



GÖTEBORGS UNIVERSITET
HANDELSHÖGSKOLAN

Huvudplanering på Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Utformning av prestationsmått för framtida utvärdering

**KANDIDATUPPSATS
I LOGISTIK**

FEG31L
Vårterminen 2012, 15 hp

Handledare
Peter Rosén

Författare
Madelene Andersson 880301
Emma Hulander 890405

SAMMANFATTNING

Titel	<i>Huvudplanering på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, utformning av prestationsmått för framtida utvärdering</i>
Författare	<i>Madelene Andersson och Emma Hulander</i>
Handledare	<i>Peter Rosén</i>
Bakgrund	<i>Den första juli 2010 blev vårdgarantin lagstadgad i Sverige. För att hantera långa väntetider införs nya metoder för att effektivt styra, planera och utvärdera sjukvårdsverksamheter. Ansvaret för att utarbeta nya metoder för produktionsplaner tillfaller sjukhusen.</i>
Problemdiskussion	<i>Väntetider finns inbyggt i sjukvårdssystemet på grund av ekonomiska begränsningar och fokus bör ligga på att hantera dem. För att hantera dem visar forskning på vikten av att matcha utbud och efterfrågan, inom svensk sjukvård har olika verktyg införts för att förbättra matchningen. Sahlgrenska Universitetssjukhuset har utvecklat en egen modell med målsättning om strukturell förändring för styrning mot efterfrågan. En anpassning till sjukvården har skett men det återstår fortfarande frågor kring huruvida metoden ger önskade resultat.</i>
Syfte	<i>Syftet med uppsatsen är att utforma ett lämpligt prestationsmätningssystem som möjliggör utvärdering av effekten som införandet av huvudplanering har haft på Sahlgrenska Universitetssjukhuset med hänsyn till den förväntade nyttan.</i>
Empirisk metod	<i>Uppsatsens fokus är fäst vid en organisation och betraktas som en fallstudie vilket innebär att resultaten inte är generaliserbara. För att uppnå en god helhetsbild av organisationen samlades empirisk data in via samtalsintervjuer och dokumentanalys. Verksamhetsområden valdes utifrån ett systematiskt urval och intervjuer sammanställdes i tre olika fallbeskrivningar. En intervju genomfördes även med en representant för logistikgruppen som sammanställdes i en beskrivning av huvudplaneringens funktion och dess implementering.</i>
Analys	<i>Huvudplaneringen har en tydlig förankring i teoretiska metoder och baseras på teorier kring kapacitetsplanering. Metoden faller under det som Sveriges Kommuner och Landsting benämner ”matcha kapacitet och efterfrågan”. Huvudplanering skapar en medvetenhet kring vad som ska göras, hur mycket som ska göras och när det ska göras. Under intervjuer har det framkommit att huvudplanering skapat en förståelse för variationer i efterfrågan och hur resurser bäst bör användas för att matcha dessa variationer.</i>
Slutsats	<i>Analysen har lett oss fram till utformningen av ett prestationsmätningssystem för icke-finansiella prestationsmått och har sin utgångspunkt i strategin. Systemet kombinerar tre prestationsmått för att utvärdera effekten av huvudplanering. Dessa prestationsmått är effektivitet, kapacitetsutnyttjande och medarbetartillfredsställelse.</i>
Förslag till fortsatt forskning	<i>Vårt förslag till utvidgning av denna uppsats är att fortsätta följa införandet av huvudplanering på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och genomföra en utvärdering enligt föreslaget prestationsmätningssystem.</i>
Nyckelord	<i>Kapacitetsplanering, prestationsmått, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, huvudplanering, sjukvård</i>

TACK

Vi vill tacka alla respondenter på Sahlgrenska Universitetssjukhuset som tagit sig tiden att ställa upp på intervjuer och svarat på våra frågor. Utan dem hade uppsatsen inte varit möjlig att genomföra. Ett särskilt tack vill vi rikta till Anna-Lena Alvekrans vid logistikgruppen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset som varit mycket hjälpsam och engagerad under arbetets gång.

Vidare vill vi tacka vår handledare Peter Rosén som stöttat oss under arbetet och kommit med viktiga synpunkter och råd.

Göteborg, 2012-05-31

Madelene Andersson

Emma Hulander

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	
TACK	
1. INLEDNING	1
1.1 Introduktion	1
1.2 Bakgrund	1
1.3 Problemdiskussion och frågeställningar	2
1.4 Syfte	4
2. TEORI	5
2.1 Teoretisk referensram	5
2.2 Kapacitetsplanering	5
2.2.1 Kapacitetsplanering inom tjänstesektorn	6
2.2.2 Kapacitetsplanering inom sjukvården	7
2.3 Prestationsmätning och prestationsmätningssystem	8
2.3.1 Icke-finansiella prestationsmått	9
2.3.2 Prestationsmätning i tjänstesektorn	9
2.3.3 Prestationsmätning i sjukvården	10
2.4 Teori i relation till praktiska frågeställningar	12
3. EMPIRISK METOD	13
3.1 Angreppsätt	13
3.1.1 Typ av studie och generaliserbarhet	14
3.2 Val av verksamhetsområde och intervjupersoner	14
3.2.1 Val av respondenter	15
3.3 Datainsamlingsteknik	15
3.3.1 Dokumentanalys	15
3.3.2 Samtalsintervjuer	15
3.4 Validitet och reliabilitet	17
4. Sahlgrenska universitetssjukhuset och implementering av huvudplanering	18
4.1 Studieobjekt	18
4.2 Huvudplanering	20
4.2.1 Huvudplaneringsprocess	20
4.2.2 Implementeringsprocessen	23
5. EMPIRI	26

5.1 Fallbeskrivningar	26
5.1.1 Verksamhetsområde X.....	26
5.1.2 Verksamhetsområde Y	28
5.1.3 Verksamhetsområde Z	30
6. ANALYS.....	33
6.1 Hur används huvudplanering i praktiken och vilken nytta förväntas uppkomma jämfört med tidigare sätt att arbeta med planering?	33
6.2 Vilka specifika prestationsmått, interna och externa, bör användas för att isolera vilken effekt införandet av huvudplanering har?.....	34
7. SLUTSATS	37
7.1 Om slutsatsen.....	37
7.2 Prestationsmätningssystem	37
7.3 Förslag till fortsatt forskning	38
EFTERORD	39
REFERENSLISTA.....	40
Litterära källor	40
Elektroniska källor.....	41
INTERVJUER.....	42
BILAGA 1: Intervjufrågor	

1. INLEDNING

I detta avsnitt behandlas först hur vi introducerades till ämnet vi utformat vår uppsats kring tätt följt av en tydlig bakgrundsbeskrivning. Sedan diskuteras och avgränsas vårt problem som leder fram till specificerade problemformuleringar. Därefter behandlas syftet med uppsatsen. Detta kapitel är ämnat att ge god förståelse kring ämnet och det problem vi identifierat för att läsaren med enkelhet ska ta sig igenom uppsatsen.

