

Utarbetande av produktions- planer – en granskning av handlingsprogrammet God Vårds åtgärd nr 22

Dnr: Rev 36-2010

Genomförd av: EDB Consulting Group

Behandlad av Revisorskollegiet den 14 december
2010

Utarbetande av produktionsplaner

- en granskning av handlingsprogrammet
God Vårds åtgärd nr 22

Jonas Leffler

December 2010

Innehållsförteckning

1.	Inledning	4
1.1.	God Vårds handlingsprogram	4
1.2.	Ett verktyg för att uppnå fastställda vårdgarantier och ledtider	4
1.3.	Vad är en produktionsplan?	5
1.4.	Budgeten	5
1.5.	Syfte och metod	5
2.	Regionens utveckling av produktionsplaner	6
2.1.	Regionens utveckling av infrastruktur och prognosinstrument	6
2.2.	Starten av ett regiongemensamt projekt	6
2.3.	Inrapportering av produktionsplaner till HSA	7
3.	Verksamheternas utveckling av produktionsplaner	8
3.1.	Prognoser	8
3.2.	Planeringsprocess	8
3.3.	Produktionsplaner	9
3.4.	Uppföljning	9
4.	Svar på revisionsfrågorna	10
4.1.	Direktiv och instyrning	10
4.2.	Produktionsplanens syfte att säkra vårdgaranti och ledtid	11
4.3.	Produktionsplan och planeringsprocess	11
4.4.	Utvecklingsrådet följer upp att åtgärden genomförs	12
5.	Analys, slutsatser och rekommendation	12
5.1.	Notis av en pågående aktivitet, där RS fattar beslut om något som redan sker.	12

5.2.	Ett halvår eller 5 till 10 år?	13
5.3.	Hantering av logik och oklarheter kräver utredning	13
5.4.	Riktlinjer för att hantera konflikterande styrprinciper	14
5.5.	Lokal planering ställer krav på förbättringar av datahanteringen	14
5.6.	Ökade inslag av prisbilder ställer krav på interna produktkalkyler	15
6.	Produktionsplanens roll och nytta	15
6.1.	Produktionsplanens roll i arsenalen av åtgärder för att klara vårdgarantin	15
6.2.	Produktionsplanens nytta och användning	16

Bilaga 1 Sjukhusförvaltningarnas produktionsplaner

1. Inledning

1.1. God Vårds handlingsprogram

År 2005 gav Socialstyrelsen ut föreskriften "God Vård" med krav på ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. I den definieras sex kvalitetsdimensioner, kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och tillgänglig hälso- och sjukvård. Regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen (VGR) beslutade i april 2007 att God Vård kvalitetsdimensioner skall utgöra kvalitetsmål i regionen. Regionen har vidareutvecklat tillämpningen av God Vård. Den 20 april 2010, § 106 fastställde regionstyrelsen ett gemensamt handlingsprogram med mätbara mål och 39 åtgärder.

Utförarstyrelserna får i uppdrag att uppnå de mätbara målen senast under 2011 och genomföra åtgärderna i handlingsprogrammet för God Vård 2010-2011 i sina verksamheter. Hälso- och sjukvårdsnämnderna får i uppdrag att genomföra angivna åtgärder och att inarbeta handlingsprogrammet i kommande överenskommelser och avtal. Det är regiondirektörens uppdrag att genomföra de angivna åtgärderna i handlingsprogrammet för 2010 och 2011 och att redovisa uppföljningen våren 2011.

Många av åtgärderna i handlingsprogrammet för God Vård handlar om utbildningsinsatser och om utveckling av infrastruktur. Det kan vara regiongemensamma åtgärder, men det kan också vara en typ av åtgärd som skall genomföras på många ställen på alla sjukhusen och alla kliniker. En sådan typ är åtgärd 22: Att sjukhusförvaltningarna skall utarbeta produktionsplaner i syfte att uppnå fastställda vårdgarantier och ledtider.

Åtgärden skall vara genomförd 2010 och ansvaret för genomförandet har sjukhusstyrelserna. För uppföljningen ansvarar politiskt regionstyrelsen/hälso- och sjukvårdsutskottet (RS/HSU) och på tjänstemannaplanen hälso- och sjukvårdsdirektören (HSD) via det s k utvecklingsrådet (jfr HSD adm beslut §24/08, dnr RSK 514-2008).

1.2. Ett verktyg för att uppnå fastställda vårdgarantier och ledtider

Produktionsplanen skall vara ett verktyg för sjukhusen att uppnå fastställda vårdgarantier och ledtider. Vårdgarantin är en del av hälso- och sjukvårdslagen från 1 juli 2010. Den reglerar de tidsgränser som en patient skall erbjudas vård. Vårdgarantin gäller bl a vid första besök och behandling i all planerad specialiserad vård på ett sjukhus/mottagning. Det kan innebära att patienten kan erbjudas besök eller behandling hos annan vårdgivare om vård inte kan erbjudas inom aktuella tidsgränser. Patienten har rätt att få vård i tid, att vänta in en specifik läkare och att med en egenremiss välja annan vårdgivare s k valfrihetspatient.

För att mäta väntetiderna på ett enhetligt sätt i landet används SKL:s flödesmodell 2004, "Patientens väg genom vården". Det blir dess mätpunkter som blir styrande för vårdgarantin och som därmed också är en viktig parameter när produktionsplaner skall utarbetas.

Ledtider är ett annat fokus för produktionsplanen. Ledtiden handlar om tiden inom vårdprocessen. Översatt från produktionsterminologin till SKL:s flödesmodell skulle *leveranstiden* som mäts från ordermottagning till leverans kunna översättas från "vårdbegäran till avslut" medan *ledtid* som mäts från produktionsstart till leverans översätts med "från 1:a kontakt till avslut". De fastställda ledtiderna torde gälla akutmottagningarna, men borde även

vara intressant för andra verksamheter, eftersom ledtiden fokuserar de inre köerna som en missriktad vårdgarantistyrning kan skapa.

Eftersom lagen är ny håller Socialstyrelsen på med att utarbeta föreskrifter kring hur de skall utöva tillsyn och i samband med det aktualiseras också vilka åtgärder och sanktioner som blir aktuella.

1.3. Vad är en produktionsplan?

Produktionsplanering med fokus på vårdgarantin förändrar synsätten, från att köer är en positiv signal på en efterfrågad verksamhet som behöver mer resurser, till att kön är ett negativt tecken på att verksamheten inte är behovsstyrd. Produktionsplanering skall alltså utgå från behoven och inte från verksamheten.

Det är patientens vårdbehov som skall styra produktionen. Därför skall planerna baseras på ett framtida behov som fångas i prognoser utifrån historiska konsumtionsmönster och analyser av förändringar i omgivningen. Behoven behöver beskrivas i tjänster och aktiviteter och kopplas till volymen resurser som kompetens, utrustningar och salar. Det ger ett underlag för att planera vilka kapaciteter som behövs. Därefter matchas behoven med sjukhusets kapaciteter att producera vård. I produktionsplanen läggs aktiviteterna in över tid, när de skall utföras. Det kan göras på olika tidsperioder och med olika detaljeringsgrad.

Det innebär att produktionsplanen är sammankopplad med kapacitetsplaneringen och ingår i samma planeringsprocess. En produktionsplan kan alltså både inbegripa en enskild plan och den kan stå för en helhet där planeringsprocessen med olika planer ingår.

1.4. Budgeten

I 2010 års budget poängteras att regionens verksamheter skall präglas av hög tillgänglighet. Det innebär att service och tjänster är åtkomliga inom rimlig tid, åtkomliga på olika sätt och anpassade till olika behov. Det är ett kärnvärde, förhållningssätt och varumärke (sid 21).

De prioriterade målen är att tillgängligheten skall öka och att alla verksamheterna skall ingå i tillgänglighetsdatabasen (sid 22). Alla patienter skall erbjudas vård inom de fastställda garantitiderna (sid 56). Visionen är att sjukvården skall vara lättillgänglig och köfri. Det nu gällande vårdgarantierna är ett delmål mot vård utan köer.

