Sammanfattning av granskningarna - produktionsplanering och resursutnyttjande

Inledning

På uppdrag av revisorerna i Västra Götalandsregionen har två närliggande granskningar genomförts under hösten 2010. Granskningarnas syften är:

Produktionsplanering: Syftet är att ge revisionen underlag för att bedöma hur Åtgärd nr 22 i God Vårds handlingsprogram ”Att utarbeta produktionsplaner” har genomförts i förvaltningarna.

Resursutnyttjande: Syftet är att ge revisionen underlag för att bedöma ändamålsenligheten i sjukhusens sätt att bemanna vårdprocesserna och kapacitetsutnyttjande vad gäller medicinsk utrustning.

För att sätta resultaten i ett sammanhang har vi valt att redovisa sammanfattningarna för respektive projekt i detta dokument som dessutom innehåller gemensamma reflektioner kring resultaten.

Vad är en produktionsplan och vad är resursstyrning?

En produktionsplanering beskriver vad som skall produceras under en viss tid. Produktionsplanen bör utgå från befolkningens behov. Utifrån de existerande resurserna skapas genom arbetsfördelning, organisering och aktivitetsplanering kapacitet för att möta produktionsbehovet Resurserna består av kompetenser, utrustning, information och byggnader. Produktions- och kapacitetsplanen behöver samspela över tid för att inte verksamheten skall få obalanser mellan behov och kapacitet.

Planeringen kan ha olika tidshorisonter. För att fånga behoven inför ett år görs prognoser och bedömningar. Produktionsplanen bygger med andra ord på en matchning mellan behov och kapacitet. Resursstyrningen handlar om att styra resurserna så att största möjliga kapacitet skapas av resurserna på ett hållbart sätt, d v s att människor och maskiner inte överbelastas. Resurserna skall styras så att största möjliga kapacitet skapas oavsett resurser, behov och uppdrag. De två granskningarna som sammanfattas i detta dokument har belyst två sidor av samma mynt, produktionsplanering och resursstyrning.

Granskning1 - Handlingsprogrammets God Vårds åtgärd: ”Att utarbeta produktionsplaner”

I 2010 års budget poängteras tillgängligheten i regionens verksamheter som ett kärnvärde, förhållningssätt och varumärke. En strategisk inriktning är att alla patienter skall erbjudas vård inom de fastställda garantitiderna. Visionen är att sjukvården skall vara lättillgänglig och köfri. Det nu gällande vårdgarantierna är ett delmål mot vård utan köer. Åtgärden ”Att utarbeta produktionsplaner” har initierats med syfte att reducera köerna för att klara vårdgarantin. Den skall vara utförd under 2010 och följas upp av Utvecklingsrådet.

Revisionsfrågorna är:

1. Vilken styrning vidtar ägarsidan för att reducera bredden av möjliga tolkningar av åtgärden?
2. Överensstämmer förvaltningarnas utvecklingsplaner med Utvecklingsrådets förväntningar?
3. Hur kommuniceras åtgärden till sjukhusförvaltningarna och inom sjukhusförvaltningarna?
4. Har kraven på produktionsplanen identifierats för att syftet med produktionsplanen skall uppnås?
5. Hur ser produktionsplanen ut för olika sjukhusförvaltningar?
6. Hur beaktas sambanden mellan olika verksamheter i produktionsplanen?
7. Har förvaltningarna behandlat planeringsprocessen vid utformningen av produktionsplanen?
8. Vilka styreffekter har uppföljningen?

Material och intervjuer har inhämtats från HSA, Kungälvs sjukhus och då främst ortopedi, kirurgi, SÄS ortopedi och SU ortopedi Område 3.

Resultat

Produktionsplaneringen varierar inom respektive sjukhus. Inom ortopedi finns en produktionsplanering som håller på att utvecklas i dialog mellan ekonom/logistiker och verksamhetsföreträdare. Utvecklingen av produktionsplanerna på sjukhusförvaltningarna har sin egen historik. Åtgärd nr 22 ”Att utveckla produktionsplaner” i handlingsprogrammet God Vård har inte påverkat utvecklingen av förvaltningarnas produktionsplanering. Någon styrning från ägarsidan om vad åtgärd 22 innebär och vad som skall åstadkommas under 2010 har inte förekommit. Därmed saknas en förväntningsnivå om vad sjukhusförvaltningarna skall åstadkomma. (Fråga 1 och 2). Ett regiongemensamt projekt om att utveckla en produktionsplanering förbereds.

