Diarienummer: REV 2019 000145
Revisionsenheten
Västra Götalandsregionen
2019-12-18

Fördjupad granskning

Styrning av produktivitet - Behov av tydligare regional målsättning, dialog och förankring

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
REVISIONSENHETEN

Innehåll

1. Sammanfattning 3
2. Granskningens utgångspunkter 5
2.1. Bakgrund 5
2.2. Granskningens syfte och revisionsfrågor 6
2.3. Avgränsning 6
2.4. Revisionskriterier 6
2.5. Metod 8
2.6. Granskningsansvarig 8
3. Resultat av granskningen 9
3.1. Produktivitet och mätning via indikatorer 9
3.2. Uppföljning av arbetet med produktivitetsindikatorer 10
3.3. Produktions- och kapacitetsplanering 14
3.4. KPP som grund för benchmarking 15
3.5. Uppföljning av arbetet via KPP 16
3.6. NU-sjukvården 20
3.7. Skaraborgs sjukhus, SkaS 22
3.8. Södra Älvsborgs sjukhus, SÄS 24
4. Bedömning 26
4.1. Produktivitetsindikatorer 26
4.2. KPP och produktivitet 26
4.3. Produktionsstyrning - ökad produktivitet 26
4.4. RS uppföljning av produktivitet och indikatorer 27
4.5. Samlad bedömning 28
5. Rekommendationer 30
6. Bilagor 31

1. Sammanfattning

Revisionen har granskat styrning av produktivitet avseende regionstyrelsen och styrelserna för NU-sjukvården, Skaraborgs sjukhus samt Södra Älvsborgs sjukhus.
Syftet med granskningen har varit att bedöma om Västra Götalandsregionen, VGR har ett ändamålsenligt utvecklingsarbete för att förbättra produktiviteten inom hälso- och sjukvården.

Revisionens slutsats är att det finns skäl för regionstyrelsen att bli tydligare i sin målsättning och i sin förankring av produktivitetsarbetet. Arbetet behöver en högre medvetandegrad och ske i dialog med berörda. Granskningen visar även ett behov av att utveckla uppföljningen och att efterfråga resultat på sjukhusnivå.

Det finns anledning för sjukhusstyrelserna att lyfta arbetet med produktivitet på sina agendor. Det saknas idag en systematisk och löpande uppföljning av produktiviteten.

Bakgrund
Västra Götalandsregionen har som ett av sina mål, en verksamhet och ekonomi i balans. För att nå det måste produktiviteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvården förbättras. Inför år 2019 har regionstyrelsen satt fokus på att uppnå ökad produktivitet. Regionen har i enlighet med tidigare beslut, arbetat med att ta fram produktivitetsindikatorer, en gemensam struktur för arbetet med att beräkna kostnader per patient, KPP och ett stödsystem för produktions- och kapacitetsplanering, ProKap.

I revisionens granskning av akutsjukhusen under 2018 har det noterats att den nuvarande uppföljningen och styrningen av produktivitetsutvecklingen har brister – bland annat i valda produktivitetsindikatorers relevans och förankring i verksamheterna och därigenom möjlighet till effektiv styrning.

Granskningens resultat

Produktivitetsindikatorer
Generellt visar granskningen att det efter tre år inte ses några större förändringar i resultatet över tid, vad gäller de regionala produktivitetsindikatorerna. De flesta av indikatorerna är trögrörliga och ligger på ungefär samma nivå som tidigare år. Sjukhusen anger att de inte använder sig av de regionala produktivitetsindikatorerna då de är på en för övergripande nivå och att de inte ser resultat i det korta perspektivet.

Granskningen visar att regionstyrelsen inte har vidtagit åtgärder för att säkerställa att respektive sjukhusstyrelse arbetar med och bryter ned indikatorerna till lämplig nivå och därifrån frågar efter uppnådda resultat. Att utförarstyrelserna anser att de är upptagna med att få ekonomi i balans är inte en hållbar förklaring till varför arbetet bedöms ha stannat upp vid sjukhusen. Att arbeta med produktivitet bör vara del i att målet med ekonomi i balans kan uppnås.
Vår bedömning är att uppdragen kring produktivitet inte i tillräcklig omfattning har varit uppe på sjukhusstyrelsernas agendor och varit föremål för ett aktivt beslutsfattande.

KPP och produktivitet
Revisionen bedömer att det idag pågår ett gediget arbete med ”Kostnad per patient”, KPP, men att det fortfarande finns uppföljnings- och analysmöjligheter som inte tas tillvara på

ett strukturerat sätt. Det gäller både inom koncernkontoret som ute på sjukhusförvaltningarna. Det återstår även att förfina datafångsten ute på sjukhusen så att det blir än mer kvalitetssäkrat. Idag har arbetet påbörjats med regional benchmarking genom att ta fram och visa på KPP-data, analysen av materialet kvarstår dock.

Produktionsstyrning – ökad produktivitet
Produktions- och kapacitetsplanering är ett instrument som måste göras lättillgängligt inom hälso- och sjukvården. Vår bedömning är att det pågår utvecklingsarbeten ute på sjukhusen, som bör tas tillvara på ett mer gemensamt sätt. Detta för att nyttja bra lösningar men inte använda för många olika sådana. Att sjukhusen inte tillräckligt tar tillvara på synergieffekterna är att se som en regional kvalitetsbristkostnad.

För att kunna arbeta effektivt och strategiskt behövs ett välfungerande IT-stöd. Om dagens system innebär att de förutsättningarna finns, råder det delade meningar om. Det bör därför utredas för att skapa samsyn och ett mer enhetligt arbetssätt i regionen.

Revisionen lämnar följande rekommendation till regionstyrelsen

- Utred förutsättningarna för att skapa ett tydligare regionalt sammanhållet arbete med hälso- och sjukvårdens produktivitet i syfte att bidra till bättre tillgänglighet för patienterna.
- För dialog med utförarstyrelserna om behovet av produktivitet som ett stöd i hälso- och sjukvårdens utveckling.
- Se till att beslut fattas om nödvändiga åtgärder på regional nivå samt kompletterande uppdrag till sjukhusens styrelser.
- Se till att beslut tas om måltal och målvärden samt att de följs kontinuerligt.
- Utred om dagens IT-system innebär att rätt förutsättningar för produktivitetsarbetet finns.
- Se till att arbetet vidgas till att produktions- och kapacitetsplanering omfattas av områden utöver de så kallade PK-grupperna.
- Efterfråga uppföljning och analys med krav på tydliga åtgärder vid bristande måluppfyllelse.
- Utveckla arbetet med benchmarking både inom Västra Götalandsregionen som nationellt och internationellt.

Revisionen lämnar följande rekommendation till styrelsen för NU-sjukvården, Styrelsen för Skaraborgs sjukhus och Styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus

- Utveckla styrningen och ledningen för att produktivitetsarbetet ska få nödvändiga förutsättningar på sjukhuset och dess olika verksamheter.
- Utforma en löpande uppföljning av produktions- och kapacitetsplaneringen övergripande som för varje verksamhet, vilken delges styrelsen.
- Se till att det finns beslutade nedbrutna mål för de olika verksamhetsområdena.
- Se till att vid avvikelse mot produktions- och kapacitetsplaneringen beslut tas, för att snabbare kunna vidta nödvändiga åtgärder.
- Se till att kommunikation och förankring sker med och ute i verksamheterna för att skapa förutsättningar för allas delaktighet i arbetet med sjukhusens produktivitet.
- Utveckla arbetet med benchmarking mellan sjukhusen i Västra Götalandsregionen.

2. Granskningens utgångspunkter

2.1. Bakgrund

Västra Götalandsregionen har ett tydligt mål att nå verksamhet och ekonomi i balans. För att nå det måste produktiviteten och effektiviteten inom hälso- och sjukvården förbättras. Inför 2019 har regionstyrelsen satt fokus på att uppnå en ökad produktivitet. Det lyfts krav på löpande uppföljning av utvecklingen av produktiviteteten samt att den ska vara snabb, enkel, tydlig och med krav på att sjukhusstyrelserna ska agera. Regionen har arbetat med att ta fram produktivitetsindikatorer, en gemensam struktur för arbetet med att beräkna kostnader per patient, KPP och ett stödsystem för produktions- och kapacitetsplanering ProKap[1].
Konkret lyfts ett initiativ om benchmarking utifrån KPP-underlag där koncernkontoret valt ut fem diagnosområden för djupare analys inom sjukhusförvaltningarna.

Dessa är:

- Stroke
- Pneumoni
- Hjärtsvikt
- Höftfrakturer
- PCI (åtgärd)

Utöver dessa fem områden har VGR via regionalt arbete med kvalitetsdriven verksamhetsutveckling lagt till patientgruppen med diagnos KOL.

I revisionens granskning av akutsjukhusen under 2018 har det noterats att den nuvarande uppföljningen och styrningen av produktivitetsutvecklingen har brister – bland annat i valda produktivitetsindikatorers relevans, förankring i verksamheterna och därigenom möjlighet till effektiv styrning. Under 2018 var det svårt att på sjukhusnivå identifiera någon tydlig utveckling utifrån den styrning som hittills etablerats. Revisionen har uppmärksammat att det funnits svårigheter att få en acceptans för den övergripande definitionen av produktivitet, men även för indikatorernas relevans ute i verksamheterna då sjukhusen menar att indikatorerna inte fångar vårdproduktionen. I dag sker en förändring av arbetsformer där tidigare slutenvård kan utföras i öppenvård, digitalisering innebär nya möjligheter samt omställningen av hälso- och sjukvården har påbörjats. Det innebär att hälso- och sjukvårdens uppföljningssystem måste utvecklas för att stödja önskad utveckling och fånga resultatet av densamma.

I koncernkontorets ”Planeringsunderlag till partierna inför budget 2019–2021” beskrivs att det idag inte kan ses ett entydigt samband mellan hög kvalitet och hög kostnad. Det bör innebära att det är möjligt att utveckla kvalitet och att öka produktion via förbättrad produktivitet och effektivitet.

[1] Som en del i arbetet med ekonomi i balans och efterföljande regional produktionsstyrning beslutades av regiondirektören, RD att breddinföra ett system som ersätter manuell rapportering samt stödjer beslutade arbetssätt för produktions- och kapacitetsplanering (RSK 20171-2012, RSK 11-2012)

I samband med prövning av Detaljbudget 2019 uppmanar regionstyrelsen igen sjukhusstyrelserna att:

- arbeta för att förbättra tillgänglighet samt att arbeta med produktions- och kapacitetsplanering
- fortsätta arbetet med produktivitet och de utvalda diagnosområden för KPP

Revisionen ser en risk i att styrning och uppföljning av produktivitet under 2019 både på övergripande nivå och på utförarnivå inte möter upp regionstyrelsens fokus på ökad produktivitet, en uppmaning vilken regionfullmäktige ställt sig bakom i samband med budgetbeslutet.

2.2. Granskningens syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om Västra Götalandsregionen, VGR har ett ändamålsenligt utvecklingsarbete för att förbättra produktiviteten inom hälso- och sjukvården.

Revisionsfrågor:

1. Har respektive sjukhusstyrelse arbetat med de av koncernkontoret utvalda produktivitetsindikatorerna?
2. Har respektive sjukhusstyrelses arbete med KPP-data, inom de utvalda diagnosområden, använts för att öka den egna produktiviteten samt minska omotiverade skillnader jämfört med de övriga sjukhusen i VGR?
3. Har respektive sjukhusstyrelses produktionsstyrning nått resultat i en ökad produktivitet, såväl avseende de regionala produktivitetsindikatorerna som avseende egna förvaltningsinitiativ?
4. Har RS en tillräcklig uppföljning av resultaten av produktivitetsindikatorerna?

2.3. Avgränsning

Granskningen avgränsas till de åtgärder som vidtas för att öka produktiviteten under år 2019.

De nämnder som den fördjupade granskningen omfattar är:

- Regionstyrelsen
- Styrelsen för NU-sjukvården
- Styrelsens för Skaraborgs sjukhus, SKAS
- Styrelsens för Södra Älvsborgs sjukhus, SÄS

2.4. Revisionskriterier

Granskningen har sin grund i lagar och förordningar, interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut. Nedan anges de kriterier som är utgångspunkten i den fördjupade granskningen och som ligger till grund för analys och bedömning.

- Kommunallagen 6 kap 6§
    - Nämnderna ska var och en inom sitt ansvarsområde se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag och annan förordning som gäller för verksamheten.

- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
    - Alla som bedriver hälso- och sjukvård ska systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Socialstyrelsen anger att med stöd av ledningssystem för kvalitet ska vårdgivaren planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Socialstyrelsens föreskrift ställer krav på egenkontroller, avvikelsehantering, sammanställningar och analyser för att se mönster och trender i syfte att utveckla verksamhetens kvalitet. Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.

- Regionfullmäktige § 208, Budget samt flerårsplan 2019–2021 för Västra Götalandsregionen, Dnr RS 2018–02833
    - Utmaning 2019
        - Det är viktigt att verksamheterna nu visar resultat med ökad produktivitet. Tydliga mål behöver fastställas för varje sjukhus för att nå vårdgarantitiderna och korta köerna till besök och behandling
    - Ersätta sjukhusen för faktisk produktion samt stimulera sjukhusen till ökad produktivitet genom att ersätta viss produktion över tak

- Regionstyrelsen Detaljbudget 2019, Dnr RS 2018–06175
    - Regionstyrelsen uppmanar styrelserna för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, NU-sjukvården, Skaraborgs sjukhus, Södra Älvsborgs sjukhus och sjukhusen i Väster att göra en förnyad prövning av budgeten och då beakta:
        - Att särskilt bevaka att arbetet med att få ekonomi och verksamhet i balans inte påverkar tillgängligheten negativt
        - Inom hälso- och sjukvård att arbeta för att förbättra tillgänglighet samt arbete med produktions- och kapacitetsplanering
        - Fortsätta arbetet med produktivitet och de fem utvalda diagnosområdena för KPP

- Styrelsen för NU-sjukvården Detaljbudget 2019, Dnr NU 2018–00941
    - Under 2019 utgör kostnadsbudgeten en absolut ram för storleken på de kostnader som får uppstå inom NU-sjukvården. För att nå det krävs:
        - Ökad produktivitet och effektivitet, där nya arbetssätt tillämpas i högre grad
        - Förbättrad och mer utvecklad produktionsplanering
        - Förbättrad bemanningsplanering och schemaläggning
- Styrelsen för Skaraborgs sjukhus Detaljbudget 2019, Dnr SkaS 2018–00870
    - Ett flertal aktiviteter har påbörjats under 2018 för att öka tillgänglighet och produktivitet. Dessa kommer fortsätta under 2019, bland annat
        - Fortsatt utveckling av produktions- och kapacitetsplanering enligt SkaS sjustegsmodell.
- Styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus Detaljbudget 2019, Dnr SÄS 2018–00923
    - Produktiviteten på SÄS behöver öka
        - Tydligare målsättning inom ortopedi om produktionsmål på dagsbasis
        - Produktivitetsmått per enhet person inom vuxenpsykiatri

2.5. Metod

Granskningen har genomförts via studier av styrelsernas dokument, beslut och åtgärder. Kompletterande data har inhämtats genom intervjuer med ansvariga tjänstepersoner och verksamhetsföreträdare. Granskning har även utförts avseende publicerad statistik och uppföljningsrapporter för samtliga aktuella. Granskningen skall följa SKYREVS rekommendationer för planering, genomförande och avrapportering.

2.6. Granskningsansvarig

Revisorskollegiets kontaktrevisorer är Ulf Sjösten och Per Waborg.

Granskningsansvarig är Maria Gabrielsson Fredrikson.

Övriga projektdeltagare är Kari Aartojärvi, Karin Norrman Elgh och Ulf Aronsson.

Kvalitetsgranskare är Thomas Vilhelmsson.

3. Resultat av granskningen

Utifrån genomförda dokumentstudier och intervjuer presenteras här resultat och iakttagelser av genomförd granskning. Granskningsresultatet presenteras genom att först ge en beskrivning av gällande uppdrag, bakgrund till olika ingående delar, riktlinjer och regionala beslut. Därefter beskrivs vad som framkommit vid intervjuer och dokumentstudier.

3.1. Produktivitet och mätning via indikatorer

Regionstyrelsen informerade i april 2017 presidierna i sjukhusstyrelserna, dnr RS 2017–0184, om särskild uppföljning av högprioriterade områden. Sjukhusen visade på fortsatta ekonomiska obalanser i sin verksamhet. Mål och inriktningar inom viktiga områden som regionfullmäktige beslutat om uppnåddes inte. Regionstyrelsen beslutade då om särskild uppföljning för att följa utvecklingen inom följande områden:

- Tillgänglighet
- Akutmottagningar och det akuta flödet i den slutna vården
- Ökad produktivitet

Samtliga dessa områden skulle månadsvis rapporteras till regionstyrelsen i särskild ordning. Rapporteringen till regionstyrelsen skulle skickas ut till styrelsen för sjukhusen som underlag för att sjukhusstyrelsens skulle kunna vidta åtgärder inom den egna verksamheten, för att uppnå satta mål. Dessa områden skulle vara i fokus vid kommande presidieöverläggningar mellan regionstyrelsen och presidierna för sjukhusstyrelserna samt vid controlling och ledningsdialoger

Regiondirektören gav då i sin tur koncernkontoret ett uppdrag att i samarbete med sjukhusförvaltningarna att ta fram produktivitetsindikatorer. Tio indikatorer för uppföljning av sjukhusens produktivitet har tagits fram. De har utvecklats av koncernkontoret och stämts av med berörda sjukhusförvaltningar. Produktivitetsindikatorerna beslutades av ekonomicheferna för akutsjukhusen och regionens ekonomidirektör i maj 2017.

De var följande:

1. Salstid/tillgänglig tid Somatik
2. Totalt antal operationer/dag Somatik
3. Utförd tid/vårddygn Somatik
4. Utförd tid/vårddygn Psykiatri
5. Antal vårdkontakter/nettoårsarbetare/dag Somatik
6. Antal vårdkontakter/nettoårsarbetare/ Psykiatri
7. Antal behandlingar/utredningar/läkare nettoårsarbetare Somatik
8. Antal vårdkontakter/läkare nettoårsarbetare Somatik
9. Utförd tid (alla utom läkare) /Antal akutbesök Akuten
10. Antal akutbesök/läkare nettoårsarbetare/dag Akuten

En arbetsgrupp tillsattes därefter med företrädare från koncernkontoret och från berörda sjukhusförvaltningar. Arbetet innebar att ta fram definitioner, beskrivningar och resultat för respektive indikator.

Varje sjukhus skulle använda produktivitetsindikatorerna för sin egen analys och jämförelse över tid. De var primärt inte avsedda för att jämförelser eller benchmarking mellan sjukhus. För att få långsiktig effekt var det viktigt att förvaltningarna skulle bryta ned resultaten och arbeta med dem på enhetsnivå. Resultaten av indikatorerna skulle inledningsvis presenteras varje månad där underlaget till övervägande del skulle tas fram av koncernkontoret, vilket innebar att indikator nummer 2–10 togs fram av koncernkontoret. Indikator nummer 1 skiljde sig något åt mellan förvaltningarna varför den togs fram separat av sjukhusen. Produktivitetsindikatorerna innehöll inte monetära termer. Koncernkontoret var noga med att påpeka att det var ett utvecklingsarbete där definitioner och kvalitetssäkring av datakällor skulle fortsätta över tid. Vid förändringar skulle data räknas om bakåt i tiden för att möjliggöra relevant uppföljning och analys.

3.2. Uppföljning av arbetet med produktivitetsindikatorer

Vid intervju med företrädare för koncernkontoret, stab verksamhetsuppföljning, framförs att sjukhusledningarna och förvaltningarna har arbetat med de regionala produktivitetsindikatorerna PI, men hur förvaltningen hanterar det mot egen styrelse är inte lika tydligt. RS tog redan 2017 ett beslut avseende ”Särskild uppföljning av högprioriterade områden”, Dnr RS 2017–01864, där RS informerade presidierna för sjukhusstyrelserna om den uppföljning RS beslutat ta fram. Där avsågs att följa de viktiga områden som regionfullmäktige beslutat om och de intervjuade upplevde initiativet som tydligt från regionstyrelsen.

Begreppet produktivitet

Koncernkontoret anser att begreppet produktivitet inte är helt enkelt inom hälso- och sjukvården. Det handlar om insatta medel och vad outputen har blivit, men idag blandas och ges det avseende de olika begreppen. I VGR:s delårsrapport per mars beskrivs PI:s utfall. I delårsrapporten per augusti skrivs det istället om uteblivna besök i uppföljningen av sjukhusen, vilket snarare handlar om kvalitetsbristkostnader än om produktivitet. Produktions- och kapacitetsplanering är på agendan och utöver detta så tillkommer arbetet med kvalitetsdriven verksamhetsutveckling som ännu en parameter. Det kan behöva ses som de olika saker de är, där produktiviteten och indikatorerna är ett mått på det sjukhusen gör.

Arbetet med produktivitetsindikatorerna

Koncernkontoret har en kontinuerlig och månadsvis uppföljning av PI och står för en stor del av arbetet, vilket innebär att sjukhusen inte belastas initialt. Rapporteringen är nu inlagd i uppföljningssystemet Plan och Styr och där görs redovisning fyra gånger per år. Vid årsbokslut samt vid ytterligare tre tillfällen. Koncernkontoret rapporterar för varje sjukhus samt tar fram en sammanfattning över det regionala arbetet. Regiondirektören presenterar rapporten för RS för att den därefter, som tidigare beskrivits, går ut till varje sjukhusstyrelse. Rapporten skickas även för kännedom till sjukhusdirektör och ekonomichef på varje sjukhusförvaltning.

Koncernkontoret menar att sjukhusen inte brutit ned de regionala PI till sina olika verksamhetsområden i någon större utsträckning. Flera sjukhus arbetar med PI men de intervjuade upplever att verksamhetsområdena har olika förmåga att ta det till sig. Det är idag ett stort fokus ute på sjukhusen på "Ekonomi i balans" vilket gör att arbetet med PI prioriteras ned. De intervjuade anser att sjukhusen tappat tempo i frågan. PI är väldigt

övergripande och generella vilket gör att sjukhusen måste bryta ned dem och arbeta på kliniknivå för att se förbättring i sin egen vardag. Stab verksamhetsuppföljning har ställt frågan till sjukhusens ekonomichefer om de vill ha hjälp och stöttning i arbetet, vilket sjukhusen har tackat nej till. Koncernkontoret kan erbjuda extra resurser och bland annat gå in och projektleda ute på sjukhusen. De intervjuade ger utryck för att spannet från indikatorernas övergripande nivå och ut till kliniknivå är stort och koncernkontoret upplever ett glapp. En fråga de intervjuade ställer sig är varför det trots insatser inte produceras mer hälso- och sjukvård, bland annat i form av fler patientbesök?

RS vill att sjukhusstyrelserna ska efterfråga produktivitetsresultat, genom att exempelvis gå igenom varje PI och bryta ned det för varje enhet. Sjukhusstyrelserna vet om problematiken och det bristande resultatet, men verkar inte vilja ställa frågorna till verksamheten. ”Det handlar inte om att springa fortare utan om att arbeta smartare”. Stab verksamhetsuppföljning lyfter Kungälvs sjukhus som har kommit långt vad gäller PI inom psykiatrin. En av anledningarna är att sjukhuset faktiskt pratat om det inom verksamheten. Vad är det som krävs för att sjukhuset ska kunna ta emot fler patienter? Här har de inom verksamheten hittat ett antal områden de kan arbeta med för att göra förbättringsåtgärder. De intervjuade anser att när sjukhusen arbetar för och når en sådan förändring, är det även till gagn för ekonomin.

Rapportering och erfarenheter

Koncernkontoret har en löpande kontroll och tar fram en rapport för varje sjukhusstyrelse, där de samlade kommentarerna från regionen hamnar först i rapporten och därefter kommenterar varje sjukhus sina resultat. Rapporten går till RS och till sjukhusstyrelserna. Koncernkontoret har lyft fram goda exempel från sjukhusen för att visa på vilket resultat arbetet kan ge.

Ekonomidirektören leder ett forum i det regionala ekonomichefsnätverket där sjukhusens ekonomichefer träffas för att diskutera sina erfarenheter och vilka utvecklingsmöjligheter de ser. Via forumet har cheferna möjlighet att diskutera sinsemellan och ta hjälp av varandra. Det är ett arbete som även gynnar uppdraget att få "Ekonomi i balans" om sjukhusen arbetar med det, mer än att bara följa upp det. Vissa förvaltningar följer löpande upp det menar de intervjuade och om sjukhusen arbetar med det ner på kliniknivå så bör sjukhuset kunna nå resultat. Potential finns att kunna korta köer och använda personal och resurser bättre. De intervjuade anser, att rätt personal på rätt ställe, är en utmaning som hälso- och sjukvården måste arbeta med.

Förståelsen ute i verksamheten för de olika PI

De intervjuade uttrycker att sjukhusen ser det som en ekonomisk affärsmässig indikator istället för att se det som en hjälp att hitta bättre lösningar. Hälso- och sjukvården vill inte mätas på det sättet. Sjukhusen lyfter fram att det är människor som möter och behandlar människor, inte industriell produktion med maskiner i centrum. Psykiatrin på Kungälvs sjukhus är som tidigare nämnts, ett exempel där verksamheten istället har kunnat använda det på ett framgångsrikt och utvecklande sätt. Övriga sjukhusförvaltningar har också kunnat visa på goda exempel, men det är fortfarande inte i någon större omfattning. Från koncernkontoret har de börjat med att lyfta goda exempel och synliggöra resultat för att få andra att haka på.

Pågående produktivitetsarbete

Vid den regionala controllingen får koncernkontoret information om hur sjukhusförvaltningarna arbetar med att förbättra produktivitet, eller inte. En del av sjukhusen ger information om pågående arbete medan andra sjukhusförvaltningar inte ger någon respons. De intervjuade anser att de sistnämnda sjukhusen inte arbetar i enlighet med regionala beslut. De sjukhusen väljer en helt egen väg med andra modeller än de regionalt beslutade.

Beslut om behov av åtgärder föreligger

Koncernkontoret ser inte att styrelserna för sjukhusen gör någon separat form av redogörelse vad gäller PI även om rapporterna finns framtagna. De ingår istället i delårsrapport och årsredovisning. De intervjuade anser att sjukhusstyrelserna skulle kunna ha det uppe tydligare på sin agenda och bland annat ta beslut om egna måltal för verksamheten. Stab verksamhetsuppföljning har följt det via controllingen och kunnat konstatera att sjukhusen på förvaltningsnivå till viss del dock har satt måltal. Något sjukhus har måltal antingen i procent eller som direkta måltal, andra har lagt ett samlat procentuellt förbättringsmål. Resultat av de satta måltalen är i nuläget för tidigt att kunna se.

