att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av"

Under rubriken "Rätt vård i rätt tid" anges följande mätetal och föreslagna åtgärder:

- ▶ Kartläggning av antal och tid från remiss till utförd koloskopi per kommun.
- ▶ Faktisk väntetid till besök och behandling i 70 % sker inom 60 dagar.
- ▶ Rätt prioritering av remisser
- ▶ Genomgång av andel strukna operationer

Under rubriken hög kostnadsmedvetenhet finns inga skrivningar som berör produktionsplaneringen. Under rubriken "övrigt" beskrivs att kliniken ska fortsätta utveckla samarbetet mellan operationsplanerare, mottagningsplanerare och schemaläggare, bland annat uppges att verksamhetschefen har en alltför stor roll i den processen.

## Kirurgiklinikens planeringsprocess

### **Analys av kommande behov**

Utgångspunkt för planeringen är tidigare års produktion samt aktuellt remissinflöde. Enligt intervjuerna är det enkelt att förutsäga produktionsbehovet. Produktionsbehovet avseende mottagning, operation, jour, ronder, remissbedömning m.m. bryts ner per vecka för att planera läkarinsatserna.

### **Kartläggning av befintlig kapacitet**

Någon aktuell mätning av olika yrkesgruppers tidsanvändning ligger inte till grund för planeringen av kapaciteten. En mätning gjordes emellertid 2011 då en övergripande satsning på produktionsplanering genomfördes med stöd av en extern konsult.

Tidsåtgång för operationer kan dock uppskattas med ganska stor säkerhet via det operationsplaneringssystem som används på Blekingesjukhuset.

#### **Planering av kapacitet och bemanning**

Läkarschemat läggs sektionvis för 4 eller 6 veckor. Sektionsledarna gör planeringen av läkarresurserna, oftast för 6 veckor i taget. Varje torsdag morgon görs avstämningar för att bland annat om möjligt plana ut variationer i mottagningsverksamheten samt avstämning av att operatörer finns till planerade operationer. Om operatörer saknas lämnas operationssalskapacitet till andra kliniker.

#### **Uppföljning**

Utfallet av produktionsplanen (besök och operationer) följs upp en gång i månaden av cheferna. Där konstateras bland annat att kliniken ofta genomför fler besök än vad som var planerat.

Framför allt är det tillgängligheten till nybesök och operationer inom 60 dagar som följs. Denna tillgänglighet har varit dålig under en längre tid.

Kirurgkliniken har ingen explicit plan eller strategi för att se över och ompröva fördelningen av arbetsuppgifter mellan olika yrkesgrupper. Införandet av exempelvis sjuksköterskedrivna mottagningar har dock skett under tidigare år liksom den utveckling som skett nationellt.

#### **4.4.1. Kommentar**

Planeringen av operationer utifrån väntelista sker delvis separerat från övrig produktionsplanering. En integration av hela planeringen är att rekommendera och finns också som angivet utvecklingsområde i klinikens handlingsplan.

Någon djupare analys av vilken tillgänglig kapacitet som finns i form av tidmätning till olika arbetsuppgifter är inte gjord. När det gäller uteblivna besök har kliniken nyligen börjat med sms-påminnelser och hoppas därigenom kunna minska andelen uteblivna besök. En rutin för bokade operationer i Karlshamn är att patienten ska ringa och bekräfta om tiden inte passar, i de fall de inte gör det ringer operationsplaneringssköterskan upp.

Kliniken har en god bild av produktionsbehovet men gör inte några frekventa uppföljningar av utfallet per vecka eller månad. Kirurgkliniken arbetar under ett tryck av läkarbrist och köer av patienter med lägre prioritet.

### **4.5. Vuxenpsykiatri Öst**

Verksamhetsområdet Vuxenpsykiatri öst består av två mottagningar med öppenvård och mellanvård, en i Karlskrona och en i Ronneby. Därutöver finns det en enhet för dagvård där individer och grupper får behandling av olika slag.