Handlingsprogrammet har kommunicerats via linjen. Det har inte funnits någon organiserad kommunikation där åtgärd nr 22 förklarats eller diskuterats t ex om hur de lokala arbetena och det gemensamma projektet skall förhålla sig till handlingsprogrammets åtgärd nr 22. (Fråga 3).

Sjukhusförvaltningarna har initierade utvecklingen av produktionsplaneringen innan handlingsprogrammet beslutades i regionstyrelsen och åtgärden ”att utarbeta produktionsplaner” har inte styrts upp av ägarsidan. Man kan då fråga sig vad poängen är att åtgärden finns med i handlingsprogrammet.

Utvecklingsrådet planerar att följa upp åtgärd 22 med en enkät till förvaltningarna. Det är dock oklart vad som skall vara klart 2010. En regiongemensam produktionsplaneringsmall skulle kunna bli klar 2010. Det var en utveckling som initierades våren 2010 - men den utvecklingen lades på is p g a det regiongemensamma produktionsplaneringsprojektet. Granskningen har inte kunnat identifiera någon styreffekt som en uppföljning förväntas ha på en utveckling. Förvaltningarna har inte någon uppfattning om vad som skall vara klart 2010. (Fråga 8)

De utvecklade planerna på de granskade förvaltningarna har ett års planeringshorisont. Det är en plan som görs en gång om året, men det finns planer att utveckla en rullande planering. Revideringar av planen tycks inte göras även om situationen påkallar. Det saknas en plan med en horisont på tre månader som är relaterad till vårdgarantins tidsgräns.

Planerna är organisatoriskt uppbyggda och fokuserar volym, produktion, inkommande remisser och antal patienter som väntar relaterade till vårdgarantitiderna. Sambanden i planen finns inom den egna organisationen mellan olika mottagningar, operation, akut och elektivt, sluten och öppenvård. Det finns försök att skapa planer som är baserade på vårdens processer. Planeringen sker utifrån kommande behov som fångas från historik, remisstrender och medicinska bedömningar. Vid köer tycks dock resurserna vara styrande för identifieringen av flaskhalsar. (Fråga 4, 5 och 6)

Det finns en planeringsdialog och en rapportering uppåt när planerna godkänns. Det saknas en planeringsprocess där planeringen ingår som en rutin ledningsarbetet med avstämningar mellan olika planer. Matchningen av

produktionsplan och kapacitetsplan varierar. Det är t ex inte tydligt vilka planer som skall finnas, när planeringen skall göras och den tidsmässiga ordningen mellan olika planer. Planeringsförutsättningarna som beskriver t ex hur lång tid ett besök tar eller hur många veckor den planerade verksamheten är igång på ett år, bearbetas i delar. (Fråga 7)

Uppföljningar görs med möten varannan vecka eller månadsvis. Det ger en uppmärksamhet men 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 exempel på plan/utfall är dock bilden att inga snabba korrigerande åtgärder tycks vidtas utan agerandet påverkas först vid stora avvikelser.

Granskning 2 – Granskning av resursutnyttjande – personal och utrustning

Syftet är att ge revisionen underlag för att bedöma ändamålsenligheten i sjukhusens sätt att bemanna vårdprocesserna och kapacitetsutnyttjande vad gäller medicinsk utrustning. Granskningsobjekt på operativ nivå framgår av nedanstående tabell:

Personella resurser	
Ortopedkliniker	NU-sjukvården, Frölunda specialistsjukhus och SkaS
Kirurgkliniker	SU, SÄS och NU-sjukvården
Utrustning	
Strålningsutrustning	SU och SÄS
Datortomografer CT	Frölunda specialistsjukhus och SkaS

Granskningen genomfördes via intervjuer med lednings- och planeringsansvariga vid de granskade enheterna samt intervjuer med sjukhusledningar och ordföranden i sjukhusens styrelser. De aktuella sjukhusen är:

- Sahlgrenska sjukhuset
- Södra Älvsborgs sjukhus
- NU-sjukvården
- Frölunda specialistsjukhus
- Skaraborgs sjukhus

Verksamheterna har granskats och bedömts utifrån följande kriterier som är utvecklade utifrån etablerad kunskap om modern vårdlogistik.