Stab verksamhetsuppföljning kan se att antalet besök och behandlingar inom psykiatrin har ökat, men det är oklart om indikatorerna i sig har lett till en ökad produktivitet, även om utfallet har förbättrats. Inom psykiatrin har verksamheten via både diskussion och dialog fått till ett bättre resultat inom de givna resurserna. Det är inte genom en enkel knapptryckning som resultaten kommer. Dialogen och styrningen inom verksamheten är av stor betydelse.

RS uppföljning av produktivitetsindikatorerna

RS har varit tydliga i sina beslut angående uppföljning av produktivitet och sjukhusen har fått koncernkontorets löpande uppföljning. De intervjuade reflekterar dock över om det finns ett behov av att ytterligare utveckla rapporteringen, underlagen och analysarbetet för den fortsatta utvecklingen.

Produktivitetsindikatorer och tillgänglighetsmål

På RS-nivå har arbetet med produktivitets inte tydligt kopplats samman med målen för tillgänglighet. De intervjuade lyfter att styrelsen för SkaS däremot har gjort det. Där har sjukhusstyrelsen satt egna mål för PI och tillgängligheten. SkaS har beskrivit hur mycket sjukhuset behöver göra för att nå PI och tillgängligheten. SkaS anser att sjukhuset skulle kunna beta av köerna på cirka ett halvår med ungefär 5 procents ökning. Det finns dock andra begränsande resurser som tillgång på rätt personal vilket hämmar möjligheten till måluppfyllelse.

Det inledande arbetet med produktivitetsindikatorer

När koncernkontoret arbetade fram PI tillsammans med sjukhusen, gjordes det grundligt och det fanns med representanter från varje sjukhus. Det har däremot varit stort fokus på ekonomifrågan, vilket inneburit svårigheter med att nå ut i verksamheten. Under de följande åren har det inte varit någon utveckling avseende utformningen av indikatorerna. De intervjuade anser att de behöver göra en utvärdering och fundera på om detta är rätt väg eller behöver VGR tänka om eller tänka annorlunda. VGR valde att inte ta med kostnader i PI, ett beslut som kan diskuteras anser de intervjuade. Någon sjukhusförvaltning har nu valt att ta med kostnader vilket ser ut att ge effekt. Kostnaderna minskar ute på verksamhetsnivå, men koncernkontoret ser ändå inte att det blir resultat på övergripande

sjukhusnivå. Både styrelsen för SkaS som styrelsen för NU-sjukvården är de som har tagit med det i sina Verksamhetsplaner och SkaS har även satt tydliga mål.

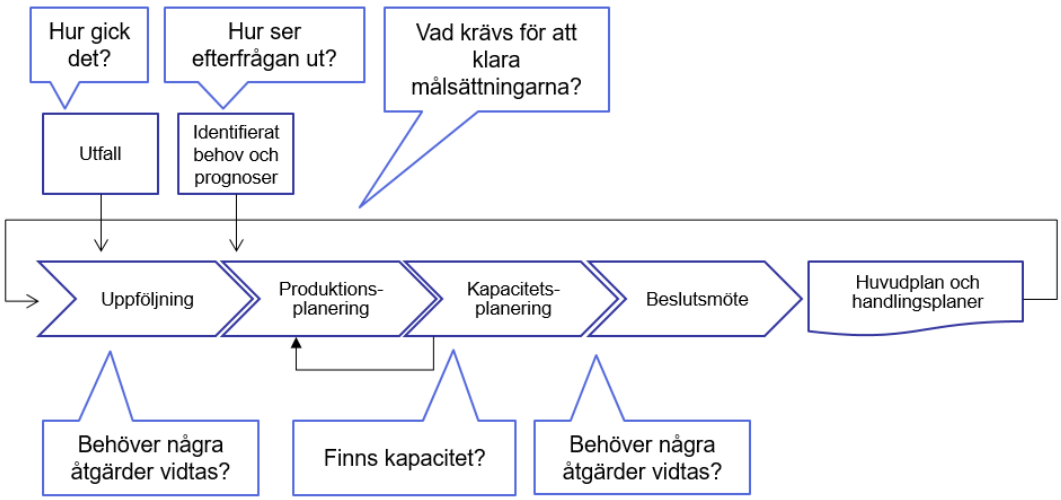
De intervjuade efterfrågar nu steg 2 i utvecklingen. Det kan handla om ett arbete med att säkerställa att resultat och effekt sker, att använda det som ett styrinstrument på ett tydligare sätt. Koncernkontoret mäter och följer upp, utifrån resultat bör det kunna dras slutsatser och göras förändringar i syfte att förbättra måluppfyllelse.

3.3. Produktions- och kapacitetsplanering

En del i att arbeta med styrning av produktivitet är att använda sig av produktions- och kapacitetsplanering. I regionstyrelsens prövning av utförarstyrelsernas detaljbudget för år 2019 uppmanar RS sjukhusstyrelserna att arbeta för att förbättra tillgänglighet samt att arbeta med produktions- och kapacitetsplanering. I det beslutet anger RS också att sjukhusen ska arbeta med produktivitet och de utvalda diagnosområdena för KPP. Det är alltså inom dessa områden som RS anser att styrelserna för sjukhusen behöver agera för att nå ökad produktivitet. Nedan beskrivs hur arbetet med produktions- och kapacitetsplaneringen hittills har stöttat produktivitetsarbetet.

Redan år 2010 beslutade dåvarande RD att sjukhusen skulle planera enligt huvudplaneringsprocess, den så kallade HP-modellen. Modellen är en strukturerad modell för hur beslutsprocessen ska gå till vid produktions- och kapacitetsplanering,

Figur 1: Huvudplaneringsprocess – en strukturerad beslutsprocess



Vartefter har VGR arbetat vidare med det regionala produktions- och kapacitetsplaneringsarbetet. År 2012 beslutades det att sjukhusen skulle använda en enhetlig regional mall för rapportering. År 2014 beslutades ett projektdirektiv för gemensam systemutveckling vilket resulterade i IT-stödet Prosit och år 2015 togs en genomförandeplan fram. År 2016 ersattes Prosit av det nuvarande systemstödet ProKap.

Det är nuvarande ProKap som det finns delade meningar om i regionen, där något sjukhus kan använda det både i planering till mottagningar som till planering av behandlingar, medan andra lyfter fram brister som att det inte kan ta med exempelvis personalresurser i planeringen. Det används på dessa sjukhus enbart som rapporteringssystem och inte som ett planeringssystem.

Koncernavdelningen anser att de flesta förvaltningar arbetar i enlighet med det regionala beslutet avseende ProKap och då inom vissa områden som har koppling till

vårdöverenskommelsen och beslutade volymer för de så kallade PK-grupperna[2]. Controllingen har visat att sjukhusen efterfrågar ett annat systemstöd för att få en bättre helhetslösning på sin planering.

De intervjuade ställer sig emellanåt frågan om ProKap var rätt val av stödsystem. De har även reflekterat över om det regionalt valda systemet ger tillräcklig nytta ute i verksamheten för att planeringen ska kunna fungera på bästa sätt. Koncernkontoret bedömer att det sjukhusen framförallt använder systemet till är de specificerade grupperna som beslutats i de så kallade regionala PK-grupperna och som enbart handlar om cirka 13 - 14 procent av den totala verksamheten. Det är oklart om sjukhusförvaltningarna har nytta av systemet i sitt vardagliga planeringsarbete för att få ut effekterna optimalt av produktions- och kapacitetsplaneringen. Har sjukhusen inte det så är det också svårigheter att den vägen öka produktiviteten. De intervjuade lyfter även att det idag fortfarande är för många system som inte integrerar. Integration innebär att olika system pratar med varandra och delar på samma data. Det är en viktig del för att spara tid och minska dubbelarbete. Arbete pågår avseende IT-systemens utveckling, men det behövs en snabbare takt och att det går i samklang med vad verksamheten behöver.

3.4. KPP som grund för benchmarking

KPP, kostnad per patient, är en metod för att beräkna sjukvårdens kostnader per vårdkontakt och patient. KPP innebär att medicinska uppgifter och kostnader knyts till enskild patient och dess vårdkontakter. KPP-data ger förutsättningar att jämföra olika patientgrupper ur ett kostnadsperspektiv mellan vårdaktörer, verksamheter och processer, vilket i sin tur ger underlag för verksamhetsutveckling.

Beräkningen av KPP bygger på den fördelning av kostnader till patientrelaterad verksamhet som sker i totalkostnadsbokslutet (TKB). Regelverken för kostnadsfördelning ska möjliggöra en korrekt fördelning till enskild patient.

Sjukhusen i VGR beräknar KPP för somatisk och psykiatrisk sluten och öppen vård. Kvaliteten i beräkningarna har förbättrats över tid. Under 2015 implementerades nya IT-stöd för beräkning av TKB (totalkostnadsbokslut) och KPP, vilket ger förbättrade förutsättningar för användning och utveckling.

Det främsta syftet med KPP är att resultatet ska användas för jämförelser och verksamhetsutveckling. De KPP-data som sjukhusen tar fram är även underlag för beräkning av de regionala DRG-viktlistorna, för ytterfallsberäkning och är en väsentlig faktor vid förhandling om ekonomiska transaktioner vid utomlänsvård. Kostnadsytterfall är vårdtillfällen som är väsentligt dyrare än genomsnittet för respektive DRG och uppgår till 5 procent av antalet vårdtillfällen i underlaget.

[2] PK-grupperna handlar om ett femtontal patientgrupper eller medicinska områden med fokus på första besök och behandling. I planering och vårdöverenskommelser med sjukhusens arbetar de med regional produktionsstyrning kopplat till att nå målen för tillgängligheten med aktiviteter både på relativt kort sikt och på medellång sikt.

3.5. Uppföljning av arbetet via KPP

Koncernavdelning Data och analys lyfter att de i huvudsak arbetar med uppföljning och analys samt med förädling av data och register, där uppföljning via KPP är en av delarna. KPP-data tas idag fram via en gemensam modell för verksamheterna. Varje år presenteras data av mer övergripande karaktär i ”Verksamhetsanalysen”[3] som beskriver olika delar av hälso- och sjukvården i VGR. Jämförande studier är inte vanligt förekommande i regionen, vilket innebär att KPP-arbetet i mångt och mycket stannar vid framtagande av data. Vidare uppföljnings- eller analysarbete kräver oftast att sjukhusen hör av sig till avdelningen, vilket förekommer.

Att sjukhusen sedan år 2015 har ett och samma KPP-system inom regionen, har inneburit bättre förutsättningar för arbetet. Det främsta målet tidigare var att årligen leverera data till Sveriges kommuner och regioner SKR, men då hade sjukhusen flera olika system att hantera. Då sjukhusen i dag har ett och samma system kan de bättre använda det för egna uppföljningsområden. Data och analys lyfter numera goda idéer, istället för att bromsa för att alla inte gör på samma sätt. Målet är att beskriva verkligheten och pågående utveckling. Ett exempel som lyfts är hämtat från förlossningsvården. Här har sjukhusen relativt sett ganska korta vårdtider och innehållet ser ganska lika ut. Utvecklingen har lett till att sjukhusen följer patienternas vårdtid i timmar istället för per vårddygn, vilket har inneburit bättre data. Via KPP försöker sjukhusen och koncernkontoret att beskriva verkligheten, och de testar nu om det kan genomföras även på andra patientgrupper.

Idag sker en förskjutning av vård från slutna till öppna vårdformer. Inom öppenvården och arbetet via KPP är utmaningen bland annat att göra användbara produkter av all data. Att hitta en nivå att kunna gruppera underlaget som är samma för alla. Här varierar det ganska mycket mellan vårdgivarna, där Sahlgrenska universitetssjukhuset, SU lyfts fram som exempel, där en specifik patientgrupp, liten till omfattningen, kan erhålla extremt dyra läkemedel.

Sjukhusens arbete med KPP har förbättrats, men en del kvarstår

Koncernavdelning data och analys anser att sjukhusen arbetar enligt de av Sveriges kommuner och regioner, SKR fastställda reglerna för KPP. Reglerna upplevs dock ganska vaga och inom flera områden skulle de kunna förbättras. Det kan handla om redovisning av specifika kostnader eller underlag avseende tjänster. Regionservice är den enhet som står för leverans av serviceverksamheter inom VGR. Det är idag inte enkelt att få ut ett tillräckligt underlag för fördelning av kostnaderna ut på verksamheterna. Ofta kan det krävas specialkörningar för att få ut underlag från Regionservice till sjukhusen, vilket leder till att det blir extra arbete. Ett annat område där underlagen skiftar i kvalitet är hyresfördelning från Västfastigheter. Något sjukhusen ser som ett stort problem. Beträffande läkemedelskostnader som är en betydande del av verksamhetens kostnader, så finns rekvisitionsläkemedel med i KPP-underlagen medan receptläkemedel ännu ligger utanför.

Koncernavdelning data och analys samt sjukhusen kan idag jämföra kostnader på en högre nivå men det kräver också andra delar för att komplettera bilden. Det kan handla om produktionsstatistik eller lab- och röntgendata, där sjukhusen fortfarande har olika system.

[3] Dnr RS 2019–05435

Använder sig sjukhusen av KPP-data för att göra jämförelser internt, mellan verksamheter och över år? De intervjuade pekar på att KPP är att se som ett bokslut, något har redan hänt och det är något sjukhusen kan lära sig av. Jämförelser sker idag mest genom att de via olika frågeställningar eller uppdrag tar fram sjukhusets KPP-data och jämför internt över tid. I vilken utsträckning sjukhusen idag arbetar med jämförelser av KPP-data med andra sjukhusförvaltningar är avdelning data och analys mer osäker på.

Sjukhusförvaltningarna följs även regionalt via koncernkontorets enhet för verksamhetsuppföljning. Där kommer det ibland upp frågor som berör KPP, vilket involverar enhet data och analys med att ta fram underlag. I analysarbetet är det viktigt att använda sig av kunskapen ute hos sjukhusen för att kunna dra relevanta och riktiga slutsatser.

Regionala områden för benchmarking och KPP

Sommaren 2018 arbetade avdelningen data och analys med ett uppdrag att ta fram områden inom KPP där materialet skulle omfatta stora grupper och samtidigt visa på skillnader i KPP-materialet. Arbetet kom fram till 5 grupper, vilka därefter stämdes av med bland annat regiondirektör och ekonomidirektör. Grupperna är:

- Stroke
- Pneumoni
- Hjärtsvikt
- Höftfrakturer
- PCI (åtgärd)

Utöver dessa fem områden har VGR via regionalt arbete med kvalitetsdriven verksamhetsutveckling lagt till patientgruppen med diagnos KOL.

De 5 grupperna fick en koppling till hälso- och sjukvårdens verksamhetsutveckling. Inom den regionala kunskapsorganisationen arbetar de via regionala processteam. De regionala programområdena är ganska omfattande och verksamheten har inrättat regionala processteam som stödjer arbetet.

VGR arbetar med områdena enligt tre delar

1. Patientupplevd kvalitet
2. Medicinska resultat
3. Kostnader

Det är i kostnadsdelen som VGR använt sig av KPP-data.
När det nu införs nya grupper allt efter hand, så tar arbetet även där hjälp av KPP. Data och analys försöker fånga det underlag som arbetet med de regionala medicinska riktlinjerna, RMR behöver.

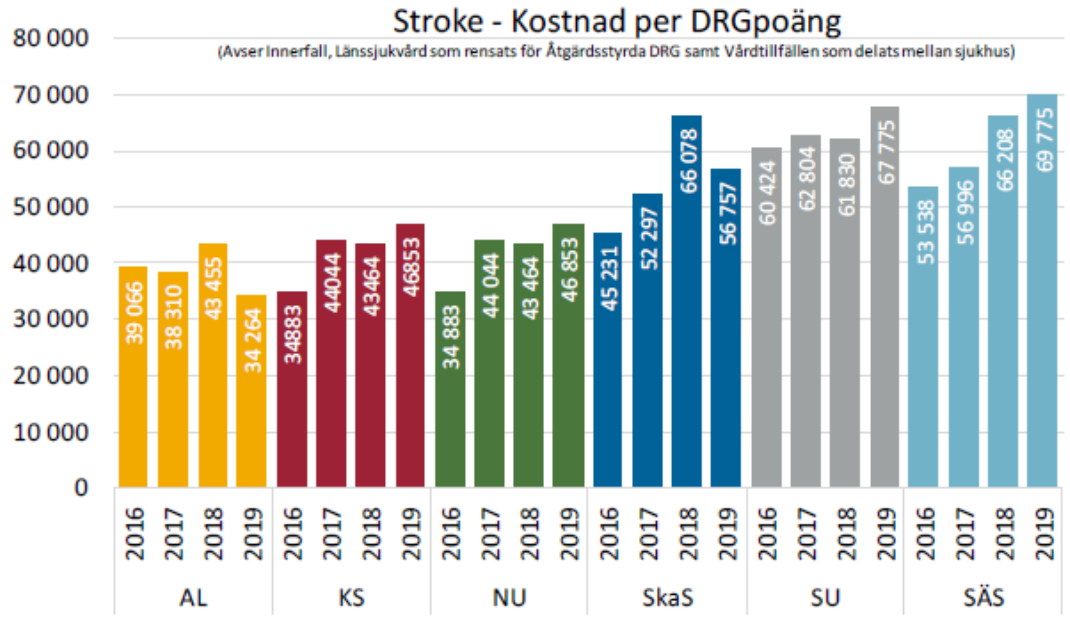


Diagram 1: från regionens månadsvisa "Snabbfakta" per september 2019
AL = Alingsås lasarett, KS= Kungälvs sjukhus, NU=NU-sjukvården, SkaS=Skaraborgs sjukhus, SU= Sahlgrenska universitetssjukhuset, SÄS= Södra Älvsborgs sjukhus.
Källa: KPP-data

Svårigheter i datafångst finns då flera patientgrupper rör sig över organisatoriska gränser. Det kan vara svårt att hitta patienten och definiera exempelvis hjärtsvikt. Förekomsten av hjärtsvikt kan de fånga lättare och kostnaden fångas via registrering av vårdkontakt.

Idag ligger det månatliga fokuset på några få diagnosområden, det skapar en oro för att sjukhusen gör korrigeringar så att det egna sjukhuset kan komma i bättre dager. De intervjuade menar att det inte är så det fungerar, sjukhusen fördelar ut kostnaderna på en aktivitet och inte specifikt på en patientgrupp, så här finns inte den möjligheten att påverka. Det skulle kunna antas att sjukhusen redovisar exempelvis läkartimmar på en lägre nivå, men ansvarsfrågan och handläggningen av systemet är åtskilda och på olika nivåer, vilket är en kvalitetssäkring av data.

Det bör kunna uppstå kostnadsvinster av arbetet med KPP. Det bör dock hanteras med viss försiktighet menar de intervjuade. Frigörande av tid i processer innebär sällan att sjukhusen verkligen minskar på kostnaderna. Det går att räkna fram potentiella ekonomiska hemtagningar, men det är mer komplicerat att uppnå dem i verkligheten, ute i verksamheten. Här måste sjukhusen därför arbeta parallellt både på lägre nivå som på en mer övergripande nivå.

De intervjuade lyfter att produktivitet handlar om att titta på helheten medan effektivitet i processen bör följas på en lägre nivå. Planeringsmässigt kan sjukhusen räkna fram hur många patientkontakter en viss vårdgivarkategori bör ta emot, för att till exempel korta en

kö. De intervjuade anser att det inom hälso- och sjukvården finns en kultur som gör att volymförändringar inte med lätthet diskuteras. Vården har med människor att göra, patienter. Hälso- och sjukvården anser och framför på många sätt att den är speciell. Det är ofta förenat med stora svårigheter att nå mottagaren, verksamheten vid diskussion om pengar, om kostnader. De intervjuade lyfter att hälso- och sjukvården inte är mogen att ta den diskussionen och detta trots att VGR under en följd av år diskuterat både sparkrav, åtgärder och kostnader i balans. Patienten är huvudprodukten och VGR måste bli bättre på att övertyga om att hur sjukhusen använder de ekonomiska medlen, i allra högsta grad påverkar vården.

De intervjuade pekar på att vissa vårdverksamheter ändå har tagit steg i rätt riktning och bland annat tittat på ”Best practice”. Det har lett till att de kunnat göra förbättringar som är till fördel både för patienten som för verksamheten. Det har även inneburit att verksamheten på eget initiativ tittat på de positiva ekonomiska resultaten av arbetet.

Regionen redovisar idag produktivitetsmätningar för 10 indikatorer. Det är dock svårt att mäta produktivitet och nu när det gått tre år bör VGR ha en utvärdering av arbetet. I dag, när allt mer vård förs över till öppna vårdformer, kan scenariot till och med vara så att sjukhusen inom vissa områden kanske önskar en lägre produktivitet. Digitala besök har klivit in på agendan och tekniken går fortare framåt än själva registreringsrutinerna. De intervjuade väcker frågor som: Vad är en vårdkontakt framöver? Hur kommer produkterna att se ut? Är det enbart kvalificerade vårdkontakter som ska räknas?

3.6. NU-sjukvården

Produktivitet och de regionala produktivitetsindikatorerna

NU-sjukvården anser att förståelsen finns av vad begreppet produktivitet står för, men den är och behöver vara differentierad, eftersom verksamheterna ser olika ut. Sjukhuset har eftersökt enkla kompletterande nyckeltal/kvoter per verksamhet, som ger uttryck för resursåtgång per prestation, och som kan visa på förändringar över tid.
Verksamheterna har i flera fall utvecklat egna produktivitetsnyckeltal som sjukhuset har försökt infoga i nyckeltalshierarkier och som är bättre anpassade till respektive verksamhet.

De regionala PI är i viss utsträckning för grova, då antingen täljare eller nämnare inte korrelerar till för verksamheten begripliga storheter. Arbeten pågår för att förfina indikatorerna för att öka begriplighet och relevans, och kopplat till detta kan realistiska mål sättas upp.

Allteftersom parametrarna blir mer verksamhetsrelevanta, så blir de en tydlig indikator på om verksamheten per nivå går mot bättre eller sämre produktivitet. Uppföljning av indikatorerna sker i linjen, med aggregerade utfall som redovisas på förvaltningsnivå.

Indikatorerna är en av flera parametrar som följs för att nå verksamhet och ekonomi i balans, vilket kontinuerligt är föremål för en mängd aktiviteter menar sjukhusledningen.

De viktigaste resultaten så här långt är förståelse i verksamheterna för nyckeltalens betydelse, som indikatorer på utvecklingen lokalt. Dessa nyckeltal utgör endast ett av flera verktyg som verksamheten använder för att följa upp sin verksamhet.

Har NU-sjukvårdens arbete med ProKap resulterat i en ökad produktivitet

Hittills används ProKap endast för basal planering som nivåer och periodisering, för PK-grupperna inklusive köp av vård, samt som uppföljning. ProKap har potentiellt större användningsområden, men som såvitt känt ännu inte används i VGR, med något undantag. Därför kan sjukhuset inte hävda att ProKap i sig resulterat i ökad produktivitet.
ProKap används som uppföljningsverktyg. ProKap saknar väsentliga funktioner för produktions- och kapacitetsstyrning för att bli ett komplett verktyg. Idag måste det kompletteras med andra data som inte går att hantera via ProKap.

De som aktivt arbetar med ProKap, produktionscontrollers på områdes- och förvaltningsnivå har god kännedom om och förståelse för systemet. Verksamheten däremot har mycket svårt att förstå hur ProKap fungerar. Ständigt återkommande frågor är från vilka system som olika data hämtas (Elvis[4]/Orbit[5]) enligt vilka villkor, samt hur förändrad organisation eller förändrade registreringsrutiner påverkar utfallet.

Endast ett par produktionscontrollers på NU-sjukvården kan över huvud taget uppdatera grunddata (parameter) i ProKap, samtidigt som systemet kräver ett kontinuerligt underhåll av grunddata.

[4] ELVIS används på alla VGR:s sjukhusförvaltningar och är ett patientadministrativt system som hanterar bland annat tidbokning, kassa, akut-, öppen- och slutenvårdskontakter.
[5] Orbit är ett planeringssystem för operationer inom hälso- och sjukvården. Systemet underlättar informationsflödet mellan olika aktörer inför en operation.

Teknisk överföring av beläggningsgrad, för vårdplatser per vecka inom slutenvården, till GRAL som är en regiongemensam informationsplattform, medför felaktigheter och tidsödande tester och kontroller.

För den omfattning som ProKap används idag finns rutiner på plats. Uppföljning av tillgänglighetssatsningarna och åtgärder vid avvikelse stöds av ProKap-data, på respektive nivå.

Hur används KPP-data för att öka den egna produktiviteten samt eventuellt minska omotiverade skillnader jämfört med de övriga sjukhusen i VGR?

NU-sjukvården har bland annat använt KPP-data för att följa upp varför sjukhusets öppenvård är tillsynes dyrare än VGR-snittet. Genom KPP har sjukhuset kunnat fastställa att det är framförallt diagnostiken som genererar högre kostnader hos sjukhuset. Det har lett till ett omfattande arbete med återkoppling av konsumtion av diagnostik till beställande verksamheter, samt ligger till grund för att sjukhuset från och med 2020 kan införa interndebitering av diagnostik. Det kommer vara ett incitament till verksamheterna att vara mer återhållsamma.

NU-sjukvården har även använt KPP för att belysa de ”fem stora” processerna (som numera är sex), och på vilket sätt olika kostnadsslag avviker (positivt eller negativt) från VGR-nivå.

NU-sjukvården använder KPP data för att göra jämförelser internt, både mellan verksamheter och över åren. Såväl förändring över tid och skillnader mot ”omvärlden” analyseras för att hitta potentiell effektivisering. Det görs även regelbundet jämförelser med andra förvaltningar, oftast SkaS och SÄS, och då framförallt avseende kostnader.

I viss mån har sjukhuset använt sig av KPP-data för att ta fram relevanta prisbilder inför VÖK-arbete. Ett annat exempel är introducerandet av interndebitering för diagnostik, vilket medför incitament för effektivisering.
I samband med VÖK-arbetet tar sjukhuset rutinmässigt fram KPP-kostnader för olika typer av besök och jämför med den ersättning sjukhuset får från hälso- och sjukvårdsnämnden.

Övriga initiativ inom NU

NU-sjukvården arbetar sedan ett år tillbaka via ett produktionsråd med uppdrag att planera, styra och följa upp produktionen. Rådet består av representanter från sjukhusledningen och produktionscontrollers.