Alla remisser går till ett speciellt akut- och rådgivningsteam som bedömer och sorterar remissen till rätt avdelning. Vårdprocesserna kan vara ganska långa. Enligt intervjuerna är 76 procent av patienterna kvar i vårdprocessen efter ett år. vissa patienter, exempelvis psykospatienter, har en livslång relation med vården om än med olika intensitet beroende på sjukdomens svårighetsgrad.

I förvaltningens handlingsplan för 2016 är de aktiviteter som beskrivs för att arbeta efter nämndens indikatorer (avseende vuxenpsykiatri) för tillgänglighet följande:

- ▶ Måldatum ska finnas för alla nybesök inom 30 dagar

- ▶ Identifiera och genomföra tydliga rutiner gällande nybesök, t.ex. genom prioritering
- ▶ Aktiviteter inom vuxenpsykiatri för patienter som erbjudits start av fördjupad utredning
  - Månadsrapportering över väntelistan
  - Översyn av psykologutredningsveckor, t.ex. utredningsveckor
  - Tydliga gemensamma rutiner för vad som krävs innan fördjupad utredning kan starta

Under rubriken "Hållbar kostnadsutveckling för en långsiktigt stabil ekonomi" finns inga beskrivna aktiviteter kopplat till produktionsplanering.

## Vuxenpsykiatri Öst:s planeringsprocess

### **Analys av kommande behov**

Produktionsbehovet uppskattas utifrån statistik från föregående år men några djupare analyser av hur produktionsbehovet kommer att präglade kommande verksamhetsår görs inte.

### **Kartläggning av befintlig kapacitet**

Ingen uppskattning av olika yrkesgruppers tidsanvändning ligger till grund för kapacitetsplaneringen. Det är bokningsbara tider som utgör resursen eller begränsningen.

Det finns ett produktionsmål att varje behandlare ska ha patienttid 50 procent av arbetstiden d.v.s. 20 timmar i vecka för en heltid.

### **Planering av kapacitet och bemanning**

När remisser kommer in sätts bedömningstider upp hos de olika behandlarna. Bokning sker intill dess att det inte längre finns några tider. Antalet samtal som krävs för att bedöma en patients vårdbehov kan skifta. Verksamhetschefen har nyligen introducerat en ny guide för dessa bedömningssamtal för att i högre grad standardisera bedömningsfasen.

När beslut om att en patient ska behandlas och fördelats till en behandlare inom enheten behåller ofta behandlaren ansvaret för patienten genom hela vårdprocessen.

Det finns inte några individuella produktionsmål för respektive behandlare. Det är behandlaren och läkaren som avgör hur många behandlingstillfällen och dess frekvens en vårdepisod ska innehålla.

### Uppföljning

Det görs ingen uppföljning där produktionsplan stäms av mot utfall. Det är tillgängligheten, tid till första besök, till fördjupad utredning och tid till behandling som används som indikatorer på om kapaciteten ligger i paritet med inflödet.

Inflödets storlek i förhållande till avslut följs upp men resultatet föranleder inga direkta åtgärder.

Analys av antalet uteblivna besök används inte som underlag för att påverka ett bättre utfall i förhållande till produktionsbehovet.

Vuxenpsykiatri Öst har i likhet med förvaltningen som helhet ingen explicit strategi eller utvecklingsplan som berör omprövning av arbetsfördelning mellan olika yrkesgrupper.

#### 4.5.1. Kommentar

Hela förvaltningen psykiatri och habilitering har historiskt sett de senare åren haft en relativt god tillgänglighet. Men verksamheten har på senare år fått en ansträngd situation med ett stort beroende av hyrläkare.

Det finns ett flertal parametrar som kan avgöra hur stort produktionsbehovet kommer att vara. Flera av dessa parametrar ligger inom verksamhetsområdets möjligheter att påverka.

Någon kapacitetsplanering som bygger på en analys av hur mycket tillgänglig kapacitet som finns hos personalen görs egentligen inte.

Vuxenpsykiatri Öst har inte infört någon systematisk kollegial omprövning av pågående vårdprocesser för att därigenom kunna analysera och eventuellt balansera inflöde och utflöde.



## 5. Sammanfattande slutsatser och rekommendationer

---

Syftet med granskningen är att bedöma om Nämnden för Blekingesjukhuset samt Nämnden för Psykiatri och habilitering säkerställt effektiv resursanvändning genom produktionsplanering.