1.1 Introduktion

Inför detta uppsatsarbete var vi relativt tidigt inställda på att skriva om tillämpning av logistiska teorier inom sjukvården. Under hösten 2011 blev vi introducerade till ämnet och fick veta att en logistikgrupp på Sahlgrenska Universitetssjukhuset bedriver arbete inom området. En representant från gruppen höll en föreläsning på Handelshögskolan vid ett tillfälle under våren 2012 om bland annat huvudplanering som ett nytt sätt att arbeta inom sjukvården. Föreläsningen fick oss att inse ämnets aktualitet och fångade vårt intresse. Informationssökning påbörjades där vi insåg att det fanns mycket potential till uppsatsämnen då arbetet med just huvudplaneringen är nytt inom sjukvården. Vi ville till en början utvärdera huvudplaneringen och implementeringen av den, men insåg att det var för tidigt att göra det då arbetet inte bedrivits tillräckligt länge. Efter denna insikt bytte vi inriktning något, men höll oss till huvudplaneringen och hur den gått till inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

1.2 Bakgrund

Den första juli 2010 blev vårdgarantin lagstadgad i Sverige. Den innebär mer specifikt att patienter har rätt att få kontakt med primärvården samma dag som de söker hjälp. Om primärvården sedan bedömer att patienten behöver träffa en läkare ska detta ske inom högst sju dagar och ett besök inom specialistvården ska sedan äga rum inom 90 dagar. Slutligen säger även vårdgarantin att behandling ska påbörjas inom 90 dagar efter att beslut om den tagits (Sveriges Kommuner och Landsting, 2012).

Vårdgarantins syfte är att skapa tillgänglighet och förkorta köer i svensk sjukvård (Sveriges Kommuner och Landsting, 2012). Vårdköer uppstår då utbudet inte motsvarar efterfrågan vilket kan bero på otillräcklig kapacitet alternativt att verksamheten är ineffektiv och inte kan anpassa sig till behovet. Enligt Vissers et al (2001) kan väntetider uppkomma även om utbud och efterfrågan är i balans på grund av variationer i systemet. De menar också att vissa väntetider är nödvändiga för att underlätta planering och fördelning av resurser. Vårdgarantins tidsgränser kan liknas vid dessa nödvändiga väntetider. I en ideal situation skulle inga väntetider existera men på grund av begränsade resurstillgångar tvingas sjukvården tillåta viss väntetid. I och med vårdgarantin finns numera en maxgräns som begränsar väntetidens längd.

Långa vårdköer bör undvikas inom sjukvården då de ger upphov till många problem, bland annat ökat lidande, ökade kostnader och en försämrad arbetsmiljö. Historiskt sett har tillförsel av nya resurser till sjukvården varit strategin för att möta vårdbehovet och minska vårdköerna. Resurser som exempelvis nyanställningar och inköp av utrustning kostar dock mycket pengar och för att minska väntetiderna måste andra arbetssätt utvecklas som skapar mer vård inom givna budgetramar (Symreng, 2009).

I Sahlgrenska Universitetssjukhusets årsredovisning för 2011 beskrivs ett projekt rörande läkarbemanning på sjukhusets akutmottagningar. Projektet hade sitt ursprung i ett politiskt löfte om att akutpatienter skulle möta en läkare inom 60 minuter och syftade till att undersöka vilken bemanning som då skulle krävas givet att allt annat är oförändrat. Resultatet visade att ytterligare 41 läkare skulle behöva anställas för att uppnå målet, men att en ökad bemanning även skulle leda till överkapacitet eftersom patientinflödet visade stora variationer. Projektet visar tydligt hur tillförsel av nya resurser till sjukvården genererar kortare vårdköer men till en mycket hög kostnad. Detta kan antas gälla för hela sjukvården och inte endast akutmottagningar, även om det är där väntetider uppmärksammas mest.

I framtiden förväntas vårdbehovet öka allt mer i och med en åldrande befolkning. Detta faktum kopplat till att vårbudgeten sannolikt kommer att ligga kvar på samma nivåer leder till att sjukvården tvingas införa nya metoder för att effektivt styra, planera och utvärdera verksamheter. Det innebär en tillämpning av teoretiskt vedertagna modeller för att lösa vad som ursprungligen är ett praktiskt problem. Genom att använda teoretiska modeller ges de metoder som nyttjas legitimitet inom sjukvården. Det har gjort vårdlogistik till ett ämne som sjukvården idag visar stort intresse för. Ur ett samhällsligt perspektiv är vårdlogistik betydelsefullt då det syftar till att genom förändrade synsätt erbjuda medborgarna en bättre fungerande vård. Det är även relevant ur ett vetenskapligt perspektiv eftersom de teoretiska modellerna kan testas och utvärderas inom sjukvården. Detta möjliggör att verksamheten kan finna den mest lämpade modellen och med hjälp av denna sedan förhoppningsvis nå bästa möjliga utfall för verksamheten.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset arbetar på uppdrag från Västra Götalandsregionen som har satt upp sex kvalitetsmål som bygger på föreskrifter från Socialstyrelsen (se Förordning (2010:349) om vårdgarantin). Dessa ska följas i det arbete som utförs och sammanfattas i skriften "Handlingsplan för God vård" och beskrivs som följer; "*De övergripande kvalitetsmålen för regionens hälso- och sjukvård är enligt regionstyrelsens beslut i april 2007 att vården ska vara säker, patientfokuserad, kunskapsbaserad, jämlik, ges i rimlig tid och vara effektiv.*" Utifrån kvalitetsmålen ställs krav på vårdgivare och den vård som erbjuds i Västra Götaland och därmed på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Handlingsplanen tar upp ett antal åtgärdsplaner varav en behandlar produktionsplaner. Ansvaret för att utarbeta produktionsplaner tillfaller sjukhusförvaltningarna och syftet med dessa är att uppnå fastställda vårdgarantier. (Västra Götalandsregionen 2010)

1.3 Problemdiskussion och frågeställningar

Ett relativt nytt synsätt har växt fram inom sjukvården som berör arbete kring intern planering som ett resultat av att vårdbehovet förväntas öka i snabbare takt än den tilldelade budgeten. Det innebär att sjukvården behöver arbeta med nya metoder som resulterar i förändringar och leder till ett effektivare utnyttjande av befintliga resurser.