1.5. Syfte och metod

Granskningen syfte är att ge revisionen underlag för att bedöma hur Åtgärd nr 22 i God Vårds handlingsprogram "Att utarbeta produktionsplaner" har genomförts i förvaltningarna. Den handlar om hur åtgärden kommuniceras, tolkas, genomförs och följs upp inom angiven tidgräns. Utgångspunkten ligger i regionstyrelsens uppfattning och förväntning, i sjukhusstyrelsernas tolkningar och genomförande samt i Utvecklingsrådets uppföljning av åtgärden.

Material och intervjuer har inhämtats från HSA, Kungälvssjukhus och då främst ortopedi, kirurgi, SÄS ortopedi och SU ortopedi område 3. Intervjuerna har skett i steg, bandats och skrivits ned. I samband med skrivningen av rapporten har intervjuerna återigen avlyssnats för avstämning. Fallbeskrivningarna har godkänts av respektive respondenter. Totalt har 15 personer intervjuats medan ytterligare 5 personers hörts i kortare samtal.

De slutsatser och sammanfattningar som görs baseras på utsagor och rapporter från granskade verksamheter. Variationen som finns mellan olika verksamheter medför att ytterligare generaliseringar kan vara svåra att göra.

2. Regionens utveckling av produktionsplaner

2.1. Regionens utveckling av infrastruktur och prognosinstrument

Det finns ett uppdrag i regionen att förbättra tillgänglighet för att klara vårdgarantin. Inom HSA finns en grupp som arbetar med dessa frågor. Dels genom uppföljning av olika nivåer inom sjukvården och dels genom utveckling av infrastrukturer för att klara vårdgarantin i form av tidbokning, remissmallar, tjänster och prognosinstrument. Målet är att skapa en produktion som är i balans med behovet. Verktöget är produktions- och kapacitetsplanering som synliggör obalanser mellan vilka behoven är och vilken kapacitet det finns att tillgodose dessa.

Det finns också ett aktivt regionalt nätverk för "vård i rimlig tid", med representanter från sjukhusen. Nätverket diskuterar olika åtgärder för att förbättra tillgängligheten. Produktionsplaner är en sådan åtgärd.

Behoven fångas genom att förstå sjuklighet i en befolkningspopulation. Sedan 2005 ger RR-gruppen (Referensgruppen för Referenstal) ut ett tabellverk som beskriver konsumtionen av vård inom VGR i jämförelse med riket. Konsumtionen jämförs med antal väntande till motsvarande ingrepp. Det ger en köproduktionskvot vilket indikerar väntetiden (RR-tabeller, referenstal 2010).

Uppgifterna kan matchas mot regionens produktionsplaner och man ser om det finns ett gap mellan vad som skall produceras i regionen och befolkningens behov. Tabellverket kan användas som ett prognosinstrument. Idag täcker uppgifterna de vanligaste planerade behandlingarna men visionen är att uppgifterna skall täcka 70-80% av behovet.

2.2. Starten av ett regiongemensamt projekt

I november 2009 ordnade Centrum för Verksamhetsutveckling (CVU) en utbytesdag för några landsting om förbättringsarbete. Vid en prioritering av intressanta områden föll intresset på produktions- och kapacitetsplanering och Östergötlands Läns Landstings (ÖLL) erfarenheter. VGR ordnade i april 2010 ett gemensamt besök i ÖLL. Vid en återsamling initierades en regiongemensam ansats för produktionsplanering.

I mars 2010 anordnade regiondirektören ett halvdagsseminarium för förvaltningsledningarna i syfte att introducera området och påvisa dess betydelse. För att få gehör för en regiongemensam ansats gjordes föredragningar för Utvecklingsråd och Produktionsledning. Det resulterade i en förfrågan om en regiongemensam ansats för utveckling av produktions- och kapacitetsplanering. I början av november 2010 gjordes en föredragning för utförargruppen och i samband med den poängterades behovet av en gemensam begreppsapparat och att klara ut gränsdragningen till utvecklingsarbetet av ett regiongemensamt ledningssystem.

Poängen med ansatsen är att föra in ett synsätt med en helhetssyn på produktionsplanering. I helhetssynen ingår att planeringsprocessen är en del i verksamhetens rutiner på olika organisatoriska nivåer, att det finns en struktur av produktionsplaner från övergripande nivå med en längre tidshorisont till en mer daglig planering och att planerna hänger ihop både mellan nivåerna och mellan behov (produktion) och kapacitet (användningen av resurser såsom, bemanning, kompetenser, utrustning, salar).

VGR har ännu inte bestämt ansats men det troliga är att angreppssättet i stort följer ÖLL angreppssätt - att dels arbeta fram utbildning för att skapa en gemensam syn och gemensamma metoder och definitioner och dels arbeta med riktade workshops under 8-10 månader i samband med att produktionsplanering utarbetas i verksamheterna. I VGR kompletteras ÖLL:s angreppssätt med att beakta kopplingar till förbättringsarbete och att beakta andra kapacitetsrestriktioner utöver personal samt att inordna planeringen i ett ledningssystem.

Tiden för en sådan utveckling uppskattas ta 5-10 år. Först görs utrednings- och utbildningsinsatserna. Därefter prövas en pilot som sedan tillämpas i en mer storskalig implementering med riktade workshopar under cirka 5 år, p g a mängden resurser som krävs för att driva workshopar och att utveckla metoder. Om ambitionen är att utveckla ett IT-stöd och att automatiskt överföra indata till produktionssystemet och därefter utdata till personalsystem torde utarbetandet av produktionsplaner inte vara klart förrän om ytterligare 3-5 år.

Genomförandet av en strukturerad produktions- och kapacitetsplanering kommer att påverka såväl synsätt som arbetsformer.

2.3. Inrapportering av produktionsplaner till HSA

I början av maj 2010 initierades ett ägardirektiv utifrån att förvaltningarna stötvis köper in extern vård. Syftet var att få en gemensam bild av vad regionen klarar att producera med egna resurser och vilka externa resurser som behöver köpas in. Inrapporteringen av verksamheternas produktionsplaner riktar sig till områden/kliniker där det finns problem med att klara vårdgarantitiden. Planeringen skall göras så att det framgår vilka behov som kan produceras med egen kapacitet och vad som är extern (köpt) kapacitet. Den köpta vården kan innehålla uppgifter om patienter som själva valt en annan vårdgivare utanför regionens verksamheter, s k valfrihetspatienter.

På central nivå önskas en samlad bild över utförd vård för regionens invånare och om denna vård är utförd i egen regi eller hos extern vårdgivare (antingen att regionen aktivt hjälpt patienten till annan vårdgivare alternativt att patienten själv sökt en ny vårdgivare).

Produktionsplanerna skall innehålla behovsanalys, produktionsplan under resterade del av året nedbrutet per vecka och resurs/bemannning. I resursbedömningen finns möjlighet att inkludera externt upphandlade vårdgivare. Rapporteringen skedde i slutet av maj. Enligt direktivet skall HSA tillsammans med respektive utförare gå igenom vilka patienter som skall skickas till annan vårdgivare (RSK 394 - 2010).

De produktionsplaner som skickades in varierar i innehåll, från en veckonedbrytning med bedömda behov, kapaciteter och behov av externa köp till aggregerade historiska och budgeterade produktionsdata på årsbasis. Alltså en mycket stor spridning.

Det fanns en tanke att de rapporterade produktionsplanerna skulle utgöra underlag för ett seminarium under hösten 2010. Rapporterna gav en bild av ett nuläge som kunde vara starten på en gemensam och mer detaljerad utveckling av innehållet i produktionsplanerna. Det skulle vara ett led för en mer långsiktig utveckling där man använder processorienteringen som plattform för produktions- och kapacitetsplaneringen. Produktionsplanen skall beskriva historik, nuläge och framtid. Den skall vara uppbyggd så att man skall kunna identifiera om den är robust och trovärdig. Rapporteringen skall vara per månad och tydliggöra kopplingen till budgetåret.

Emellertid ställdes seminariet in eftersom det kunde uppfattas som ytterligare ett spår i utvecklingen av produktionsplaneringen.

3. Verksamheternas utveckling av produktionsplaner

Utvecklingarna av den årliga produktionsplaneringen varierar inom sjukhusen. Från att det i stort sett saknas en planering.

"Lite generellt handlar dagens produktionsplan att sjukhuset får en beställning i början av året av x antal besök. Beställningen följs upp halvårsvis. Vid uppföljningen konstateras att sjukhuset gjort ungefär hälften. Vid årets slut kan man sedan konstatera att besöken var något fler".