NU-sjukvården har under 2019 arbetat med så kallat läkar-EB (effektiv bemanning), där bemanningsmallar kompletterats med potentiell produktion framförallt i öppenvården. Detta blir ett instrument för att tydligare koppla scheman, som uttryck för satsad resurs, till utfall i produktion, för att sedan kunna följa förändring över tid.

Flera verksamheter arbetar med att utveckla digitala vårdmöten bland annat med hjälp av appar.

Ett starkt tema är att flytta över vård från slutna vårdformer till öppenvård, inom många områden. Bland annat har kardiologin konverterat slutenvårdsplatser till dagvård.

3.7. Skaraborgs sjukhus, SkaS

Produktivitet och de regionala produktivitetsindikatorerna

Skaraborgs sjukhus, SkaS arbetar med produktivitetsindikatorerna (PI) på sjukhustotal nivå men de används inte aktivt i den interna ledningen och styrningen, då de är på en allt för aggregerad nivå.

Förståelsen varierar i vad begreppet produktivitet står för ute på sjukhuset. Cheferna har efterfrågat mer kunskap om hur produktivitet bäst mäts inom sjukvården. Det finns inget enkelt sätt att mäta den sammanvägda produktionen på, vilken är oerhört komplex och varierad. I arbetet med produktionsplanering ute i verksamheten talar de snarare om produktion och resurser än om produktivitetsbegreppet, även om det handlar om just produktivitet.

Ett internt arbete på SkaS har genomförts under år 2019 och en sjukhusgemensam indikator är framtagen, en så kallad vårdekvivalent, kostnad per producerad enhet, för att kunna följa produktivitet på en lägre organisatorisk nivå. Detta mått baseras på lägsta möjliga ansvarsnivå där produktion och kostnad kan matchas och summeras upp per verksamhetsområde. Målsättningen är att detta mått ska ge en tydligare bild över produktivitetsutvecklingen och ökad möjlighet att förstå vad en förändring beror på. Utvärdering sker under hösten 2019.

För 2019 är målsättningen enbart att ”följa för att lära” och sjukhuset har inte fastställt något mål. Indikatorn är fortfarande ny och inte tidigare testad eller utvärderad.

Från de koncerngemensamma PI har nedbrytning skett till relevanta verksamhetsområden. Varje verksamhet har uppmanats att ta fram sina egna mått för produktivitet. Det kan dock vara svårt att bedöma om ett förändrat utfall är bra eller dåligt, särskilt när verksamheten är i förändring. Det är generellt svårt att använda de koncerngemensamma indikatorernas utfall då utförd tid inte blir rättvisande på en lägre nivå än totalt sjukhusnivån. De fördelningsnycklar som används vid beräkning av utförd tid uppdateras inte så ofta och kan därför påverka indikatorns utfall.

Sjukhusledningens och styrelsens uppföljning och eventuella agerande på ej önskad utveckling i PI har inte varit uppe mer än i delårsrapporteringen samt i samband med diskussioner om behov av ökad produktion. Styrelsen har även när frågan diskuterats, varit tydliga med att de förväntar sig att verksamheten arbetar professionellt med produktions- och kapacitetsplanering.

Flera viktiga exempel på produktivitetsförbättringar finns i verksamheten. Arbetet med produktivitets/effektivitetsförbättringar sker framförallt utifrån arbetet med offensiv verksamhetsutveckling och ständiga förbättringar samt i samband med arbetet med produktions- och kapacitetsplanering. Där framhåller SkaS hudmottagningen, som ett exempel, där verksamheten kunnat öka antalet besök. Vissa verksamheter har haft svårt att hitta meningsfulla produktivitetsmått att följa över tid, utan allt för mycket manuell handpåläggning.

Har SkaS arbete med ProKap resulterat i en ökad produktivitet?

De intervjuade anser att ProKap är ett IT-stöd för rapportering/huvudplanering, inte för arbete med produktivitetsförbättringar. ProKap avser enbart första besök, elektiva

operationer och gäller endast vissa utvalda specialiteter. Sjukhuset arbetar och rapporterar i enlighet med ProKap för dessa utpekade delar. SkaS använder sig istället av en 7-stegsmodell för produktions- och kapacitetsplanering, P&K, vilken sjukhuset har tagit fram på egen hand och har infört på sjukhuset.

De intervjuade anser att förståelsen för produktions- och kapacitetsplanering ökar allt mer i verksamheten i takt med att SkaS 7-stegsmodell P&K införs. Målsättningen är att P&K enligt 7-stegsmodellen ska införas inom alla vårdverksamheter på lägsta nivå.

Sjukhuset har framtagna regler för sin egen modell som också följs av verksamheten. För att följa utvecklingen inom området och ta eventuella beslut tar sjukhusledningen upp frågeställningar på controlling och ekonomidagar på sjukhuset. Det finns en etablerad styrgrupp för produktions- och kapacitetsplanering. En arbetsgrupp finns även som metodstöd till verksamheter vid införande av P&K.

Genom en förbättrad produktions- och kapacitetsplanering har sjukhuset en betydligt bättre kunskap om patienternas behov, köer, väntetider och den egna produktionen/kapaciteten. Sjukhuset kan utföra en simulering av hur väntetider och köer utvecklas i förhållande till remissinflöde och planerad produktion.

Hur används KPP-data för att öka den egna produktiviteten samt eventuellt minska omotiverade skillnader jämfört med de övriga sjukhusen i VGR?

SkaS anser att KPP-data är svårt att använda för löpande produktivitetsmätningar eftersom KPP i nuläget tas fram en gång per år.

SkaS har påbörjat ett arbete i enlighet med de fastställda riktlinjerna för KPP.
De aktiviteter som genomförts/planeras är:

- Genomgång av riktlinjer och BI-portal med KPP-data för ekonomer och verksamhetsutvecklare
- Dialogmöte med regionala enheten för kvalitetsdriven verksamhetsutveckling
- Samarbete med regionala enheten data och analys gällande hjärtsviktsprocessen
- Uppstart och information hur KPP-data kan användas i processutvecklingsarbetet på SkaS. Processchefer, chefläkare, kvalitetschef, utvecklingschef, ekonomichef och SkaS KPP-ansvarig deltar.

SkaS har använt sig av KPP vid jämförelser i samband med specifika frågor och analysmaterial. KPP-data används även vid händelseanalyser.

KPP har tidigare använts för att fördela den totala kostnaden (intäkten) enligt VÖK till öppen- och slutenvård och somatik och psykiatri för att kalkylera de priser som ska användas vid ersättning för sjukhusets produktion.

KPP har också använts för att beskriva kostnaden för de olika ersättningsgrupperna. Kostnaden har sedan jämförts med den totala intäkt som VÖK ger per ersättningsgrupp. Det vill säga en beskrivning över vart avvikelserna uppstår mellan intäkt och kostnad i den nya ersättningsmodellen.

Fokus har hittills legat på att ta fram och jämföra KPP-data för SkaS egna verksamheter över tid. Att skapa en ökad förståelse för KPP-data hos verksamhetens chefer,

processledare, verksamhetsutvecklare och ekonomer. Jämförelse med övriga förvaltningar ligger i plan men här har sjukhuset ännu inte kommit så långt.

De intervjuade anser att KPP är ett processmått som kan användas för att beskriva produktiviteten för olika patientgrupper över tid. När sjukhuset ska mäta produktivitet i linjeorganisationen krävs andra mått.

Övriga initiativ inom SkaS

SkaS arbetar med ett projekt för en förbättrad produktivitet och ett förbättrat kapacitetsutnyttjande på operation. SkaS vill även lyfta sin 7-stegsmodell för produktions- och kapacitetsplanering, se bilaga 6.

3.8. Södra Älvsborgs sjukhus, SÄS

Produktivitet och de regionala produktivitetsindikatorerna

SÄS anger att sjukhuset arbetar utifrån ett produktionsuppdrag som varje verksamhet har och vid effektiviseringsbehov ett krav om att öka produktiviteten. Det är på så sätt SÄS har valt att arbeta med produktiviteten. Summan av alla produktionsuppdrag på SÄS överstiger volymerna som är definierade i vårdöverenskommelsen med Södra hälso- och sjukvårdsnämnden.

Inom psykiatrin har verksamheten en ganska god förståelse för vad produktivitet är. Den är betydligt lägre inom den somatiska verksamheten. Om en verksamhet uppnår produktionsuppdraget och håller budget är det inte relevant med PI, enligt SÄS. I nuläget är fokus på ekonomi i styrelsen och därmed kommer produktionen i andra hand. De viktigaste resultaten avseende produktivitet kan ses avseende psykiatrins utveckling. Men också inom flera mindre områden som mag- och tarmmottagningen, ögonmottagningen, hudmottagningen.

Har SÄS arbete med ProKap resulterat i en ökad produktivitet?

SÄS anser att ProKap framförallt är till för att rapportera och inte väl ägnat till att planera. Ingen koppling till schemat och för grovt för månadsdata. Därmed inget resultat avseende ökad produktivitet via ProKap. Idag har sjukhuset rutiner framme enbart gällande rapportering och uppföljning till styrelsen i månadsrapporten.

Uppföljning sker med verksamheten över de viktigaste resultaten och åtgärder vidtas om utvecklingen inte visar på önskvärt utfall. Produktionsuppdragen följs tätt och har stort fokus från sjukhusledningen. Styrelsen får varje månad produktionsuppföljning ställd mot VÖK-volymer, rapportering avseende PK-volymer och en redovisning av utfallet på kliniknivå. Styrelsen har däremot inte en uppföljning av PI.

Hur används KPP-data för att öka den egna produktiviteten samt eventuellt minska omotiverade skillnader jämfört med de övriga sjukhusen i VGR?

Arbetet har inte kommit så långt på SÄS och det förväntas ta bortåt ett år innan sjukhuset är framme. Först är det upplärning av läkare och processansvariga. Därefter handlar uppdraget om datatvätt och förståelse/acceptans ute i verksamheten. När det är på plats kan sjukhuset komma till att intressera sig för andra och därefter förändra i verkligheten. SÄS bedömer att det kommer ta hela 2020 också. Men de anser att det är helt rätt väg att gå.

SÄS använder inte KPP-data för att göra jämförelser internt mellan verksamheter och över åren utan framförallt för att ta fram underlag för extern fakturering.
Under hösten 2019 har sjukhuset använt sig av KPP-data i jämförelse med andra förvaltningar, men då enbart för att skapa intresse.

Övriga initiativ inom SÄS

Det görs ett omtag och med ökad kraft kring tillgänglighetsplaneringen på SÄS. En roll som tillgänglighetskoordinatorer skapas och utbilda. Syftet är att få bättre kompetens nära golvet i frågor kring vårdgarantin och valfrihet. Men också för att ge verksamheten stärkt stöd i planeringen av produktionen. De intervjuade lyfter att öka tillgängligheten är ett av SÄS strategiska mål 2020.

4. Bedömning

Nedan lämnas och redogörs för revisionens bedömningar avseende respektive område och frågeställningar.

4.1. Produktivitetsindikatorer

Generellt visar granskningen att det efter tre år inte ses några större förändringar av resultatet över tid, vad gäller produktivitetsindikatorerna. De flesta av indikatorerna är trögrörliga och ligger på ungefär samma nivå som tidigare år. Sjukhusen anger att de inte använder sig av produktivitetsindikatorerna då de är på en för övergripande nivå och att de inte ser resultat i det korta perspektivet. Flera sjukhus uppger att de tagit fram produktivitetsindikatorer på en lägre nedbruten nivå och att dessa ingår i deras verksamhetsplaner. Sjukhusen menar också att de upplever en viss svårighet i att bryta ner indikatorerna till en begriplig och användbar nivå, vilket är ett dilemma. Något sjukhus anger också att de inte varit medvetna om koncernkontorets möjlighet, att bistå sjukhusen i arbetet med produktivitet. Vår bedömning är att uppdragen kring produktivitet inte i tillräcklig omfattning har varit uppe på sjukhusstyrelsernas agendor och varit föremål för ett aktivt beslutsfattande.

Revisionens bedömning är att regionstyrelsen inte har en tillräcklig styrning och uppföljning över arbetet med att bygga upp en modell för att förbättra produktiviteten. Regionstyrelsen har visserligen fått uppföljningsrapporter via RD och koncernkontoret, men därifrån till att ta arbetet vidare syns inte i beslut. Flera beslut finns dock på temat att sjukhusen ska arbeta med att öka produktiviteten, men vad regionstyrelsen i verkligheten menar behöver förtydligas, definieras och beskrivas.

Regionstyrelsen har inte vidtagit åtgärder för att säkerställa att respektive sjukhusstyrelse arbetar med och bryter ned indikatorerna till lämplig nivå och därifrån frågar efter uppnådda resultat. Att utförarstyrelserna anser att de är upptagna med att få ekonomi i balans är inte en hållbar förklaring till varför arbetet bedöms ha stannat upp vid sjukhusen. Att arbeta med produktivitet bör vara del i att målet med ekonomi i balans kan uppnås.

4.2. KPP och produktivitet

Revisionen bedömer att det idag pågår ett gediget arbete med KPP, men att det fortfarande finns uppföljnings- och analysmöjligheter som inte tas tillvara på ett strukturerat sätt. Det gäller både inom koncernkontoret som ute på sjukhusförvaltningarna. Det återstår även att förfina datafångsten ute på förvaltningarna så att det blir än mer kvalitetssäkrat. Här kan RS ta ett än större ansvar för att leda det regionala arbetet och även föra dialog med Sveriges kommuner och regioner, SKR för att tydliggöra regelverket. VGR har under flera år arbetat med datafångsten och bör nu ta nästa steg i att använda det ute i verksamheten. RS har inte i tillräcklig omfattning sett till att ta tillvara sjukhusens kompetens i den analys som bör till för att få genomslag i förändringsarbetet.

4.3. Produktionsstyrning - ökad produktivitet

Produktions- och kapacitetsplanering är ett instrument som måste göras lättillgängligt även inom hälso- och sjukvården. Det bör tas fram arbetsformer som stödjer ett bättre användande av VGR:s resurser, då de inte är oändliga. Att verksamheten inom hälso- och sjukvården har med människor, patienter att göra bör tas på allvar i dialogen men kan inte

vara en faktor som gör att sjukhusen inte tar planering av vårdverksamheten på största allvar. Revisionens bedömning är att det pågår utvecklingsarbeten ute på sjukhusförvaltningarna, som bör tas tillvara på ett mer gemensamt sätt. Detta för att nyttja bra lösningar men inte använda för många olika sådana. Att sjukhusen inte tillräckligt tar tillvara på synergieffekterna är att se som en regional kvalitetsbristkostnad.

För att kunna arbeta effektivt och strategiskt behövs ett välfungerande IT-stöd. Om dagens ProKap innebär att de förutsättningarna finns, råder det delade meningar om. Det bör därför utredas för att skapa samsyn och enhetligt arbetssätt i regionen.

4.4. RS uppföljning av produktivitet och indikatorer

Regionstyrelsen får idag löpande uppföljning men revisionen bedömer att den kan och bör utvecklas. Framförallt brister uppföljning och analyser över varför produktiviteten inte tycks öka, varför arbetet med produktions- och kapacitetsplanering inte sker mer aktivt, på ett mer enhetligt sätt och med större engagemang. Regionstyrelsen måste ansluta sina återkommande beslut om att produktiviteten ska öka, med att förankra, definiera och följa upp mot fastställda mål.

4.5. Samlad bedömning

Revisionsfråga	Bedömning	Kommentar
1. Har respektive sjukhusstyrelse arbetat med de av koncernkontoret utvalda produktivitetsindikatorerna?	NU – Ja till del SkaS – Ja SÄS – ja till del	Sjukhusen har följt indikatorerna på övergripande nivå men på ett sådant sätt att det inte gett resultat ute i verksamheten. I stort sett har arbetet enbart svarat upp mot RS krav på rapportering. Ingen analys är framme på sjukhusnivå.
2. Har respektive sjukhusstyrelses arbete med KPP-data, inom de utvalda diagnosområden, använts för att öka den egna produktiviteten samt minska omotiverade skillnader jämfört med de övriga sjukhusen i VGR?	NU – Nej SkaS -Nej SÄS - Nej	KPP-arbetet är inte satt i fokus för att kunna ge tillräcklig effekt. Analys saknas ute på sjukhusen. Sjukhusen anser inte att KPP är ett hjälpmedel för att öka produktiviteten.
3. Har respektive sjukhusstyrelses produktionsstyrning nått resultat i en ökad produktivitet, såväl avseende de regionala produktivitetsindikatorerna som avseende egna förvaltningsinitiativ?	NU – Nej SkaS -Nej SÄS - Nej	Sjukhusen har inte använt de regionala PI för att nå ökad produktivitet, då de bedömer det vara på en för aggregerad nivå. Arbete med ekonomi i balans anges vara i fokus och en anledning till att de inte når en ökad produktivitet. Sjukhusen har i vissa fall satt egna mål för verksamhetsnära PI men inte kunnat se resultat i någon större utsträckning.

4. Har RS en tillräcklig uppföljning av resultaten av produktivitetsindikatorerna?	Nej	RS erhåller rapportering enligt fastställd tidplan. Rapporteringen bör kompletteras med ytterligare analys och tydliga mätbara mål för att kunna ställa krav på sjukhusstyrelserna. Att arbeta med produktivitet är inte satt i motsatts till att nå ekonomi i balans, vilket i dag är en ursäkt från sjukhusförvaltningen för att inte tydligt ta tag i frågeställningen. Sjukhusstyrelsen har det inte tillräckligt tydligt på sin agenda, vilket RS måste ställa krav på.

5. Rekommendationer

Revisionen lämnar följande rekommendation till regionstyrelsen

- Utred förutsättningarna för att skapa ett tydligare regionalt sammanhållet arbete med hälso- och sjukvårdens produktivitet i syfte att bidra till bättre tillgänglighet för patienterna.
- För dialog med utförarstyrelserna om behovet av produktivitet som ett stöd i hälso- och sjukvårdens utveckling.
- Se till att beslut fattas om nödvändiga åtgärder på regional nivå samt kompletterande uppdrag till sjukhusens styrelser.
- Se till att beslut tas om måltal och målvärden samt att de följs kontinuerligt.
- Utred om dagens IT-system innebär att rätt förutsättningar för produktivitetsarbetet finns.
- Se till att arbetet vidgas till att produktions- och kapacitetsplanering omfattas av områden utöver de så kallade PK-grupperna.
- Efterfråga uppföljning och analys med krav på tydliga åtgärder vid bristande måluppfyllelse.
- Utveckla arbetet med benchmarking både inom Västra Götalandsregionen som nationellt och internationellt.

Revisionen lämnar följande rekommendation till styrelsen för NU-sjukvården, Styrelsen för Skaraborgs sjukhus och Styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus

- Utveckla styrningen och ledningen för att produktivitetsarbetet ska få nödvändiga förutsättningar på sjukhuset och dess olika verksamheter
- Utforma en löpande uppföljning av produktions- och kapacitetsplaneringen övergripande som för varje verksamhet, vilken delges styrelsen.
- Se till att det finns beslutade nedbrutna mål för de olika verksamhetsområdena.
- Se till att vid avvikelse mot produktions- och kapacitetsplaneringen beslut tas, för att snabbare kunna vidta nödvändiga åtgärder.
- Se till att kommunikation och förankring sker med och ute i verksamheterna för att skapa förutsättningar för allas delaktighet i arbetet med sjukhusens produktivitet.
- Utveckla arbetet med benchmarking mellan sjukhusen inom Västra Götalandsregionen.

6. Bilagor

1. Revisionsfrågor med underfrågor
2. Anvisning Fördjupad rapportering av produktivitetsindikatorer för sjukhus
3. Produktivitetsindikatorer NU-sjukvården augusti 2019
4. Produktivitetsindikatorer Skaraborgs Sjukhus augusti 2019
5. Produktivitetsindikatorer Södra Älvsborgs Sjukhus augusti 2019
6. Riktlinje Produktions- och kapacitetsplanering SkaS
7. Sammanställning av redovisning av beslutade benchmarkingområden via regionens ”Snabbfakta”

Styrning av produktivitet

Revisionsfrågor med underfrågor

1. Har respektive sjukhusstyrelse arbetat med de av koncernkontoret utvalda produktivitetsindikatorerna?
   - 1.1 Hur arbetar sjukhusen med de regionala produktivitetsindikatorerna
   - 1.2 Har man nått en tillräcklig förståelse i verksamheten för de regionala produktivitetsindikatorerna?
   - 1.3 Hur är arbetet organiserat avseende de regionala produktivitetsindikatorerna?
   - 1.4 Har sjukhusen arbete med ProKap resulterat i ökad produktivitet?
   - 1.5 Har man tillräcklig förståelse i verksamheten avseende ProKap?
   - 1.6 Har sjukhusen rutiner och processer på plats avseende ProKap?
   - 1.7 Vilka är de viktigaste resultaten som uppnåtts så här långt?

2. Har respektive sjukhusstyrelses arbete med KPP-data, inom de utvalda diagnosområden, använts för att öka den egna produktiviteten samt minska omotiverade skillnader jämfört med de övriga sjukhusen i VGR?
   - 2.1 Hur används KPP-data, inom utvalda diagnosområden, för att öka den egna produktiviteten samt eventuellt minska omotiverade skillnader jämfört med de övriga sjukhusen i VGR?

3. Har respektive sjukhusstyrelses produktionsstyrning nått resultat i en ökad produktivitet, såväl avseende de regionala produktivitetsindikatorerna som avseende egna förvaltningsinitiativ?

4. Har RS en tillräcklig uppföljning av resultaten av produktivitetsindikatorerna?
   - 4.1 Har man en kontinuerlig uppföljning av produktivitetsindikatorerna
   - 4.2 Har man kopplat samman produktivitetsindikatorerna med tillgängligheten?

Beslutad av: Joakim Björck, **2019-xx-xx. Version 2**
Giltighet: från xx till nästa version, senast 2020-xx-xx

Anvisning

Fördjupad rapportering av produktivitetsindikatorer för sjukhus

Rutinen gäller för: Sjukhusen och Koncernkontoret, Västra Götalandsregionen
Innehållsansvar: Koncernstab verksamhet, ekonomi och inköp/avd. verksamhetsuppföljning
Dokumentet ersätter tidigare arbetsmaterial

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Innehåll

1 Sammanfattning....4

2 Inledning....4

2.1 Bakgrund....4

2.2 Syfte och mål....5

2.3 Avgränsningar....5

2.4 Målgrupper....5

2.5 Deltagande sjukhus....5

3 Produktivitetsindikatorerna....6

3.1 Indikator 1. Salstid/tillgänglig tid....7

3.2 Indikator 2. Totalt antal operationer per dag....8

3.3 Indikator 3. Utförd tid per vårddygn, somatik....9

3.4 Indikator 4. Utförd tid per vårddygn, psykiatri....10

3.5 Indikator 5. Antal vårdkontakter per nettoårsarbetare och dag, somatik (öppen vård)....11

3.6 Indikator 6. Antal vårdkontakter per nettoårsarbetare och dag, psykiatri (öppen vård)....13

3.7 Indikator 7. Antal behandlingar per nettoårsarbetare och dag, läkare....15

3.8 Indikator 8. Antal vårdkontakter per nettoårsarbetare och dag, läkare (öppen vård)....16

3.9 Indikator 9. Utförd tid per akutbesök, exklusive läkare....17

3.10 Indikator 10. Antal akutbesök per nettoårsarbetare och dag, läkare....19

4 Rutin för redovisning 2018....21

4.1 Uppdatering av data....21

4.2 Sjukhusen uppdaterar indikator 1 och fördelningsnycklar för ”utförd tid”....21

4.3 Möjlighet för sjukhusen att uppdatera utförd tid....22

4.4 Sammanställning av resultat....22

4.5 Sjukhusen lämnar kommentar och analys....22

4.6 Koncernkontorets kommentar och analys....22

4.7 Sammanställning till regionstyrelsen....23

4.8 Redovisning i regionstyrelsen 23

4.9 Utskick till sjukhusens styrelser 23

5 Bilagor ..... **Fel! Bokmärket är inte definierat.**

Bilaga 1. Aktuell tidplan ..... **Fel! Bokmärket är inte definierat.**

Bilaga 2. Tidigare Rutin för redovisning 2017 ..... **Fel! Bokmärket är inte definierat.**

Revideringsförteckning		
Version	**Sidor**	**Kommentar**
2017-12-14	Alla	Nytt dokument
2018-02-08	Alla	Slutlig Version 1. Tidigare version var ett arbetsmaterial.
2019-05	Alla	Uppdatering

1 SAMMANFATTNING

Detta rutindokument beskriver beslutade produktivitetsindikatorer avsedda för sjukhus i Västra Götalandsregionen. Det omfattar bakgrund, definitioner inklusive datakällor och rutiner för redovisning. Detta är ett levande dokument eftersom rutiner och även indikatorerna successivt kan förändras och förnyas efter beslut. Därför har dokumentet versionsnummer.

Produktivitetsindikatorerna ska användas för analys och jämförelser över tid inom respektive sjukhus. De är primärt inte avsedda för jämförelser eller ”benchmarking” mellan sjukhus.

2 INLEDNING

2.1 Bakgrund

I enlighet med uppdrag från regionstyrelsen (RS 2017–01864) har ett arbete med att utveckla rapporteringen kring produktivitet startats upp under våren 2017.

Tio indikatorer för uppföljning av sjukhusens produktivitet har tagits fram. Indikatorerna har utvecklats av Koncernkontoret. Därefter har de stämts av med berörda sjukhusförvaltningar. Produktivitetsindikatorerna beslutades av ekonomicheferna för sjukhusen och ekonomidirektören 2017-05-03.

En arbetsgrupp med företrädare från Koncernkontoret och från berörda sjukhusförvaltningar tillsattes i maj 2017. Arbetsgruppens arbete har fram till och med augusti inriktats på att ta fram definitioner, beskrivningar och resultat för respektive indikator. Det första resultatet, enligt arbetsgruppens överenskomna definitioner, fanns tillgängligt först 15 augusti 2017. Resultatet som är baserat på data från perioden januari 2015 till och med juni 2017 har överlämnats till förvaltningarna för kommentarer och analys. Varje sjukhus ska nu använda indikatorerna för sin egen verksamhetsutveckling. För att få en långsiktig effekt är det viktigt att förvaltningarna bryter ner resultaten och arbetar med dem på enhetsnivå.

Arbetsgruppen har beslutat att sjukhusen själva tar fram underlagsdata för indikator 1, därmed skiljer sig definitionerna åt mellan sjukhusen för denna indikator. Underliggande data för övriga indikatorer 2-10 tas fram av Koncernkontoret.