Ett stort fokus inom sjukvården är väntetider och det arbetas ständigt med försök att förkorta dessa. Vissers et al (2001) menar att väntetider är något som finns inbyggt i sjukvårdssystemet på grund av ekonomiska begränsningar och att fokus inte bör ligga på att eliminera dem utan istället på att hantera dem. De menar att beslutsfattande på olika nivåer påverkar väntetider

och påpekar vikten av att utveckla verktyg som på ett tillförlitligt sätt prognostiserar efterfrågan. För att tilldela tillräckliga resurser med hjälp av teoretiskt vedertagna modeller som exempelvis kapacitetsplanering krävs bedömning av framtida efterfrågan.

Forskning kring efterfrågestyrning och kapacitetsplanering inom sjukvården under de senaste 20 åren visar att flera utmaningar uppstår då modeller överförs och tillämpas inom sjukvården (Jack & Powers, 2009). Metoder för efterfrågestyrning och kapacitetsplanering har använts inom tjänstesektorn under lång tid för att möjliggöra hantering av varierande efterfrågan med tillgänglig kapacitet. Sjukvården skiljer sig däremot på många sätt från traditionella tjänsteföretag. Sjukvårdsorganisationer kan inte ta ett högre pris när efterfrågan ökar som kompensation för ökade kostnader vilket många traditionella tjänsteföretag kan. Oförmåga att bemöta varierande efterfrågan får dessutom allvarigare konsekvenser inom sjukvården då det drabbar sjuka och utsatta människor. Det betyder att det krävs metoder som möjliggör konstant hög tillgänglighet även vid varierande efterfrågenivåer. Forskning inom området har främst fokuserat på hur metoder bör anpassas för att fungera inom sjukvården, och efterfrågestyrning samt kapacitetsplanering har visat sig vara av yttersta vikt för förbättrad tillgänglighet (Jack & Powers 2009).

Tidigare forskning visar också vikten av att matcha utbud och efterfrågan utifrån ett helhetsperspektiv på samtliga beslutsnivåer i sjukvården samt att på ett tillförlitligt sätt mäta effekten av åtgärdsprogram som införs. Inom svensk sjukvård har olika verktyg införts för att förbättra matchningen, dessa verktyg inkluderar metoder för förbättrad tillgänglighet och Lean Production (Arvidsson 2007). Efter att anpassning till sjukvården har skett krävs även teoretiska modeller för utvärdering av planeringsmetoder.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har utvecklat en egen metod med en långsiktig målsättning om strukturell förändring för styrning mot efterfrågan. Metoden som används heter huvudplanering och har blivit en regional process som tillämpas inom hela Västra Götalandsregionen. Huvudplanering har utvecklats med stöd av vetenskaplig forskning och kända tillämpningar inom näringslivet. En anpassning till sjukvården har skett men det återstår fortfarande frågor kring huruvida metoden ger önskade resultat, hur väl den fungerar i verksamheten samt hur den påverkar verksamheten och de anställda. Sahlgrenska Universitetssjukhuset utvärderar i dagsläget sin verksamhet med hjälp av balanserade styrkort. I detta behandlas huvudplanering under det såkallade processperspektivet med ett antal styr- och måltal. Vi ställer oss dock frågan är om dessa styr- och måltal är användbara för utvärdering av huvudplaneringen. För att undersöka detta har vi utformat frågeställningar som följer nedan.

1. Hur används huvudplanering i praktiken och vilken nytta förväntas uppkomma jämfört med tidigare sätt att arbeta med planering?
2. Vilka specifika prestationsmått, interna och externa, bör användas för att isolera vilken effekt införandet av huvudplanering har?

1.4 Syfte

Syftet med uppsatsen är att utforma ett lämpligt prestationsmätningssystem som möjliggör utvärdering av effekten som införandet av huvudplanering har haft på Sahlgrenska Universitetssjukhuset med hänsyn till den förväntade nyttan.

2. TEORI

I detta kapitel ges en ingående och tydlig bild av teorin som är relevant för vårt område. Avsnittet inleds med en beskrivning av vår teoretiska referensram för att ge läsaren inblick i det material vi studerat för att utforma teorikapitlet. Vi beskriver sedan kapacitetsplanering ur tre perspektiv: det allmänna, för tjänstesektorn samt för sjukvården. Utifrån samma perspektiv beskrivs sedan prestationsmätning. Det avslutande avsnittet i kapitlet behandlar hur teorin i fortsättningen kommer att relateras till våra frågeställningar. Kapitlet syftar till att ytterligare bredda och fördjupa läsarens förståelse kring ämnet och vilka teoretiska aspekter som hör det till. Detta för att förenkla fortsatt läsande.

2.1 Teoretisk referensram

Vår teoretiska referensram utgjordes av textdokument i form vetenskapliga artiklar, teoretisk litteratur samt publikationer från relevanta organisationer. Dessa har gett oss kännedom inom ämnet och fördjupat våra förkunskaper. Den teoretiska litteraturen användes för att beskriva ämnena prestationsmätning och kapacitetsplanering på en allmän nivå och placera dem i ett sammanhang. De vetenskapliga artiklarna användes sedan för att behandla ämnena mer ingående inom tjänstesektorn och sjukvården. Artiklarna är publicerade i internationellt erkända tidskrifter och i möjligaste mån användes artiklar som nyligen utgivits. I de fall äldre artiklar har förekommit som källor har det berott på att de fortfarande ansetts vara aktuella och betydelsefulla inom ämnet. Textdokument från organisationer med inflytande i sjukvården användes som källor då dessa i många fall utgör styrdokument som verksamheterna måste förhålla sig till.