Till att det finns en organiserad planering där utvecklingen går från att planer görs separat för en verksamhetsdel till att planer täcker in fler verksamhetsdelar.

"Vi har alltid produktionsplanerat men mer utifrån var och en för sig. Vi har delplanerat och inte lagt ihop alla pusselbitar. Remisser och mottagningar för sig, operation för sig, och vårdavdelningar för sig. Vi har inte tänkt på varifrån våra patienter kommer. Nu har vi börjat få koll på flödena och se sambanden".

På Ortopedkliniken i SU har produktionsplaneringen funnits och utvecklats under flera år medan den är ny för ortopedklinikerna på SÄS och Kungälv's Sjukhus. Med utgångspunkt från utvecklingen av den årliga planeringen på ortopedklinikerna kan bilden sammanfattas utifrån några krav på en produktionsplanering. Beskrivningar av respektive sjukhus och klinik finns i bilaga 1.

3.1. Prognoser

Med syftet att klara vårdgarantin skall produktionsplanen göras utifrån behov, som sedan styr kapacitetsplanen med tidsåtgång för olika resurser såsom kompetenser, salar och utrustningar. Detta är ett nytt synsätt, eftersom planeringen ofta görs utifrån verksamhetens kapaciteter. I planeringen ingår att göra bedömningar om framtiden och att tidigt upptäcka förhållanden som kan skapa problem. De utgör viktiga indata i produktionsplanen.

På sjukhusen driver vårdgarantin på ett behovsorienterat synsätt, men vid köer tycks dock kapaciteterna och speciellt identifieringen av flaskhalsar bli styrande för planeringen. Behov fångas från historik, remisstrender och medicinska bedömningar. Från en verksamhet finns behov att få in uppgifter om valfrihetspatienter och uppgifter från omgivningen som t ex när kommunen startar träningsprogram för patienter vilket ger tidsförskjutningar för operationer.

3.2. Planeringsprocess

Utformningen av planeringsprocessen och uppföljningen påverkar den betydelse som planen tillmäts. Liten betydelse, ingen följsamhet och ingen styreffekt. Ingår produktionsplaneringen i ledningens rutiner, torde dess betydelse öka. I ledningssystemet finns svar på frågor som kan handla om:

- Vad skall planeras? Patientens behov relaterat till organisatorisk enhet eller till en vårdprocess?
- När skall planeringsprocessen starta, hur ofta skall den göras, när skall den vara klar?
- Vilka övergripande planeringsförutsättningar skall gälla?
- Vilka planer skall finnas, tidsordning och hur skall olika planer koordineras?
- Vilka beslutsbefogenheter är kopplade till planerna och hur skall motstridiga krav balanseras?

Produktionsplanerna är organisatoriskt uppbyggda enligt en grundstruktur av besök och behandlingar, akut och elektivt. De har även en ackumulering över året. Sambanden i planen finns inom den egna organisationen och en

koordinering över gränserna görs i operationsplanen. Det finns försök att skapa planer som är baserade på vårdens processer.

Det finns en planeringsdialog och en rapportering uppåt, men det saknas en planeringsprocess med koppling till ledningssystem. Det är t ex inte tydligt vilka planer som skall finnas, när planeringen skall göras och den tidsmässiga ordningen mellan olika planer. Planeringsförutsättningarna bearbetas i delar och riktlinjer saknas för hur olika motstridiga krav skall balanseras.

3.3. Produktionsplaner

En förutsättning för att kunna utarbeta produktionsplaner är att tjänsterna skall vara tidssatta och kopplade till resurser/kompetenser. En struktur av resurssatta moduler för tjänster/aktiviteter och en tidsstruktur för produktionsplanen finns för operation, men varierar i övrigt. Det finns i delar och det finns exempel där de håller på att utvecklas.

Produktionsplanen kan delas in i olika hierarkiska nivåer och med olika tidshorisonter. På övergripande nivå finns en huvudplan i aggregerad form periodiserad per månad eller vecka och som sträcker sig över en längre tidshorisont med några revideringar per år, alternativt en rullande plan månadsplan.

Huvudplanen bryts ned i detaljplaner på några månaders sikt eller till en praktisk planering på några veckors sikt, där alla resurser behöver finnas på plats. Här behövs IT-stöd för att hantera alla detaljer och för att hantera allt som händer t ex att hantera återbud, sjuk personal, krocken mellan akuta och elektiva behov.

Utvecklingen av produktionsplanen är fokuserad på huvudplanen i form av en mall med periodiserade volymmål per vecka eller månad. Matchningen mot kapaciteter varierar.

"Man tycks inte ställa sig frågan om det fungerar att göra den produktionsvolym som är planerad".

"Man har inte tagit åt sig nivån i produktionsplanen eller anpassat bemanningen till produktionsnivån. Man har kört business as usual".

Däremot fångas patienters väntetider utifrån garantitiderna och det finns en vardaglig utförandeplanering. Revideringar av huvudplanen tycks inte göras, även om situationen påkallar.

Det saknas en plan för den medellånga sikten på 2-3 månader, vilket är den horisont som harmonierar med vårdgarantin. Den torde också bilda underlag för tidbokningssystem och den ger möjligheter att kortsiktigt åtgärda eventuella mismatchningar mellan behov och kapaciteter. Däremot har bemanningsplanerna denna horisont och läkarna skall bemannas 16 veckor för tidbokningen vilket kan skapa problem för flexibiliteten i utförandeplaneringen.

Utförandeplaneringen har alltid funnits och den görs utifrån medicinska prioriteringar och vårdgarantin där patienter planeras in en körordning. Här hanteras situationer som kan dyka upp inför ett besök eller behandling.

3.4. Uppföljning

Uppföljning, analyser och bevakning spelar en viktig roll i syfte att snabbt vidta åtgärder, utveckla produktionen och förfina planeringen. Uppföljningar görs med möten varannan vecka eller månadsvis. Det ger en uppmärksamhet åt produktionsplanen. Det är svårt att uttala sig om vilken styrande effekt planen har. Det finns bedömningar att *"man börjar bli duktigare på att följa planen, man anstränger sig mer"*, men vid en genomgång av be-

fintliga exempel på plan/utfall och i uttalanden är dock bilden den att inga snabba korrigerande åtgärder tycks vidtas utan agerandet påverkas först vid stora avvikelser.

"Vi gjorde aldrig något åt om det var en differens mellan plan och utfall"

I analysen av resultaten kan samband identifieras, resurs- och kompetensmix och produktionsupplägg utvärderas. Bilden är att det hela tiden är en fråga om att balansera resurser och hantera nya trånga sektorer.

"Man skulle kunna tro att det är en glädjeplan men börjar man analysera vad som hänt blir bilden en annan"

Kunskapen används inför kommande års planering. *"Inför kommande års planering skall vi utgå från en lagom volym operationer. Den blir sedan styrande för selektionen av nybesök och för antalet återbesök".* Alltså i detta fall en kapacitetsstyrning som är följden av att man bedömer inte klara av alla inkommande remisser.

4. Svar på revisionsfrågorna

4.1. Direktiv och instyrning

Begreppet produktionsplan är nytt inom sjukvården och kan tolkas på flera sätt vilket kan medföra olika lösningar och resultat, från enkla mallar till en grupp av planer som kräver organiserade utvecklingsprojekt med stora investeringar i IT-stöd där nya rutiner och beteenden etableras i verksamheten. Bredden i möjliga tolkningar medför ett behov av instyrning från ägarsidan. Det kan ske både genom vägledning i form av utbildning och ägardirektiv för att precisera omfattning, ambition, innehåll, och förväntat resultat.

1. Vilka styrningsåtgärder planerar/vidtar ägarsidan?

Regionledningen anordnade ett seminarium i mars för att introducera området för förvaltningscheferna. Kurser har anordnats i samarbete med Chalmers.

Utifrån handlingsprogrammet har däremot inga styrningsåtgärder vidtagits. Istället finns olika utvecklingar. Ett regiongemensamt projekt håller på att starta. Det har heller inte funnits någon instyrning internt från förvaltningschef till verkställare.

"Man har nog ställt till det för sig". "Man har agerat fort och fel".