Personella resurser	**Utrustning**
Aktuell kunskap om bemanningsbehovet	Optimerad tidbokning
Medvetet vald planeringshorisont vid schemaläggningen	Utnyttja dagen och veckan
Synkronisering av yrkesgrupper	Underhåll på tider som inte stjäl kapacitet
Flexibilitet	Korta ställtider
Standardisering	Optimal bemanningstäthet
Effektiv schemaläggningsadministration	Få strykningar
	Mål för kapacitetsutnyttjande

Övriga revisionskriterier är:

- Kommunallagens krav på god ekonomisk hushållning (ex 6:7)
- SOSFS 2005:12 och vägledningen god vård
- Västra Götalandsregionens budget för 2010

Resultat

Operativ nivå - personal

Den sammanfattande bedömningen är att samtliga enheter har ett flertal steg att ta innan styrningen och planeringen av personal kan sägas vara framstående ur ett kapacitetsstyrningsperspektiv. I flera av de kriterier som vi har analyserat skulle planeringen kunna förbättras för att säkerställa ett optimalt utnyttjande av resurserna. Ovanstående beskrivning visar att betydande förbättringar kan åstadkommas när det gäller:

- Att planera bemanningen utifrån en aktuell bild av behovet. Läkarnas stomschema är visserligen en mall för vilka funktioner som behöver bemannas med i övrigt så kan bemanning och framför allt schemaläggningen planeras utifrån en aktiv matchning av behov och kapacitet.
- Att välja planeringshorisonter som optimerar möjligheterna att anpassa kapaciteten efter behovet.
- Att synkronisera planeringen av olika yrkesgrupper.
- Att öka flexibiliteten vid bemanningen. De samordnade mottagningarna/avdelningarna inom NU-sjukvården utgör ett gott exempel.
- Att lägga behovsorienterade scheman med mindre resurser av sjukvårdsutbildad personal. Tvättstugescheman dominerar exempelvis som metod för omvårdnadspersonal och den metoden kräver arbetstid från personalen. Med något undantag läggs läkarschemat av läkare

Regionen har i sin budget för 2010 betonat vikten av att personal schemaläggs samordnat, att schemaläggningen bör ske mer långsiktigt och att produktionsbehovet ska vara utgångspunkten. Granskningen visar att vissa steg har tagits mot detta mål. Framför allt har arbetet med att standardisera bemanning av omvårdnadspersonal utvecklats och blivit mer behovsstyrt. Av punktlistan ovan framgår att det finns mer att göra när det gäller synkronisering och planeringshorisonter.

Operativ nivå – utrustning

När det gäller utrustning är den sammanfattande bedömningen att samtliga granskade enheter även här har ett flertal steg att ta innan styrningen och planeringen kan sägas vara framstående ur ett vårdlogistikperspektiv. I flera av de kriterier som vi har analyserat skulle planeringen kunna förbättras för att säkerställa ett optimalt utnyttjande av resurserna. Ovanstående beskrivning visar att betydande förbättringar kan åstadkommas när det gäller:

- Att göra faktabaserade val av tidbokningsprinciper för att på så sätt förbättra utnyttjandet (Gäller CT-verksamheten) Exempelvis har inte drop-in på allvar övervägts.
- Att ur ett kapacitetsperspektiv avväga hur stor del av dagen och veckan som ska utnyttjas. Tillämpade öppettider bygger på oklara grunder eller tradition. Det finns exempel på utrustningar inom andra landsting som utnyttjar större del av dagen. Regionens målvärde på 16 timmat/dygn har inte funnits vara någon utgångspunkt för planeringen.
- Att i större utsträckning förlägga underhållet utanför produktionstid. Idag stjäl underhållet mellan 4 och 5 % av produktionstiden för strålningsutrustningen. CT-verksamheten vid Skas har däremot lyckats förlägga visst underhåll till icke produktionstid.
- Att systematiskt följa och försöka minska strukna tider och differensen mellan bokad och använd tid.

