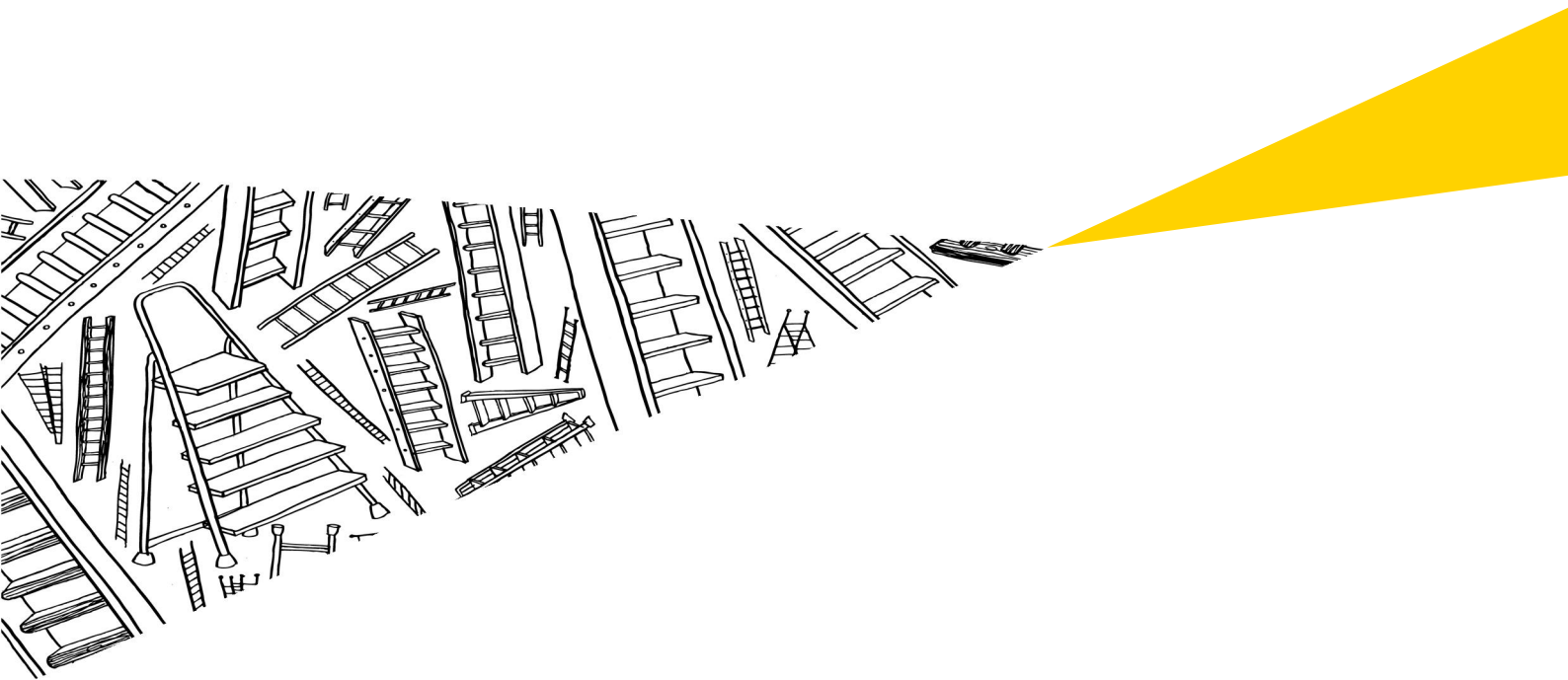


# Landstinget Kronoberg

## Granskning av kapacitetsutnyttjande



## Innehåll

<b>1. Inledning</b> .....	<b>1</b>
1.1. Bakgrund.....	1
1.2. Syfte.....	1
1.3. Avgränsning.....	2
1.4. Metod.....	2
<b>2. Vad är produktions- och kapacitetsplanering?</b> .....	<b>2</b>
<b>3. Produktions- och kapacitetsplanering i landstinget Kronoberg</b> .....	<b>3</b>
3.1. Nuläge.....	4
<b>4. Landstingsledningen tar nya initiativ 2014</b> .....	<b>8</b>
<b>5. En modell för produktions- och kapacitetsplanering är framtagen för landstinget</b> .....	<b>9</b>
<b>6. Medicinkliniken i Växjö genomför pilotprojekt i produktions- och kapacitetsplanering</b> .....	<b>10</b>
6.1. Process- och produktionsutveckling vid skopiverksamheten.....	11
<b>7. Slutsatser och rekommendationer</b> .....	<b>12</b>
7.1. Sammanfattande slutsatser och bedömning.....	13
<b>Bilaga 1 Intervjupersoner</b> .....	<b>16</b>

## Sammanfattning

Syftet med föreliggande granskning är att bedöma om landstingsstyrelsens styrning säkerställer en effektiv användning av legitimerad personal (hälso- och sjukvårdspersonal).

Den övergripande slutsatsen utifrån granskningens resultat är att landstingsstyrelsen har vidtagit adekvata åtgärder för att fullgöra fullmäktiges uppdrag att införa en effektiv produktions- och kapacitetsplanering. Arbetet är fortfarande i sin linda vilket innebär att det är en lång väg kvar till att styrelsen kan anses ha säkerställt en effektiv användning sjukvårdspersonalens kompetens.