Vid valet av teorin utgick vi från de avgränsningar som gjordes i problemdiskussionen. Där tog vi upp balanserade styrkort som en metod för utvärdering av verksamheten. Balanserade styrkort är en serie mått som ger den högsta ledningen snabb och lättförståelig överblick över verksamheten. Det balanserade styrkortet innehåller finansiella mått och operativa mått. De finansiella måtten visar resultatet av redan vidtagna åtgärder och de operativa måtten rör kundnöjdhet, interna processer samt förbättrings- och innovationsaktiviteter (Kaplan & Norton 1992). Eftersom huvudplanering behandlas under det interna processperspektivet i det balanserade styrkortet valde vi att studera teori kring kapacitetsplanering. Vi har därmed inte berört teori som avser de andra perspektiven. För mer information kring balanserade styrkort hänvisas läsaren till Kaplan & Norton 1992.

2.2 Kapacitetsplanering

Kapacitetsplanering går ut på att effektivt styra och planera en verksamhet genom att balansera utbud och efterfrågan. För att uppnå en god kapacitetsplanering och lyckas med balansen krävs det att alla delar inom verksamheten är involverade och tas hänsyn till i ett processtänkande. Verksamheten behöver ta hänsyn till de resurser som redan finns samt de som behövs för att prestera enligt uppsatta mål (Lantz 2012, s. 181). Dessa resurser ska tillföras rätt situationer vid den tidpunkt de behövs och till en given kostnad. Strävan efter balanserade resurser är av stor vikt eftersom för mycket resurser likväl som för få ger upphov till kostnader. Kapacitetsplanering gör det lättare att undvika över- och underkapacitet genom framförhållning och förståelse för efterfrågan och kapacitet.

Kapacitetsplanering inleds med att fastställa de behov som finns för att sedan kunna analysera, dokumentera och prioritera i strävan att tillgodose dessa. För vardera behov krävs grundlig information kring vad som krävs för att uppfylla det samt vilka problem som är kopplade till det specifika behovet (Savvides 2004).

Vid beaktande av kapacitetsplanering ställs beslutsfattarna inför olika valmöjligheter för att på bästa sätt tackla de behov som identifierats och möjligheterna är; ökning/minskning av kapacitet, omfördelning av kapacitet, ökning/minskning i kapacitetsbehov samt omfördelning av kapacitetsbehov. Vad som beslutas påverkas bland annat av säkerheten i den prognostiserade efterfrågan samt de strategiska målen för verksamheten.

Tillförlitliga prognoser blir således en viktig faktor i kapacitetsplaneringen för att kunna matcha utbud och efterfrågan. Prognoser kan delas in i två huvudgrupper; kvantitativa och kvalitativa. Kvantitativa prognosmetoder använder historisk data för att förutspå framtiden och därmed förutsätts det att framtiden är en funktion av tidigare händelser. Tidsserieanalyser är en form av kvantitativ prognosmetod tillsammans med kausala modeller som bygger på ett orsak/verkansamband och innehåller variabler som kan påverka den prognostiserade kvantiteten (Balakrishnan et al s. 529, 2007). Exempel på tidsserieanalyser är glidande medelvärde samt trend- och säsongsanalys (Balakrishnan et al s. 534, 2007). Den vanligaste kausala metoden som används är regressionsanalys där sambandet mellan två variabler mäts (Balakrishnan et al s. 547). Kvalitativa modeller skiljer sig från de statistiska och kan användas när kvantitativ data är svår att få tillgång till. Modellerna tar istället hänsyn till subjektiva bedömningar och erfarenheter för att prognostisera framtida händelser. Dessa modeller är särskilt användbara i situationer där subjektiva faktorer anses viktiga eller vid långsiktiga prognoser (Balakrishnan et al s. 529, 2007).

2.2.1 Kapacitetsplanering inom tjänstesektorn

Mycket forskning kring kapacitetsplanering fokuserar på tillverkande företag och många modeller är inte direkt tillämpbara inom tjänstesektorn. Det beror på tjänsters grundläggande egenskaper. De går inte att lagra, de skapas genom interaktion mellan producent och konsument, de kan inte transporteras och på grund av den abstrakta karaktären är kapacitetsnivåer mycket svåra att mäta (Sasser 1976). En tjänst produceras när kunden efterfrågar den och det är genom att hantera den tillgängliga kapaciteten som tjänsteorganisationer når framgång. Efterfrågan kan förändras snabbt och hantering av kapacitet i relation till volymsvängningar blir därför en kritisk punkt. Hantering av kapacitet kan grovt delas in i två strategier. En strategi är att förändra kapaciteten över tid när efterfrågan förändras och den andra strategin innebär att kapaciteten är jämnt fördelad oberoende av efterfrågevariationer. (Sasser 1976)

Utöver ovan nämnda strategier finns flera sätt att hantera utbud och efterfrågan. Sasser (1976) tar upp förändring av efterfrågan och kontroll av utbud som två exempel. Genom att påverka efterfrågan kan den jämnas ut över tiden. Prissättning är en metod som används för detta, men även försök att motarbeta efterfrågetoppar och försök att öka volymer i perioder med låg efterfrågan. En annan användbar metod är utveckling av tilläggstjänster som kunder kan vända sig till medan de väntar på huvudtjänsten alternativt för avlastning vid efterfrågetoppar.

Kontroll av utbudet är enligt Sasser (1976) lättare att påverka än efterfrågan och innebär att kapaciteten anpassas till en varierande efterfrågan. Tillförsel av kapacitet när efterfrågan uppstår är vanligt i tjänsteorganisationer och inom tjänstesektorn finns därför många deltids- och behovsanställda. Detta kan undvikas genom att noggrant studera de interna processerna. Därigenom kan tjänsteorganisationer hitta sätt att utnyttja befintliga resurser mer effektivt till en relativt låg kostnad. Organisationen måste alltid förhålla sig till att kapaciteten är begränsad men genom att studera verksamheten upptäcks ofta att enskilda avdelningar är underutnyttjande även vid kapacitetstoppar. Genom att identifiera var kapacitet utnyttjas fullt ut kan resurser flyttas till denna flaskhals i systemet. Kapacitet i form av dyr utrustning och personal kan då fördelas mellan olika delar av verksamheten.

Tjänsters specifika egenskaper leder till variationer i efterfrågan och för att hantera det bör verksamheter planera istället för att reagera. Det kan exempelvis ske genom prognostisering av efterfrågan för kommande perioder eller kartläggning av tillgänglig kapacitet för att kunna uppskatta hur resurserna bör användas för att tillgodose efterfrågan (Sasser 1976). Eftersom inga verksamheter kan hantera obegränsad efterfrågan måste organisationen besluta vilken efterfråganivå systemet ska utformas efter.