- Att systematiskt följa och kalibrera planerad tid för exempelvis strålbehandlingarna. Vid andra strålningsavdelningar i landet är enligt våra erfarenheter tidsdifferenser på 15 – 25 % förekommande vilket i slutänden kan påverka den totala kapaciteten på ett betydande sätt..
- Att ta fram och använda målvärden för kapacitetsutnyttjandet oavsett väntetider och beställning.

Ovanstående är det som framträder tydligast i analysen av hur de olika enheterna styr kapacitetsplaneringen. Vi vill framhålla betydelsen av ovanstående faktorer som var för sig kan uppfattas som marginella. Ett grundaxiom inom modern logistik är att små förändringar i stora volymer kan leda till väsentliga förbättringar och möjligheter att skapa balans mellan efterfrågan och kapacitet. I dessa sammanhang rör det sig om mellan på 4000 - 8000 undersökningar/behandlingar per år för en apparat. En ökning av kapaciteten med en procent kan därmed få dramatiska konsekvenser för patienter, tillgänglighet och ekonomi.

Sjukhusledningar och styrelser

Det är tydligt att i den mån som det finns uppmärksamhet på resursutnyttjandet på sjukhusens lednings- och styrelsenivå så rör det utnyttjandet av personal. När det gäller utnyttjandet av utrustning så är det ingen fråga som varken styrelserna eller sjukhusledningarna styr eller följer upp systematiskt. Sjukhusstyrelserna har i en mycket begränsad utsträckning tagit fasta på intentionen i regionens budget om att dyr utrustning ska utnyttjas stor del av dygnet med ett riktvärde på 16 timmar.

Riktvärdet på 16 timmar bedöms ha ett tveksamt värde. Naturligtvis är det i sig bra om en dyr apparat med stora fasta kostnader stor tom så lite som möjligt. Ur ett resurs- och logistikperspektiv är emellertid utnyttjandegraden en dimension bland flera. Ledtiden i den process, där exempelvis en röntgenapparat utgör en del, kan vara det väsentliga i ett totalekonomiskt perspektiv och därför ibland mer viktigt än utnyttjandet vid en maskin. Antalet önskvärda utbudspunkter, kostnader för arbetskraft, underhåll och patientens preferenser kan vara andra parametrar som måste vägas tillsammans med kapacitetsutnyttjandet vid en specifik utrustning.

När det gäller utnyttjandet av personalresurser är bedömningen att det vid SU, Skas, NU-sjukvården och SÄS är en fråga som har fått tyngd de senare åren. Strategierna för planering och utnyttjande av omvårdnadspersonal är välutvecklade och vår bedömning är att dessa sjukhus i flera avseenden har öppnat upp för att ifrågasätta traditioner och utgå från kapacitets- och flexibilitetsbehovet. Personal som rör sig mellan kliniker, mellan mottagningar och avdelningar kan lösa upp många planeringsproblem och förbättra resursutnyttjandet. På den punkten har vi också i granskningen sett ett genomslag på operativ nivå, framför allt inom NU-sjukvården, SU och Skas.

Ett systematiskt utvecklingsarbete för att utveckla resursstyrningen av läkare saknas men vi noterar att SU har inlett ett arbete med att ta ett helhetsgrepp för läkarbemanningen.

I andra avseenden återstår arbete för att även på operativ nivå motsvara de intentioner och målsättningar som formuleras av sjukhusens ledningar.

Reflexioner utifrån båda granskningarna

Glapp i utvecklingen mellan regionnivå, sjukhusnivå och operativ nivå.

Vi ser ett glapp mellan de organisatoriska nivåerna på två sätt. Å ena sidan sker utveckling på lokal nivå utifrån lokala initiativ. Det innebär att alla startar från noll och det sker många parallella utvecklingar. Konsekvensen är att det uppstår variationer inom sjukhusförvaltningarna och mellan sjukhus och region. En annan konsekvens är att mycket parallellt utvecklingsarbete görs i onödan.

Å andra sidan framgår det att utvecklingsambitionerna vad avser exempelvis utnyttjandet av personal är ganska tydliga vid flera sjukhusledningar men att dessa strategier och planer inte tar form på operativ nivå.