Vi noterar att fullmäktige i sin landstingsplan explicit angett att verksamheten och tillgängligheten inte ska planeras och följas upp utifrån vårdgarantins kriterier. Ambitionen för 2016 är högre ställd med max 5 dagar till läkarbesök i primärvården och max 30 dagar till besök och behandling i specialistsjukvården. Alla verksamhetsmål som denna granskning kommit i kontakt med (inklusive delårsrapporter 2 2014) är emellertid utformade utifrån Kömiljardens kriterier, d.v.s. 60 dagar. Landstingsstyrelsen har ännu inte anpassat styrning och uppföljning utifrån uppdraget i landstingsplanen. Skälet till denna notering är även att denna brist bedöms vara en indikation på att det är en bra bit kvar till dess att en systematisk produktions- och kapacitetsplanering är på plats. Det finns fler sådana indikationer. Schemaläggningsmetoder för både läkare och vårdpersonal sker på ett sätt som inte indikerar en modern produktionsplanering. Vissa avdelningar gör om hela proceduren med att administrera alla önskningar var fjärde vecka trots att inga förändringar behövs ur produktionssynpunkt. Erfarenheter från andra landsting säger också att det är tveksamt om detta förfaringssätt ens behövs för att svara upp emot medarbetarnas behov av flexibilitet.

Innehållet i de principer och de utgångspunkter som karaktäriserar den modell för produktions- och kapacitetsplanering som ska implementeras bedöms i huvudsak vara ändamålsenliga. Bedömningen grundar sig på den praxis och kunskapsutveckling som skett inom svensk sjukvård de senaste 10-15 åren. En av de mer centrala principerna i vårdlogistik och processtyrning är att styrningen av en verksamhet strävar efter att undvika köbildningar av olika slag. Köbildningar i form av ej utskrivna journalanteckningar eller väntande patienter utgör en patientsäkerhetsrisk men även en mängd extraarbete som inte i sig skapar något värde för någon. Matchning av produktionsbehovet och kapacitet är därför en viktig grund all utveckling av vårdens processer. Modellen innehåller även strategin att minska variationen i den planerade verksamheten vilket bedöms vara en annan mycket central komponent i modern produktionsplanering. Genom att minska variationer i produktionen kan stora vinster göras beträffande tillgänglighet och kapacitetsutnyttjande avseende personal, lokaler och utrustning.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer:

- ▶ Se över hur uppföljningsparametrar ska se ut på ett tidigt stadium så att de speglar den grundläggande tankegången bakom produktions- och kapacitetsplanering. Det är inte fallet nu. De nuvarande tillgänglighetsmålen avspeglar inte fullmäktiges målsättning.
- ▶ Koncentrera resurser på att skapa lyckade exempel som klarar av att etablera även steg 5 i modellen för produktions- och kapacitetsplanering. Det är inte säkerställt att pilotkliniken når dit. Risken är att det stannar vid kartläggning.

- ▶ Överväg vilka ytterligare åtgärder än den befintliga utbildningen som krävs för att ledningen på alla nivåer i organisationen ska förstå logiken i produktions- och kapacitetsplaneringen och därmed kunna vara drivande.
- ▶ Överväg alternativa sätt att schemalägga personal där både produktions- och medarbetarbehov kan tillfredsställas på ett effektivt sätt.
- ▶ Landstingsstyrelsen rekommenderas att utveckla sätt att efterfråga resultat av satsningen på produktions- och kapacitetsplanering.

## 1. Inledning

### 1.1. Bakgrund

Sverige är ett av de länder som har flest antal läkare per tusen invånare. Samtidigt som Sverige är väl bemannat med läkare är antalet läkarbesök per invånare på en betydligt lägre nivå än genomsnittet inom OECD. Trots det utmärker sig Sverige i internationella jämförande studier som ett av de länder med sämst resultat när det gäller upplevelsen av hur mycket tid patienter och läkare har tillsammans.

Personalen är en viktig resurs i vården. Att tiden används på bästa sätt utifrån t ex bemanningsbehov och kompetens är angeläget för att nå långt med knappa resurser.

### 1.2. Syfte

Granskningens syfte är att bedöma om landstingsstyrelsens styrning säkerställer en effektiv användning av legitimerad personal (hälso- och sjukvårdspersonal).

För att uppnå syftet besvaras följande delfrågor:

1 Hur följs personalens tidsanvändning upp och vilka analyser görs av utfallet?

2 Hur förhåller sig Landstinget Kronoberg sig till andra landsting när det gäller tidsanvändning hos hälso- och sjukvårdspersonalen?

3 Vilka åtgärder vidtas för att åstadkomma förbättringar av kapacitetsutnyttjandet avseende personal?

4 Vilka synpunkter på kapacitetsstyrning finns hos medarbetare?

5 Vilket samband mellan produktionsplanering och schemaläggning finns det för hälso- och sjukvårdens personal? Hur tidbokas patienter till besök?

6 Används produktionsmål på grupp eller individnivå?

7 Finns det i schemaläggningen några standards för hur mycket administrativ tid specifika pass ska innehålla? Vad bygger i så fall dessa standards på?

### **1.3. Avgränsning**

Granskningen är på verksamhetsnivå avgränsad till Barn- och kvinno-centrum, Kirurgicentrum och Medicinkliniken Växjö.

### **1.4. Metod**

Granskningen har genomförts via intervjuer med nyckelpersoner samt i form av dokumentgranskning. Landstingsplan 2014-2017, nterna styrdokument, kartläggningsrapporter, projektrapporter och andra dokument relevanta för revisionsfrågorna har granskats. Intervjuade funktioner och granskade dokument framgår av bilaga 1.

## **2. Vad är produktions- och kapacitetsplanering?**

Under det senaste dryga decenniet har ett antal olika modeller använts att bedriva utveckling av vårdens processer. Gemensamt för alla begrepp och koncept är att patientens väg genom vården ska vara en utgångspunkt för arbetet. Istället för att fokusera organiseringen av resurser och chefsområden ska utgångspunkten vara patienternas behov och vilka aktiviteter som behöver genomföras för att på bästa sätt möta dessa behov. Vårdlogistikutveckling, processtyrning, produktionsplanering, produktionsstyrning, kapacitetsstyrning, och lean är några av de vanligaste begreppen som använts i olika skeden.