Resultaten av produktivitetsindikatorerna kommer att presenteras månadsvis i ordinarie rapportering. I Snabbfakta redovisas indikator 5 och 9. I den fördjupade rapporteringen av fokusområden till regionstyrelsen kommer samtliga indikatorer att redovisas tillsammans med analys och kommentarer enligt den periodicitet som regiondirektören fastställer.

Formerna för hur kommentarer och analyser från förvaltningarna ska sammanställas och presenteras kommer att utvecklas, och arbetet med harmonisering av definitioner och kvalitetssäkring kommer att fortsätta över tid. Om definitioner och/eller datakällor förändras kommer utfall att räknas om även bakåt i tiden

Produktivitetsindikatorerna ska användas för analys och jämförelser över tid inom respektive sjukhus. De är primärt *inte* avsedda för jämförelser eller ”benchmarking” mellan sjukhus.

2.2 Syfte och mål

Syftet är att ge en samlad beskrivning av definitioner och datakällor för beslutade produktivitetsindikatorer. Målet är att alla som tar fram underlagen och/eller analyserar och kommenterar dem, ska förstå vad produktivitetsindikatorerna visar och hur de är konstruerade.

Denna anvisning versionshanteras, vilket innebär att information förblir tillgänglig avseende hur produktivitetsindikatorer i äldre sammanställningar var definierade. Detta är särskilt viktigt eftersom utfall bakåt i tiden kan komma att räknas om.

2.3 Avgränsningar

Anvisningen beskriver de regionövergripande produktivitetsindikatorerna, hur de definieras, tas fram, sammanställs, kommenteras och redovisas. Det klargör vilka enheter som ansvarar för respektive steg.

Anvisningen beskriver inte beräkningsalgoritmer eller dataflöden på detaljnivå. Namn på kontaktpersoner finns inte med, dock hänvisar dokumentet till en separat sändlista för arbetsmaterial och rapporter. Analys och problematisering av t.ex. begreppet produktivitet faller utanför ramen för detta dokument.

2.4 Målgrupper

Den första målgruppen för anvisningen är de som på olika nivåer har ansvar för att ta fram, sammanställa, analysera och kommentera produktivitetsindikatorerna.

Anvisningen riktar sig till den arbetsgrupp som har definierat och nu vidareutvecklar indikatorerna, till sjukhusens ekonomichefer, ansvariga på avdelning verksamhetsuppföljning och koncernstab data och analys.

Dokumentet är också avsett som referensmaterial för dem som presenterar och tolkar produktivitetsindikatorerna, främst sjukhusdirektörer, regiondirektör och ekonomidirektör, verksamhetsansvariga i vården och vid frågor även berörda styrelsers politiker.

2.5 Deltagande sjukhus

De sjukhus som följer och redovisar produktivitetsindikatorer är samtliga sjukhus i Västra Götalandsregionen: Sjukhusen i Väster, NU-sjukvården (NU), Skaraborgs Sjukhus (SkaS), Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) och Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS).

3 PRODUKTIVITETSINDIKATORERNA

Översikt över beslutade produktivitetsindikatorer

Nr	Om-råde	Vård-form	Indikator	Täljare	Nämnare	Fråge-ställning
1	Soma-tik	Sluten-vård	Salstid/tillgänglig tid	Operationstid	24 timmar per dygn	Hur väl nyttjas våra operat-ionssalar?
2	Soma-tik	Sluten vård + öppen-vård	Totalt antal operationer per dag	Operationer	Dagar i månaden	Hur många operationer görs per dag?
3	Soma-tik	Sluten vård	Utförd tid per vårddygn, somatik	Utförda timmar	Vårddygn	Hur mycket arbetstid lägger personalen per vårddygn?
4	Psyki-atri	Sluten vård	Utförd tid per vårddygn, psykiatri	Utförda timmar	Vårddygn	Hur mycket arbetstid lägger personalen per vårddygn?
5	Soma-tik	Öppen vård	Antal vårdkontakter per nettoårsarbetare och dag, somatik	Vård-kontakter	Utförda timmar per dag omräknat till netto-årsarbeten	Hur många vårdkontakter gör vårdpersonalen per dag?
6	Psyki-atri	Öppen vård	Antal vårdkontakter per nettoårsarbetare och dag, psykiatri	Vård-kontakter	Utförda timmar per dag omräknat till netto-årsarbeten	Hur många vårdkontakter gör vårdpersonalen per dag?
7	Soma-tik	Öppen vård	Antal behandlingar per nettoårsarbetare och dag, läkare	Behandlingar och utredningar	Utförda timmar av läkare per dag omräknat till nettoårsarbete n	Hur många behandlingar gör en läkare per månad?
8	Soma-tik	Öppen vård	Antal vårdkontakter per nettoårsarbetare och dag, läkare	Vård-kontakter	Utförda timmar av läkare per dag omräknat till nettoårsarbete n	Hur många vårdkontakter har en läkare per månad?
9	Akuten	Akut-vård	Utförd tid per akutbesök, exklusive läkare	Utförda timmar (exkl. läkare)	Akutbesök	Hur mycket tid läggs i genomsnitt per akutbesök (exkl. läkare)?
10	Akuten	Akut-vård	Antal akutbesök per nettoårsarbetare och dag, läkare	Akutbesök	Utförda timmar av läkare per dag omräknat till nettoårsarbete n	Hur många akutbesök gör läkarna per dag?

3.1 Indikator 1. Salstid/tillgänglig tid

3.1.1 Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar hur mycket operationssalen används i förhållande till den tillgängliga tiden.

Tillgänglig tid avser operationssalen som fysisk resurs, det vill säga ingen hänsyn tagen till om salen är bemannad eller använd.

SkaS: Tillgänglig tid avser när operationssalen finns tillgänglig, det vill säga när den är bemannad

SÄS: Tillgänglig tid avser operationssalen som fysisk resurs, det vill säga ingen hänsyn tagen till om salen är bemannad, den ska dock ha varit använd någon del av dygnet. Hänsyn har tagits till neddragning av antalet operationssalar under exempelvis sommaren.

3.1.2 Täljare - definitioner och datakällor

Salstid (tidigare benämnt operationstid). Enligt sjukhusens egen definition. Sjukhusen tar fram underlaget.

SU: Enligt operationsdatasystemet Operätt: Tidpunkt 2 (då de aktiva förberedelserna inför operation påbörjas) till tidpunkt 12 (då operationssalen är färdigstädad). Gäller SU

AL, KS, NU, SkaS och SÄS: Enligt operationsdatasystemet Orbit: Tidpunkt Ankomsttid preop-enhet (patientens) till tidpunkt Sal städad och färdigställd. Gäller AL, KS, NU-sjukvården, SkaS och SÄS.

SÄS: Totaltid operation (från att anestesipersonal tar emot patienten tills den lämnas över till postop/avd.) från operationssystemet. Totaltid inkluderar ej ögon som enbart är i operationslokalerna en dag varannan vecka, övrig tid görs operationerna på mottagning.

3.1.3 Nämnare - definitioner och datakällor

Tillgänglig tid. (antal operationssalar 24:7). Sjukhusen tar fram underlag.

SkaS: Tillgänglig tid avser när operationssalen är bemannad

SU: Från och med 2017 inkluderas BOIC, vilket innebär att antalet salar då ökade från 83 till 89.

SÄS: Tillgänglig tid tar ingen hänsyn till om salen är bemannad, men den ska ha varit använd någon del av dygnet. Hänsyn har tagits till neddragning av antalet operationssalar under exempelvis sommaren.

3.1.4 Avvikelser

Det finns två sätt att räkna salstid beroende på om sjukhuset använder operationssystemet OPERÄTT eller ORBIT.

Tillgänglig tid definieras i sak olika, och indikatorn mäter därmed olika saker. SkaS räknar enbart bemannad tid, övriga har varianter av 24:7.

FSS och ANS avvaktar sjukhusen i Väster.

3.2 Indikator 2. Totalt antal operationer per dag

3.2.1 Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar antalet operationer som genomförs under en dag. Indikatorn fångar även operationer som utförs på mottagning då källan är patientadministrativa systemet och inte operationsplaneringssystem.

3.2.2 Täljare - definitioner och datakällor

Totalt antal operationer, ej knutet till operationssal.

Inkluderade koder:

Kontaktkategori Typ Kod (enbart dessa för att undvika operationskoder knutna till exempelvis indirekta kontakter)
B - Alla besök
V- Vårdtillfälle
KVÅOrdning. Ordningsnr (tittar enbart på operationskod i första position)
1
1 KVÅ Kapitel (arbetsgruppens urval av operationskoder)
A
B
C
D
E
F
G
H
J
K
L
M

N
P
Vårdenhet Indelning - KVO KVP
Ej KVO, KVP (innebär att köpt vård öppen- och slutenvård inte är med)

Källa: Vega. Grundsystem ELVIS.
Ingående KVÅ-koder: A-K, L-N och P (operationer efter organ). Samma definitioner används i publikationen Månadsfakta.

3.2.3 Nämnare - definitioner och datakällor

Kalenderdagar.

3.2.4 Avvikelser

Inga avvikelser.

3.3 Indikator 3. Utförd tid per vårddygn, somatik

3.3.1 Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar antalet timmar som används under ett vårddygn av den vårdnära personalen och är kopplat till patient. Somatik.

Exempel: I december 2017 har x timmar gått åt under ett vårddygn för den vårdnära personalen i arbetet med patient i den somatiska slutenvården.

3.3.2 Täljare - definitioner och datakällor

Utförd tid (ordinarie tid samt jour/beredskap) för vårdnära personal. Vårdnära personal inom somatisk slutenvård: Utförd tid, data ur Personalkuben, filtrerad på A-H1.

A1 Sjuksköterskor
A2 Barnmorskor
B1 Undersköterskor m.fl.
C1 Läkare
D1 Tandläkare
E1 Tandsköterskor m.fl.
E2 Tandhygienister
F1 Administratör, vård
G1 Psykolog
G2 Psykoterapeut
G3 Fysioterapeut
G4 Arbetsterapeut
G5 Logoped
G6 Dietist
G7 Kurator
G8 Övrig rehabiliteringspersonal
H1 Biomedicinsk analytiker

Fördelning av tiden som avser somatisk slutenvård sker enligt nyckel från respektive sjukhus. Sjukhusen ansvarar själva för att lägga in sin fördelningsnyckel i systemet, hålla den uppdaterad och förändra vid behov. Nyckeln ska ses över minst 1gg/år. Över tidperioden 2015-2017 är nycklarna för respektive sjukhus oförändrade. Fördelningsnyckeln utgår ifrån TKB (totalkostnadsbokslut).

3.3.3 Nämnare - definitioner och datakällor

Antal vårddygn somatik 06.00, data ur Beläggningskuben. Mätningen känner av om den disponibla platsen är belagd eller ej kl. 06:00 varje morgon. Data uppdateras varje dygn och vårddygn som fångas är de som ägt rum under månaden oavsett om patienten är utskriven eller ej.

3.3.4 Avvikelser

Inga avvikelser.

3.4 Indikator 4. Utförd tid per vårddygn, psykiatri

3.4.1 Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar antalet timmar som används under ett vårddygn av den vårdnära personalen och är kopplat till patient. Psykiatri.

Exempel: I december 2017 har x timmar gått åt under ett vårddygn för den vårdnära personalen i arbetet med patient i den psykiatriska heldygnsvården.

3.4.2 Täljare - definitioner och datakällor

Utförd tid (ordinarie tid samt jour/beredskap) vårdnära personal. Vårdnära personal inom psykiatrisk slutenvård: Utförd tid, data ur Personalkuben, filtrerad på A-H1.

A1 Sjuksköterskor
A2 Barnmorskor
B1 Undersköterskor m.fl.
C1 Läkare
D1 Tandläkare
E1 Tandsköterskor m.fl.
E2 Tandhygienister
F1 Administratör, vård
G1 Psykolog
G2 Psykoterapeut
G3 Fysioterapeut
G4 Arbetsterapeut
G5 Logoped
G6 Dietist
G7 Kurator
G8 Övrig rehabiliteringspersonal
H1 Biomedicinsk analytiker

Fördelning av tiden som avser psykiatrisk heldygnsvård sker enligt nyckel från respektive sjukhus. Sjukhusen ansvarar själva för att lägga in sin fördelningsnyckel i systemet, hålla den uppdaterad och förändra vid behov. Nyckeln ska ses över minst 1gg/år. Över tidperioden 2015-2017 är nycklarna för respektive sjukhus oförändrade. Fördelningsnyckeln utgår ifrån TKB (totalkostnadsbokslut).

3.4.3 Nämnare - definitioner och datakällor

Antal vårddygn psykiatri 06.00, data ur Beläggningskuben. Mätningen känner av om den disponibla platsen är belagd eller ej kl. 06:00 varje morgon.

Data uppdateras varje dygn och vårddygn som fångas är de som ägt rum under månaden oavsett om patienten är utskriven eller ej.

3.4.4 Avvikelser

AL, FSS: Har ingen psykiatri.

3.5 Indikator 5. Antal vårdkontakter per nettoårsarbetare och dag, somatik (öppen vård)

3.5.1 Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar hur många vårdkontakter som en medarbetare har under en dag, somatik, öppenvård, exklusive akuten.

SkaS: Indikatorn visar hur många vårdkontakter som en medarbetare under en dag, inklusive akuten.

3.5.2 Täljare - definitioner och datakällor

Antal vårdkontakter. Kontakttyper F, E, EF, I, J, D, G, H, M, P, TB, (Vega), somatisk öppenvård, exklusive alla besök på de somatiska akutmottagningarna (Akutendatabasen).

Besökstyp
D - Första behandling, operation
E - Efterföljande besök
EF - Efterföljande besök, första kontakt
F - Första besök
G - Behandling, ej operation
H - Hemsjukvårdsbesök
I - Inskrivningsbesök
J - Akut- och jourmottagn.-besök
M - Utredning/Undersökning
P - Preoperativt besök
TB - Telefonkontakt som ersätter besök

Som besök registreras fysiska besök samt TB, dvs. telefonsamtal som ersätter besök och digitala kontakter med ljud och bild i realtid.

Från ovanstående besök (källa Vega) exkluderas antalet besök som nedan återkommer i indikator 9 (besök från Akutendatabasen)

Exkluderade besök:

Källa
Akutendatabasen - Excelkub
Avdelning
AKUTEN - Akutmottagning
AKM - Akutmottagning - Somatik
NAKM - Akutmottagningen NÄL
UAKM - Akutmottagningen ögon- ortopedi Uddevalla sjukhus
AKMCKÖ - Akutmottagning Östra
AKUTEN - Akutmottagning Sahlgrenska
AKUTMS - Akutmottagning Mölndal
BKAKUT - Akutmottagning barn
LAKM - Akutmottagning
SAKM - Akutmottagning
AVC - Akutenhet 2
Besökstyp
E - Efterföljande besök
EF - Efterföljande besök, första kontakt
F - Första besök
G - Behandling, ej operation
H - Hemsjukvårdsbesök
I - Inskrivningsbesök
J - Akut- och jourmottagn.-besök
M - Utredning/Undersökning
P - Preoperativt besök
TB - Telefonkontakt som ersätter besök

3.5.3 Nämnare - definitioner och datakällor

Nettoårsarbetare. Vårdnära personal inom somatisk öppenvård exklusive stora akutmottagningar, se täljare. Utförd tid (ordinarie tid samt jour/beredskap) hämtas från Personalkuben, filtrerad på A-H1.

A1 Sjuksköterskor
A2 Barnmorskor
B1 Undersköterskor m.fl.
C1 Läkare
D1 Tandläkare
E1 Tandsköterskor m.fl.
E2 Tandhygienister
F1 Administratör, vård
G1 Psykolog
G2 Psykoterapeut
G3 Fysioterapeut

G4 Arbetsterapeut
G5 Logoped
G6 Dietist
G7 Kurator
G8 Övrig rehabiliteringspersonal
H1 Biomedicinsk analytiker

Fördelning av tiden som avser somatisk öppenvård sker enligt nyckel från respektive sjukhus. Sjukhusen ansvarar själva för att lägga in sin fördelningsnyckel i systemet, hålla den uppdaterad och förändra vid behov. Nyckeln ska ses över minst 1gg/år. Över tidperioden 2015-2017 är nycklarna för respektive sjukhus oförändrade. Fördelningsnyckeln utgår ifrån TKB (totalkostnadsbokslut).

Per nettoårsarbetare. Tiden delas med 165 (snitt årsarbetsdagar).
Per dag. Utfallet delas med antalet kalenderdagar.

3.5.4 Avvikelser

Uttaget för att fånga nettoårsarbetare skiljer sig något från den definition som används inom HR. Skillnaden är för produktivitetsindikatorernas del marginell.

3.6 Indikator 6. Antal vårdkontakter per nettoårsarbetare och dag, psykiatri (öppen vård)

3.6.1 Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar hur många vårdkontakter som en medarbetare har under en dag, psykiatri, öppenvård.

3.6.2 Täljare, definitioner och datakällor

Antal vårdkontakter. Kontakttyper F, E, EF, I, J, D, G, H, M, P, TB, (Vega), psykiatrisk öppenvård.

SkaS: Psykiatrisk akutmottagning kategoriseras som öppenvård i fördelningsnyckel.

SÄS: Psykiatrisk akutmottagning kategoriseras som öppenvård i fördelningsnyckel

Besökstyp
D - Första behandling, operation
E - Efterföljande besök
EF - Efterföljande besök, första kontakt
F - Första besök
G - Behandling, ej operation
H - Hemsjukvårdsbesök
I - Inskrivningsbesök
J - Akut- och jourmottagn.-besök
M - Utredning/Undersökning

P - Preoperativt besök TB - Telefonkontakt som ersätter besök

Som besök registreras fysiska besök samt TB, dvs. telefonsamtal som ersätter besök och digitala kontakter med ljud och bild i realtid.

3.6.3 Nämnare, definitioner och datakällor

Nettoårsarbetare. Vårdnära personal inom psykiatrisk öppenvård, Utförd tid (ordinarie tid samt jour/beredskap) hämtas från Personalkuben, filtrerad på A-H1.

A1 Sjuksköterskor
A2 Barnmorskor
B1 Undersköterskor m.fl.
C1 Läkare
D1 Tandläkare
E1 Tandsköterskor m.fl.
E2 Tandhygienister
F1 Administratör, vård
G1 Psykolog
G2 Psykoterapeut
G3 Fysioterapeut
G4 Arbetsterapeut
G5 Logoped
G6 Dietist
G7 Kurator
G8 Övrig rehabiliteringspersonal
H1 Biomedicinsk analytiker

Fördelning av tiden som avser psykiatrisk öppenvård sker enligt nyckel från respektive sjukhus. Sjukhusen ansvarar själva för att lägga in sin fördelningsnyckel i systemet, hålla den uppdaterad och förändra vid behov. Nyckeln ska ses över minst 1gg/år. Över tidperioden 2015-2017 är nycklarna för respektive sjukhus oförändrade. Fördelningsnyckeln utgår ifrån TKB (totalkostnadsbokslut).

Per nettoårsarbetare. Tiden delas med 165 (snitt årsarbetsdagar).
Per dag. Utfallet delas med antalet kalenderdagar.

3.6.4 Avvikelser

Uttaget för att fånga nettoårsarbetare skiljer sig något från den definition som används inom HR. Skillnaden är för produktivitetsindikatorernas del marginell.
AL, FSS: Har ingen psykiatri.

3.7 Indikator 7. Antal behandlingar per nettoårsarbetare och dag, läkare

3.7.1 Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar hur många behandlingar, utredningar och undersökningar som en läkare har under en dag. Avser somatik, öppenvård.

3.7.2 Täljare, definitioner och datakällor

Antal behandlingar/utredningar. Somatisk öppenvård. Inklusive Akuten.

Inkluderade koder:

Besökstyp
D - Första behandling, operation
E - Efterföljande besök
EF - Efterföljande besök, första kontakt
G - Behandling, ej operation
M - Utredning/Undersökning
HSP Vårdgivarkategori
Läkare
1 KVÅ Kapitel (arbetsgruppens urval av åtgärdskoder)
A
B
C
D
E
F
G
H
J
K
KVÅAB
KVÅDE
KVÅP
KVÅQ
L
M
N
P
Q
T
U
Y
Vårdenhet Indelning - KVO KVP
Ej KVO,KVP (innebär att köpt vård öppen- och slutenvård inte är med)

Källa: Vega. Grundsystem ELVIS.

Ingående KVÅ-koder: A-K, L-N och P-Q (operationer efter organ), KVÅAB (utredande åtgärder – ny), KVÅDE (behandlande åtgärder – ny), KVÅP (utredande åtgärder – enligt ICF), KVÅQ (behandlande

åtgärder – enligt ICF), T (mindre kirurgiska ingrepp), U (transluminal endoskopi), Y (uttag av organ till transplantation).

3.7.3 Nämnare, definitioner och datakällor

Nettoårsarbetare läkare. Läkartid inom somatisk öppenvård. Utförd tid hämtas från Personalkuben, filtrerad på C1som består av följande underkategorier:

201010 Överläkare
201011 Distriktsläkare/Specialist allmänmedicin
202010 Specialistläkare
203010 Läkare legitimerad, specialiseringstjänstgöring
203090 Läkare legitimerad, annan
204010 Läkare ej legitimerad, allmäntjänstgöring
204090 Läkare ej legitimerad, annan

Fördelning av tiden som avser somatisk öppenvård sker enligt nyckel från respektive sjukhus. Sjukhusen ansvarar själva för att lägga in sin fördelningsnyckel i systemet, hålla den uppdaterad och förändra vid behov. Nyckeln ska ses över minst 1gg/år. Över tidperioden 2015-2017 är nycklarna för respektive sjukhus oförändrade. Fördelningsnyckeln utgår ifrån TKB (totalkostnadsbokslut).

Per nettoårsarbetande. Delas med 165 (snitt årsarbetsdagar).
Per dag. Utfallet delas med antalet kalenderdagar.

3.7.4 Avvikelser

Uttaget för att fånga nettoårsarbetare skiljer sig något från den definition som används inom HR. Skillnaden är för produktivitetsindikatorernas del marginell.

3.8 Indikator 8. Antal vårdkontakter per nettoårsarbetare och dag, läkare (öppen vård)

3.8.1 Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar hur många vårdkontakter en läkare har under en dag. Avser somatik öppen vård.

3.8.2 Täljare, definitioner och datakällor

Antal vårdkontakter. Läkarbesök för Kontakttyper F, E, EF, I, J, D, G, H, M, P, TB (Vega). Somatisk öppenvård inklusive Akuten.

Besökstyp
D - Första behandling, operation
E - Efterföljande besök
EF - Efterföljande besök, första kontakt
F - Första besök

G - Behandling, ej operation H - Hemsjukvårdsbesök I - Inskrivningsbesök J - Akut- och jourmottagn.-besök M - Utredning/Undersökning P - Preoperativt besök TB - Telefonkontakt som ersätter besök

3.8.3 Nämnare, definitioner och datakällor

Nettoårsarbetare läkare. Läkartid inom somatisk öppenvård. Utförd tid hämtas från Personalkuben, filtrerad på C1som består av följande underkategorier:

201010 Överläkare
201011 Distriktsläkare/Specialist allmänmedicin
202010 Specialistläkare
203010 Läkare legitimerad, specialiseringstjänstgöring
203090 Läkare legitimerad, annan
204010 Läkare ej legitimerad, allmäntjänstgöring
204090 Läkare ej legitimerad, annan

Fördelning av tiden som avser somatisk öppenvård sker enligt nyckel från respektive sjukhus. Sjukhusen ansvarar själva för att lägga in sin fördelningsnyckel i systemet, hålla den uppdaterad och förändra vid behov. Nyckeln ska ses över minst 1gg/år. Över tidperioden 2015-2017 är nycklarna för respektive sjukhus oförändrade. Fördelningsnyckeln utgår ifrån TKB (totalkostnadsbokslut).

Per nettoårsarbetande. Delas med 165 (snitt årsarbetsdagar).
Per dag. Utfallet delas med antalet kalenderdagar.

3.8.4 Avvikelser

Uttaget för att fånga nettoårsarbetare skiljer sig något från den definition som används inom HR. Skillnaden är för produktivitetsindikatorernas del marginell.

3.9 Indikator 9. Utförd tid per akutbesök, exklusive läkare

3.9.1 Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar hur mycket tid som vårdnära personal använder för ett akutbesök, läkarna exkluderade.

3.9.2 Täljare, definitioner och datakällor

Utförd tid (alla utom läkarna). Vårdnära personal inom somatisk öppenvård på stora somatiska akutmottagningar. Utförd tid (ordinarie tid samt jour/beredskap) hämtas från Personalkuben, filtrerad på A-H1, exkluderat C1.

A1 Sjuksköterskor
A2 Barnmorskor
B1 Undersköterskor m.fl.
D1 Tandläkare
E1 Tandsköterskor m.fl.
E2 Tandhygienister
F1 Administratör, vård
G1 Psykolog
G2 Psykoterapeut
G3 Fysioterapeut
G4 Arbetsterapeut
G5 Logoped
G6 Dietist
G7 Kurator
G8 Övrig rehabiliteringspersonal
H1 Biomedicinsk analytiker

Fördelning av tiden som avser akutmottagning sker enligt nyckel från respektive sjukhus. Sjukhusen ansvarar själva för att lägga in sin fördelningsnyckel i systemet, hålla den uppdaterad och förändra vid behov. Nyckeln ska ses över minst 1gg/år. Över tidperioden 2015-2017 är nycklarna för respektive sjukhus oförändrade. Fördelningsnyckeln utgår ifrån TKB (totalkostnadsbokslut).

SkaS: Rapporterar själva den faktiskt utförda tiden på akutmottagning. Fördelningsnyckeln sätts till =1.

Akutmottagningar avser större somatiska akutmottagningar. AL: AKUTEN – Akutmottagning. KS: AKM - Akutmottagning – Somatik. NU: NAKM - Akutmottagningen NÄL. SU: AKMCKÖ - Akutmottagning Östra, AKUTEN - Akutmottagning Sahlgrenska, AKUTMS - Akutmottagning Mölndal, BKAKUT - Akutmottagning barn. SkaS: LAKM – Akutmottagning, SAKM – Akutmottagning. SÄS: AVC - Akutenhet 2

3.9.3 Nämnare, definitioner och datakällor

Alla akutvårdsbesök för akutmottagningarna, se täljare. Hämtas från Akutendatabasen, vilken hämtar data från systemet ELVIS. Akutvårdsbesök: Se fliken ”akutbesök” i månatlig data som skickas till VU från Akutendatabasen.