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

Revisionsfråga	Svar
1 Vilket centralt stöd finns för verksamheternas utveckling av produktionsplanerings-metoder?	Det finns inga centrala stödresurser som verksamhetsområdena/klinikerna kan göra anspråk på för att utveckla produktionsplaneringen.
2 Finns det någon målsättning när det gäller verksamheternas produktions- och kapacitetsplaneringsmetoder?	Det finns inga sjukhus- eller landstingsövergripande målsättningar mer än att verksamheterna ska arbeta för kostnadseffektivitet.  En arbetsgrupp inom Blekingesjukhusets ledningsgrupp har startat ett arbete med att ta fram metoder för produktions- och kapacitetsplanering inom Blekingesjukhuset.
3 Använder sig verksamheterna av någon systematisk metod för produktions- och kapacitetsplanering?	Nej ingen generell grundmodell. Verksamheterna använder sig av olika och lokalt utformade metoder för att planera produktionen. Dessa kan dock vara systematiska och utvecklade över tiden. Bedömningen är dock att de flesta av de granskade enheterna använder "traditionella" metoder vilka inte svarar upp emot av vad som kan sägas vara en modern produktionsplanering.

Revisionsfråga	Svar
4 Finns det centrala och lokala strategier för att nå en optimal arbetsfördelning mellan olika yrkesgrupper (både legitimerade och icke legitimerade)?	På uppdrag av personaldirektören har nyligen en kartläggning av möjligheter till kompetens- och uppgiftsöverföring gjorts. Det är nu upp till verksamheterna själva att fortsätta utvecklingsarbetet utifrån de resultat som framkom i rapporten. Rapporten visade bland annat att arbetsfördelning mellan sjuksköterskor och undersköterskor redan varit föremål för förändring vid de flesta av avdelningarna. Däremot identifierades större möjligheter att överföra arbetsuppgifter till andra, icke sjukvårdsutbildade yrkesgrupper.

## 5.1. Sammanfattande bedömning och rekommendationer

Syftet med föreliggande granskning har varit att granska i vilken utsträckning som landstinget och i detta fall Nämnden för Blekingesjukhuset och Nämnden för psykiatri och habilitering säkerställt en effektiv produktionsplanering. När det gäller produktionsplanering finns det idag inga tvingande regelverk eller riktlinjer nationellt som kan användas som bedömningsgrund. Det är kommunallagens skrivningar om god ekonomisk hushållning som det går att hänvisa till när det gäller formella revisionskriterier. Naturligtvis ger den formuleringen ett mycket stort utrymme för tolkningar och åsikter om vad som kan sägas vara god hushållning och vilka krav det ställer på bland annat sättet att planera produktionen.

Däremot finns det en relativt välutvecklad kunskap och beprövad erfarenhet som visar att det finns ett ganska betydande värde av att tillämpa en produktionsplanering som utgår ifrån tanken att det ska kunna finnas en balans mellan behovet och den kapacitet enheten kan skapa. Både produktionsbehovet och kapaciteten är inom vissa gränser påverkbara. Små förändringar i denna balans kan få stor betydelse för eventuella köer och anses skapa en bättre arbetsmiljö i och med en bättre överblick av verksamheten.

Denna granskning visar att de granskade enheterna saknar flera av de moment som ingår i en välfungerande produktions- och kapacitetsplanering. Att kapaciteten ska planeras utifrån produktionsbehovet och inte utifrån resurserna är numera en självklarhet men utgör endast en del av flera i en modern produktionsplanering.