Ett 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 utgångspunkt i föreliggande granskning är att planeringen av produktionen därför är en grundsten för att bedriva processutveckling. 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.

Landstinget Kronoberg har valt att använda sig av benämningen "produktions- och kapacitetsplanering" för att betona att det består av både utifrån-perspektivet (produktion) och inifrån-perspektivet (kapacitet). Denna benämning är den som kommer att användas i den resterande rapporten och förkortas POK.

### 3. Produktions- och kapacitetsplanering i landstinget Kronoberg

I landstingets budget för 2014 finns det några formuleringar som är av relevans för denna granskning.

*Kronobergarna ska erbjudas en god och tillgänglig hälso- och sjukvård. Vårt långsiktiga mål är att kronobergarna ska få telefonkontakt med vårdcentralen samma dag (0), få ett läkarbesök på vårdcentralen inom 5 dagar om vårdpersonal bedömer att det finns behov av det. Om läkaren på vårdcentralen bedömer att det finns behov av specialistvård ska ett besök erbjudas inom 30 dagar. Efter beslut om behandling ska det erbjudas inom 30 dagar.*

**Genom effektiv produktionsplanering och processutveckling ska landstinget skapa en långsiktigt god tillgänglighet till såväl akut som planerad vård – en vård utan köer. Tillgängligheten för patienter med kroniska sjukdomar ska säkerställas genom ett kontinuerligt utvecklingsarbete. Tillgänglighetsarbetet ska vara ett prioriterat område på alla ledningsnivåer.**

*För att öka tillgängligheten till ambulans vid livshotande tillstånd (PRIO 1) förstärks budget sedan 2013 med 3,7 miljoner kronor. **Patienterna i Landstinget Kronoberg ska erbjudas en högre tillgänglighet till den specialiserade vården än vad den lagstadgade nationella vård- och behandlingsgarantin kräver.** (Budget 2014 sid 23)*

De fetstilsmarkerade avsnitten är markerade av rapportförfattaren.

Det framgår även av budgeten att ett fokus under året ska vara effektiv produktionsplanering och att säkerställa att inga patienter drabbas av undanträngningseffekter.

Revisorerna granskade år 2010 landstingets vårdprocessutveckling. I granskningen belystes ett antal aspekter som är kopplade till området produktions- och kapacitetsplanering. Inom den dåvarande länssjukvården hade ett antal arbetsgrupper etablerats för att bland annat arbeta med utveckling av ”verksamhet och uppföljning” samt ”processutveckling”. Arbetet hade som syfte att nå resultat 2011 och hade rubriken ”Länssjukvården 2011”. Väntetider för mottagningar, jämnare operationsplanering och produktionsplanering bildade delområden för arbetet.

Länssjukvården skapade en funktion som försåg de olika verksamheterna kontinuerligt med information om väntetider till besök och behandlingar. Dels följdes gränsvärdena för hur vårdgarantin klarades men även kortare ledtider inom ramen för vårdgarantin följdes. Denna funktion finns kvar även idag.

En annan konkret åtgärd som infördes vid denna tid var ett krav på att alla verksamheter skulle planera sin produktion minst tre månader framåt. I prak-

tiken innebar detta att läkarschemat skulle läggas för 12 veckor i taget. Granskningen konstaterade att det fanns en relativt stor legitimitet för denna princip och de genomförda intervjuerna i föreliggande granskning vittnar om att denna princip alltså följs fastän i skiftande grad. Som ett följande steg i utvecklingen mot 12-veckorsscheman var syftet att andra yrkesgruppers schemaläggning skulle "synkroniseras". Vid tiden för den dåvarande granskningen hade synkroniseringen inte startat ännu.

Granskningen av vårdprocessutvecklingen utmynnade i några slutsatser som är av relevans för föreliggande granskning:

- ▶ Vårdprocessutvecklingen bedrivs ofokuserat där inga specifika aspekter prioriteras.
- ▶ Utvecklingen bedrivs i linjen men resurssnålt vad gäller stöd till linjens chefer.
- ▶ I uppföljningen av processerna saknades det parametrar som var kopplade till processers effektivitet och produktionsplanering. Styrparametrarna kring köer och väntetider bestod enbart av kriterierna för vårdgarantins gränser.

### 3.1. Nuläge

Ovanstående beskriver vilka åtgärder som vidtogs kring 2010 – 2011. Denna granskning kan inte göra anspråk på att skildra hela utvecklingen som skett under de fyra år som gått. De intervjuer som genomförts tyder dock på att några större satsningar inte gjorts i frågan. Flera av de förbättringar som genomförts tidigare har fortsatt att fungera. Den kontinuerliga uppföljningen av väntetider och schemaläggning 12 veckor framåt är två tydliga delar. På lokal nivå har naturligtvis ett flertal förbättringsarbeten pågått och som berör produktions- och kapacitetsplanering genomförts. Men fortfarande präglas inte hela verksamheten av en modern och effektiv produktions- och kapacitetsplanering enligt landstingsdirektören.

#### 3.1.1. Nuläge Kirurgicentrum

Kirurgicentrum består av kliniker i Växjö och i Ljungby. Mottagningar och avdelningar på respektive sjukhus ingår organisatoriskt i en och samma vårdenhetschef. Centrumet innehåller specialiteterna ortopedi, kirurgi, anesthesi/operation samt öron-näsa-hals/hud och vårdenhetschefen förser alla specialiteter med vårdplatser på fysiskt åtskilda avdelningar motsvarande specialiteterna. Kirurgikliniken i Växjö delar en skopimottagning tillsammans med Medicinkliniken.