Inkluderade koder:

Källa
Akutendatabasen - Excelkub
Avdelning
AKUTEN - Akutmottagning

AKM - Akutmottagning - Somatik
NAKM - Akutmottagningen NÄL
UAKM - Akutmottagningen ögon- ortopedi Uddevalla sjukhus
AKMCKÖ - Akutmottagning Östra
AKUTEN - Akutmottagning Sahlgrenska
AKUTMS - Akutmottagning Mölndal
BKAKUT - Akutmottagning barn
LAKM - Akutmottagning
SAKM - Akutmottagning
AVC - Akutenhet 2
Besökstyp
D – Första behandling, operation
E - Efterföljande besök
EF - Efterföljande besök, första kontakt
F - Första besök
G - Behandling, ej operation
H - Hemsjukvårdsbesök
I - Inskrivningsbesök
J - Akut- och jourmottagn.-besök
M - Utredning/Undersökning
P - Preoperativt besök
TB - Telefonkontakt som ersätter besök

3.9.4 Avvikelser

SkaS rapporterar faktiskt utförd tid på akutmottagning. Övriga sjukhus använder sig av en fördelningsnyckel för utförd tid.

3.10 Indikator 10. Antal akutbesök per nettoårsarbetare och dag, läkare

3.10.1 Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar hur många akutbesök en läkare har per dag.

SkaS: Arbete pågår med att identifiera tid för läkare på akuten tillsammans med HR. Fördelningsnyckel kommer att tas fram under året.

3.10.2 Täljare, definitioner och datakällor

Alla akutvårdsbesök läkare för akutmottagningarna. Hämtas från Akutendatabasen, vilken hämtar data från systemet ELVIS. Akutvårdsbesök: Se fliken ”akutbesök” i månatlig data som skickas till VU från Akutendatabasen.

Inkluderade koder:

Källa
Akutendatabasen - Excelkub

Avdelning
AKUTEN - Akutmottagning
AKM - Akutmottagning - Somatik
NAKM - Akutmottagningen NÄL
UAKM - Akutmottagningen ögon- ortopedi Uddevalla sjukhus
AKMCKÖ - Akutmottagning Östra
AKUTEN - Akutmottagning Sahlgrenska
AKUTMS - Akutmottagning Mölndal
BKAKUT - Akutmottagning barn
LAKM - Akutmottagning
SAKM - Akutmottagning
AVC - Akutenhet 2
Besökstyp
D - Första behandling, operation
E - Efterföljande besök
EF - Efterföljande besök, första kontakt
F - Första besök
G - Behandling, ej operation
H - Hemsjukvårdsbesök
I - Inskrivningsbesök
J - Akut- och jourmottagn.-besök
M - Utredning/Undersökning
P - Preoperativt besök
TB - Telefonkontakt som ersätter besök

3.10.3 Nämnare, definitioner och datakällor

Nettoårsarbetare läkare. Läkartid på akutmottagning, se täljare. Utförd tid hämtas från Personalkuben, filtrerad på C1. Fördelning enligt nyckel från respektive sjukhus, nyckel tas fram 1gg/år eller vid större förändringar.

Utförd tid, läkare (ordinarie tid samt jour/beredskap), hämtas från Personalkuben, filtrerad på C1.

C1 Läkare

Fördelning av tiden som avser läkare på akutmottagning sker enligt nyckel från respektive sjukhus. Sjukhusen ansvarar själva för att lägga in sin fördelningsnyckel i systemet, hålla den uppdaterad och förändra vid behov. Nyckeln ska ses över minst 1gg/år. Över tidperioden 2015-2017 är nycklarna för respektive sjukhus oförändrade. Fördelningsnyckeln utgår ifrån TKB (totalkostnadsbokslut).

Per nettoårsarbetande. Tiden delas med 165 (snitt årsarbetsdagar).

Per dag. Utfallet delas med antalet kalenderdagar.

Akutmottagningar avser större somatiska akutmottagningar. AL: AKUTEN – Akutmottagning. KS: AKM - Akutmottagning – Somatik. NU: NAKM - Akutmottagningen NÄL. SU: AKMCKÖ - Akutmottagning Östra, AKUTEN - Akutmottagning Sahlgrenska, AKUTMS - Akutmottagning Mölndal, BKAKUT -

Akutmottagning barn. SkaS: LAKM – Akutmottagning, SAKM – Akutmottagning. SÄS: AVC - Akutenhet 2

3.10.4 Avvikelser

SkaS rapporterar inte indikator 10 ännu.

4 RUTIN FÖR REDOVISNING 2019

Indikatorerna uppdateras, beräknas, sammanställs, kommenteras och rapporteras på ledningsnivå i Västra Götalandsregionen enligt en definierad rutin. Från och med 2018 (med start avseende helåret 2017) sker rapporteringen i Plan & Styr.

Data uppdateras per månad och sammanställningsformen är diagram med parallella tidsserier per månad för innevarande år och de två föregående åren samt utfall senaste månad jämfört med motsvarande månad föregående år. Varje sjukhus jämförs med sig självt över tid, då produktivitetsindikatorerna inte är avsedda för jämförelser mellan sjukhus.

Redovisning till regionstyrelsen sker fyra gånger per år. Tidplan fastställs årligen. För aktuell tidplan se årshjul i Plan&Styr.

4.1 Uppdatering av data

a. Uppdatering av data görs varje månad.
b. Ny data fylls på i källsystemen enligt gällande rutiner. Data som ingår i produktivitetsindikatorerna hämtas till en Exceldatabas. Ansvar: koncernavdelning data och analys.
c. Koncernavdelning data och analys färdigställer Exceldatabasen under namnet ”underlag produktivitetsindikatorer_prod ååmmdd.xls” och skickar den till avdelning verksamhetsuppföljning.
d. Databasen läggs på avdelning verksamhetsuppföljnings G: -mapp under Rapportering\Fördjupad rapportering\Produktivitetsindikatorer\Uppföljning
e. Avdelning verksamhetsuppföljning uppdaterar grunddatan manuellt i Plan & Styr, Styrsystem Produktivitetsindikatorer för varje sjukhus från Exceldatabasen. Generella beräkningskoefficienter och formler är redan inlagda i Plan & Styr på gemensam nivå för hälso- och sjukvården (HSS i organisationsträdet).
   Undantag: Se 4.2.

4.2 Sjukhusen uppdaterar indikator 1 och fördelningsnycklar för ”utförd tid”

a. Uppdatering av täljare och nämnare för indikator 1 görs varje månad och fördelningsnycklar uppdateras vid behov.
b. Sjukhusen uppdaterar indikator 1, salstid och tillgänglig tid i Plan & Styr.

c. Fördelningsnycklar för utförd tid i indikatorerna 3, 4, 5, 6, 7,8, 9 och 10 har vid 2018 års början lagts in enligt gällande värden år 2017. Sjukhusen ansvarar för att hålla fördelningsnycklarna aktuella och uppdaterade, om så önskas kan de ändras även under pågående år.
d. Om sjukhuset av misstag skriver över data i något annat fält än dem sjukhuset ansvarar för, kontaktas omedelbart avdelning verksamhetsuppföljning.

4.3 Möjlighet för sjukhusen att uppdatera utförd tid

a. Faktisk utförd tid: För indikatorerna 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 och 10 finns möjlighet för sjukhusen att efter avstämning uppdatera faktisk utförd tid i Plan & Styr istället för en fördelningsnyckel
b. Sjukhusen ansvarar för att sätta fördelningsnyckeln = 1 för de indikatorer där de rapporterar faktisk utförd tid
c. Om sjukhuset önskar att själva uppdatera utförd tid, kontaktar sjukhuset avdelning verksamhetsuppföljning och avvaktar en bekräftelse. Detta är mycket viktigt för att undvika felaktiga uppdateringar
d. Efter bekräftelse ansvarar sjukhusen för uppdatering av utförd tid varje månad enligt samma tidplan som övriga indikatorvärden
e. Om sjukhuset önskar att själva uppdatera annan data än indikator 1 och utförd tid, för någon produktivitetsindikator i Plan & Styr, kontaktar sjukhuset avdelning verksamhetsuppföljning för diskussion
f. Om sjukhuset av misstag skriver över data i något annat fält än dem som sjukhuset ansvarar för att uppdatera, kontaktas omedelbart avdelning verksamhetsuppföljning.

4.4 Sammanställning av utfall

a. Sammanställning av utfall sker varje månad.
b. Plan & Styr beräknar och sammanställer utfall och diagram efter uppdatering av data.
c. Varje sjukhus kan se sina sammanställda utfall i Plan & Styr, vid behov kommentera dem i systemet, ta ut en rapport och/eller överföra indikator, utfall och kommentarer till sina andra styrmodeller i Plan & Styr.

4.5 Sjukhusen lämnar kommentar och analys

a. Kommentar och analys måste lämnas fyra gånger per år enligt tidplan.
b. Avdelning verksamhetsuppföljning tar del av samtliga sjukhus sammanställningar och ställer frågor/ger vägledning för kommentarer och analys i anvisningar för rapporten i Plan & Styr.
c. Sjukhusen kommenterar/analyserar utfall för varje indikator i Plan & Styr samt ger en sjukhusövergripande kommentar utifrån vägledning och frågor.

4.6 Koncernkontorets kommentar och analys

a. Koncernkontorets kommentar och analys lämnas fyra gånger per år av avdelning verksamhetsuppföljning, enligt tidplan.

b. Avdelning verksamhetsuppföljning tar del av samtliga sjukhus kommentarer och analyser.
c. Avdelning verksamhetsuppföljning skriver därefter Koncernkontorets kommentar och analys i respektive sjukhus rapport i Plan & Styr.

4.7 Sammanställning till regionstyrelsen

a. Fördjupad rapportering till regionstyrelsen sker fyra gånger per år enligt tidplan
b. Avdelning verksamhetsuppföljning tar fyra gånger per år ut förprogrammerad rapport i PDF-format över indikatorer, med sammanställning av resultat och kommentarer/analyser ur Plan & Styr.
c. Rapporten sparas i respektive mapp G: under Rapportering\Fördjupad rapportering\Produktivitetsindikatorer\Uppföljning
d. Avdelning verksamhetsuppföljning sammanfattar en statusbeskrivning till regiondirektören i form av ett powerpointmaterial.
e. Avdelning verksamhetsuppföljning skickar statusbeskrivningen och samtliga sjukhus' rapporter i PDF-version till ansvarig tjänsteman för regionstyrelsen.
f. Avdelning verksamhetsuppföljning skickar statusbeskrivningen tillsammans med respektive rapport till sjukhusens direktörer samt ekonomichefer samt arbetsgrupper. via sjukhusens officiella brevlådor.
g. Avdelning verksamhetsuppföljning skickar statusrapporten samt alla sjukhus' rapporter till utsedd kontaktperson från koncernavdelning data och analys.

4.8 Redovisning i regionstyrelsen

a. Redovisning av produktivitetsindikatorerna för regionstyrelsen görs av regiondirektören.

4.9 Utskick till sjukhusens styrelser

a. Efter redovisning i regionstyrelsen och eventuella kompletteringar anses rapporterna vara upprättade i slutversion.
b. Regionstyrelsens tjänsteman skickar respektive rapport samt statusbeskrivningen till sjukhusens styrelser tillsammans med övriga indikatorer som ingår i fördjupad rapportering.

Bilaga 2

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Produktivitetsindikatorer

NU-sjukvården
Augusti 2019

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Koncernkontorets kommentar

Koncernkontoret ser inte några stora förändringar i utfallet av produktivitetsindikatorerna under perioden januari till augusti 2019.

Fortsatt viktigt att styrelse och ledning följer upp arbetet med produktivitet.

För att lyckas med att öka produktivitet krävs att indikatorerna bryts ned på lägre organisatorisk nivå, då skapas intresse och engagemang och mervärdet för patienten synliggörs.

Förändrade vårdformer till mer öppenvård borde innebära att fördelningsnycklarna för utförd tid behöver ses över för att ge ett mer korrekt utfall.

Flera sjukhus redovisar pågående aktiviteter som var för sig bör bidra till en ökad produktivitet.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Aktivt internt arbete pågår:

- har gjort ett flertal förbättringar inom operation, exempelvis snabbspår etablerat inom bröst- och halskirurgi
- ett arbete med att definiera produktionsuppdrag per verksamhet. Nästa steg är att koppla resurser till produktionsuppdraget och därmed ha en bas för att kunna utveckla arbetet med produktivitet på lägre nivå i organisationen

Planerade åtgärder 2019 och 2020 är exempelvis:

- målvärde per indikator till budget och verksamhetsplan 2020
- skapa arbetsgrupp så att fokus på arbetet på produktivitet bibehåll

Skaraborgs Sjukhus

Intern analys av total produktion och personalkostnad visar enligt SkaS på en produktivitetshöjning.

Ett internt arbete på SkaS har genomförts och en sjukhusgemensamindikator är framtagen för att kunna följa produktivitet på en lägre organisatorisk nivå.

För att kunna analysera sjukhusgemensam indikator har alla verksamhetsområden fått i uppdrag att ta fram egna nedbrutna produktivitetsmått, relevanta för den egna verksamheten, att följa under 2019.

Södra Älvsborgs Sjukhus

Krav på hur många protesoperationer som ska kunna göras på en dag har införts vilket ökar produktiviteten.

10-veckors läkarschema är infört på ortopedkliniken, vilket kommer att effektivisera mottagningen.

Intensivt förbättringsarbete genomfört med kirurgi vid bröstcancer. Nya metoder för operation och färre reoperationer har inneburit en ökning från 3 till 4 operationer per sal och dag.

SÄS har startat upp ett övergripande arbete med bemanning, schemaläggning och arbetssätt på vårdavdelningarna. Detta införs stegvis under 2019 och bygger på metodiken från NU-sjukvårdens arbete.

Alingsås Lasarett

Det processbaserade utvecklingsarbetet som införts på operation visar på att produktiviteten ökar.

Bytestiden har kortats och gjort att man kan göra flera ingrepp på samma sal per dag. Arbetet är teambaserat och har drivits lokalt i tvärprofessionella team på operationsavdelningen.

En kartläggning har gjorts över mottagningsoperationer så man registrerar operationerna korrekt på alla mottagningar och resultatet av detta visar att antalet har ökat redan vid årets början.

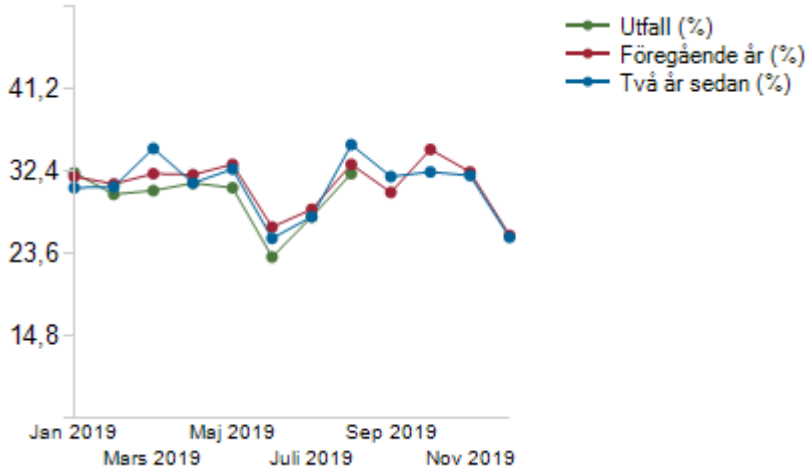
Förvaltningens övergripande kommentar

1.1 Salstid/Tillgänglig tid Somatik

Utfall

32,2% ↘

Tidigare perioder



Definition

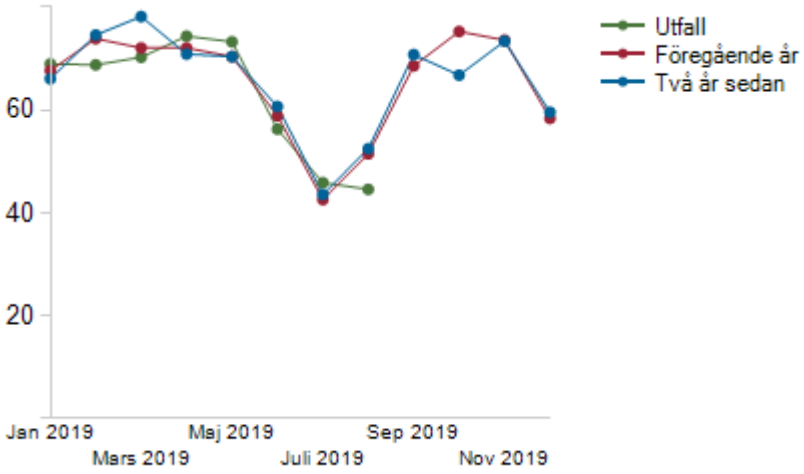
Indikatorn visar hur mycket operationssalen används i förhållande till den tillgängliga tiden. Tillgänglig tid avser operationssalen som fysisk resurs, det vill säga ingen hänsyn tagen till om salen är bemannad eller använd.

1.2 Totalt antal operationer/dag Somatik

Utfall

44,6 ↘

Tidigare perioder



Definition

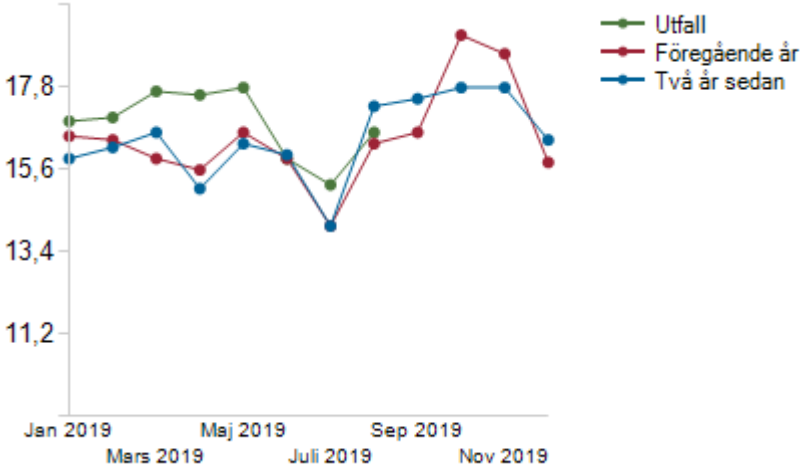
Indikatorn visar antalet operationer som genomförs under en dag. Indikatorn fångar även operationer som utförs på mottagning då källan är patientadministrativa systemet och inte operationsplaneringssystem.

1.3 Utförd tid/vårddygn Somatik

Utfall

16,6 ↗

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar antalet timmar som används under ett vårddygn av den vårdnära personalen och är kopplat till patient. Somatik.

Exempel: I december 2017 har x timmar gått åt under ett vårddygn för den vårdnära personalen i arbetet med patient i den somatiska slutenvården.

Uppföljningskommentar

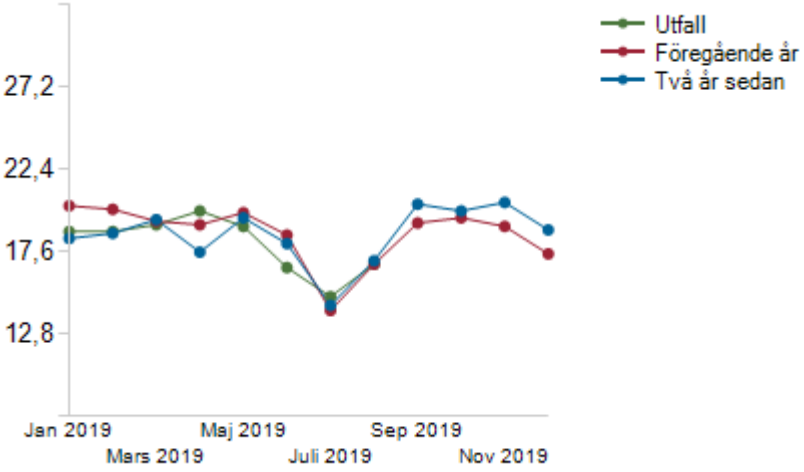
Relativt oförändrat resultat jämfört med tidigare år för område III.

1.4 Utförd tid/Vårddygn Psykiatri

Utfall

16,9 ↗

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar antalet timmar som används under ett vårddygn av den vårdnära personalen och är kopplat till patient. Psykiatri.

Exempel: I december 2017 har x timmar gått åt under ett vårddygn för den vårdnära personalen i arbetet med patient i den psykiatriska heldygnsvården.

Uppföljningskommentar

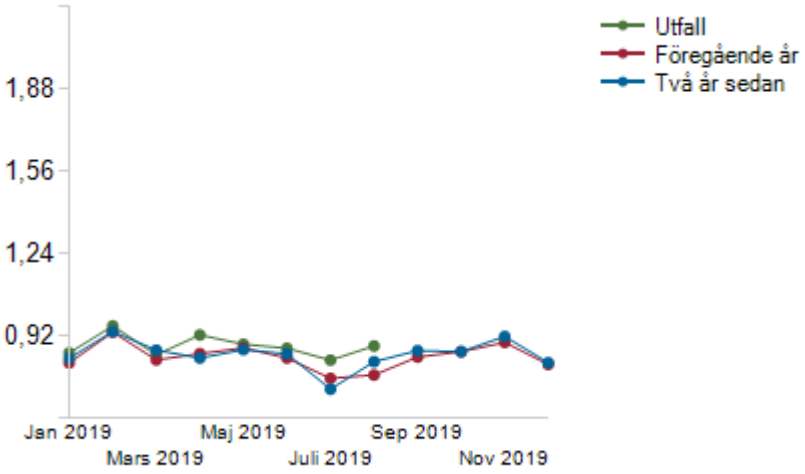
Måltalet är ännu en bit från målvärdet 17.

1.5 Antal vårdkontakter/nettoårsarbetare/dag Somatik

Utfall

0,883 ↗

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar hur många vårdkontakter som en medarbetare har under en dag, somatik, öppenvård, exklusive akuten.

Uppföljningskommentar

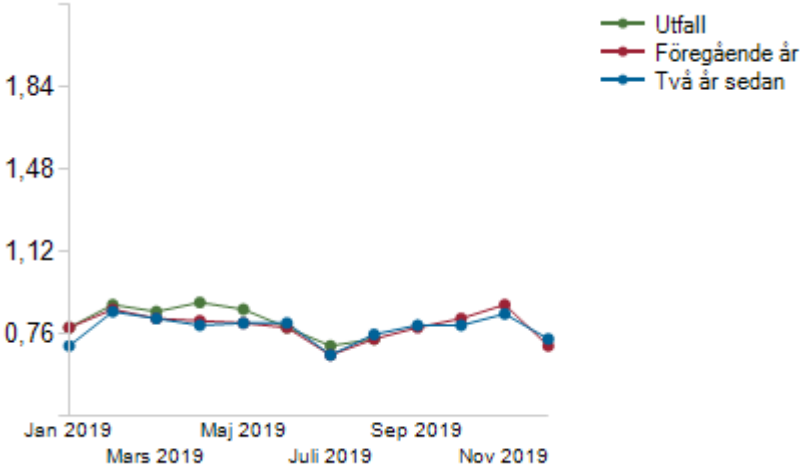
Bättre resultat än tidigare år för område III.

1.6 Antal vårdkontakter/nettoårsarbetare/dag Psykiatri

Utfall

0,74 ↗

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar hur många vårdkontakter som en medarbetare har under en dag, psykiatri, öppenvård.

Uppföljningskommentar

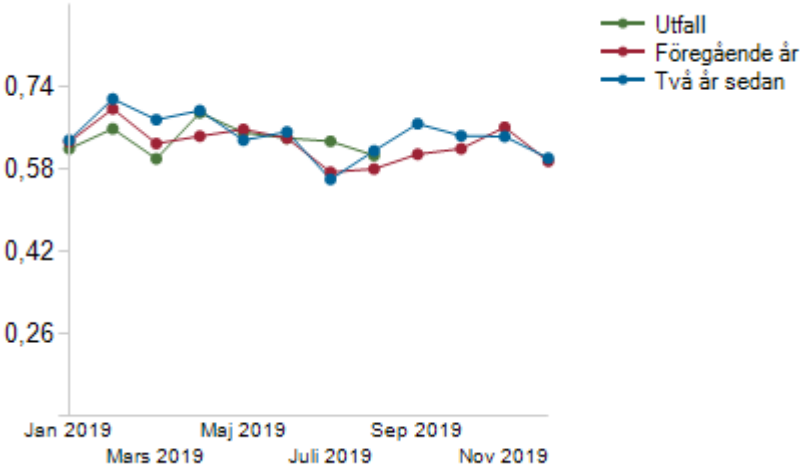
Bättre resultat än 2018. Måltalet närmar sig målvärdet 0,9.

1.7 Antal behandlingar/utredningar/läkare nettoårsarbetare Somatik

Utfall

0,6079 ↗

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar hur många behandlingar, utredningar och undersökningar som en läkare har under en dag. Avser somatik, öppenvård.

Uppföljningskommentar

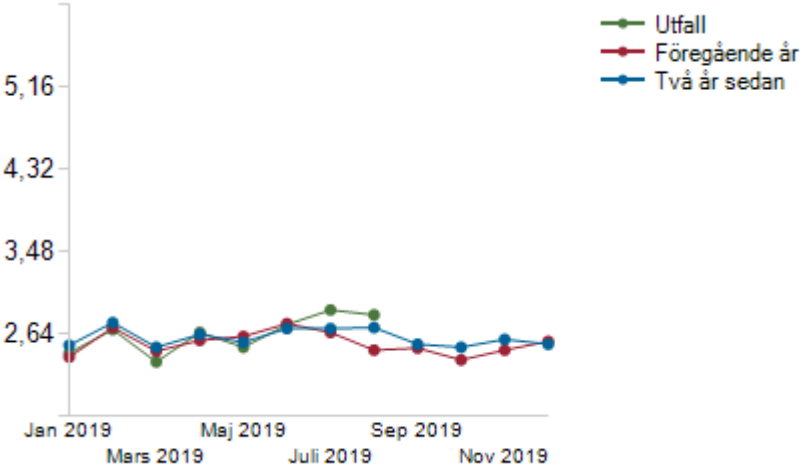
Sämre resultat än 2017 för område III. Bedöms bero på bristande operationssalstillgång för KK.

1.8 Antal vårdkontakter/läkare nettoårsarbetare Somatik

Utfall

2,84 ↗

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar hur många vårdkontakter en läkare har under en dag. Avser somatik öppen vård.