Flera av de enheter som granskats i denna rapport brottas med köer, väntetider och rekryteringsproblem vilket kan innebära att en balans mellan produktionsbehov inte kan uppnås under rådande förutsättningar men det bedöms ändå vara ett stort värde av att obalansen ska vara så liten som möjligt. I första hand handlar det om patientsäkerhet och uppdraget i hälso- och sjukvårdslagen att ge jämlik vård på lika villkor. I andra hand handlar det om välfungerande och hälsosamma arbetsplatser och god ekonomi. De granskade enheterna har systematiska planeringscykler och olika metoder för att hantera den komplexitet och oförutsägbarhet som verksamheten betingar men utifrån perspektivet som beskrivs ovan vad beträffar modern produktionsplanering har granskningen visat följande utvecklingsmöjligheter:

- ▶ Det kommande produktionsbehovet kan prognosticeras mer aktivt årsvis eller halvårsvis och utgöra ett underlag för planeringen av den befintliga kapaciteten. Vissa enheter gör detta, exempelvis medicinkliniken, men det är inte ett generellt sätt att planera verksamheten inom de olika verksamheterna. I de flesta fall bryts inte detta behov ner på vecka eller annan kort horisont för att därmed utgöra underlag för bemanning och schemaläggning.
- ▶ Det finns avsevärda möjligheter för flera enheter att göra en förutsättningslös kartläggning av vilken kapacitet som kan förväntas av respektive yrkesgrupp. Det finns olika sätt att göra sådana uppskattningar, exempelvis mätning av hur tiden fördelas mellan olika sysslor. I flera fall finns det inga produktionsmål för yrkesgrupper eller enheter och som är utformade utifrån dels produktionsplanen dels arbetsmiljön.
- ▶ Bemanning och schemaläggning görs i flera fall inte utifrån det totala produktionsbehovet. I de flesta fall blir vissa aktiviteter, ofta mottagningsverksamheten, en restpost efter att andra och högre prioriterade aktiviteter först bemannats.
- ▶ Ett av de viktigaste momenten i produktions- och kapacitetsplaneringen är frekvent uppföljning av produktionsutfallet i relation till produktionsplanen. Det kan fungera som en motor i utvecklingsarbetet. Den uppföljning som sker på de flesta ställen sker månadsvis och görs framför allt genom att man går igenom väntetidsläget. Det innebär att planeringen utgår från en förväntad kösituation istället för produktionsmålet.

När det gäller tillvaratagandet av olika yrkesgruppers kompetens är bedömningen att landstinget centralt har genomfört ändamålsenliga aktiviteter för att utvärdera möjligheterna till att ompröva yrkesgruppernas arbetsuppgifter. Det finns emellertid behov av att följa upp hur och om verksamheterna använder resultatet av den genomförda kartläggningen. Det finns få restriktioner i hälso- och sjukvårdslagen om vad olika yrkesgrupper får och inte för göra och med tanke på hälso- och sjukvårdens rekryteringsläge och väntetidsproblematik bedöms denna fråga vara av stor vikt.

Utifrån vad som framkommit i granskningen ges Nämnden för Blekingesjukhuset och Nämnden för psykiatri och habilitering följande rekommendationer:

- ▶ Följ upp verksamheternas arbete med att omfördela arbetsuppgifter för att bättre utnyttja befintlig kompetens, bland annat utifrån den genomförda kartläggningen. Den omvårdnadsdokumentation som kan växlas till undersköterskor bör speciellt vara föremål för uppmärksamhet och följas av nämnden.
- ▶ Säkerställ att projektet Vårdnära service resulterar i ett utnyttjande av de möjligheter som tidigare konstaterats och som nyligen visats i personaldirektörens kartläggning.
- ▶ Ta initiativ till en förbättring av produktionsplaneringsmetoderna inom hälso- och sjukvården och utred vilket stöd de operativa verksamheterna behöver för att utveckla produktions- och kapacitetsplaneringen.
- ▶ Utveckla nämndernas uppföljning från att inte enbart följa väntetider enligt 60-dagarsgränsen och för nybesök och behandling till en uppföljning som visar om hur produktionsbehovet matchas av rätt kapacitet. Om nämndernas uppföljning omorienteras mot produktionsplanering istället för andel som klara väntetidsmålet kan det skapa en god drivkraft för verksamheterna att etablera en modern produktions- och kapacitetsplanering.

Stockholm den 26 september 2016







## Bilaga 1:

Förvaltningschef Blekingesjukhuset

Verksamhetschefer och förstalinjechefer vid Medicinkliniken och Kirurgkliniken.

Verksamhetschefer vid Kvinnokliniken, Rehabkliniken och Vuxenpsykiatri Öst.