När det inte finns någon uttryckt förväntan av vad som skall göras, begränsas värdet av uppföljningen av åtgärd 22, eftersom det inte finns någon norm att följa upp mot.

2. Överensstämmer förvaltningarnas utvecklingsplaner och utvecklingsmål med utvecklingsrådets förväntade resultat?

Det finns inget förväntat resultat från Utvecklingsrådet, vilket faller tillbaka på bristen på instyrning. Det kan vara motiverat att pröva sig fram i syfte att lära, men relativt snart börjar olika lokala lösningar att etableras och när IT-stöd kopplas till lösningen försvåras en samordning. IT-stöd är ett nästa steg i utvecklingen av de lokala lösningarna.

Avsaknaden av en instyrning med ett angreppssätt, en definierad omfattning och ambition med en förväntad lösning blir mer allvarig om krav ställs på att produktionsplaner skall byggas på en gemensam modell och kunna aggregeras, än om åtgärden inte skall samordnas.

Åtgärd nr 22 skall verkställas i verksamheterna inom respektive sjukhus. Det är ingen trivial process att kommunicera åtgärden och att få alla verksamheter med på att börja produktionsplanera.

3. Hur kommuniceras åtgärden inom respektive sjukhusförvaltning och hur tolkar de berörda verksamheterna inom sjukhusen åtgärden att utarbeta produktionsplaner?

Handlingsprogrammet har varit uppe på förvaltningsmöten och är kommunicerad som ett handlingsprogram och distribuerad i linjen. Diskussion har förts, men det har inte funnits en organiserad kommunikation kring handlingsplanen, där åtgärd 22 förklarats och diskuterats. T ex hur de sedan tidigare lokala initiativen på området skall förhålla sig till åtgärden i handlingsplanen och om vad som skall vara klart 2010.

På Kungälv Sjukhus är det enskilda befattningshavare som driver frågan utifrån verksamheten. På SÅS skrevs utvecklingen av produktionsplanen in i verksamhetsplanen för 2010 - alltså innan God Vårds handlingsprogram. Inom SU är produktionsplanering en viktig fråga. Den har varit uppe i ledning- och ledningspersoner har gått på kurs i produktionsplanering.

4.2. Produktionsplanens syfte att säkra vårdgaranti och ledtid

Produktionsplaneringens syfte är att öka tillgängligheten och som ett delmål säkra vårdgarantin. Det innebär att utgångspunkten för utarbetandet av produktionsplanerna bör vara väntetidernas mätpunkter. Enligt VGR:s resultat från tidigare år finns återkommande säsongsvariationer av väntetider med toppar efter sommaren och innan jul. Med en produktionsplan skall sådana kötoppar kunna elimineras.

4. Har kraven på produktionsplanen identifierats för att syftet skall uppnås?

Både ja och nej. Vårdgarantins väntetider har använts men inte SKL processmodell. Planernas innehåll har arbetats fram utifrån verksamhetens behov och tillgängliga uppgifter.

Planerna används som ett instrument för att klara vårdgarantin och på samtliga sjukhus utvecklas kunskap om verksamhetens samband. Planerna används för att förhindra inre köer, balansera mottagningsbesök med operation och vårdplatser, matcha behov och ledigheter. Planerna används i några enstaka fall för att eliminera kötoppar efter sommaren och innan jul.

Lite tid tycks ägnas åt planering medan mer tid ägnas åt uppföljning. Ibland är planeringen schablonmässig, kortsiktig och görs utan kopplingar till kapaciteten. Det påverkar planens styrande effekt.

4.3. Produktionsplan och planeringsprocess

Grunden i en produktionsplan är att utifrån behov fördela resurser över tid. Ingångsparametrarna är alltså behov och resurser som skall matchas över tid. Sambanden inom och mellan olika verksamheter påverkar behoven och anpassningar av kapaciteter behöver göras löpande.

5. Hur ser produktionsplanen ut för olika sjukhusförvaltningar?

Den varierar mellan verksamheterna på sjukhusen. Generellt är den mer utvecklad på elektiva och opererande verksamheter. Förhållningssättet till planeringen kan enligt utsagor variera. Gemensamt för de granskade verksamheterna är att utvecklingsarbetet startats med att utveckla planeringsmallen och att sedan uppgifter hämtas manuellt från befintliga system in i excelformulär. Detta är en pågående process mellan verksamhetsledning och ekonom/logistiker där successivt fler parametrar tas in i planeringen.

Parametrarna berör remisser in, antal olika besök och behandlingar, elektivt och akut. De jämförs med föregående år och/eller prognos. De är uppställda på ett sådant sätt att garantitiderna är klassificerade. Planeringen görs årsvis och är nedbrutna på månads- eller veckobas och det finns en daglig planering. Det saknas en planeringshorisont i produktionsplanen på två- tre månader som är relaterad till vårdgarantitiderna.

6. På vilket sätt beaktas sambanden mellan verksamheterna i produktionsplanen?

Samordningen av operationer är organiserad medan övriga verksamhetssamband inte är inbyggda i själva planeringsprocessen. I kommande års planering skall de interna sambanden beaktas av olika besök, behandlingar och i ett fall även av medelvårdtider.

Produktionsplanen är resultatet av en planeringsprocess. Tanken är att den skall vara styrande för att verksamheten skall klara garantitiderna. Planeringsprocessen som leder fram till produktionsplanen är därför en del av åt-

gården. Den kan starta vid fastställda tidpunkter, göras om enligt ett rullande intervall eller vid större avvikelser. Processen kan kräva input från andra planer eller omvänt - att den genererar underlag till andra planer.

7. Har förvaltningarna behandlat planeringsprocessen vid utformning av produktionsplanen?

De utvecklade planerna görs på årsbasis. Den kan ske i dialog men den är inte koordinerad med annan planering. Koppling till uppdrag och prestationsbudget varierar. Den görs sent på året även om det finns en strävan att skjuta fram den i kalendern.

Där det finns ett seriöst förhållningssätt till planerna krävs upprättelser av underordnade som planerar schablonmässigt. Enligt utsago görs inte/sällan omplaneringar och planeringen är inte rullande.

På SU Ortopedi läggs uppgifterna in i en databas och kan med glick view sammanställas utifrån behov. Cognoskuber används på SÄS, där uppdateringen sker månadsvis, men behovet är en daglig uppdatering. Kungälvssjukhus gör uppföljningen manuellt från befintliga system. Behov finns av ett IT-stöd som effektiviserar planering och möjliggör analyser av samband.

4.4. Utvecklingsrådet följer upp att åtgärden genomförs

Åtgärd 22 i Handlingsprogrammet följs upp av Utvecklingsrådet, som skall förmedla information om status till hälso- och sjukvårdsdirektören, HSU och RS, ge råd och vägledning eller ställa krav på de sjukhusförvaltningar som inte lyckas åstadkomma ett förväntat resultat.

8. Vilken styreffekt har uppföljningen?

Ingen, eftersom det inte gjorts någon. Det finns förslag på hur uppföljningen skall gå till som utarbetats och behandlats i Utvecklingsrådet. När det gäller åtgärd 22 är tanken att gå ut med en enkät till förvaltningarna. Utifrån svaren kan ställning tas huruvida åtgärder behöver vidtas.

På förvaltningarna finns ingen medvetenhet om en rapportering vid årsskiftet eller uppfattning om vad som skall vara klart och hur det skall rapporteras.

5. Analys, slutsatser och rekommendation

5.1. Notis av en pågående aktivitet, där RS fattar beslut om något som redan sker.

Åtgärd 22 har inte haft någon inverkan på de produktionsplaner som utvecklats på granskade förvaltningar. De har sin egen historik. SU område 3 startade sitt arbete 2006. SÄS utveckling av produktionsplaner finns inskriven i verksamhetsplanen för 2010 - före handlingsprogrammets tillkomst och KS har logistik och verksamhetschef på ortopedi/kirurgi påbörjat ett utvecklingsarbete utifrån befintliga förutsättningar.

Rapporteringen av egen produktion och behov av köpt vård till HSA gjordes antingen från befintliga planer eller från egna utredningar. Rapporteringen kan tolkas som en engångsföreteelse, eftersom det inte fanns någon beskrivning om en utveckling av en årlig produktionsrapport eller någon hänvisning till åtgärd 22. Återkopplingen ställdes in på att ett regiongemensamt projekt håller på att startas och som har sina rötter i ett nationellt utvecklingsnätverk.