Kirurgicentrum har arbetat med att utveckla produktions- och kapacitetsplaneringen sedan en tid tillbaka. Den biträdande verksamhetschefen för vårdenheten har ett speciellt uppdrag att driva utvecklingen framåt.

Inom centrumet tillämpas principen att lägga läkarscheman på 12 veckor i taget. Schemaläggningen sker i huvudsak på ett "traditionellt" sätt genom att



schemaläggaren av sina kolleger begär in deras preferenser i form av önskemål om utbildningar, möten och annat. Därefter läggs schemat för de 12 veckorna och utifrån de definierade "rader" som ska fyllas. I första läget säkerställs bemanningen av jourlinjerna i Växjö och i Ljungby. I andra steget schemaläggs läkarna för operationer och avdelningsarbete. Därefter görs schemat för de besök som ska genomföras på mottagningarna samt för övriga aktiviteter. Läkarschemat läggs enligt intervjuerna i dialog med vårdenheten.

Som ett första led i arbetet med att utveckla produktions- och kapacitetsplaneringen har en kartläggning av tidsanvändningen för läkare genomförts samt en kartläggning av behovet av besök, operationer m.m. vid kirurgkliniker i Växjö och Ljungby.

I behovsanalysen har utgångspunkten varit produktionen för år 2013. I analysen har datakällorna varit det vårdadministrativa IT-stödet (Cosmic), från operationsplaneringssystemet (Craft) samt en självskattning från respektive sektionsteam<sup>1</sup>.

Något förenklat har följande data sammanställts per sektion:

<b>Produktion per sektion</b>	<b>Arbetsuppgifter för vilka tid självuppskattats</b>
Antal inkomna remisser	Avdelningsarbete/rond
Antal öppenvårdskontakter (i huvudsak mottagningsbesök)	Patientadministrativ tid (remissbedömning, konsultationer, förskrivning, vidimering av provsvar m.m.).
Antal undersökningar/behandlings vid skopimottagningen	Administrativ tid inom kliniken (skriva PM, sektionsmöten, planering m.m.)
Antal angiografier (blodflödesanalys med röntgenmetod)	
Antal onkologkonferenser	
Total "knivtid" vid operation. (Den tid som operatören arbetar i operations-salen)	

För de arbetsuppgifter som finns i den vänstra kolumnen har tiden uppskattats med utgångspunkt från tillgänglig vårddata.

Varje sektion har därefter jämfört det totala uppskattade produktionsbehovet med den tillgängliga kapaciteten och beskrivit eventuella gap. Kirurgkliniken sammanställde detta material under september 2014 och har därför ännu

<sup>1</sup> Kirurgkliniker består av fem olika sektioner; övre och nedre bukkirurgi, urologi, kärl och bröstkirurgi

inte hunnit använda materialet på ett systematiskt sätt i planering, bemanning och schemaläggning.

Verksamhetschefen vid Kirurgkliniken i Växjö beskriver i intervjun att det är en önskvärd men komplicerad uppgift att föra in behovsanalysen i kapacitetsplaneringen och schemaläggningen. Att minska variationerna på mottagningen kompliceras av att kliniken har en läkarbrist i vissa sektioner och att jourverksamheten måste säkerställas i ett första läge. Enligt kartläggningen kräver jourverksamheten cirka 15 procent av läkarkapaciteten, inklusive kompensationsledigheter. Kliniken går dessutom med ett ekonomiskt underskott för närvarande. Väntetiderna ligger inom gränserna för Kömiljardens kriterier utom när det gäller fetmaoperationer och åderbråcksbehandlingar där väntetiderna är längre på grund av kapacitetsbrist. Verksamhetschefen beskriver att den mer långsiktiga schemaläggningen på 12 veckor har minskat antalet strukna besök och operationer men till priset av en tröttare personalstyrka.

Nästa steg är att genomföra kartläggning och bemanningsplanering vid centrumets gemensamma vårdenhet. Ett antal förändringar har genomförts för att patienter som genomgått planerade operationer i så stor utsträckning som möjligt ska vara utskrivningsklara för helgerna. För vissa vårdprocesser har avdelningsvården före och efter operation väsentligt förkortats vilket har påverkat vårdkvalitet och resursutnyttjande på ett positivt sätt.

Vårdpersonalen schemaläggs ännu inte utifrån någon systematisk behovsanalys enligt ovan. Vid olika avdelningar för olika specialiteter används olika schemaläggningsmetoder. Planeringshorisonten varierar från fyra veckor i taget till femton veckor och i de flesta fall används s.k. önskescheman där personalen inför varje planeringsperiod lägger in sina önskemål om hur arbetspassen ska förläggas. Skälen till valen av olika planeringshorisonter är oklara. Därefter gör varje individ vissa korrigeringar av önskemålen vid de krockar som uppstår på grund av att flera valt samma arbetspass. De krockar som inte löses på detta vis löser en schemagrupp innan det slutliga schemat är klart. Vilka pass som ska bemannas och av hur många är fastlagt av ledningen och förändras inte. Avdelningarna på Lasarettet i Ljungby anpassar bemanningen efter vårdbehovet under veckan.

Kirurgicentrum använder sig för närvarande inte av några individuella produktionsmål för några yrkeskategorier eller standards för hur stor del av arbetstiden som ska ägnas åt vissa arbetsuppgifter. Sjuksköterskors dokumentation uppges vara en omdiskuterad fråga men inga effektiviseringar i form av checklistor eller standardvårdplaner används. Däremot har ett antal förbättringsarbeten som syftar till att vårdpersonalen ska kunna finnas närmare patienterna och med mer tid genomförts. Bland annat har tid frigjorts genom att transporter av patienter görs av annan kompetens och att beställningen av sjukvårdsmateriel effektiviserats. Inom vissa delar av vårdenheten har även köks- och mathantering överförs till andra yrkesgrupper.