Uppföljningskommentar

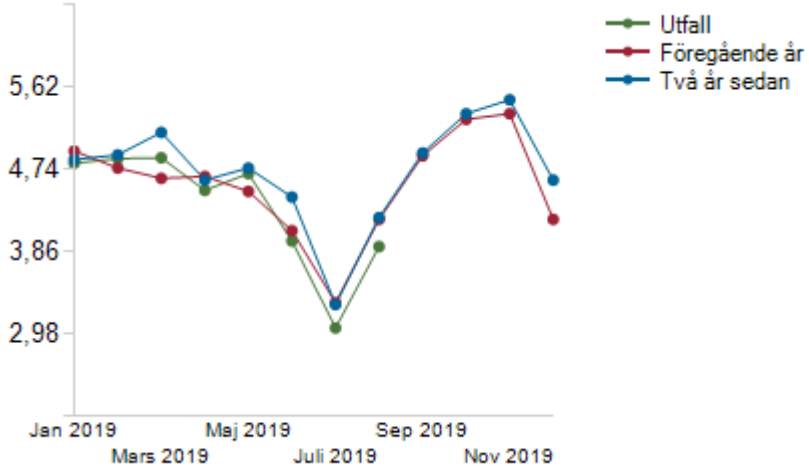
Relativt oförändrat resultat jämfört med tidigare år för område III.

1.9 Utförd tid (alla utom läkarna)/Antal akutbesök Akuten

Utfall

3,92 ↘

Tidigare perioder



Definition

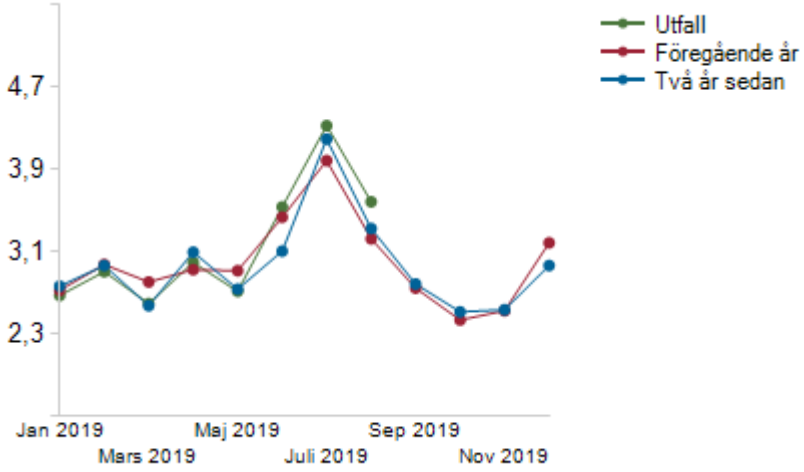
Indikatorn visar hur mycket tid som vårdnära personal använder för ett akutbesök, läkarna exkluderade.

1.10 Antal akutbesök/läkare nettoårsarbetare/dag Akuten

Utfall

3,59 ↗

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar hur många akutbesök en läkare har per dag.

Avvikelse

Indikatorer	Avvikelse
1. Salstid/Tillgänglig tid Somatik	SkaS: Tillgänglig tid avser när operationssalen finns tillgänglig, det vill säga när den är bemannad SÄS: Tillgänglig tid avser operationssalen som fysisk resurs, det vill säga ingen hänsyn tagen till om salen är bemannad, den ska dock ha varit använd någon del av dygnet. Hänsyn har tagits till neddragning av antalet operationssalar under exempelvis sommaren. Totaltid inkluderar ej ögon som är i operationslokalerna en dag varannan vecka, övrig tid görs på mottagning.
2. Totalt antal operationer/dag Somatik	Angereds Närsjukhus och Frölunda Specialistsjukhus opererar enbart under veckodagar. Nämnaren är kalenderdagar.
3. Utförd tid/vårddygn Somatik	
4. Utförd tid/Vårddygn Psykiatri	AL: Har ingen psykiatri.
5. Antal vårdkontakter/nettoårsarbetare/dag Somatik	SkaS: Indikatorn visar hur många vårdkontakter som en medarbetare under en dag, inklusive akuten Uttaget för att fånga nettoårsarbetare skiljer sig något från den definition som används inom HR. Skillnaden är för produktivitetsindikatorernas del marginell.
6. Antal vårdkontakter/nettoårsarbetare/dag Psykiatri	Uttaget för att fånga nettoårsarbetare skiljer sig något från den definition som används inom HR. Skillnaden är för produktivitetsindikatorernas del marginell. SkaS: Psykiatrisk akutmottagning kategoriseras som öppenvård i fördelningsnyckel. SÄS: Psykiatrisk akutmottagning kategoriseras som öppenvård i fördelningsnyckel
7. Antal behandlingar/utredningar/läkare nettoårsarbetare Somatik	
8. Antal vårdkontakter/läkare nettoårsarbetare Somatik	Uttaget för att fånga nettoårsarbetare skiljer sig något från den definition som används inom HR. Skillnaden är för produktivitetsindikatorernas del marginell.
9. Utförd tid (alla utom läkarna)/Antal akutbesök Akuten	SkaS: Rapporterar själva den faktiskt utförda tiden på akutmottagning. Fördelningsnyckeln sätts till =1.
10. Antal akutbesök/läkare nettoårsarbetare/dag Akuten	SkaS: Rapporterar inte indikator 10 ännu. Arbete pågår med att identifiera tid för läkare på akuten tillsammans med HR. Fördelningsnyckel kommer att tas fram under hösten.

Produktivitetsindikatorer

Skaraborgs Sjukhus
Augusti 2019

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Koncernkontorets kommentar

Koncernkontoret ser inte några stora förändringar i utfallet av produktivitetsindikatorerna under perioden januari till augusti 2019.

Fortsatt viktigt att styrelse och ledning följer upp arbetet med produktivitet.

För att lyckas med att öka produktivitet krävs att indikatorerna bryts ned på lägre organisatorisk nivå, då skapas intresse och engagemang och mervärdet för patienten synliggörs.

Förändrade vårdformer till mer öppenvård borde innebära att fördelningsnycklarna för utförd tid behöver ses över för att ge ett mer korrekt utfall.

Flera sjukhus redovisar pågående aktiviteter som var för sig bör bidra till en ökad produktivitet.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Aktivt internt arbete pågår:

- har gjort ett flertal förbättringar inom operation, exempelvis snabbspår etablerat inom bröst- och halskirurgi.
- ett arbete med att definiera produktionsuppdrag per verksamhet. Nästa steg är att koppla resurser till produktionsuppdraget och därmed ha en bas för att kunna utveckla arbetet med produktivitet på lägre nivå i organisationen

Planerade åtgärder 2019 och 2020 är exempelvis:

- målvärde per indikator till budget och verksamhetsplan 2020
- skapa arbetsgrupp så att fokus på arbetet på produktivitet bibehåll

Skaraborgs Sjukhus

Intern analys av total produktion och personalkostnad visar enligt SkaS på en produktivitetshöjning.

Ett internt arbete på SkaS har genomförts och en sjukhusgemensamindikator är framtagen för att kunna följa produktivitet på en lägre organisatorisk nivå.

För att kunna analysera sjukhusgemensam indikator har alla verksamhetsområden fått i uppdrag att ta fram egna nedbrutna produktivitetsmått, relevanta för den egna verksamheten, att följa under 2019.

Södra Älvsborgs Sjukhus

Krav på hur många protesoperationer som ska kunna göras på en dag har införts vilket ökar produktiviteten.

10-veckors läkarschema är infört på ortopedkliniken, vilket kommer att effektivisera mottagningen.

Intensivt förbättringsarbete genomfört med kirurgi vid bröstcancer. Nya metoder för operation och färre reoperationer har inneburit en ökning från 3 till 4 operationer per sal och dag.

SÄS har startat upp ett övergripande arbete med bemanning, schemaläggning och arbetssätt på vårdavdelningarna. Detta införs stegvis under 2019 och bygger på metodiken från NU-sjukvårdens arbete.

Alingsås Lasarett

Det processbaserade utvecklingsarbetet som införts på operation visar på att produktiviteten ökar.

Bytestiden har kortats och gjort att man kan göra flera ingrepp på samma sal per dag. Arbetet är teambaserat och har drivits lokalt i tvärprofessionella team på operationsavdelningen.

En kartläggning har gjorts över mottagningsoperationer så man registrerar operationerna korrekt på alla mottagningar och resultatet av detta visar att antalet har ökat redan vid årets början.

Förvaltningens övergripande kommentar

Den totala produktionen i öppenvård har ökat med cirka 2 procent och slutenvård har ökat med cirka 3 procent under jan-augusti jämfört med samma period 2018. Personalkostnaden för perioden januari till augusti har ökat med 1,4 procent jämfört med motsvarande period 2018. Om kostnaden för höjd social avgift och regional ob-satsning exkluderas uppgår förändringen till 0,4 procent. För raden löner och sociala avgifter innebär detta att förändringen går från 3,0 procent till 1,9 procent. På totalen kan således en produktivitetshöjning påvisas.

Ett internt arbete på SkaS har genomförts och en sjukhusgemensamindikator är framtagen för att kunna följa produktivitet på en lägre organisatorisk nivå. Detta mått baseras på lägsta möjliga ansvarsnivå där produktion och kostnad kan matchas och summeras upp per verksamhetsområde. Målsättningen är att detta mått ska ge en tydligare bild över produktivitetsutvecklingen och ökad möjlighet att förstå vad en förändring beror på.

För att kunna analysera sjukhusgemensam indikator har alla verksamhetsområden fått i uppdrag att ta fram egna nedbrutna produktivitetsmått, relevanta för den egna verksamheten, att följa under 2019. Verksamheterna har successivt börjat mäta produktiviteten och kommer till hösten göra en utvärdering av måttet.

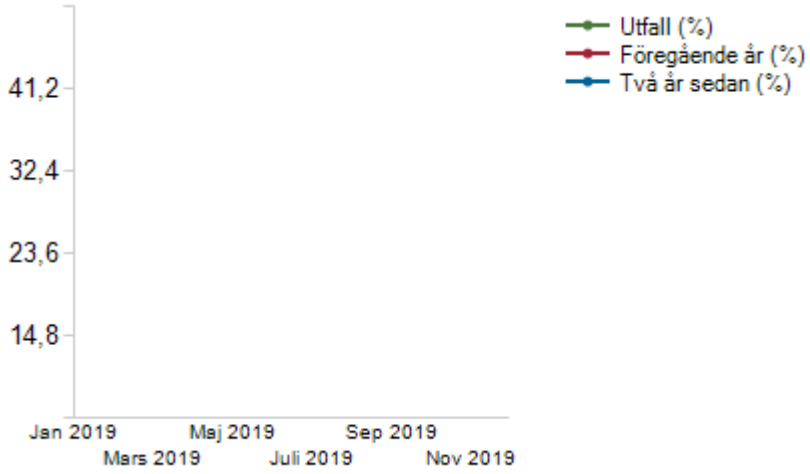
Kommentar produktivitetsindikatorer i plan och styr: Det är generellt svårt att dra slutsatser av de olika indikatorernas utfall då utförd tid inte blir rättvisande på en lägre nivå än totalt sjukhusnivån. De fördelningsnycklar som används vid beräkning av utförd tid uppdateras inte heller regelbundet och kan därför påverka indikatorns utfall.

1.1 Salstid/Tillgänglig tid Somatik

Utfall

88,9%

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar hur mycket operationssalen används i förhållande till den tillgängliga tiden. Tillgänglig tid avser operationssalen som fysisk resurs, det vill säga ingen hänsyn tagen till om salen är bemannad eller använd.

Uppföljningskommentar

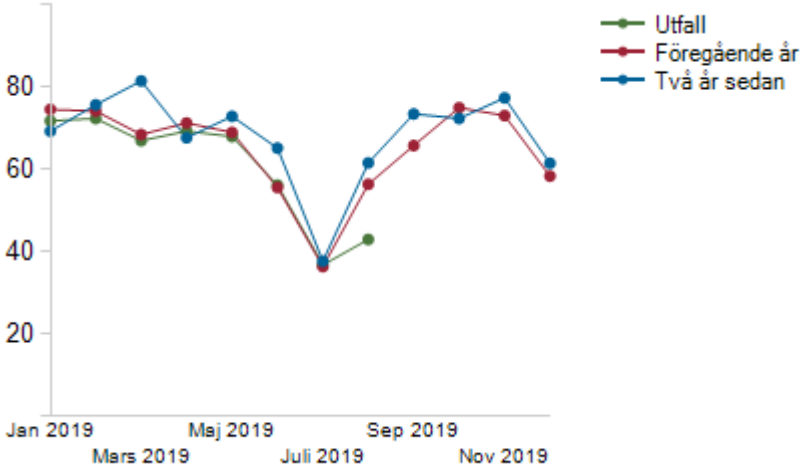
Fortsatt hög salsnyttjandegrad för våra tre op.avdelningar på SkaS.

1.2 Totalt antal operationer/dag Somatik

Utfall

43,1 ↘

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar antalet operationer som genomförs under en dag. Indikatorn fångar även operationer som utförs på mottagning då källan är patientadministrativa systemet och inte operationsplaneringssystem.

Uppföljningskommentar

Utfallet för indikatorn är lägre jämfört med samma period föregående år vilket delvis beror på att all utförd produktion under sommarperioden inte är registrerad och därför inte är med i indikatorn. Den totala produktionsförändringen för perioden jan-aug jämfört med samma period föregående år har minskat med cirka 360 operationer. Den största orsaken är problemen med bemanning av operationssalar till följd av bristen på anestesi- och operationssjuksköterskor. Arbete med översyn av operationsverksamheten pågår för att på ett bättre sätt utnyttja sjukhusets operationskapacitet och öka antalet operationer.

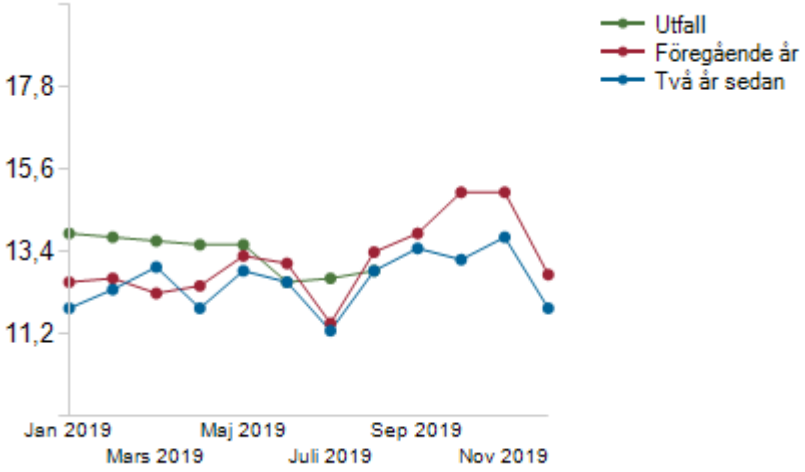
Målvärde: 73 (+7% jämfört med 2017).

1.3 Utförd tid/vårddygn Somatik

Utfall

12,9 ↘

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar antalet timmar som används under ett vårddygn av den vårdnära personalen och är kopplat till patient. Somatik.

Exempel: I december 2017 har x timmar gått åt under ett vårddygn för den vårdnära personalen i arbetet med patient i den somatiska slutenvården.

Uppföljningskommentar

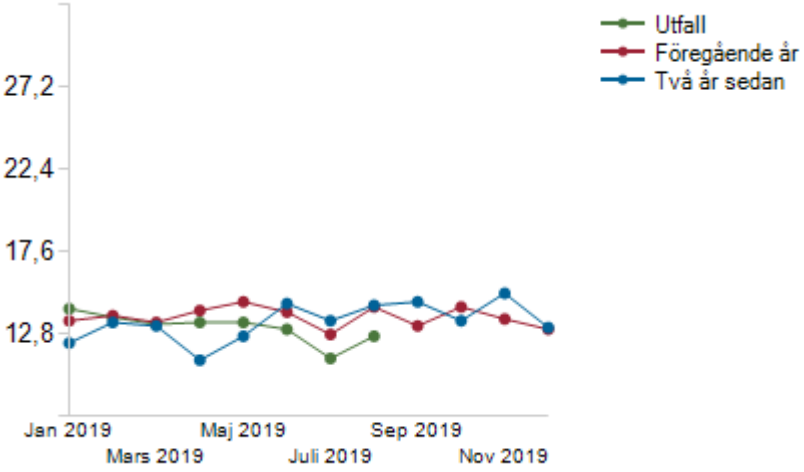
Den utförda tiden per vårddygn är starkt kopplad till hur många vårdplatser som varit öppna. Den nedgång som syns för året beror på att den utförda tiden minskat som ett resultat av sommarperioden. Vårddygnen har också minskat jan-augusti 2019 jämfört med samma period föregående år. Antalet vårddygn minskar pga färre disponibla vårdplatser och att medicinskt färdigbehandlade patienter skrivs ut snabbare till kommunerna. *En stor felkälla finns troligtvis då den fördelningsnyckel (%-sats) som används vid fördelning av utförd tid mellan öppen- och slutenvård är oförändrad men i verkligheten förändras fördelningen över tid (minskad slutenvård, ökad öppenvård) och på grund av säsongsvariation.*

1.4 Utförd tid/Vårddygn Psykiatri

Utfall

12,7 ↘

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar antalet timmar som används under ett vårddygn av den vårdnära personalen och är kopplat till patient. Psykiatri.

Exempel: I december 2017 har x timmar gått åt under ett vårddygn för den vårdnära personalen i arbetet med patient i den psykiatriska heldygnsvården.

Uppföljningskommentar

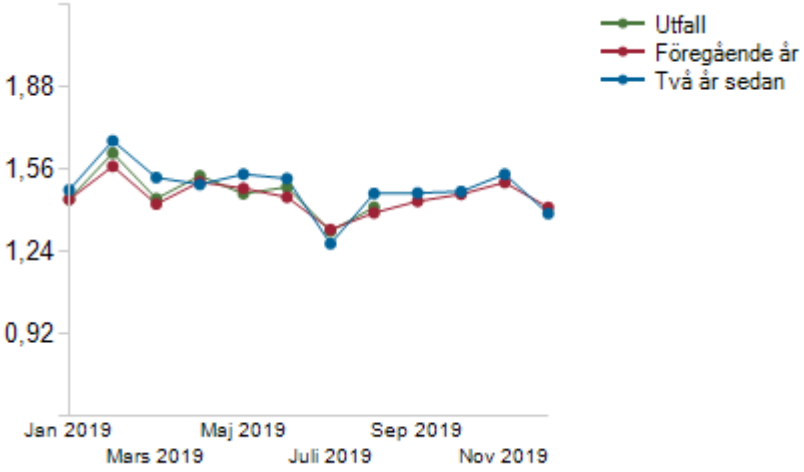
Utfallet ligger på en väldigt jämn nivå och förväntas fortsätta så då beläggningen ligger på 90%.

1.5 Antal vårdkontakter/nettoårsarbetare/dag Somatik

Utfall

1,415 ↗

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar hur många vårdkontakter som en medarbetare har under en dag, somatik, öppenvård, exklusive akuten.

Uppföljningskommentar

Antalet vårdkontakter per nettoårsarbetare är högre för perioden jan-aug 2019 jämfört med samma period föregående år. Ökning av antal besök utgörs främst av övriga vårdgivare. Produktiviteten har ökat och ligger ungefär i nivå med målvärdet vilket beror på att antalet besök ökat och nettoårsarbetare minskat för perioden.

(*En felkälla och orsak till att utförd tid inte minskar i samma omfattning som besöken (behöver dock justeras för akutbesök) beror delsvis på att fördelningsnyckeln för utförd tid inte justeras varje månad. Antal besök på akutmottagning Skövde och Lidköping verkar saknas, här finns en ökning av antal besök under 2019.*

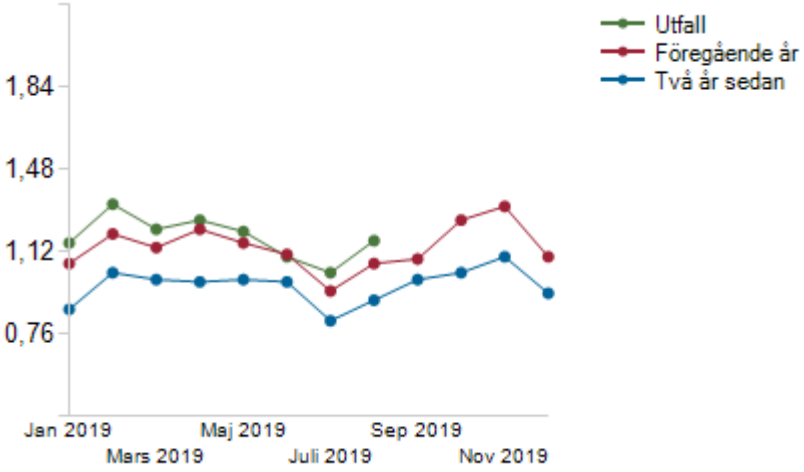
Målvärde 2019: 1,55 (+5% jämfört med 2017)

1.6 Antal vårdkontakter/nettoårsarbetare/dag Psykiatri

Utfall

1,17 ↗

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar hur många vårdkontakter som en medarbetare har under en dag, psykiatri, öppenvård.

Uppföljningskommentar

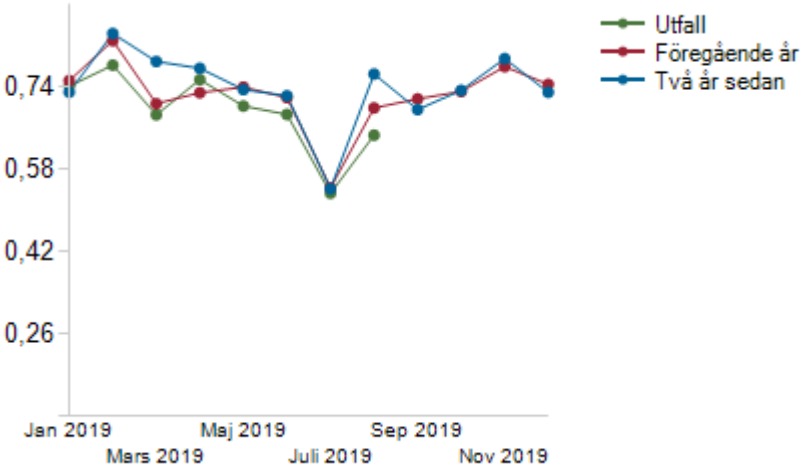
Besöken fortsätter att öka inom VUP främst kopplad till en bättre bemanning samt arbete med produktions- och kapacitetsplanering. Det pågår arbete med att ha digitala scheman.

1.7 Antal behandlingar/utredningar/läkare nettoårsarbetare Somatik

Utfall

0,6474 ↘

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar hur många behandlingar, utredningar och undersökningar som en läkare har under en dag. Avser somatik, öppenvård.

Uppföljningskommentar

Antalet behandlingar/utredningar har minskat jämfört med föregående år pga ett minskat operationsutrymme vilket beror på brist på operations- och anestesisjuksköterskor. Antalet nettoårsarbetare läkare har ökat jämfört med 2018 för att på sikt växla ut bemanningspersonal och köpt vård. De läkare som anställts påverkar dock inte i någon större utsträckning produktionen behandlingar/utredningar enligt denna indikator, däremot kommer deras utförda tid med i sammanvägningen.

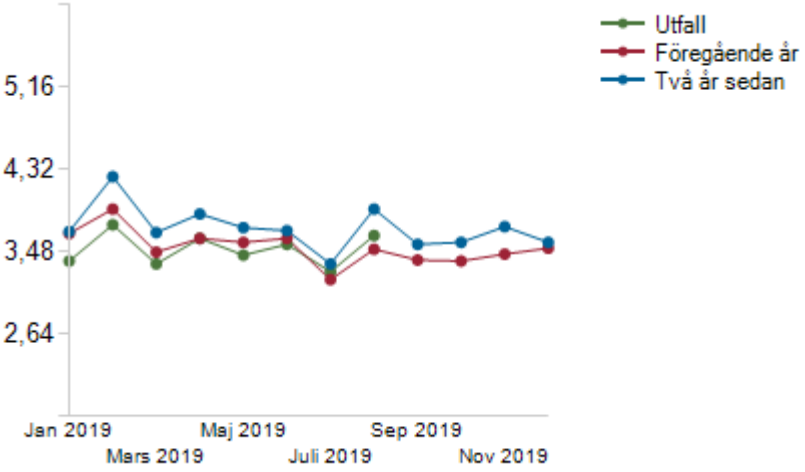
Målvärde 2019: 0,78 (+8%)

1.8 Antal vårdkontakter/läkare nettoårsarbetare Somatik

Utfall

3,65 ↗

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar hur många vårdkontakter en läkare har under en dag. Avser somatik öppen vård.

Uppföljningskommentar

Diagrammet visar att produktiviteten gått ner under perioden jan-maj 2019 men ökar from juni vilket är ett resultat av att den utförda produktionen ökat mer än den utförda tiden för läkargruppen.

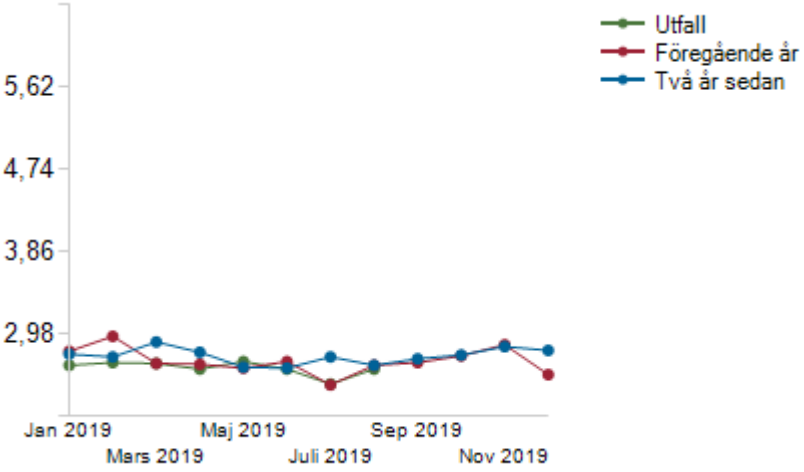
Målvärde 2019: 3,9 (+5% jämfört med 2017)

1.9 Utförd tid (alla utom läkarna)/Antal akutbesök Akuten

Utfall

2,61 ↘

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar hur mycket tid som vårdnära personal använder för ett akutbesök, läkarna exkluderade.