Man kan således konstatera att utvecklingen av produktionsplaneringen drivits utan påverkan av handlingsprogrammet, eftersom samtliga initiativ tagits innan programmet utvecklades. Någon specifik kommunikation om åtgärd 22 har inte förekommit till verksamhetsnivå och det har inte funnits någon instyrning av arbetets omfattning, ambitionsnivå, förväntat resultat, regiongemensamma nämnare och tidsplaner.

Handlingsprogrammets åtgärd 22 kan därför mer betraktas som en notis av ett annat skeende än en initiering av nya aktiviteter eller samordning av befintliga lokala utvecklingar. Utvecklingen av produktionsplaner hade redan ett eget liv både centralt och lokalt. Det finns alltså utvecklingar av varierande slag, men inga som är styrda av handlingsprogrammet. I fallet "produktionsplan" konfirmerar regionstyrelsen beslut en handling, snarare än att den tar beslut om en handling.

Frågan är vilken relation handlingsprogrammet God Vård skall ha till pågående aktiviteter? En passiv roll av informationsinsamling och åtgärder för de förvaltningar och verksamheter som inte kommit ur startgroparna eller en mer aktiv styrande roll för att skapa en gemensam plattform för utvecklingen?

En annan fråga är vilka aktiviteter som skall följas upp? Är det den regiongemensamma utvecklingen av produktionsplaneringen, är det den stoppade utvecklingen av produktionsplaner, är det de lokala utvecklingarna, eller är det alla produktionsplaneringsaktiviteter sammantaget som ingår i handlingsprogrammet?

Ovanstående frågor indikerar att ett ställningstagande behöver göras om produktionsplaneringens skall ingå i handlingsprogrammet. Är det så, vilket regionstyrelsen beslutat, behövs följande tre åtgärder vidtas. För det första behöver de befintliga och de nystartade uppdragen om produktionsplanering identifieras som skall ingå i handlingsprogrammet. För det andra behöver direktiv utfärdas för vad som skall gälla för dessa uppdrag. För det tredje brukar denna typ av uppdrag inordnas under en gemensam ledning, men organiseras i olika projekt och aktiviteter, vilket även borde gälla i detta fall.

5.2. Ett halvår eller 5 till 10 år?

Tiden för att utarbetande av planen skall vara genomförd 2010. Eftersom begreppet produktionsplan är nytt inom sjukvården finns det olika tolkningar av vad begreppet innefattar och därmed vad som skall vara klart 2010. Många har påtalat behovet av en definition och en beskrivning av relationen till annan planering. Oklarheten har inte skapat en klagande dialog om vad som skall vara klart 2010.

Hypotetiskt kan man tänka sig att en regiongemensam planeringsmall skulle kunna bli klar 2010 - men den utvecklingen lades på is. Ett större gemensamt produktionsplaneringsprojekt planeras att starta innan 2010 utgång. Resultatet - att implementera en lösning och etablera ett produktionsplaneringstänk beräknas ta 5 till 10 år. Det är en skillnad som borde tydliggjorts i handlingsprogrammet eller via ägardirektiv.

5.3. Hantering av logik och oklarheter kräver utredning

Innan utvecklingsarbeten startar görs i regel utredningar för att utröna förutsättningar för en utveckling och för att forma och värdera olika vägar för att nå målet. Det handlar om att sortera upp olika frågeställningar och tydliggöra vilka frågor som skall lösas separat och vad som skall ligga inom en föreslagen utveckling. Detta gäller även för en utveckling av produktionsplanering. Risker är annars att nya frågor hela tiden inordnas i produktionsplaneringen, vilket får till följd att utvecklingen avstannar. De frågor som granskningen stött på och som behöver klaras ut på förhand är:

- En produktionsplanering har både gemensamma och lokala intressen längs den hierarkiska kedjan. Lokala organisationsberoende lösningar håller på att utvecklas på olika ställen utan någon intern koordinering. Logiken borde vara omvänd - att de gemensamma behoven skapar en grund för lokala utvecklingar. Alternativt att det åtminstone är interaktiva processer. Eftersom behoven i regel växer fram behöver processerna koordineras så att behoven på olika nivåer och mellan verksamhetsgrenar växer i takt.
- Prognosarbetet håller på att utvecklas centralt och det finns behov av prognosarbete inom verksamheterna. Vårdöverenskommelsen bygger på prognoser. Lokalt används remisshistorik och medicinska be-

dömningar för prognoser. Valfrihetspatienter skapar ny osäkerhet i planeringsarbetet. I vilka prognoser fångas dessa in? Frågan är vilka prognoser som skall vara styrande för vad, var skall de utvecklas och hur skall de användas? En struktur för prognoser kan behöva utvecklas som bildar förutsättning för utvecklingsarbetet.

- Produktionsplaneringen görs i separata delar och är inte inordnad i en rutin som är sammankopplad med annan planering och sammanhängande beslut. Planeringen blir vad den enskilda verksamheten gör den till. Tillämpning och även följsamhet till planeringen kan därför variera. För att planeringen skall tillämpas generellt och tillmätas en betydelse behöver den ingå i ett system. Tidsaspekten, när planeringen skall göras, hur koordineras olika planer, vilka indata skall vara framme behöver tydliggöras. Även hur den ekonomiska planeringen påverkas av en rullande produktionsplanering? Likaså hur sättet att göra planeringen skall inordnas med annat ledningsarbete.

Ovanstående exempel visar att frågeställningar och förhållanden behöver redas ut i samband med att ett utvecklingsarbete startar.

5.4. Riktlinjer för att hantera konflikterande styrprinciper

Produktionsplaneringens syfte är att skapa vård av hög kvalitet genom god planering och utan köer (budgeten sid 54). Prognoser och prestationsbudgeten indikerar volymen, vårdgarantin sätter gränser för väntetiderna och den ekonomiska budgeten sätter ramar för resurserna. Sjukhusen ser att ekvationen att klara vårdgarantin inom budgeten inte går ihop.

Frågan är vilka gränser som väger tyngst? I budgeten jämsätts budgetramen med demokratin. *"Att inte följa de ekonomiska förutsättningarna innebär att man sätter sig över demokratiskt fattade beslut"* (sid 73). I budgeten är en strategisk inriktning att patienter med behov skall få vård i rätt tid (sid 14) och en närliggande strategisk inriktning är att sjukvården skall vara lättillgänglig och köfri (sid 48). På centralt håll används argumentationen att det finns sjukhus som klarar båda delarna. Sjukhusens sätt *"att argumentera med köer skall arbetas bort i ledarskapet"*, vilket innebär att köer inte är ett fenomen som indikerar att verksamheten har för lite resurser.

Det finns också en konflikt mellan vårdgarantin som sätter gränser för väntetider och behovs- och solidaritetsprincipen som säger att sjukast skall ha vård först. Tillämpas den senare principen vid en konstant kö kommer en grupp aldrig att få vård, vilket innebär att en gräns sätts för vilka behov som skall behandlas. Tillämpas tillgängligheten utifrån vårdgarantin plockas mindre sjuka in tidigare för att inte trilla över gränsen, vilket torde ske idag. Är det så lagen skall tillämpas?

Alla goda principer och lagar som behandlas var för sig kommer att bli relaterade till varandra i en produktionsplanering. När principer och lagar står i konflikt med varandra hamnar personalen som produktionsplanerar i dilemman, vilket försvårar arbetet, snarare än att principerna och lagarna skall ge vägledning och underlätta arbetet. Därför går det inte att hantera principer och lagar separerade från varandra, utan samband och krav behöver tydliggöras. T ex är produktivitetskravet centralt i samband med att sjukhusens volym definieras som skall klaras med begränsade resurser inom vårdgarantins gränser. Likaså är riktlinjer med konkretiseringar för vilka balanser och prioriteringar som skall göras mellan väntetid och sjuklighet viktiga för att få en önskad styreffekt.