### **3.1.2. Nuläge Barn- och Kvinnocentrum**

Centrumet består av kvinnosjukvård, barn- och ungdomssjukvård, barn- och ungdomspsykiatri samt habilitering. Tillgängligheten i termer av Kömiljardskriterierna, d.v.s. 90 % ska få ett nybesök inom 60 dagar, klaras med undantag av gynekologi och obstetrik som har längre väntetider. Barn- och ungdomspsykiatri klarar gränsen 30 dagar.

Läkarscheman läggs i 12-veckorsperioder enligt den tidigare införda principen och administreras av en läkare som är schemaläggare. Barn- och ungdomskliniken genomför just nu en test av att lägga läkarscheman med hjälp av ett IT-stöd (TimeCare). Metoden liknar de önskescheman som beskrevs ovan för sjuksköterskor. Principen att planera produktionen tre månader framåt har medfört fördelar i form av mindre ändringar i produktionen, enligt centrumchefen.

Centrumet har arbetat med s.k. "racermottagningar" för vissa diagnoser och för att samla en viss typ av polikliniska operationer inom kvinnosjukvården. Syftet är att genomföra samma typ av mottagningsbesök eller operationer på en och samma dag för att därigenom få ett snabbare flöde.

Önskescheman (s.k. tvättstugescheman) används vid de flesta avdelningar för att schemalägga vårdpersonalen. Individerna önskar hur deras arbetspass ska ligga och eventuella krockar hanteras först mellan kollegerna därefter av en schemagrupp.

Centrumet arbetar med olika effektiviseringar och förbättringar kontinuerligt men har inte etablerat någon produktionsplaneringsmetod med behovsanalys, kapacitetsplanering och bemanning. Ett förbättringsarbete avser "barnprocessen" och innebär en kartläggning och utveckling av vården för barn där flera enheter är involverade.

## 4. Landstingsledningen tar nya initiativ 2014

I den landstingsövergripande verksamhetsplanen för 2015 beskrivs ett antal långsiktiga mål. År 2017...

- ▶ har kronobergarna en god hälsa och trivs i ett livskraftigt Kronoberg
- ▶ har medborgarna ett fortsatt stort förtroende för vår hälso- och sjukvård
- ▶ väljer kronobergarna i första hand vård i Kronoberg
- ▶ är patienter och närstående mer delaktiga i vården
- ▶ har vi en hög patientsäkerhet
- ▶ har vi en sammanhållen vård i rätt tid
- ▶ placerar sig vår hälso- och sjukvård bland de främsta i nationella och internationella kvalitetsjämförelser
- ▶ är vi en attraktiv arbetsgivare med medarbetare som trivs och utvecklas i sin yrkesroll
- ▶ har vi lätt att rekrytera och behålla medarbetare med rätt kompetens
- ▶ har vi en hållbar ekonomi i balans

En långsiktig strategi är att verksamhetsutvecklingen ska förbättra processer och verksamhetsplanering. I den nulägesbeskrivning som görs konstateras att landstinget har goda resultat i öppna jämförelser men att det finns en förbättringspotential när det gäller samordning.

Ett delmål för 2015 innebär att "planera och påbörja utbildning och införande av produktions- och kapacitetsplanering". Dessutom ska struktur för patientprocesser och riktlinjer för processtyrning tas fram under 2015. Produktions- och kapacitetsplanering hänger intimt samman med utveckling och styrning av vårdprocesser vilket beskrevs i kapitel 2.

Den andel av klinikernas verksamhetsplaner som baseras på produktions- och kapacitetsplanering är målsatt till 20 procent 2015 och till 80 procent 2017.

Landstingsdirektören beskriver i intervjun att strategin utgår från ett nytt sätt att leda verksamheten. Produktions- och kapacitetsplanering är en av flera komponenter i det nya sättet att leda. Den grundläggande tanken att planera verksamheten utifrån behovet ska genomsyra verksamheten. Den tidigare införda principen om att planlägga produktionen i 12 veckor i taget är bara ett litet steg på vägen enligt landstingsdirektören.

Landstingsdirektören har lagt ner möda på att förmedla tankarna bakom det nya ledningssättet och målen till medarbetare inom landstinget, bland annat i form av öppet hus-aktiviteter och via en blogg. Den 17 december 2014 ska handlingsplaner vara framtagna för de olika delområdena och beslutas av landstingsdirektörens ledningsgrupp.

## 5. En modell för produktions- och kapacitetsplanering är framtagen för landstinget

Landstingets utvecklingsenhet har på uppdrag av landstingsdirektören utvecklat en generell metod för POK, utbildning samt relevanta nyckeltal för uppföljning. I intervjuerna med chefen och verksamhetsutvecklare vid enheten betonas vikten av att det just benämns produktions- och kapacitetsplanering. Även om resurserna är begränsade bör utgångspunkten i all planering vara en bild av vilket det förväntade behovet eller efterfrågan är. Det är just denna bild som har saknats, eller i vart fall inte varit utgångspunkten hittills för de flesta verksamheter enligt intervjuerna. Den indikator som många verksamheter har använt sig av för att följa upp produktionen är väntetidsdata vilket beskrevs i kapitel 2.

Utvecklingen av metodiken har gjorts i samspel med Medicinkliniken i Växjö som är pilotenhet för POK. Nedanstående bild beskriver i grova drag hur modellen ser ut.