2.2.2 Kapacitetsplanering inom sjukvården

Operativ planering som rör den löpande verksamheten är grundläggande för att matcha utbud och efterfrågan inom sjukvården. För att planeringen ska fungera krävs det en medvetenhet kring vad som ska göras, hur mycket som ska göras och när det ska göras (Arvidsson 2007). Planeringen kan genomföras på två sätt, antingen genom att producera direkt mot order eller genom att producera mot en prognos. Orderstyrd produktion inom sjukvården är vanligast inom den elektiva (planerade) vården (Arvidsson 2007). I dessa verksamheter uppstår ett behov och det fattas beslut om åtgärd utifrån detta behov. Det ger upphov till en planering baserad på efterfrågan och tillgänglig kapacitet. Orderstyrd vård resulterar i kostnadseffektivisering och ett bättre utnyttjande av resurser. Akutmottagningar och primärvård är delar inom sjukvården som är svårare att planera och de kan istället liknas vid prognosstyrda verksamheter. Prognoser görs då med hjälp av statistik över historisk vårdefterfrågan (Arvidsson 2007). Utifrån detta kan verksamheten sedan planeras med hänsyn till att resurser även ska hantera oförutsedda händelser.

Sveriges Kommuner och Landsting har utvecklat vad som kallas *Genombrottsmetodik* för att förbättra tillgängligheten i sjukvården. Metodiken består av tre strategier för att korta vårdköer och väntetider. Strategierna är förbättrad matchning av kapacitet och efterfrågan, försök att påverka efterfrågan samt förändring av systemet (Arvidsson 2007). För att genomföra strategierna nämns ett antal koncept som kan användas (se Tabell 1, s. 8).

Tabell 1, Genombrottsmetodik (Källa: Arvidsson 2007)

Matcha kapacitet och efterfrågan	Påverka efterfrågan	Förändra systemet
<ul style="list-style-type: none"> Förutsägelse av efterfrågan med större säkerhet Utjämning av variationer 	<ul style="list-style-type: none"> Begränsa material- och instrumentsortiment Minska efterfrågan genom aktiv exspektans 	<ul style="list-style-type: none"> Fler parallella arbetsmoment Användning av vårdprogram för vanligt förekommande problem
<ul style="list-style-type: none"> Anpassning av bemanning efter förutsägbara behov Arbeta ikapp ”ryggsäcken” Flexibel användning av befintliga resurser Alternativa handlingsmöjligheter om planering misslyckas 	<ul style="list-style-type: none"> Samordna mottagningsbesök Standardisering Behandla och bedöma korrekt redan från början Praktisera kunskapsbaserad medicin 	<ul style="list-style-type: none"> Minimera antalet moment Synkronisera olika insatser Minska avståndet mellan olika steg i processen Automatisering där det är möjligt
	<ul style="list-style-type: none"> Flytta efterfrågan 	<ul style="list-style-type: none"> Skapa förståelse för systemet
	<ul style="list-style-type: none"> Förebygga efterfrågan Främja egenvård 	<ul style="list-style-type: none"> Skapa fler arbetsstationer Använda personal med specialkompetens där det gör nytta
		<ul style="list-style-type: none"> Flytta moment i processen

2.3 Prestationsmätning och prestationsmätningssystem

Effektiv styrning av en organisation kräver tillförlitlig och uppdaterad information som underlag för beslutsfattande. Även om ovanstående påstående är ett accepterat faktum förlitar sig många organisationer på intuition och antar att rätt saker fungerar på rätt sätt utan bevis eller fakta. Prestationsmått är ett verktyg för effektiv styrning av organisationer och används för att bedöma hur väl förbestämda mål uppnås (Purbey et al 2007). Prestationsmätningen syftar till att mäta prestationer kring något som har utträttats eller ska utträttas. Prestationer har ingen entydig definition, utan kan förekomma i flera former. Måtten ger sedan information rörande olika aspekter på prestationen (Ax et al 2009). De hjälper till att identifiera styrkor och svagheter inom verksamheten samt framtida initiativ som behövs för att förbättra verksamhetens prestation. Prestationsmätning ger tillgång till data som visar hur verksamheten verkligen fungerar genom att tydliggöra vad som inträffat. Måtten visar däremot inte varför något inträffat eller vilka förbättringsmöjligheter som finns (Purbey et al 2007).

Under de senaste åren har användandet av finansiella prestationsmått blivit ett aktuellt diskussionsämne där flera argument emot nyttjandet av dessa växt fram. Argumenten identifieras främst i att de anses vara svaga och ge en felaktig bild. Kritiken menar att de är svårförstådda för medarbetare i verksamheten, inte inkluderar mjuka värden samt i allt för stor utsträckning fokuserar på sådant som redan inträffat. Denna kritik är grunden till att större fokus på icke-finansiella prestationsmått har växt fram (Ax et al 2009).

2.3.1 Icke-finansiella prestationsmått

De icke-finansiella prestationsmått syftar till att mäta de delar av verksamheten som innehåller mjuka värden. Exempel på dessa delar är kunder, personal, tid, produktivitet och kvalitet. Inom de olika delarna kan sedan mått utformas efter vad som passar verksamheten bäst. För de icke-finansiella prestationsmått som berör kunder utformas mått för att utvärdera hur nöjda kunderna är med de varor eller tjänster de köper. För att mäta kundtillfredsställelsen kan den berörda verksamheten nyttja mätskalor där kunder får besvara frågor utifrån ett spektrum av siffror som går från exempelvis missnöjd till mycket nöjd. Dessa kan utformas mycket specifikt eller endast övergripande för verksamheten. Verksamheten sammanställer sedan de svar som samlats in och drar slutsatser efter dessa, räknar ut medelvärden eller utifrån index gör beräkningar för att få fram en rättvisande siffra över hur nöjda kunderna är. På liknande sätt kan även mätningar utföras på personaldelen där mått anpassas efter medarbetartillfredsställelse. (Ax et al 2009)

2.3.2 Prestationsmätning i tjänstesektorn

Inför beslut inom tjänstesektorn ställs beslutsfattare inför utmaningar relaterade till om, och i vilken utsträckning prestationsmått ska tillåtas utvärdera verksamheten (Van Peurse et al 1995). En del kritik har nämligen uppstått i samband med att dessa mått används. Van Peurse et al (1995) identifierar främst två kategorier där den första kritiserar prestationsmått för att vara missvisande eftersom de uppfattas som objektiva vilket de inte alltid är. Den andra kategorin av kritik är att aktiviteter inom verksamheter åsidosätts beroende på prestationsmåttens perspektiv. Andra delar inom prestationsmätningen för tjänstesektorn som kritiserar och ses som en svårighet är hur precisa mått är (Van Peurse et al 1995).