5.5. Lokal planering ställer krav på förbättringar av datahanteringen

Utifrån de lokala utvecklingar som pågår uppstår direkt ett behov av en förbättrad datahantering som underlättar dagens översiktliga årsplanering. Data fångas manuellt från befintliga system och sammanställs i excelformulär. Uppgifter som sammanställs centralt i fördefinierade rapporter uppdateras per månad medan behovet är daglig uppdatering och en automatisk överföring av produktionsdata till produktionsplaner. Det finns brister i tillgänglig-

heten på historiska data och några saknar verktyg för analys och lokala utvecklingar av optimerings- och simuleringsverktyg.

På SU pågår en utveckling av planeringsverktyg med enkla simuleringar i excel kopplat till de två planeringsmodeller som utvecklas. En pilot börjar tillämpas inom An/Op/Iva och kan därefter under 2011 börja utvärderas för en eventuell spridning, utveckling och anpassning till en gemensam utveckling. Grunden för en sådan utveckling torde finnas i en medvetenhet i befintliga nätverk. Risk finns annars att en mängd olika lösningar utvecklas vilket skapar versionshanterings- och underhållsproblem. Dessutom försvåras utvecklingen av en gemensam plattform.

För att inte IT-stöden skall släpa efter de krav som börjar ställas från verksamheten behövs en förberedelse på hur befintliga IT stöd skall anpassas till de nya krav som kommer att ställas från en produktionsplanering. Risk finns att krav och önskemål inte kan realiseras p g a att befintliga lösningar inte kan leverera önskade uppgifter eller att det inte finns lösningar på marknaden som svarar upp mot ställda krav.

5.6. Ökade inslag av prisbilder ställer krav på interna produktkalkyler

För att klara vårdgarantin kan sjukhusen köpa extern vård på regionens avtal. Det innebär att prisbilden för olika behandlingar blir allt tydligare, vilket ökar prismedvetenheten på sjukhusen. Uppfattningen att t ex knäproteser är billigare att köpa upp än höftproteser, kan leda till en styrning av patienter med behov av knäproteser till externa vårdgivare, medan sjukhuset fokuserar på patienter med behov av höftproteser. Det finns dock en risk att i en specifik situation t ex vid köproblemm fatta kortsiktiga beslut som kan få långsiktiga konsekvenser för sjukhusets kompetensutbyggnad.

Men prisbilden kan också vara utgångspunkt för en medveten styrning av en långsiktig kompetensutveckling på sjukhusen, såväl för att bygga upp som att välja bort kapaciteter. Den kan vara en indikator på de produktivetskrav som kan ställas på sjukvården. En mer aktiv användning av prisbilder kan alltså vara en parameter (av flera) vid de långsiktiga besluten om produktivetskrav och val i en utveckling av intern och extern kapacitet.

Med ökade inslag av prisbilder om olika behandlingar ligger det nära till hands att sjukhusen kommer att ställas inför frågor om det egna utbudet och förhållandet till externa vårdgivare. För att kunna analysera situationen behöver sjukhusen göra egna produktkalkyler. Med grundarbetet gjort i en produktionsplanering finns uppgifter om resurser relaterade till olika tjänster som kan ligga till grund för en produktkalkyl. Därtill kommer nya frågeställningar kring själva kalkyleringen, t ex hur kalkylmodellen skall se ut vid olika beslutssituationer, hur OH-strukturen skall se ut, hur den skall belasta det egna sortimentet och vilka påslag som skall gälla när egen vård säljs? (Vilket den gör redan idag)!

6. Produktionsplanens roll och nytta

6.1. Produktionsplanens roll i arsenalen av åtgärder för att klara vårdgarantin

Vårdgarantin är styrande i planeringen, vilket märks i planeringsmallar och att den fokuseras vid uppföljningen. Den prioriteras när beslut fattas att göra budgetavvikelse för att klara vårdgarantin. Arsenalen av åtgärder för att få ekvationen att gå ihop kan delas in i tre typer - att styra inflödet av patienter, att öka produktiviteten och att öka kapaciteten/resurserna.

Att **styra inflödet av patienter**. Sjukhusen upplever att många patienter blir felremitterade och att 20-50% av remisserna vidarebefordras, vilket skapar en onödig administration. *"Tidigare fick vi kritik för att vi satte upp patien-*

ter för snabbt på operation men det berodde på att vi fick in så bra patienter. Nu vill vi tillbaka till den situationen". Med hårdare selektion av nybesök, remissmallar och handböcker till primärvården kan styrning ske så att verksamheten får rätt och tillräckligt utredda patienter. Verksamheten kan reagera på remisstoppar från enskilda vårdcentraler och ha en direkt kommunikation med dem. Många bokade patienter uteblir (ca 400.000 besök/år), *"av fyra kallade proteser opererades två"*, vilket skulle kunna åtgärdas t ex genom sms-tjänster och egen bokning som påminner och tydliggör allvaret i ett uteblivet besök. Att ha identifierat flexibla patienter som kan ställa upp vid återbud är ett sätt att fylla luckor i produktionsflödet.

Att göra mer med samma typ av resurs d v s **öka produktiviteten**. Om man ser på den externa sjukvårdens priser indikerar de en enorm produktivetsökning. I de externa köpen kostade, enligt uppgift, en höftprotes för några år sedan 210 tkr och idag ligger den på 60 tkr, vilket innebär att priset i princip halverats varje år, vilket avspeglar en rejäl produktivetsökning - även om marginalerna torde ha förändrats. De produktivetsåtgärder som nämnts är relaterade till att värdera besöken och att ersätta t ex återbesök med telefonsamtal, eller att flytta besöken till primärvården (omfördelning av arbetsuppgifter). Med produktionsplanerna uppmärksammas sambanden i verksamheten. *"Det har varit för mycket gasa bromsa"* och istället finns ambitionen inför kommande års produktionsplanering att skapa en jämnhet i volymnivån på nybesöken över tid. I den strävan ingår även att styra läkarnas ledigheter.

Det tredje sättet är att **öka resurserna** och därmed frångå den ursprungliga budgetramen. Det kan göras genom att påvisa att volymen inte stämmer med uppdraget och därigenom legitimerar det en omförhandling för att kunna öka kapaciteten. Andra vägar är att köpa vård externt och därmed få en budgetavvikelse eller att äska om kökörtningsspengar för att hamna i balans.

Produktionsplaneringen spelar en roll vid alla tre sätten. Uppgifter från produktionsplanen används som signalsystem för att styra inflödet av patienter - att rätt patienter kommer, att de är tillräckligt utredda och att de verkligen kommer. Produktionsplanen har också används som förhandlingsunderlag för att motivera utökade uppdrag, när skillnaderna blir för stora mellan volym och ekonomisk ram. I ovanstående sammanhang används produktionsplanen för att styra eller påverka andra. Produktionsplaner används också för analyser av samband, som resulterat i en produktionsstyrningsfilosofi som bygger på jämna flöden i syfte att skapa ökad produktivitet.

Ovanstående exempel visar att produktionsplanen inte bara har en intern roll utan en extern roll i den arsenal av åtgärder som sjukhusen använder för att klara vårdgarantin.

6.2. Produktionsplanens nytta och användning

Produktionsplanens syfte är att vara ett instrument för att klara vårdgarantierna. Användarna av produktionsplanerna har fokus på att skapa jämnhet i produktionen, att få signaler att agera t ex vid remisstoppar och obalanser. Det finns också andra nyttor som planeringen kan skapa, men som inte är lika tydliga.

Det finns "övertäckningar" i sjukhusens verksamhet. *"Om vi har väldigt mycket remisser så blir det ett väldigt tryck på operation. Det har varit en happening - oj, nu har vi kö, nu måste vi kökorta"*. Det har också skapat övertäckningar i rapporteringen till regionen, t ex om behovet av att köpa vård. Eftersom det handlar om "övertäckningar" tyder det på en bristande framförhållning. Förhoppningar är att med en produktionsplan **skapa framförhållning** och få tid att agera före situationen uppstår.

Genom att planera det kända kan det okända och osäkra lättare bedömas och blir då också lättare att hantera. Genom att tidigt fånga valfrihetspatienter, göra prognoser och reagera på tidiga signaler blir planeringen ett **medel för att reducera osäkerhet**. Förmågan att reducera osäkerhet är i regel en viktig faktor för att öka produktiviteten. (Risk finns dock att planeringen blir ett sätt att "gömma och glömma" osäkerheten).