1 Behovsanalys	<p>Analysera tidigare års produktion, befolkningsunderlag och befolkningsutveckling och ta hänsyn till kända förändringar</p> <p>Bryt ner behovet på sektioner/avdelningar och veckor</p>
2 Kartläggning av befintlig kapacitet	<p>Kartlägg tidsåtgång för olika yrkesgruppers aktiviteter och identifiera nuvarande kapacitet i form av personalresurser</p>
3 Utvärdera och balansera	<p>Råder det balans mellan produktionsbehov och kapacitet?</p>
4 Kapacitetsplanering	<p>Planera kapaciteterna för ett balansläge. Hur många tjänstetimmar behövs för att klara kommande behov?</p>
5 Skapa uppföljningsrutiner	<p>Nyckeltal Mötesformer Roller och ansvar</p> <p>Hur används uppföljningen i utvecklingsyfte?</p>

En viktig förutsättning för att enkelt kunna följa upp utfallet av produktionen i förhållande till planen är tillgång till systemstöd. Detta är möjligt i det patient-administrativa system som landstinget använder. Här kan varje enhet varje vecka se planerade och utförda vårdaktiviteter som besök, operationer, behandlingar m.m. Det går dessutom att analysera variationerna i produktionen bakåt i tiden och kommentarer kan skrivas in i systemet.

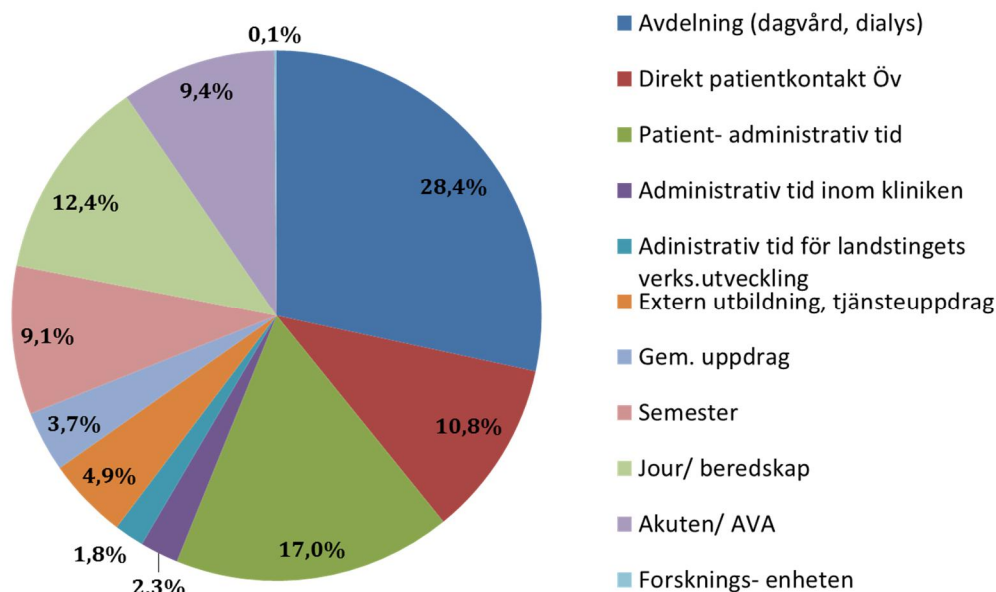
Under hösten 2014 kommer beslut att fattas kring vilka kriterier som ska gälla för att kunna hävda att en verksamhet infört POK.

## 6. Medicinkliniken i Växjö genomför pilotprojekt i produktions- och kapacitetsplanering

Medicinkliniken i Växjö har enligt den verksamhetsutvecklare som fungerat som metodstöd, genomfört de fyra första stegen i POK.

I första steget har ett förväntat produktionsbehov kartlagts genom att analysera hur produktionen sett ut tidigare år uppdelat på olika perioder under året. Antalet patienter i förhållande till befolkningsunderlaget har analyserats för att se om några förändringar kan förutses. Analys har även gjorts av i vilken mån som de tidigare patientkontakterna har genomförts på rätt vårdnivå. En grundläggande strategi vad gäller produktionen är att sträva efter en jämn produktion över tiden.

Läkarnas aktiviteter vid de olika sektionerna har kartlagts enligt steg 2 i ovan beskrivna modell.



Därefter har klinikens läkarresurser i form av det i budgeten definierade tjänsteutrymmet kartlagts. För varje sektion har antalet tillgängliga tjänstetimmor beräknats utifrån antagandet att ett tjänsteår består av cirka 2000 timmar. När semester, jourkomp, antagen sjukfrånvaro och andra ledigheter dras bort får man fram kapaciteten.

Kartläggning av aktiviteter och tidsåtgång har även genomförts för andra yrkesgrupper. Kartläggningen har genomförts genom att medarbetarna under en kortare period noterat vilka sysslor de varit upptagna med under arbetstiden och under hur lång tid. De medicinska sekreterarna fördelade sin tid på ca 60 % för skrivande och de övriga 40 procenten på 14 andra aktiviteter. Vid vissa tillfällen görs s.k. "maxiskrivning" då alla eller de flesta sekreterare skriver ostörda och uppnår en markant högre produktivitet.

Kartläggningen av sjuksköterskors aktiviteter och tidsanvändning gav enligt de intervjuade några insikter. Ett väsentligt resultat var att väldigt mycket tid ägnas till administration och det ifrågasattes om all dokumentation är värdeskapande för patienten. Framför allt noterades en betydlig mängd dubbel, och ibland trippeldokumentation som förutom att det stjäl tid skapar otydlighet i journalen. En stor förbättringspotential noterades. Andra förbättringsområden som identifierades var bättre planering av sjuksköterskebesöken på mottagningarna och uppgifter som skulle kunna utföras av andra yrkesgrupper.