Mått och kriterier i tjänstesektorn

Prestationsmått i tjänstesektorn delas av Brignall & Ballantine (1996) in i sex dimensioner, två som mäter resultatet av verksamhetens strategi och fyra som mäter hur framgångsrik denna strategi är. Resultatet av strategin mäts som finansiell prestation och konkurrenskraft. Finansiell prestation består bland annat av lönsamhet och kapitalstruktur, medan konkurrenskraften exempelvis mäts som relativ marknadsandel, relativ marknadsposition och försäljningstillväxt. De fyra dimensionerna som används för att mäta strategins framgång är resursutnyttjande, tjänstekvalitet, innovation och flexibilitet. Prestationsmått som rör resursutnyttjande inkluderar produktivitet, effektivitet och användande av resurser (Brignall & Ballantine 1996). Dessa mått visar hur resurser bidrar till verksamhetens resultat och är framförallt viktiga för tjänsteorganisationer med höga fasta kostnader då de redogör för hur fasta tillgångar används. Prestationsmått för tjänstekvalitet är viktiga för tjänsteorganisationer som differentierar sig genom att erbjuda hög kvalitet. Kvalitet kan mätas som pålitlighet, tillmötesgående, tillgänglighet, bekvämlighet och säkerhet. Mått på innovation innebär att verksamhetens innovationsprocess utvärderas genom att exempelvis andelen nya mot andelen gamla tjänster sammanställs (Brignall & Ballantine 1996). Flexibilitet är ett framåtriktat prestationsmått som fokuserar på framtida händelser. Det kan mätas genom verksamhetens förmåga att anpassa sig till förändringar och mångfald. Vanligtvis talas det om två sorters flexibilitet, den första till vilken grad tjänsten i sig kan förändras och den andra med vilken lätthet den kan förändras (Purbey et al 2007).

Utformning av prestationsmätningssystem i tjänstesektorn

Utformningen av ett system för att mäta prestationer är beroende av tre variabler som talar om *varför* prestationer mäts, *vad* som mäts och *hur* prestationer mäts. De tre variablerna är organisationens vision och strategi, organisationens interna miljö samt den externa miljön som organisationen är en del av. Organisationens strategi avgör vad som mäts och när strategin ändras bör även prestationsmåten förändras (Brignall & Ballantine 1996). Prestationsmätning sätts därmed i strategiskt sammanhang. Verksamheter med en differentierad strategi bör använda prestationsmått som mäter kvalitet, om konkurrensfördelen istället utgörs av innovationer bör måtten avspegla detta och verksamheter vars strategi är att vara kostnadsledare bör fokusera på att mäta resursförbrukning.

Tjänsteorganisationer är till stor del beroende av den externa konkurrensmiljön. Den externa miljön kan vara mer eller mindre ombytlig, osäker och konkurrensutsatt vilket skapar komplexitet. Det leder till att ledningen i tjänsteorganisationer behöver interaktiva informationssystem som förmedlar hot och osäkerhet vilket är en anledning till att prestationsmått används (Brignall & Ballantine 1996).

2.3.3 Prestationsmätning i sjukvården

Att hitta rättvisande prestationsmått för sjukvården är problematiskt då man tillför ekonomiska resurser för att uppnå mål som rör människors hälsa vilket i sin tur är svårt att sätta exakta mått på.

Mått och kriterier i sjukvården

Prestationer kan ses som en funktion av hur ett system bidrar till att väsentliga mål uppfylls med hänsyn till inputen som används. Prestationsmått inom sjukvården kan delas in i tre kategorier (Purbey et al 2007).

1. Inre effektivitet
2. Yttre effektivitet
3. Flexibilitet

Den inre effektiviteten mäter hur framgångsrik verksamheten är i användandet av tillgängliga resurser och mäter outputn i relation till mängden input. Output kan mätas i kvantitativa termer eller kostnader, exempel på kategorier är resursutnyttjande och kostnadsreduktion (Purbey et al 2007). Inre effektivitet kan definieras som att göra saker rätt (Ax et al 2009) vilket är liktydigt med hög produktivitet på en operativ nivå (Arvidsson 2007). Inom sjukvården kan detta mått tillämpas genom att exempelvis beräkna kostnaden för en behandling vid olika sjukhus.

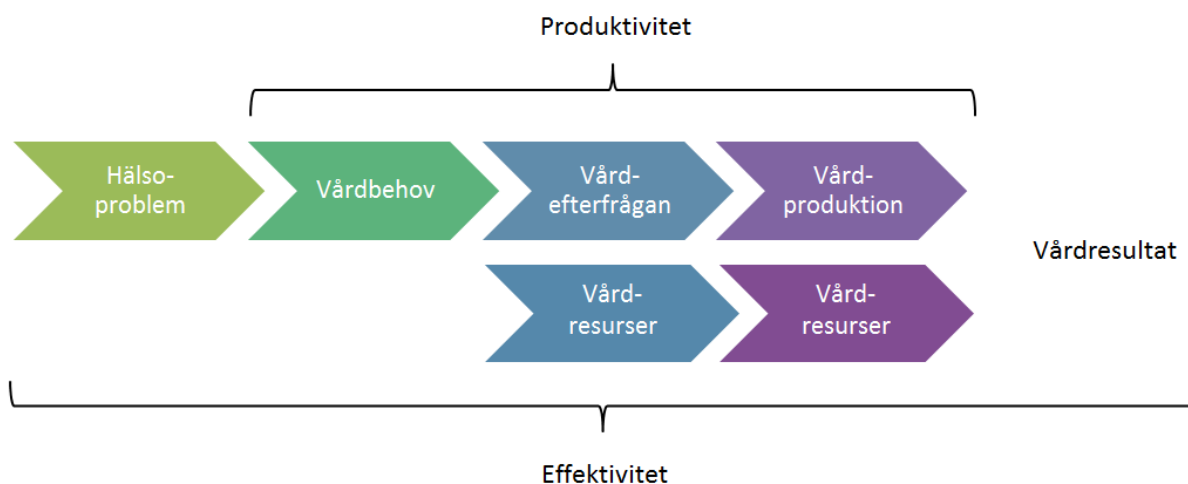
$$\text{Produktivitet} = \frac{\text{Prestation}}{\text{Produktionsresurser}}$$