Grundarbetet i planeringen är att skapa planeringsförutsättningar med strukturer för tjänster och resurser för att utföra dem. Planeringen använder då ett färdigt "set" eller "slotar" av standardiserade moduler som kan läggas ut över tid. Även enskilda beslut kan underlätta planeringsarbetet. Man kan t ex bestämma vilka dagar och i vilka salar det är utbildning i, vilket underlättar för de som utbildas, att planera sin tid och att hitta rätt. Produktionsplanen blir därmed ett instrument som **synliggör produktion och beslut**.

Med produktionsplanen kan kapacitetsproblemen bli extra tydliga, t ex när det gäller rekryteringar av speciella kompetenser. Det kan också uppstå situationer där produktionsplaneringen **ger signaler om strategiska val** kring kompetenser och utbud (se avsnitt 5.6).

Med en ökad produktionsplanering och uppföljning ökar kunskapen om de planer som lagts och den produktion som utförts och det resultat som åstadkommits. Det är en kunskap som ligger nära linjen och den kan också användas som **underlag för sjukhusets uppdrag**.

Produktionsplanen med dess uppföljning kan alltså både vara ett instrument för den dagliga verksamheten och utgöra underlag för mer strategiska överväganden och långsiktiga beslut.

Bilaga 1. Förvaltningarnas utarbetande av produktionsplaner

Vårdöverenskommelsen ligger till grund för en beställning eller uppdrag. Den är relaterad till en prestationsbudget som anger en volym av prestationer i antal besök, DRG-poäng och vårdtillfällen. Det är en volymrelaterad uppföljning, som görs inom alla verksamheter.

Med vårdgarantin ställs emellertid krav på hur verksamheterna skall möta ett löpande behov. Den ligger till grund för en mer aktiv planering av verksamheten med ett lärande om sambanden i den egna verksamheten. Nedan följer beskrivningar av utvecklingen av produktionsplaneringen från ortopedverksamheten på tre sjukhus.

Kungälvssjukhus produktionsplanering på kirurg- och ortopedikliniken

Kirurgi- och ortopedikliniken leds av en gemensam verksamhetschef. Utvecklingen av produktionsplanering har berört det elektiva flödet för båda klinikerna. Utvecklingen har pågått sedan början av året.

Den initierades genom att både logistiker och verksamhetschef ville få en bild av hur nuläget såg ut och hur produktionsplanen för den elektiva verksamheten kan utvecklas. Parallellt startade en schemagrupp för läkare som utvecklade en "veckouppbyggnad" för hur olika läkare fördelar tiden mellan olika arbetsuppgifter. En nulägesrapport utarbetades med förslag på produktionsplan utifrån befintliga planeringsförutsättningar och med förslag på resursplan för operationssalar och för läkare. Utredningen har därefter diskuterats internt av berörda verksamheter.

En planeringsmall finns utvecklad för uppföljning av produktionen. Den används för en kontinuerlig uppföljning av behov och utfört arbete. Idag planeras patienterna in efter vårdgarantin i en körordning för ett första besök och därefter styr läkaren in till behandling.

Från HSA propå i maj gjordes en utredning med en preliminär bedömning av behov och kapaciteten per månad för 33 diagnoser under hela året 2010. Bedömningen resulterade i ett behov av att köpa externa behandlingar.

Inför kommande år görs en produktionsplan, som baseras på prognoser, behov och utfall. Produktionsmålen för mottagningsbesök sätts utifrån vårdöverenskommelsen och för behandlingarna baseras målen dels utifrån en bedömning från antalet besök och dels utifrån en bedömning utifrån en historik. Behoven matchas mot kapaciteten, som är relaterad till budget. Svårigheten ligger i att på individnivå matcha kompetens mot behov. Dock är vårdöverenskommelsen inte klar förrän mot slutet av året.

Produktionsplanen skall månadsvis visa förväntningsnivån, vad som skall göras, vad som har gjorts och hur vi ligger till. Den skall öka tydligheten av vad som ligger i kö och vilka läkare som är tillgängliga. De verksamhetsmässiga sambanden hanteras i operationsplaneringsmöte var tredje vecka och det finns en daglig kontakt med operationskoordinatorerna. Samordning med vårdavdelningarna är svår eftersom 30 % är akutinläggningar. Det har hänt att operationer stoppats p g a belägningsproblem på avdelningen. Annan samordning är relativt enkel att hantera då sambanden mellan olika verksamheter är klara och sjukhuset är litet.

Det finns inget uppdrag för att utveckla produktionsplaneringen eller någon vision av hur produktionsplaneringen skall utvecklas på Kungälv's sjukhus. Utvecklingen sker i form av "att pröva sig fram" men drivs utifrån principer om en kontinuerlig planering, som löpande följs upp med utfall och revideringar.

Idéer finns att utveckla ett planeringsschema som sedan behov och kapaciteter kan lyftas in i. Det skapar en gemensam referensram som man kan förhålla sig till och ändra utifrån. Då vet man t ex när patienter skall kallas till första besök inför operation och man vet när och vilken operationssal det är utbildning i. Planeringen skall ingå i en struktur för hur planerna med olika horisonter hänger ihop. Produktionsplanen skall utvecklas så att den skapar en bättre förutsägbarhet och ger en ökad långsiktighet i arbetet. Eftersträvaransvärt är att få en jämn produktion och en styrning av kapaciteter och ledigheter.

Det finns ett behov av IT-stöd. Utan ett sådant stöd begränsas utvecklingen av produktionsplaneringen. Idag saknas resurser att planera och utan IT-stöd begränsas möjligheter till analyser.

Utvecklingen sker på kirurgi- och ortopedkliniken, men andra verksamheter är nyfikna och vill lära. Med utveckling av goda exempel som prövas på ett ställe kan lösningar anpassas och spridas till andra kliniker på sjukhuset.

Produktionsplanering på SÄS, med Ortopedkliniken som exempel.

Hösten 2009 lades 2010 års budget och verksamhetsplan fast och enligt den skall alla verksamheter på SÄS produktionsplanera. Det är ett riktat uppdrag till respektive verksamhetschef. Uppföljningen sker hösten 2010. Några började arbeta med frågan medan andra hade en produktionsplanering. Verksamheterna lade in olika tolkningar av begreppet och det fanns behov att få en gemensam syn på området.

Ett produktions- och kapacitetsplaneringsprojekt startades våren 2010. I etapp ett har begreppet produktions- och kapacitetsplanering definierats och man har gjort en kartläggning av verksamheternas produktionsplanering. I etapp 2 utvecklas en metod för att optimera kapaciteten utifrån behoven. Etapp två rapporteras mot slutet av året.

I kartläggning framkom att verksamheterna planerade på olika sätt och i olika omfattning. I regel görs årsplaner för produktionen och därefter är man nere i bemanningsplaneringen. Volymbedömning, produktionsplanering och kapacitetsplaneringen förekommer men i mindre utsträckning.

Planeringen är kopplad till enskild verksamhet, där mottagningar, operation och avdelningar planerar för sig. En samordnad planering inom verksamheten och över gränserna saknas. Poängen är att prognostisera och kontrollera inflödet av patienter som sedan blir styrande för resten av planeringsförloppet. Det innebär att t ex medelvårdtider är en viktig planeringsparameter.

Enligt verksamhetsplanen skall utvecklingen av produktionsplaneringen ske i flera moment som bland annat innefattar produktionsplaneringsmodell för opererande verksamheter samt "enkel" produktionsplanering för de verksamheter utan operationsverksamhet. Produktionsplaneringsmodellen för opererande verksamheter baseras på den plan som utvecklas på Ortopedkliniken.

I en dialog inom verksamheten har parametrar identifierats som skall ingå i en mall. Mallutvecklingen sker med successiva förfiningar och kompletteringar allteftersom frågor ställs och ett lärande sker. För en mottagning handlar parametrarna om:

- Prognoser för remisser, nybesök och återbesök
- Produktioner i form av nybesök, återbesök och akutbesök
- Utfall av antal beslutade besök av olika prioritet
- Utfall av antal genomförda nybesök av olika prioritet
- Utfall av antal genomförda återbesök

- Summa antal besök
- Köutveckling
- Antal återbesök på planeringslista, ej tidbokade
- Antal obokade tillgängliga besökstider
- Köutveckling nybesök
- Köutveckling återbesök
- Totalt antal patienter i kö utifrån olika prioritet

Förutom mallutveckling sker utvecklingsaktiviteter för att skapa planeringsnormer, som lägger grunden för produktionsplaneringen. Det handlar bl a om att tidsätta aktiviteter i SÄS processer och koppla dem till kompetens samt att mäta tiden för besök.