Uppföljningskommentar

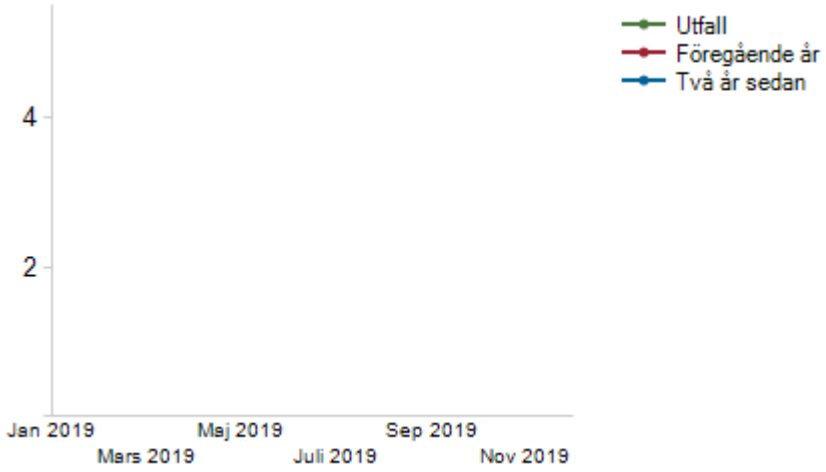
Den utförda tiden och antalet patienter är något mer i augusti jämfört med samma månad 2018 och 2017 Utförda tiden per utförda besök ligger för månaden på målvärdet. Så länge patientantalet är oförändrat och bemanningen ser likadan ut kommer kvoten att ligga stabilt.

1.10 Antal akutbesök/läkare nettoårsarbetare/dag Akuten

Utfall

—

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar hur många akutbesök en läkare har per dag.

Uppföljningskommentar

SkaS följer inte upp denna indikator.

Avvikelse

Indikatorer	Avvikelse
1. Salstid/Tillgänglig tid Somatik	SkaS: Tillgänglig tid avser när operationssalen finns tillgänglig, det vill säga när den är bemannad SÄS: Tillgänglig tid avser operationssalen som fysisk resurs, det vill säga ingen hänsyn tagen till om salen är bemannad, den ska dock ha varit använd någon del av dygnet. Hänsyn har tagits till neddragning av antalet operationssalar under exempelvis sommaren. Totaltid inkluderar ej ögon som är i operationslokalerna en dag varannan vecka, övrig tid görs på mottagning.
2. Totalt antal operationer/dag Somatik	Angereds Närsjukhus och Frölunda Specialistsjukhus opererar enbart under veckodagar. Nämnaren är kalenderdagar.
3. Utförd tid/vårddygn Somatik	
4. Utförd tid/Vårddygn Psykiatri	AL: Har ingen psykiatri.
5. Antal vårdkontakter/nettoårsarbetare/dag Somatik	SkaS: Indikatorn visar hur många vårdkontakter som en medarbetare under en dag, inklusive akuten Uttaget för att fånga nettoårsarbetare skiljer sig något från den definition som används inom HR. Skillnaden är för produktivitetsindikatorernas del marginell.
6. Antal vårdkontakter/nettoårsarbetare/dag Psykiatri	Uttaget för att fånga nettoårsarbetare skiljer sig något från den definition som används inom HR. Skillnaden är för produktivitetsindikatorernas del marginell. SkaS: Psykiatrisk akutmottagning kategoriseras som öppenvård i fördelningsnyckel. SÄS: Psykiatrisk akutmottagning kategoriseras som öppenvård i fördelningsnyckel
7. Antal behandlingar/utredningar/läkare nettoårsarbetare Somatik	
8. Antal vårdkontakter/läkare nettoårsarbetare Somatik	Uttaget för att fånga nettoårsarbetare skiljer sig något från den definition som används inom HR. Skillnaden är för produktivitetsindikatorernas del marginell.
9. Utförd tid (alla utom läkarna)/Antal akutbesök Akuten	SkaS: Rapporterar själva den faktiskt utförda tiden på akutmottagning. Fördelningsnyckeln sätts till =1.
10. Antal akutbesök/läkare nettoårsarbetare/dag Akuten	SkaS: Rapporterar inte indikator 10 ännu. Arbete pågår med att identifiera tid för läkare på akuten tillsammans med HR. Fördelningsnyckel kommer att tas fram under hösten.

Produktivitetsindikatorer

Södra Älvsborgs Sjukhus
Augusti 2019

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Koncernkontorets kommentar

Koncernkontoret ser inte några stora förändringar i utfallet av produktivitetsindikatorerna under perioden januari till augusti 2019.

Fortsatt viktigt att styrelse och ledning följer upp arbetet med produktivitet.

För att lyckas med att öka produktivitet krävs att indikatorerna bryts ned på lägre organisatorisk nivå, då skapas intresse och engagemang och mervärdet för patienten synliggörs.

Förändrade vårdformer till mer öppenvård borde innebära att fördelningsnycklarna för utförd tid behöver ses över för att ge ett mer korrekt utfall.

Flera sjukhus redovisar pågående aktiviteter som var för sig bör bidra till en ökad produktivitet.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Aktivt internt arbete pågår:

- har gjort ett flertal förbättringar inom operation, exempelvis snabbspår etablerat inom bröst- och halskirurgi.
- ett arbete med att definiera produktionsuppdrag per verksamhet. Nästa steg är att koppla resurser till produktionsuppdraget och därmed ha en bas för att kunna utveckla arbetet med produktivitet på lägre nivå i organisationen

Planerade åtgärder 2019 och 2020 är exempelvis:

- målvärde per indikator till budget och verksamhetsplan 2020
- skapa arbetsgrupp så att fokus på arbetet på produktivitet bibehåll

Skaraborgs Sjukhus

Intern analys av total produktion och personalkostnad visar enligt SkaS på en produktivitetshöjning.

Ett internt arbete på SkaS har genomförts och en sjukhusgemensamindikator är framtagen för att kunna följa produktivitet på en lägre organisatorisk nivå.

För att kunna analysera sjukhusgemensam indikator har alla verksamhetsområden fått i uppdrag att ta fram egna nedbrutna produktivitetsmått, relevanta för den egna verksamheten, att följa under 2019.

Södra Älvsborgs Sjukhus

Krav på hur många protesoperationer som ska kunna göras på en dag har införts vilket ökar produktiviteten.

10-veckors läkarschema är infört på ortopedkliniken, vilket kommer att effektivisera mottagningen.

Intensivt förbättringsarbete genomfört med kirurgi vid bröstcancer. Nya metoder för operation och färre reoperationer har inneburit en ökning från 3 till 4 operationer per sal och dag.

SÄS har startat upp ett övergripande arbete med bemanning, schemaläggning och arbetssätt på vårdavdelningarna. Detta införs stegvis under 2019 och bygger på metodiken från NU-sjukvårdens arbete.

Alingsås Lasarett

Det processbaserade utvecklingsarbetet som införts på operation visar på att produktiviteten ökar.

Bytestiden har kortats och gjort att man kan göra flera ingrepp på samma sal per dag. Arbetet är teambaserat och har drivits lokalt i tvärprofessionella team på operationsavdelningen.

En kartläggning har gjorts över mottagningsoperationer så man registrerar operationerna korrekt på alla mottagningar och resultatet av detta visar att antalet har ökat redan vid årets början.

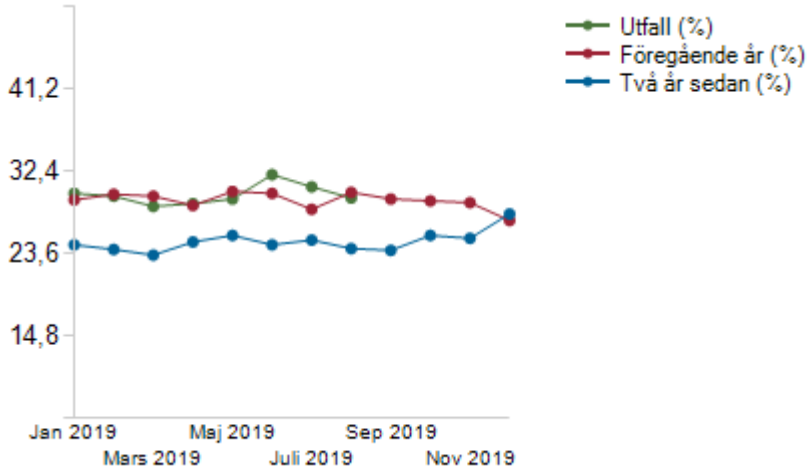
Förvaltningens övergripande kommentar

1.1 Salstid/Tillgänglig tid Somatik

Utfall

29,6% ↘

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar hur mycket operationssalen används i förhållande till den tillgängliga tiden. Tillgänglig tid avser operationssalen som fysisk resurs, det vill säga ingen hänsyn tagen till om salen är bemannad eller använd.

Uppföljningskommentar

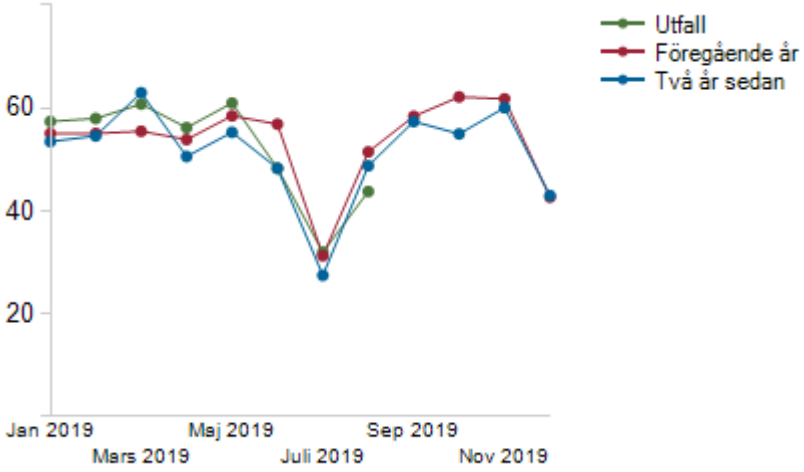
Utnyttjandegraden ligger jämnt runt 30 procent och förändringarna är inte stora. SÄS ligger stabilt på denna nivå och ser inga större händelser i den dagliga driften som påverkat utnyttjandegraden.

1.2 Totalt antal operationer/dag Somatik

Utfall

43,8 ↘

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar antalet operationer som genomförs under en dag. Indikatorn fångar även operationer som utförs på mottagning då källan är patientadministrativa systemet och inte operationsplaneringssystem.

Uppföljningskommentar

Krav på hur många protesoperationer som ska kunna göras på en dag ökar produktiviteten. Liknande krav har ställts inom andra områden på ortopedkliniken men proteserna är det mest tydliga. 10-veckors läkarschema är infört, vilket kommer att effektivisera mottagningen. Försök med supervisor mottagning inom några produktfamiljer

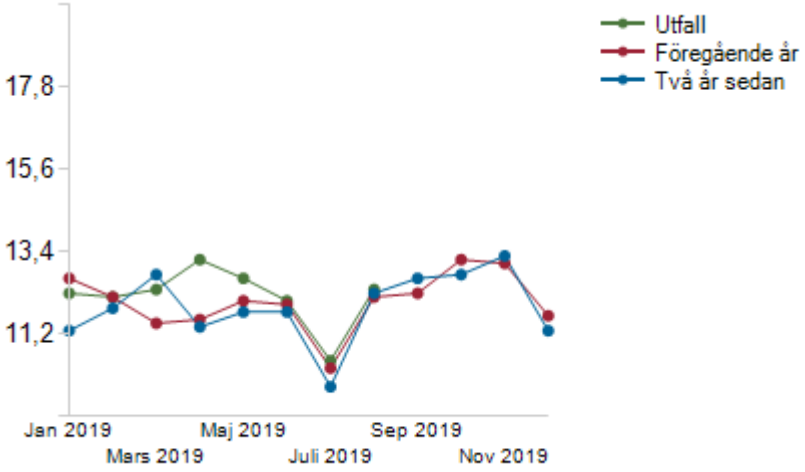
Intensivt förbättringsarbete med kirurgi vid bröstcancer. Nya metoder för operation och färre reoperationer. Ökning från 3 till 4 operationer per sal och dag. Utbildning av läkare – spridning av kompetens. Patient mår bättre – mindre medtagen och kan lämna sjukhuset tidigare.

1.3 Utförd tid/vårddygn Somatik

Utfall

12,4 ↗

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar antalet timmar som används under ett vårddygn av den vårdnära personalen och är kopplat till patient. Somatik.

Exempel: I december 2017 har x timmar gått åt under ett vårddygn för den vårdnära personalen i arbetet med patient i den somatiska slutenvården.

Uppföljningskommentar

SÄS har startat upp ett övergripande arbete med bemanning, schemaläggning och arbetssätt på vårdavdelningarna. Detta införs stegvis under 2019 och bygger på metodiken från NU-sjukvårdens arbete. Huruvida produktiviteten ökar eller inte är oklart idag, men det blir rätt bemanning utifrån behov och budget.

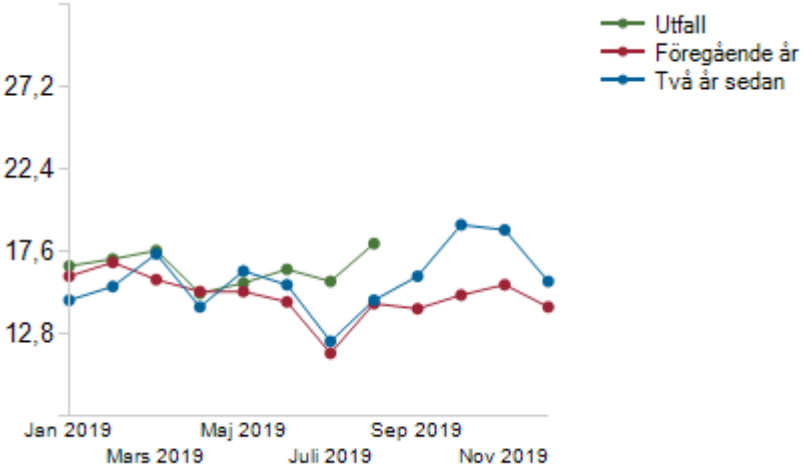
Medelvårdtiden inom den obstetriska verksamheten minskar och en klar ökning ses av hemgångar från förlossningen/ BB inom 24 timmar. Även en reduktion av vårdplatser från 24 till 20 har gjorts på BB. Fokus på att minska bristningar hos kvinnor vid förlossningen har gett resultat och det har också bidragit till minskad medelvårdtid.

1.4 Utförd tid/Vårddygn Psykiatri

Utfall

18,1 ↗

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar antalet timmar som används under ett vårddygn av den vårdnära personalen och är kopplat till patient. Psykiatri.

Exempel: I december 2017 har x timmar gått åt under ett vårddygn för den vårdnära personalen i arbetet med patient i den psykiatriska heldygnsvården.

Uppföljningskommentar

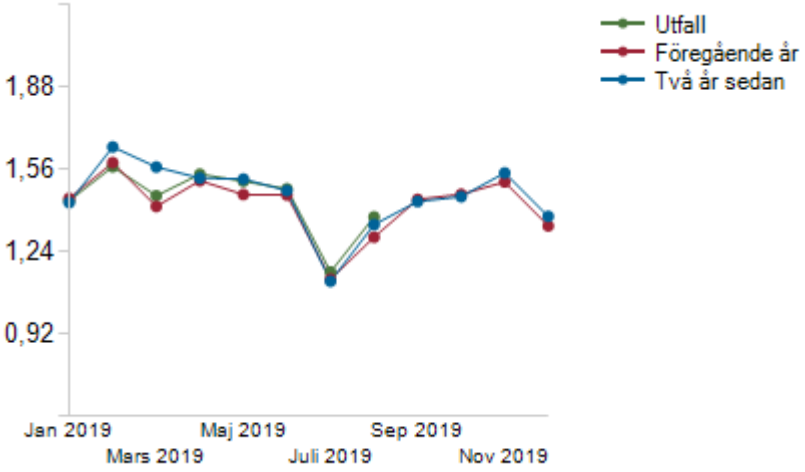
I slutenvården kortas vårdtid genom att redan i tidigt stadie planera för utskrivning (Preliminärt utskrivningsdatum). En gemensam bemanningskoordinator ska finnas inom kliniken för att bemanna och täcka luckor på alla avdelningar. I förlängningen finns det planer på att involvera BUP också.

1.5 Antal vårdkontakter/nettoårsarbetare/dag Somatik

Utfall

1,377 ↗

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar hur många vårdkontakter som en medarbetare har under en dag, somatik, öppenvård, exklusive akuten.

Uppföljningskommentar

Kvinnokliniken har målsättningen att öka antalet mottagningsoperationer genom att utöka anestesimetoder under våren 2020. Produktionen för nuvarande operationer på mottagning ligger i volym som 2018.

Inom gynekologin har kliniken infört jourmottagningen på dygnets alla timmar (tidigare måndag-fredag kl.07-16). Det innebär en ökad kvalitet och ryms i dagens bemanning.

Inom ögonverksamheten pågår ett arbete med översyn av läkarschema för att öka andelen produktionstid. Verksamheten arbetar aktivt med att ersätta avbokningar med annat besök. Uppgiftsväxling inom ögonverksamheten pågår vilket innebär att besök som tidigare gjordes av läkare utförs nu av sjuksköterskor. För att möjliggöra detta frigör undersköterskan tid åt sjuksköterskan.

Lungmottagningen har fler besök per läkare och har arbetat med utremittering, växling av arbetsuppgifter från läkare till sjuksköterska. Förbättringsarbete påbörjat med läkarna; en översyn av verksamheten ska långsiktigt ge mer produktion. Lungmottagningen har gjort schemaändringar, breddat kompetens, ökat produktion och gett bättre förutsättningar för läkarna. Produktionsplanering har startat på hematologi/onkologi.

Barnmottagning på sjukhuset har startat igång produktionsplanering, till en början för läkare, genom en tydligare styrning av scheman (borttagning av individscheman) så kommer det ge en positiv effekt på produktionen.

Inom kirurgin har det under våren varit fokus lpå att öka tillgängligheten för i första hand första besök. Andel patienter som fått sitt besök inom 60 dagar har per juli månad ökat från 54% till 64%

jämfört med förra året. Detta har skett utan kökortningsinsatser utanför arbetstid.Totalt har det utförts drygt 600 fler första besök i år jämfört med förra året.

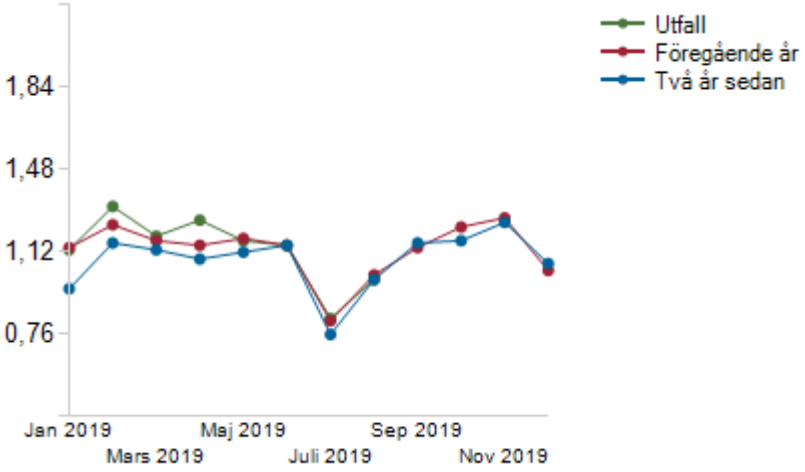
Ett arbete med standardisering av schemaläggning har startat inom kirurgin. Målet är jämn bemanning och framförhållning. Det kommer att öka produktiviteten då ett par team idag har haft en ganska ojämn bemanning och kort framförhållning.

1.6 Antal vårdkontakter/nettoårsarbetare/dag Psykiatri

Utfall

1 ↘

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar hur många vårdkontakter som en medarbetare har under en dag, psykiatri, öppenvård.

Uppföljningskommentar

Alla enheter inom VUP:s öppenvård jobbar aktivt med att implementera "Öppen tidbok". Uppföljning av uppdaterade vårdplaner för att undvika dubbeldokumentation ger mer tid för direkt patientarbete. Utökning av distanskontakt (doktor via skype) inom NP-utredning sker.

Produktivitet mäts inom VUP på enhetsnivå löpande och har gjort sedan några år tillbaka. Produktiviteten har ökat. Produktiviteten är bra jämfört med andra psykiatriska kliniker. Verksamheten har mycket kringarbete med patienter som inte syns, i samverkan med andra vårdgivare, arbetsförmedling mm. Exempelvis arbetar klinken aktivt med att få patienterna att komma till den då det ligger i sjukdomsbilden att man inte vill besöka sjukhuset. Utöver det sker många besök på annan plats, SÄS har ett stort upptagningsområde och mycket tid läggs på resa till och från.

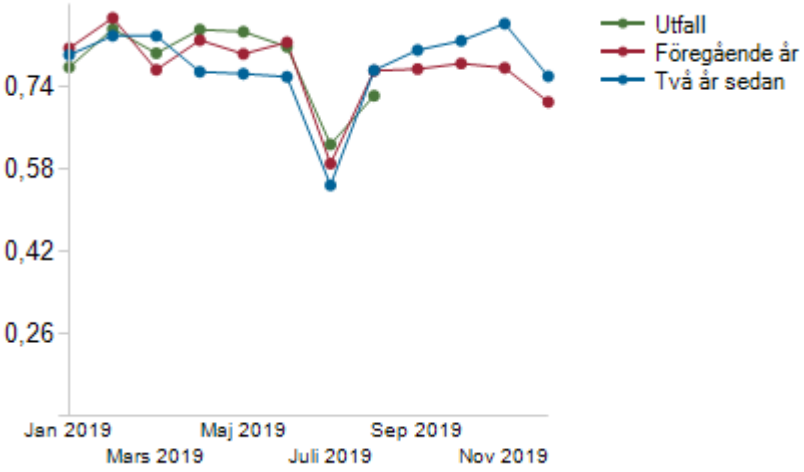
Inom Bup sker omtag på produktivitetsmätning; "uppföljning ger mer produktion". Under 2018 har det varit mycket handledning p.g.a. nyanställningar, vilket kommer bli mindre i år, vilket kommer ge ökad produktion.

1.7 Antal behandlingar/utredningar/läkare nettoårsarbetare Somatik

Utfall

0,724 ↘

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar hur många behandlingar, utredningar och undersökningar som en läkare har under en dag. Avser somatik, öppenvård.

Uppföljningskommentar

Kvinnokliniken har målsättningen att öka antalet mottagningsoperationer genom att utöka anestesimetoder under våren 2020. Produktionen för nuvarande operationer på mottagning ligger i volym som 2018.

Inom gynekologin har kliniken infört jourmottagningen på dygnets alla timmar (tidigare måndag-fredag kl.07-16). Det innebär en ökad kvalitet och ryms i dagens bemanning.

Inom ögonverksamheten pågår ett arbete med översyn av läkarschema för att öka andelen produktionstid. Verksamheten arbetar aktivt med att ersätta avbokningar med annat besök. Uppgiftsväxling inom ögonverksamheten pågår vilket innebär att besök som tidigare gjordes av läkare utförs nu av sjuksköterskor. För att möjliggöra detta frigör undersköterskan tid åt sjuksköterskan.

Öronoperationer har flyttats till mottagning vilket skapar utrymme på operation samt kräver färre resurser. Fler kan opereras och fler patienter som måste opereras på sal kan avslutas.

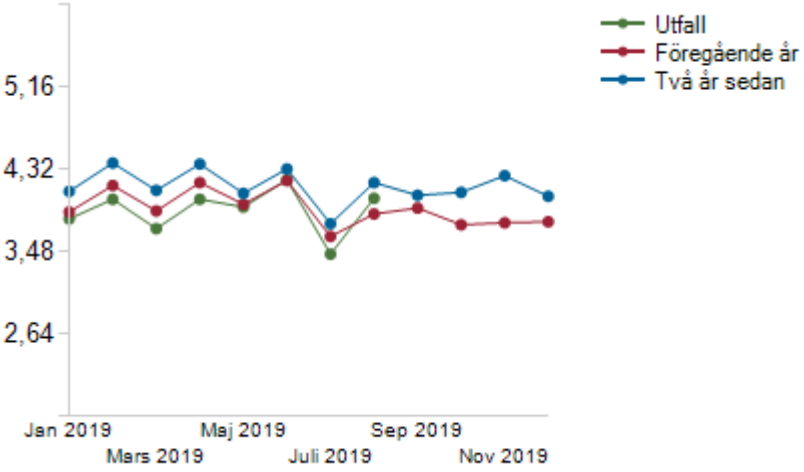
Inom kirurgi flyttas verksamhet från SV-ÖV generellt.

1.8 Antal vårdkontakter/läkare nettoårsarbetare Somatik

Utfall

4,03 ↗

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar hur många vårdkontakter en läkare har under en dag. Avser somatik öppen vård.

Uppföljningskommentar

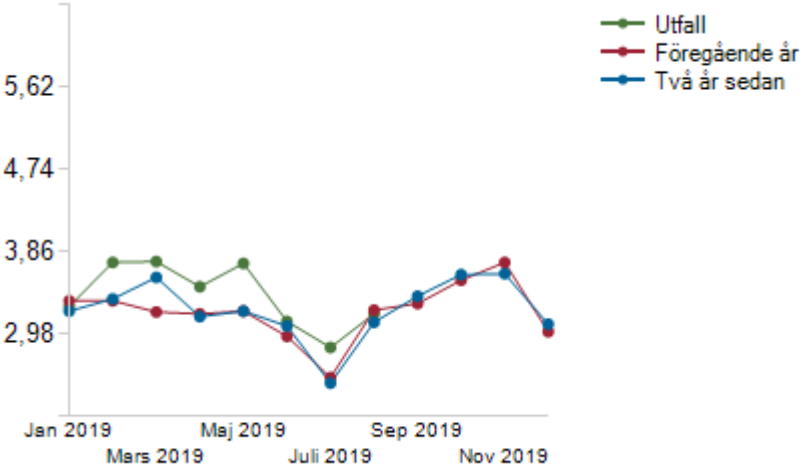
Inom ögonverksamheten pågår ett arbete med översyn av läkarschema för att öka andelen produktionstid. Verksamheten arbetar aktivt med att ersätta avbokningar med annat besök.

1.9 Utförd tid (alla utom läkarna)/Antal akutbesök Akuten

Utfall

3,2 ↘

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar hur mycket tid som vårdnära personal använder för ett akutbesök, läkarna exkluderade.

Uppföljningskommentar

Implementering av arbetssätt "stream-team" för att behandla lindrigare akuta patienter som inte behöver slutenvård.

• Förändring av arbetssätten mellan akutmottagningen och slutenvården så att patienten som är inläggningsklar ska flyttas till vårdavdelning inom 30 minuter.