Kapacitetsutnyttjande är ett annat viktigt mått på den inre effektiviteten som beskriver hur väl resurser används i verksamheten. Det mäts ofta i tid och genom att dividera den utnyttjade tiden med den tillgängliga (Arvidsson 2007). Översatt till sjukvården kan det betyda hur stor andel av den tillgängliga tiden som en operationssal används för operationsverksamhet.

$$\text{Kapacitetsutnyttjande} = \frac{\text{Utnyttjad tid}}{\text{Tillgänglig tid}}$$

Yttre effektivitet bedöms utifrån det totala utfallet och inkluderar dimensioner så som kundnöjdhet och tjänstekvalitet (Purbey et al 2007). Inom sjukvården innebär det till vilken grad en åtgärd genererar hälsoförbättringar och kan mätas som antal förebyggda dödsfall eller antal år ett liv kan räddas. Tjänstekvalitet kan mätas som vårdkvalitet, kvalitet på kliniska undersökningar samt sjukhusmiljöns renlighet. För kundnöjdhet är väntetider ett vanligt mått (Purbey et al 2007). Yttre effektivitet handlar om att göra rätt saker (Ax et al 2009). Med det menas graden av måluppfyllelse på en strategisk nivå, exempelvis antalet patienter som får vård inom vårdgarantins tidsramar (Arvidsson 2007).

$$\text{Effektivitet} = \frac{\text{Måluppfyllelse}}{\text{Produktionsresurser}}$$



Figur 1, Effektivitet och produktivitet (Källa: efter Arvidsson 2007)

Flexibilitetsmått handlar som tidigare nämnts om verksamhetens anpassningsförmåga. För att mäta flexibilitet inom sjukvården kan en uppdelning göras i olika typer av flexibilitet. Professionell flexibilitet handlar om vilka olika typer av fall en läkare behandlar samt tid och kostnad som spenderas på att hyra in läkare för att utföra vissa behandlingar. Processflexibilitet berör antalet fall som måste överföras till andra vårdenheter och volymflexibilitet är ett begrepp för hur väl sjukhuset anpassar sig till efterfrågevariationer. En fjärde flexibilitetstyp kallas mixflexibilitet vilket är möjligheten att flytta personal från en avdelning till en annan vid behov. (Purbey et al 2007)

Utformning av prestationsmätningssystem i sjukvården

System för prestationsmätning består av ett antal aktiviteter som syftar till att ge ledningen möjlighet att bedöma hur en organisation presterar (Purbey et al 2007). För att utforma ett fungerande system för prestationsmätningar har Keegan et al (1989) identifierat tre punkter som kan tillämpas inom sjukvården.

1. Definiera strategiska mål och hur dessa kan översättas till avdelningsmål och individuella styrningsaktiviteter

2. Bestämma vad som ska mätas
3. Bygga in prestationsmätning i styrningsprocessen, exempelvis via budgetprocessen

Ett system för prestationsmätning bör inte betraktas som sekventiella processer utan som ett pågående arbete för förbättring. Många system saknar flexibilitet eftersom de fokuserar på redan inträffade händelser istället för framtiden. Ett framgångsrikt system kännetecknas av att det är trovärdigt och enkelt att använda, att det kopplas ihop med organisationens strategi och värderingar, att det är känsligt för förändringar i den externa och interna miljön, att det möjliggör jämförelser, att framsteg bevakas och att det baseras på organisationens framgångsfaktorer och prestationsdrivare (Purbey et al 2007).

2.4 Teori i relation till praktiska frågeställningar

Uppsatsens första frågeställning syftar till att besvara frågan hur huvudplanering används i praktiken och vilken nytta som förväntas uppkomma jämfört med tidigare sätt att arbeta med planering. Med hjälp av teori rörande kapacitetsplanering kommer det praktiska användandet av huvudplanering att jämföras med hur användandet framställs i teorin. Den andra frågeställningen berör prestationsmätning och vilka mått som bör användas för att isolera effekten av huvudplanering. Teori kring prestationsmätning och prestationsmätningssystem kommer att användas för att besvara denna frågeställning. I teorin föreslås ett antal prestationsmått och deras användningsområden. Med hjälp av dessa kommer användbara prestationsmått att identifieras. Det föreslagna prestationsmätningssystemet kommer sedan utformas utifrån de riktlinjer som nämns i den teoretiska referensramen.

3. EMPIRISK METOD

I detta avsnitt beskrivs hur vi gått till väga i genomförandet av vår kandidatuppsats. Vi beskriver till en början hur vi kom i kontakt med ämnet och sedan tog oss an det. Efter detta beskrivs vår undersökningsgrupp och hur urvalet av denna gick till. Sedan följer en ingående beskrivning kring hur vår datainsamling gick till, vilken tydligt behandlar de intervjuer vi genomfört. Till sist beskriver vi uppsatsens validitet.

3.1 Angreppsätt

För att ta oss an vårt problem och uppfylla vårt syfte baserades vår uppsats på grundlig informationssökning där vi letade lämpliga teorier följt av intervjuer. Vårt sätt att arbeta med denna uppsats kan enligt Patel och Davidsson (2011) definieras som tillämpad forskning som fokuserar på kunskapsutvidgning. Det har handlat om att nå resultat som går att tillämpa på ett ursprungligt praktiskt problem, som i vårt fall innebar att finna en lösning på hur effekten av huvudplanering ska mätas. Uppsatsens utformning har varit av abduktiv karaktär då vi kombinerade induktion och deduktion (Patel & Davidson 2011, s. 24). Inledningsvis valde vi våra teorier utifrån en förförståelse för det enskilda fallet. Denna förförståelse fick vi efter att ha lyssnat på föreläsningen av Sahlgrenska Universitetssjukhuset som gav oss förslag på ämnen att söka tidigare forskning inom. Kombinationen av förförståelse och tidigare forskning ledde oss som berört ovan till vår problemformulering. Det första steget i arbetet med uppsatsen var av induktiv karaktär eftersom studieobjektet fungerade som vår utgångspunkt. Teorin söktes först utifrån studieobjektet men efterhand utvidgades den och blev mer generell. Insamling av det empiriska materialet skedde sedan utifrån ett teoretiskt perspektiv. Det innebar att vi använde vedertagna teorier som bestämde vilken typ av empirisk information som samlades in och tolkades (Patel & Davidsson 2011 s. 23). De empiriska resultaten relaterades sedan till teorin och analyserades utifrån dessa. Genom att använda tidigare forskning och befintlig teori var de sista stegen i arbetet av deduktiv karaktär (för angreppsätt se Figur 2, s. 14).