Vid de intervjuer som genomförts med nuvarande verksamhetschef, avdelningschefer och en grupp medarbetare framkommer att upplevelsen är att det som hittills är gjort är kartläggning av olika yrkesgruppers aktiviteter och tidsåtgång. Dessa kartläggningar genomfördes i slutet av 2013. Flera av de intervjuade menar att centrumet är i ett skede där kartläggningarna behöver analyseras. Någon kvalificerad analys av kartläggningarna har inte gjorts ännu och ett av skälen anges vara att det inte finns tid och resurser för att gå vidare. Kliniken behöver avsätta specifik kompetens och behöver stöd i analyserna och i arbetet med att skapa en fungerande produktionsplanering enligt intervjuad verksamhetschef.

### **6.1. Process- och produktionsutveckling vid skopiverksamheten**

I samband med att endoskopiverksamheten vid Centrallasarettet i Växjö kommer att få nya lokaler pågår ett utvecklingsarbete som knyter an till POK. Skopiverksamheten bedrivs av både medicinkliniken och kirurgkliniken. I detta arbete har en djupgående behovsanalys genomförts. Även en kartläggning av processerna har gjorts för att identifiera åtgärder för att förbättra flödet. I detta analysarbete har ett flertal förbättringsåtgärder identifierats. En av dessa är att de sjuksköterskor som har kompetens för att genomföra skopiundersökningar i större utsträckning kan utnyttjas för detta och därigenom utöka tillgänglig kapacitet.

Tidsåtgången för sjuksköterskornas och sektionsledarnas aktiviteter vid enheten har kartlagts och planerad tidsåtgång för de olika momenten är sammanställd. Med andra ord har steg ett till fyra i landstingets modell för POK använts. Resultatet och åtgärderna som kommit fram i utvecklingsarbetet avses kunna användas då de nya lokalerna tas i anspråk.



## 7. Slutsatser och rekommendationer

Syftet med granskningen är att bedöma om landstingsstyrelsens styrning säkerställer en effektiv användning av legitimerad personal (hälso- och sjukvårdspersonal).

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

Delfråga	Svar/bedömning
<p>1 Hur följs personalens tidsanvändning upp och vilka analyser görs av utfallet?</p>	<p>Analyser av samtliga yrkesgruppers tidsanvändning har endast genomförts vid Medicinkliniken i Växjö. Kliniken är pilotklinik för Landstingets framtagna modell för produktions- och kapacitetsplanering. Kartläggning av läkares aktiviteter och tidsanvändning har gjorts på några andra kliniker, bland annat inom Kirurgicentrum.</p> <p>Bedömningen är att analyserna ännu inte resulterat i något väsentligt förändrat arbetssätt.</p>
<p>2 Hur förhåller sig Landstinget Kronoberg sig till andra landsting när det gäller tidsanvändning hos hälso- och sjukvårdspersonalen?</p>	<p>Inga sådana analyser har gjorts. Bedömningen är att den administrativa icke direkt patientrelaterade tiden för läkare inte är så omfattande som det argumenteras för i den nationella debatten.</p>
<p>3 Vilka åtgärder vidtas för att åstadkomma förbättringar av kapacitetsutnyttjandet avseende personal?</p>	<p>Landstinget har tagit fram en modell för produktions- och kapacitetsplanering och har ambitionen att 80 procent av sjukvårdsenheterna ska ha implementerat modellen år 2017.</p> <p>Handlingsplaner för detta är just nu under framtagande och ska vara klara i december 2015.</p>



<p>4 Vilka synpunkter på kapacitetsstyrning finns hos medarbetare?</p>	<p>De kartläggningar som gjorts hittills har skapat engagemang och många upplever att kartläggningarna skapat många intressanta insikter. En viss frustration finns dock eftersom kartläggningarna ännu inte resulterat i några väsentligt förändrade arbetssätt. Enskilda undantag finns dock.</p>
<p>5 Vilket samband mellan produktionsplanering och schemaläggning finns det för hälso- och sjukvårdens personal? Hur tidbokas patienter till besök?</p>	<p>Sambandet är fortfarande svagt.</p> <p>Granskningen visar att läkarscheman läggs i de allra flesta fall på ett traditionellt sätt men med en framförhållning på ca 12 veckor. Schemaläggningen av vårdpersonal sker till allra största delen i form av önskescheman (tvättstugescheman).</p> <p>Preferenserna för önskingarna är i vissa fall grundade på ett produktionsbehov. Den tid som läggs ner på att lägga scheman är relativt omfattande och används uteslutande för att tillmötesgå medarbetarnas intressen, inte patienternas. Detta bedöms som icke ändamålsenligt.</p>
<p>6 Används produktionsmål på grupp eller individnivå?</p>	<p>Nej</p>
<p>7 Finns det i schemaläggningen några standards för hur mycket administrativ tid specifika pass ska innehålla? Vad bygger i så fall dessa standards på?</p>	<p>Nej</p> <p>Vissa kartläggningar i landstinget visar att det finns en överdokumentation utan värde för patienten.</p>

### 7.1. Sammanfattande slutsatser och bedömning

Den övergripande slutsatsen utifrån granskningens resultat är att landstingsstyrelsen har vidtagit adekvata åtgärder för att fullgöra fullmäktiges uppdrag att införa en effektiv produktions- och kapacitetsplanering. Arbetet är fortfarande i sin linda vilket innebär att det är en lång väg kvar till att styrelsen kan anses ha säkerställt en effektiv användning sjukvårdspersonalens kompetens.