På ortopedkliniken har man sedan årsskiftet börjat göra produktionsplaner på ett års sikt som är nedbrutna per månad. Syftet är att kunna se flödet från remisser till utskrivning - att inte var och en planerar för sig. Det är med den utgångspunkten som planen byggs upp.

Produktionsplaneringen är ännu i sin linda. Vårdgarantin ger inga produktionssiffror utan dessa bygger på historik och remissinflöde, samt medicinska bedömningar med berörda processägare. Periodiseringen görs utifrån vilken månad det är, med lägre volymer i februari och under sommaren. Produktionsplanerna och bemanningsplaneringen möts, men det saknas verktyg för att få en bra matchning. Vid uppföljning analyseras differenser och förklaras med kommentarer. Här behövs ett bättre schemasystem för läkare.

I den befintliga planen läggs fokus på produktionsuppföljning och på planeringslistor med väntande patienter med olika prioritet. Planeringslistorna behövs per vecka.

"Man behöver "växa in i behovet" av vilka uppgifter man behöver se och planera för t ex behovet av ökad detaljeringsgrad". Uppgifter om ingrepp och medelvårdtider håller på att utvecklas för att tas med i planen. Det finns en historik av volymen remisser, öppenvård, produktion och operation. Senast är det fria vårdvalet och betalningsförbindelser inlagt. Det är en ny osäkerhet som skall hanteras.

På sikt skall planen brytas ned per vecka och för ytterligare nedbrytning till dagnivå avgör teamen.

Uppgifter hämtas från befintliga system och matas manuellt in i excelmallen. Uppdateringar görs månadsvis i Cognos vilket inte är tillfredsställande. Det finns en dialog med utdataenheten i ELVIS och eventuellt kommer också krav att ställas på verksamhetsuppföljningsdatabasen och väntetidsdatabasen på en daglig uppdatering av utdata. Det behövs ett planeringsverktyg, med simulerings- och optimeringsfunktioner. Vidare finns behov att kunna koppla planeringen till DRG poäng och ekonomi.

Produktionsplanering på Område 3 SU -ortopedi

Sjukhusets uppdrag finns i vårdöverenskommelsen som ligger till grund för prestationsbudgeten. Den ger ett volymmått för vad som skall produceras över året i form av antal läkarbesök, sjukvårdande behandlingar, DGR-poäng, vårdtillfällen etc. Vårdöverenskommelsen brukar vara klar i månadsskiftet september/oktober - dock ej i år. Den ger en fast årsvolym för produktionen, men som dåligt avspeglar det verkliga inflödet av patienter. Det fångas av remissinflödet, som ligger nu på 40 % över det avtalade uppdragets volym, vilket ger underlag till att omförhandla uppdraget.

För att klara vårdgarantin köps extern vård. Det innebär att en budgetavvikelse behöver godkännas för att klara vårdgarantin. De externa köpen görs utifrån medicinsk bedömning och utifrån vad externa leverantörerna har möjlighet att göra.

Det är den utskrivande enheten som fakturerar. För autonoma enheter överensstämmer fakturering och producerad volym relativt väl, men för verksamheter med starka beroenden till andra verksamheter blir kopplingen mellan vad verksamheten gör och dess ekonomi inte lika stark.

Utvecklingen av produktionsplaner har skett sedan 2006 och dess nuvarande form är två år gammal. Utvecklingsarbetet har skett inom verksamheten i dialog mellan ekonomi och verksamhetsföreträdare. Planen är uppbyggd efter organisatorisk enhet. Syftet är att se vilka behov som skall mötas och bygga verksamheten utifrån planen.

Den årliga produktionsplanen görs dels utifrån områdets prestationsbudget och dels områdets prognostiserade inflöde. Produktionsmålen för respektive verksamhet och team sätts en gång om året i samband med budgeten. Den årliga volymen diskuteras med An/Op/Iva och ansvarig chef. En bedömning görs om man klarar av planerad volym. Därefter bryter ansvarig chef inom respektive team ned volymen per vecka. Planeringen av mottagningar görs inom respektive verksamhet. Det brukar inte vara några stora ändringar mellan åren utan den bygger på tidigare års bemanningsplan.

Planering görs både översiktligt med ackumulerade uppgifter och i detalj per team och vecka. Planeringen av besök görs i olika moduler med fördefinierade tider. Besöken planeras och följs upp per team ackumulerat per vecka för förstabesök och återbesök samt även förstabesök hos annat team. Även andra besök följs upp såsom inskrivningsbesök, sjuksköterskebesök och gipsteknikerbesök. Remisser in och vidarebefordrade remisser följs upp. I den mer detaljerade planen för respektive team kan antalet besök följas upp per vecka och här följs även den köpta vården upp i förstagångsbesök och operationer, samt antal patienter som väntar över 90 dagar.

Planeringen av operation finns i en översikt som är nedbruten på teamnivå för elektiv och akuta produktion, samt i sluten och öppenvård. Innevarande år jämförs med föregående år, planerat och utfört, ackumulerat och totalt. Översiktsplanen är nedbruten och kompletterad med uppgifter om patienter. De handlar om VGR patienter och utomregionala patienter, köpt vård, inflöde av patienter, totalt antal väntande patienter och patienter som väntat mer än 90 dagar i den slutna respektive öppna vården. Planeringen görs utifrån moduler för olika operationer som läggs in över tid.

Uppföljningar sker på alla nivåer, team, enhet, verksamhet och områdesnivå. Verksamheten följer upp produktionsplanen var 14:nde dag tillsammans med An/Op/Iva. Det händer att justeringar görs per vecka.

Uppgifter hämtas från befintliga system och läggs in i en databas och till den finns analysverktyg. Den används av verksamhetschef och en satsning görs på att införa systemet för alla som är involverade efter årsskiftet. Analysverktyget möjliggör att kunskap utvecklas om produktionen, dess samband och trånga sektorer. Successivt trycks betydelsen av produktionsplaner ned i organisationen, vilket torde innebära att team som planerar schablonmässigt tvingas att förbättra sin planering. Det finns glädjeplaner och planer med stora avvikelser, men successivt sker en förbättring.

Det finns ett planeringsflöde med vårdgarantin som fokus. Den görs från prognoser av remissflöden och vårdöverenskommelse med prestationer och fasta volymer. Det finns ett annat planeringsflöde från den ekonomiska budgeten som styr kapaciteten och bemanningen. Det är två planeringsflöden som behöver matchas.

Inrapporteringen till HSA gjordes i maj med nuvarande produktionsplaner. De täckte de krav som ställdes på rapporteringen.

Produktionsplanen skall ge underlag för att skapa en ökad flexibilitet - att kunna göra omplaneringar utifrån förändrade remissflöden, omfördelningar mellan teamen och att hantera samspelet mellan elektiva flöden och beredskapen inom de akuta verksamheterna.

Det pågår ett logistikprojekt som täcker mottagningar och operation med fokus på att utveckla/anpassa ett verktyg för planering där det är möjligt att göra prognoser och simuleringar, vilket beräknas tas i bruk nästa år. Det är en del av det operationsoptimeringsprojekt, som logistikerna driver på SU. Man har utvecklat två modeller - en för funktionen och en processmodell som skall täcka in ett längre flöde med mottagningar.

Inför kommande år skall en jämn produktion eftersträvas och då är balansen mellan besök och operation viktig. Det blir operationsresurserna som kommer att bli styrande för antalet besök. Det pågår en översyn av remissflödet som på sikt skall leda till att det finns en styrning av remisserna så att dessa både riktas till rätt vårdnivå och är fullständiga. Idag är andelen av de vidarebefordrade remisserna för stor (ca 20%).

Poängen med produktionsplanering är att lära av historiken och öka medvetenheten. Det skapar förutsättningar för en bättre planering. Det lönar sig inte att köpa vård, eftersom det uppfattas att köpen görs till överpris. Ibland görs produktkalkyler och då framgår vad som är billigt respektive dyrt.