• Utökad röntgen nattetid.

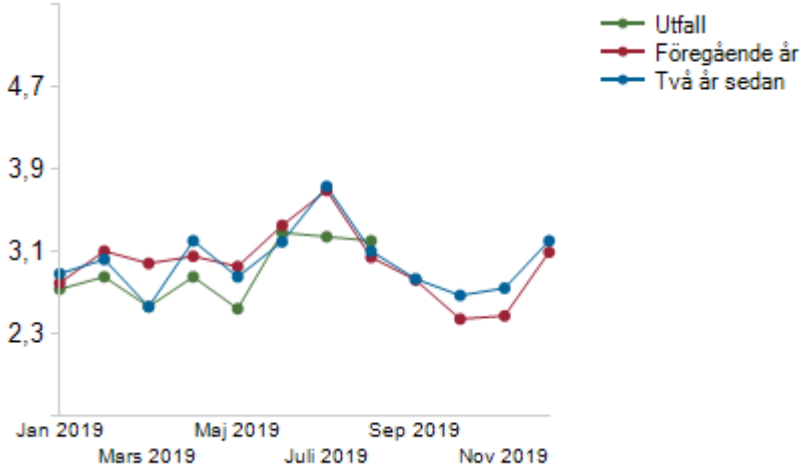
• Administrativ resurs i form av sekreterare.

1.10 Antal akutbesök/läkare nettoårsarbetare/dag Akuten

Utfall

3,21 ↗

Tidigare perioder



Definition

Indikatorn visar hur många akutbesök en läkare har per dag.

Uppföljningskommentar

Implementering av arbetssätt "stream-team" för att behandla lindrigare akuta patienter som inte behöver slutenvård.

• Förändring av arbetssätten mellan akutmottagningen och slutenvården så att patienten som är inläggningsklar ska flyttas till vårdavdelning inom 30 minuter.

• Utökad röntgen nattetid.

• Administrativ resurs i form av sekreterare.

Avvikelse

Indikatorer	Avvikelse
1. Salstid/Tillgänglig tid Somatik	SkaS: Tillgänglig tid avser när operationssalen finns tillgänglig, det vill säga när den är bemannad SÄS: Tillgänglig tid avser operationssalen som fysisk resurs, det vill säga ingen hänsyn tagen till om salen är bemannad, den ska dock ha varit använd någon del av dygnet. Hänsyn har tagits till neddragning av antalet operationssalar under exempelvis sommaren. Totaltid inkluderar ej ögon som är i operationslokalerna en dag varannan vecka, övrig tid görs på mottagning.
2. Totalt antal operationer/dag Somatik	Angereds Närsjukhus och Frölunda Specialistsjukhus opererar enbart under veckodagar. Nämnaren är kalenderdagar.
3. Utförd tid/vårddygn Somatik	
4. Utförd tid/Vårddygn Psykiatri	AL: Har ingen psykiatri.
5. Antal vårdkontakter/nettoårsarbetare/dag Somatik	SkaS: Indikatorn visar hur många vårdkontakter som en medarbetare under en dag, inklusive akuten Uttaget för att fånga nettoårsarbetare skiljer sig något från den definition som används inom HR. Skillnaden är för produktivitetsindikatorernas del marginell.
6. Antal vårdkontakter/nettoårsarbetare/dag Psykiatri	Uttaget för att fånga nettoårsarbetare skiljer sig något från den definition som används inom HR. Skillnaden är för produktivitetsindikatorernas del marginell. SkaS: Psykiatrisk akutmottagning kategoriseras som öppenvård i fördelningsnyckel. SÄS: Psykiatrisk akutmottagning kategoriseras som öppenvård i fördelningsnyckel
7. Antal behandlingar/utredningar/läkare nettoårsarbetare Somatik	
8. Antal vårdkontakter/läkare nettoårsarbetare Somatik	Uttaget för att fånga nettoårsarbetare skiljer sig något från den definition som används inom HR. Skillnaden är för produktivitetsindikatorernas del marginell.
9. Utförd tid (alla utom läkarna)/Antal akutbesök Akuten	SkaS: Rapporterar själva den faktiskt utförda tiden på akutmottagning. Fördelningsnyckeln sätts till =1.
10. Antal akutbesök/läkare nettoårsarbetare/dag Akuten	SkaS: Rapporterar inte indikator 10 ännu. Arbete pågår med att identifiera tid för läkare på akuten tillsammans med HR. Fördelningsnyckel kommer att tas fram under hösten.

Riktlinje

Produktions- och kapacitetsplanering

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
SKARABORGS SJUKHUS

Barium-id 35042 **Giltigt t.o.m.** 2020-01-08 **Version** 1

Innehållsansvarig: Kristina Lifvergren, Verksamhetsutvecklar, Utvecklingsenhet (krire)

Granskad av: Martin Takac, Sjukhusdirektör bitr, Stabsledning (marta7)

Godkänd av: Jörgen Thorn, Direktör, Förvaltningschef Koncernledning (jorth)

Publicerad av: Skaraborgs Sjukhus

Revideringar i denna version

Ny riktlinje.

Bakgrund, syfte och mål

Vårdens resurser är begränsade, avseende såväl tillgång till kompetens som ekonomiska medel. Det är därför angeläget att tillgängliga resurser används på bästa möjliga sätt, till så stor nytta som möjligt för regionens invånare. Produktions- och kapacitetsplanering är ett verktyg som bidrar till ett effektivt resursutnyttjande.

Målet är att uppnå en effektiv vård med god tillgänglighet för patienten.

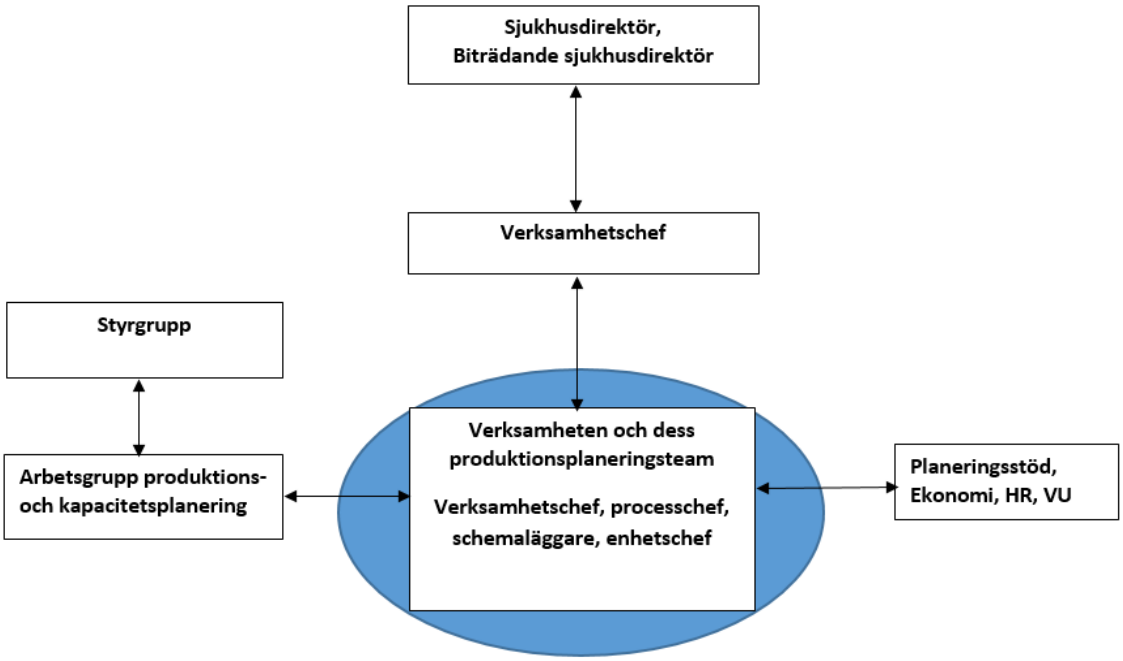
För att tillgodose patienternas behov av vård på ett effektivt sätt krävs att alla verksamheter inför ett aktivt och kontinuerligt arbete med produktions- och kapacitetsplanering. Planeringen ska innehålla uppgifter om hur mycket vård som behöver produceras för olika tidsperioder, allt ifrån nästa år till nästa månad, nästa vecka, idag och imorgon. Produktions- och kapacitetsplanen ska stödja verksamheten i planeringen så att rätt kompetens finns tillgänglig när patienten behöver den. Produktions- och kapacitetsplanen ska styra verksamheten så att produktionstakten motsvarar behoven. Produktions- och kapacitetsplanering ger ledning och medarbetare förutsättning att tillsammans öka patientnyttan, förbättra arbetsklimatet, effektivisera och kvalitetssäkra vården.

Ansvar

Sjukhusdirektören
Sjukhusdirektören ansvarar ytterst för att Skaraborgs Sjukhus (SkaS) verksamheter har en ändamålsenlig produktions- och kapacitetsplanering. Produktions- och kapacitetsplanering ingår som en viktig del i vårdverksamhetens styr- och ledningsfunktion.

Verksamhetschef
Det är verksamhetschefen som ansvarar för att produktions- och kapacitetsplanering är en kontinuerlig och naturlig del av det operativa ledningsarbetet inom verksamhetsområdet. I ansvaret ingår att efterfråga och varje månad följa upp produktionsutfall och effekt av planeringsarbetet och om nödvändigt besluta om korrigeringar i produktion och/eller kapacitet. Alla verksamheter ska varje månad uppdatera sina produktionsplaner (huvudplaner) så att en bra balans mellan behov och kapacitet uppnås. Huvudplanerna utgör underlag för handlingsplaner och nedbruten kapacitetsplanering, schemaläggning samt daglig styrning för varje verksamhet.

På SkaS finns en organisation för införande och uppföljning av produktion- och kapacitetsplanering, enligt nedan. Centralt är sjukhusdirektören ansvarig för produktions- och kapacitetsplaneringen, och på verksamhetsnivå är det verksamhetschef och dess ledningsgrupp som planerar och styr den egna verksamheten.



Olika roller i arbetet med produktion och kapacitetsplanering SkaS

Sjukhusdirektören har det övergripande ansvaret för SkaS produktions- och kapacitetsplanering och ska följa tillgängligheten för besök samt behandlingar i linjeorganisationen. Sjukhusdirektören efterfrågar och följer upp produktions- och kapacitetsplaner månadsvis per verksamhet. Sjukhusdirektören efterfrågar handlingsplaner om sjukhuset tillgänglighetsmål inte uppnås och fattar beslut om åtgärder som exempelvis köp av vård.

Verksamhetschef ansvarar för att produktions- och kapacitetsplanering (12 månader framåt) genomförs i sina respektive verksamheter samt att verksamheten bedrivs utifrån denna. Verksamhetschefen efterfrågar och följer upp produktions- och kapacitetsplaner månadsvis. Verksamhetschefen ingår även i produktionsplaneringsteamet.

Produktionsplaneringsteamet säkerställer och kvalitetssäkrar informationen i produktionsplaneringen. Teamet stämmer av mot kapacitet, beslutar om huvudplan och fastställer handlingsplaner samt följer upp, planerar och genomför den detaljerade produktions- och kapacitetsplaneringen (månads och veckovisa beslutsmöten) inom sitt ansvarsområde.

Planeringsstöd
Det verksamhetsnära stödet (Ekonomi, HR, VU) stödjer produktionsplaneringsteamet med att ta fram information till produktionsplaneringen. Agerar beslutsstöd till verksamhetschef/processchef.

Enhetschef
Ansvarar för daglig styrning av verksamheten tillsammans med andra berörda enhetschefer.

Styrgrupp

Styrgruppen leder och samordnar arbetsgruppens arbete. Styrgruppen utgörs av stabschefer (ekonomi, HR, VU), servicechef, kvalitets/utvecklingschef samt biträdande sjukhusdirektörer.

Arbetsgrupp produktions- och kapacitetsplanering
På SkaS har en tvärprofessionell arbetsgrupp (med kompetenser från HR, VU, Ekonomi och statistik) utsetts för att stödja vid genomförande av en aktiv produktions- och kapacitetsplanering. Gruppen har också fått i uppdrag att ta fram riktlinjer och utveckla metodiken för produktions- och kapacitetsplanering.

Systemstöd

Väl fungerande IT system är en förutsättning för produktions- och kapacitetsplanering, men det är väl värt att understryka att det inte är systemen som åstadkommer kvaliteten i arbetet, utan det hänger ihop med ledningssystem, organisation och rutiner.

Systemstöd inom SkaS för produktions- och kapacitetsplanering:
- Procap – används för produktionsrapportering till regionen.
- Medinet – schemaläggningsverktyg kopplat till en aktivitetsplan för verksamheten.

Tillämpliga lagar, föreskrifter eller externa riktlinjer

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), Patientlagen 2014: 821, Arbetstidslagen 1982:673, Arbetsmiljölagen 1977:1 160, Effektiv vård SOU 2016:2, VÖK 2017

Arbetsbeskrivning – vad är produktions- och kapacitetsplanering?

Produktionsplan
En produktionsplan innehåller hur mycket, i volymer, en klinik behöver producera per tidsenhet (t ex år, månad, vecka, dag) för att möta patientens behov.

Kapacitetsplan
Kapacitetsplaneringen innebär att matcha sina befintliga resurser mot det verkliga behovet av vård och andra aktiviteter som ingår i klinikens uppdrag. Förutsättningen för arbetet med kapacitetsplanering är att det finns en produktionsplan där det framgår hur mycket som behöver produceras.

Varje verksamhet behöver ta fram och löpande arbeta med nedanstående punkter (för ytterligare information, se i bilaga 1):

- Produktionsbehov
  Definiera vad verksamheten behöver producera i form av t ex besök och behandlingar under en 52 veckorsperiod.

- Kapacitetsbehov
  Definiera vilka och hur mycket resurser som krävs för att ta hand om produktionsbehovet.

- Aktivitetsplan
  Definiera vilka aktiviteter som behöver schemaläggas för verksamhetens personal.
  Definiera bemanning per aktivitet utifrån produktion- och kapacitetsplanen.

- Kompetensmatris
  Definiera vilka kompetenser som behövs för täcka kapacitetsbehovet.
  Definiera hur mycket av varje kompetens som behövs.
  Koppla kompetensmatrisen till verksamhetens befintliga arbete med medarbetarnas utvecklingsplaner.

- Beslut- och mötesstruktur
  Verksamhetscheferna ska varje månad följa upp utfallet och besluta ny produktionsplan inom sin verksamhet.

- Schemaläggning
  Beslutade produktions- och kapacitetsplaner ska ligga till grund för verksamhetens schemaläggning. Aktivitetsplanen visar vad och hur mycket som behöver schemaläggas för klara produktionsbehovet.

- Visualisering
  Definiera vad som ska visualiseras och hur det ska visualiseras för att ge alla medarbetare rätt information om verksamhetens produktion.

Gemensamma resurser
I takt med att allt fler verksamheter inför produktionsplanering skapas underlag för att fastställa behovet av de gemensamma resurserna som exempelvis röntgen, paramedicin, operation. En struktur för operativa samordningsbeslut gällande produktions- och kapacitetsplanering för gemensamma resurser behöver finnas för att kunna ta ställning till hur tillgänglig kapacitet ska fördelas.

Regelbundna dialogmöten mellan verksamheterna och de gemensamma resurserna måste hållas regelbundet för att säkerställa en optimal planeringsprocess.

Styrgrupp

Styrgruppen leder och samordnar arbetsgruppens arbete. Styrgruppen utgörs av verksamhetschef (Utb), stabschefer (ekonomi, HR,) kvalitets/utvecklingschef, samt biträdande sjukhusdirektörer.

Arbetsgrupp – annat namn - expertstöd

Det verksamhetsnära stödet, HR-konsulter, controller och verksamhetsutvecklare ger stöd till verksamhetscheferna. Vid frågor hänvisas till utsedd arbetsgrupp:

Kristina Lifvergren - Utvecklingsenheten
Thomas Then – Utvecklingsenheten
Ann Ivarsson Fridén – HR
Sandra Hogström – HR
Christian Nordqvist- Ekonomi
Henrik Karlsson – Ekonomi

Bilagor

Bilaga 1: Detaljbeskrivning P&K-modell SkaS
Bilaga 2: Planeringsfil P&K
Bilaga 3: Aktivitetsplan

Käll- och litteraturförteckning

4 Design requirements for health care
2013-9-Ur led är tiden
Rapport Genomlysning av Region Jämtland Härjedalens område Kirurgi-Ögon-Öron
Effektiv vård, SOU 2016:2
Att mäta och planera för en välfungerande sjukvård
Verksamhetsanpassad bemanning, Dnr Rev 29-2015
Basgranskning SkaS

Vård - referenser enligt Vancouversystemet.
Se https://tools.kib.ki.se/referensguide/vancouver/ för Karolinska Institutets referensguide för Vancouversystemet.

Administration - referenser enligt Oxfordsystemet
Se http://ub.uu.se.libguides.com/c.php?g=91852&p=1239365 Oxford, referera till olika källor, Uppsala universitetsbibliotek

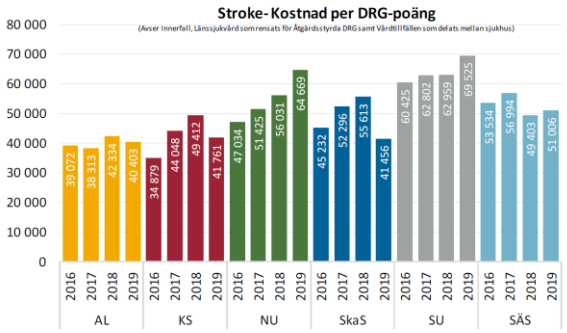
Västra Götalandsregionen - Snabbfakta

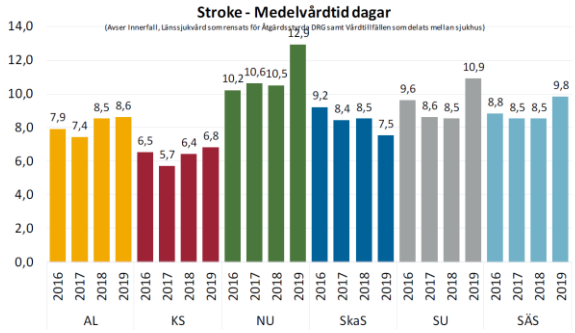
Snabbfakta tas fram för förvaltningar/bolag varje månad utom i juni. Ekonomidirektören beslutar om vilka verksamheter som ska följas via Snabbfakta. För närvarande är det sju förvaltningar som följs, Alingsås lasarett (del av Sjukhusen i Väster), Kungälvs sjukhus (del av Sjukhusen i Väster), NU-sjukvården, Skaraborgs Sjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Södra Älvsborgs Sjukhus och Närhälsan vårdvalsverksamheter.

Nedan följer en sammanställning över uppföljningen av de beslutade benchmarkingområdena avseende sjukhusförvaltningarna.

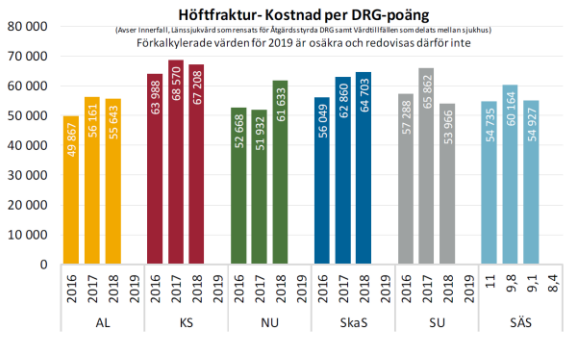
Januari – KPP-underlag klart först den 1 mars

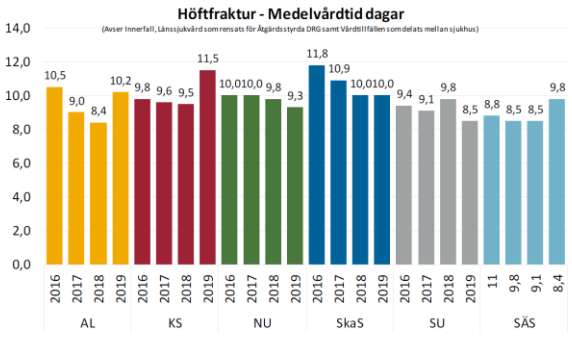
Februari - Stroke – förkalkylerade värden 2019



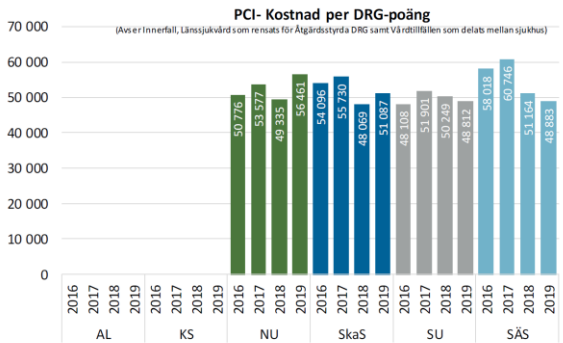


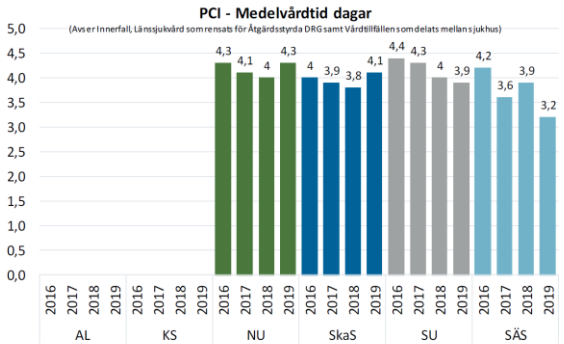
Mars – Höftfraktur - förkalkyl visas inte



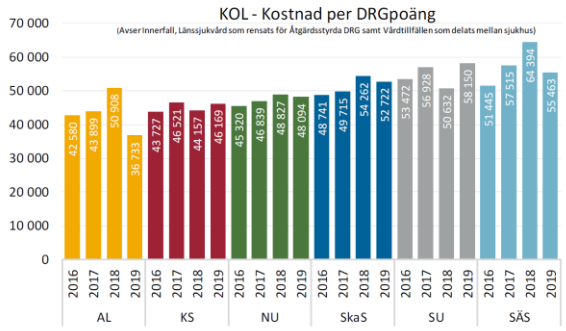


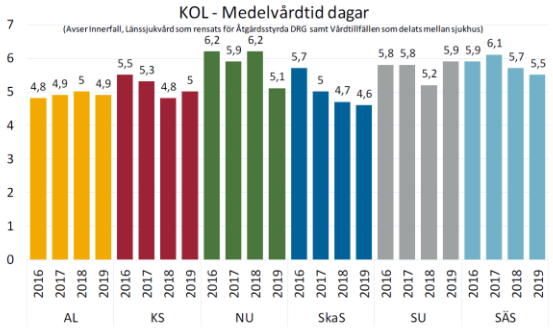
April – PCI





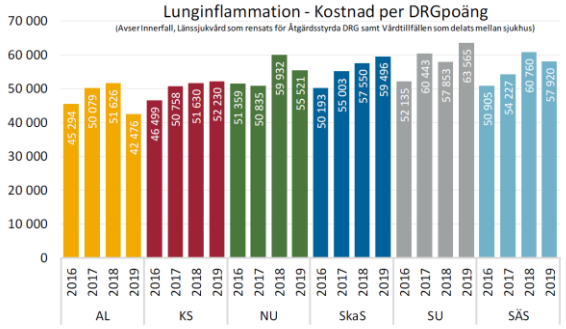
Maj – KOL

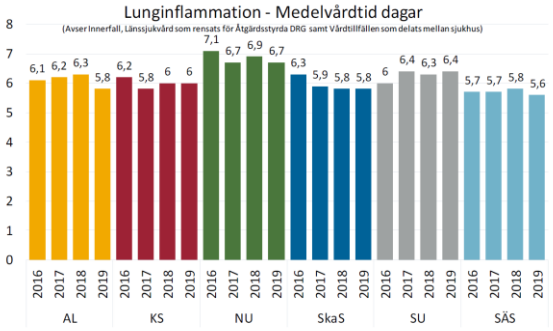




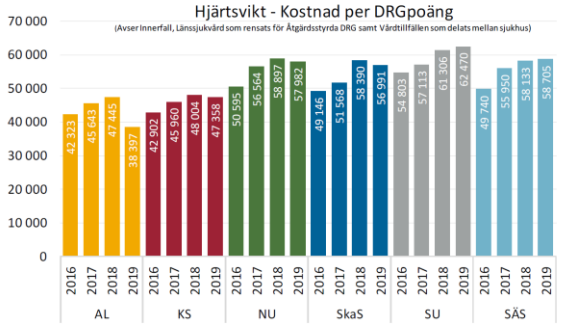
Juni – ingen rapportering

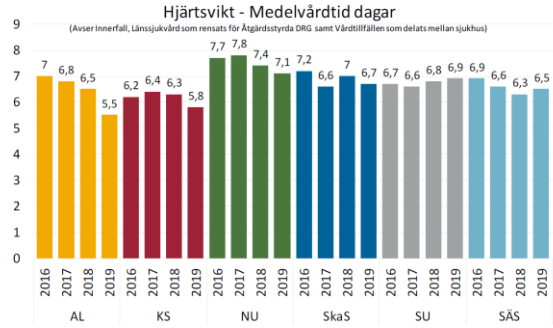
Juli – Pneumoni



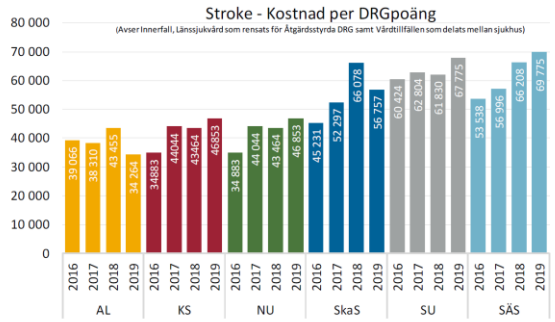


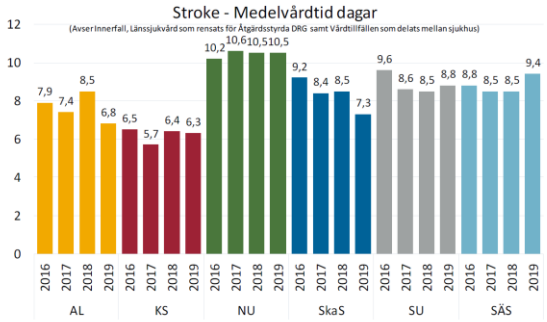
Augusti – Hjärtsvikt





September – Stroke





Oktober - Höftfraktur