Vi noterar att fullmäktige i sin landstingsplan explicit angett att verksamheten och tillgängligheten inte ska planeras och följas upp utifrån vårdgarantis kriterier. Ambitionen för 2016 är högre ställd med max 5 dagar till läkarbesök i primärvården och max 30 dagar till besök och behandling i specialistsjukvården. Alla verksamhetsmål som denna granskning kommit i kontakt med (inklusive delårsrapporter 2 2014) är emellertid utformade utifrån Kömiljar-

dens kriterier, d.v.s. 60 dagar. Landstingsstyrelsen har ännu inte anpassat styrning och uppföljning utifrån uppdraget i landstingsplanen. Skälet till denna notering är även att denna brist bedöms vara en indikation på att det är en bra bit kvar till dess att en systematisk produktions- och kapacitetsplanering är på plats. Det finns fler sådana indikationer. Schemaläggningsmetoder för både läkare och vårdpersonal sker på ett sätt som inte indikerar en modern produktionsplanering. Vissa avdelningar gör om hela proceduren med att administrera alla önskningsvar fjärde vecka trots att inga förändringar behövs ur produktionssynpunkt. Erfarenheter från andra landsting säger också att det är tveksamt om detta förfaringssätt ens behövs för att svara upp emot medarbetarnas behov av flexibilitet.

Innehållet i de principer och de utgångspunkter som karaktäriserar den modell för produktions- och kapacitetsplanering som ska implementeras bedöms i huvudsak vara ändamålsenliga. Bedömningen grundar sig på den praxis och kunskapsutveckling som skett inom svensk sjukvård de senaste 10-15 åren. En av de mer centrala principerna i vårdlogistik och processtyrning är att styrningen av en verksamhet strävar efter att undvika köbildningar av olika slag. Köbildningar i form av ej utskrivna journalanteckningar eller väntande patienter utgör en patientsäkerhetsrisk men även en mängd extraarbete som inte i sig skapar något värde för någon. Matchning av produktionsbehovet och kapacitet är därför en viktig grund all utveckling av vårdens processer. Modellen innehåller även strategin att minska variationen i den planerade verksamheten vilket bedöms vara en annan mycket central komponent i modern produktionsplanering. Genom att minska variationer i produktionen kan stora vinster göras beträffande tillgänglighet och kapacitetsutnyttjande avseende personal, lokaler och utrustning.

För att kunna nå målet 2017 bedöms följande aspekter vara av stor vikt för att kunna lyckas.

- ▶ Behovsanalyser och kartläggning av tidsanvändning behöver användas i den operativa driften av verksamheten. Därför är steg nummer fem i landstingets modell för POK det helt avgörande steget. De fyra första stegen är relativt enkelt att genomföra men det är först när den dagliga eller veckovisa uppföljningen av utfallet gentemot planen används som effekterna kan komma. Både Kirurgicentrum och pilotkliniken Medicinkliniken i Växjö befinner sig vid denna tröskel. Granskningen visar att pilotkliniken inte har en klar strategi eller resurser för att ta sig över denna tröskel. Stannar utvecklingen vid steg 4, d.v.s. enbart vid kartläggningar, analyser och planer är risken stor att utvecklingen tar flera steg tillbaka.
- ▶ Att etablera en systematisk produktions- och kapacitetsplanering kräver ett ledarskap, en uthållighet och stödresurser för att ett breddgemensamt förändringsarbete ska vara realistiskt. Den verksamhets- eller avdelningschef som dagligen brottas med att täcka upp för personalbrist hamnar lätt i ett "brandsläckningsläge". Det blir svårt att orka tänka och planera för en situation där det råder balans mellan behov och produktion, d.v.s. den kölösa vård som landstingets budget eftersträvar. All erfarenhet talar dock för att det även i sådana situationer lönar sig att ha en medveten kunskap om och styrning mot det aktuella behovet.

- ▶ Den tredje viktiga förutsättningen och som kan sägas vara ett axiom i modern verksamhetsutveckling, är att chefer på högre nivåer ser poängen med produktions- och kapacitetsplanering, efterfrågar den och följer upp utvecklingen. Den chefsutbildning som planeras behöver därför utformas med omsorg och kompetenskraven för tillsättandet av chefer behöver innefatta förmågan att styra produktionen.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer:

- ▶ Se över hur uppföljningsparametrar ska se ut på ett tidigt stadium så att de speglar den grundläggande tankegången bakom produktions- och kapacitetsplanering. Det är inte fallet nu. De nuvarande tillgänglighetsmålen avspeglar inte ens fullmäktiges mål.
- ▶ Koncentrera resurser på att skapa lyckade exempel som klarar av att etablera även steg 5 i modellen för produktions- och kapacitetsplanering. Det är inte säkerställt att pilotkliniken når dit. Risken är att det stannar vid kartläggning.
- ▶ Överväg vilka ytterligare åtgärder än den befintliga utbildningen som krävs för att ledningen på alla nivåer i organisationen ska förstå logiken i produktions- och kapacitetsplaneringen och därmed kunna vara drivande.
- ▶ Överväg alternativa sätt att schemalägga personal där både produktions- och medarbetarbehov kan tillfredsställas på ett effektivt sätt.
- ▶ Landstingsstyrelsen rekommenderas att utveckla sätt att efterfråga resultat av satsningen på produktions- och kapacitetsplanering.

Stockholm den 17 oktober 2014

Anders Hellqvist

EY



## Bilaga 1 Intervjupersoner

Följande funktioner har intervjuats:

- ▶ Landstingsdirektör
- ▶ Personaldirektör
- ▶ Chef utvecklingsenheten
- ▶ Verksamhetsutvecklare vid utvecklingsenheten
- ▶ Centrumchef Barn- och Kvinnocentrum
- ▶ Centrumchef Kirurgicentrum
- ▶ Verksamhetschef Kirurgkliniken CLV
- ▶ Verksamhetschef Vårdenheten Kirurgicentrum
- ▶ Avdelningschefer Vårdenheten inom Kirurgicentrum
- ▶ Medarbetare vid Kirurgkliniken CLV
- ▶ Verksamhetschef Medicinkliniken Växjö
- ▶ Avdelningschefer Medicinkliniken Växjö
- ▶ Medarbetare Medicinkliniken