Det gäller att ledningen på högre nivåer är konsekventa och uthålliga i sina långsiktiga strategier och att rimliga krav på handling ställs till lägre operativa nivåer samt att den formar riktlinjer för vad som skall vara gemensamt och en bas för lokala utvecklingsarbeten (gäller produktionsplaner).

Regionens måltal för kapacitetsutnyttjandet av dyr utrustning ger ingen effekt

Vi ifrågasätter lämpligheten i att exempelvis regionnivån formulerar exakta målvärden för verksamheten. Den riktlinje som i budgeten formulerats om att dyrare utrustning bör utnyttjas 16 timmar per dygn har inte fått något genomslag vare sig på sjukhusnivå eller på operativ nivå. Kapacitetsutnyttjandet och planeringen för CT och strålningsutrustning har inte på minsta sätt påverkats av detta riktvärde. Vi anser inte heller att det är konstigt eftersom det finns många andra lika viktiga parametrar att förhålla sig till ur både patient- och ekonomisynpunkt.

Istället rekommenderar vi ledningsnivåerna att på ett ställa krav på ett säkerställande av optimalt kapacitetsutnyttjande och därefter följa upp det. Valet av metoder på vilket sätt detta sker bör ligga på verksamheten men ska kunna redovisas uppåt om frågan ställs. Granskningen om resursstyrning visar att verksamheten har steg att ta innan detta är verkställt.

Produktionsplaneringen används för att styra andra

I granskningen av resursstyrningen finns många förbättringspotentialer som kan öka kapaciteten i sjukhusens verksamhet. För att klara vårdgarantin finns åtgärder som styr inflödet av patienter - att rätt patienter kommer, att de är tillräckligt utredda och att de verkligen kommer. Sjukhusen stramar alltså åt selektionen för att öka tillgängligheten för de patienter som passar verksamheten, kritiserar vårdcentraler som skickar outredda patienter etc. Produktionsplanen blir i detta sammanhang - för att klara vårdgarantin - ett sätt att styra andra. Önskvärt vore att styra hela processen och utveckla alla instanser.

Vid produktionsplanering blir alla principer relaterade till varandra

Produktionsplaneringen är ett verktyg för att klara vårdgarantin. Men när verksamheten produktionsplaneras kommer vårdgarantin i konflikt med budgetramen, som sätter gränser för resurserna och med behovsprincipen, som säger att sjukast skall ha vård först. Tillämpas t ex behovsprincipen riskerar en grupp att aldrig få vård och tillämpas vårdgarantin plockas mindre sjuka in tidigare för att inte trilla över gränsen, vilket torde ske idag.

Principer och lagar som i andra sammanhang behandlas var för sig blir relaterade till varandra i en produktionsplanering. Personalen som produktionsplanerar hamnar i dilemman, vilket försvårar arbetet, snarare än att principerna och lagarna skall ge vägledning och underlätta arbetet. Därför behövs riktlinjer för att hantera dessa dilemman.

Vårdgarantin är en tveksam utgångspunkt för produktionsplanering och resursstyrning

Båda granskningar visar att vårdgarantins 90-dagars gräns alltjämt har ett mycket stort inflytande på både ledningsnivå och på operativ nivå. Exempelvis är det nästan alltid så att de tillfällen då mottagningsbehovet finns med som ett tydligt ingångsvärde i läkarschemaläggningen så är det när patienter riskerar att överträda 90-dagarsgränsen.

Vi vill därför upprepa den kritik som framförts i flera tidigare revisionsrapporter och som pekar på det olämpliga att använda vårdgarantin som utgångspunkt i produktions- och kapacitetsplaneringen. Fortsätter sjukvården att planera verksamheten utifrån tremånaders väntetid kommer verksamheten aldrig kunna dra nytta av de administrativa och andra vinster som uppstår när ett system arbetar för balans mellan behov och kapacitet. Patientens rätta ledtid bör vara utgångspunkten och det är nästan aldrig tre månader (eller sex som det kan bli till behandling plus tid för exempelvis radiologi). Vårdgarantin är en lagstadgad garanti för patienten - inte ett planeringsmål för verksamheten.

Göteborg 2010-12-06

Jonas Leffler
EDB-Consulting group

Anders Hellqvist
Ernst & Young