Patel och Davidson (2011) menar att fördelen med att arbeta abduktivt är att forskaren har ett öppnare förhållningssätt gentemot teorin. Genom att kombinera induktion och deduktion har teorin inte begränsat vår empiriska datainsamling men det har ändå funnits en teoretisk förankring.



Figur 2, Uppsatsens angreppssätt

3.1.1 Typ av studie och generaliserbarhet

Vår undersökning är av kvalitativ karaktär då datainsamlingen är baserad på intervjuer och tolkande analyser.

Uppsatsens fokus är fäst vid en organisation (Sahlgrenska Universitetssjukhuset) och avgränsat till tre verksamhetsområden och kan därmed betraktas som en fallstudie vilket är vanligt vid undersökningar kring processer och förändringar. Patel och Davidson (2011) menar att fallstudier syftar till ett helhetsperspektiv där en så tydlig bild som möjligt med täckande information av det aktuella fallet ska uppnås. Då vi intervjuat tre verksamhetsområden inom tre övergripande områden anser vi att vi nått ut till rätt personer samt fått en god övergripande bild av arbetet inom dessa delar.

Vid vårt genomförande av fallstudien vet vi att våra resultat inte är generaliserbara i ett sammanhang där flera organisationer jämförs eftersom inget slumpmässigt urval gjorts (Patel & Davidsson 2011, s.56). Däremot kan generaliseringar diskuteras inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset eftersom verksamheterna i urvalet är av olika karaktär och representerar olika former av vård.

3.2 Val av verksamhetsområde och intervjupersoner

För att hitta de bäst lämpade prestationsmått och därmed kunna undersöka vilken effekt införandet av huvudplanering haft på Sahlgrenska Universitetssjukhuset valde vi ut tre verksamhetsområden inom tre övergripande områden där införandet av modellen har ägt rum och beslutsprocessen fungerar. Verksamhetsområdena valdes ut med hjälp av vår kontaktperson inom logistikgruppen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och gjordes utifrån ett systematiskt urval. Urvalet baserades på vilka områden som använt sig av planeringsverktyget under längst tid, samt de som uppfattades kunna ge mest information.

Valet grundade sig i att huvudplanering skulle ha hunnit ha en viss påverkan på verksamheten samt att anställda skulle ha en djup insikt i planeringsverktygets påverkan och därigenom kunna ge oss en rättvisande bild av vad som skett efter införandet.

3.2.1 Val av respondenter

Intervjuer genomfördes med verksamhetschef/vårdenhetschef, produktionslogistiker och huvudplaneringskoordinator inom respektive verksamhetsområde. Valet av respondenter gjordes med hänsyn till att vi önskade olika perspektiv för att uppnå en bred empirisk data. Produktionslogistiker arbetar på en områdesnivå och med flera olika verksamheter, verksamhetschef har ett övergripande ansvar för den enskilda verksamheten och huvudplaneringskoordinator arbetar på en administrativ nivå för den enskilda verksamheten.

3.3 Datainsamlingsteknik

För att uppnå en god helhetsbild av organisationen samlades empirisk data in via dokumentanalys och samtalsintervjuer.

3.3.1 Dokumentanalys

Vår empiriska datainsamling inleddes med fördjupad förståelse om studieobjektet för att skapa en god kunskapsgrund. Sahlgrenska Universitetssjukhuset har kartlagts med hjälp av externa dokument i form av årsredovisning och information hämtad från den officiella hemsidan. Informationen utgjorde våra sekundära källor. Resultatet av dokumentanalysen har gett en överblick över Sahlgrenska Universitetssjukhusets strategi och har använts för att besvara frågeställning två med hänsyn till att prestationsmått ska vara strategiskt förankrade.

3.3.2 Samtalsintervjuer

Intervjuer genomfördes med en representant från logistikgruppen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt representanter för de utvalda verksamheterna. Intervjuerna utgjorde våra primära källor. Den inledande intervjun med logistikgruppens representant genomfördes med målsättningen att ge oss en fördjupad kunskap kring huvudplanering och dess implementering på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och skulle därmed visa oss hur arbetet går till i praktiken. Under intervjun presenterade respondenten material som används vid den interna utbildningen samt praktiska exempel på planeringsverktyget. Informationen och svaren från denna intervju låg till grund för utformandet av avsnittet som behandlar studieobjektets beskrivning samt avsnittet som berör huvudplanering. Efter intervjun med logistikgruppens representant följde ytterligare sju intervjuer med representanter från de utvalda verksamheterna och syftet med dessa intervjuer var att ge en bild av hur huvudplanering fungerar i praktiken samt vilken nytta verksamheterna upplever att huvudplaneringen har.

De erhållna intervju svaren från både representanten från logistikavdelningen samt de andra representanterna från verksamhetsområdena har använts för att besvara våra frågeställningar. Den första frågan besvarades med hjälp av intervju svaren som jämfördes med teorin kring kapacitetsplanering för att ta reda på hur det fungerar i praktiken. Den förväntade nyttan som var en del av frågeställning ett besvarades under intervjuerna och dessa svar låg sedan till

grund för att besvara fråga två. För att besvara fråga två behövde vi veta de förväntade orsakssambanden vid införandet av huvudplanering. Detta orsakssamband kan beskrivas som den förväntade nyttan och tillsammans med den dokumentanalys som genomfördes besvarades frågeställning två. I likhet med frågeställning ett kopplades den empiriska datainsamlingen till den teoretiska referensramen för att besvara frågeställning två.

En hög reliabilitet för kvalitativ data uppnås när slump undviks och vid intervjuer bestäms det ofta av intervjuarens förmåga att bedöma svar. Då vi båda närvarande vid intervjuerna ansåg vi att kontrollen över en god reliabilitet blev lättare. Efter genomförda intervjuer satte vi oss ner direkt efter att de genomförts och jämförde anteckningar samt uppfattningar för en god förståelse. Anteckningar har sedan sparats och studerats under arbetets gång.

Intervjuteknik

Inför intervjuerna informerade vi respondenterna om syftet med vår uppsats för att ge dem en uppfattning kring vad som förväntades av intervjun. Intervjuerna utformades på ett sätt som var tänkt att fånga upp vilken verkan införandet av huvudplanering orsakat för de olika verksamheterna. Vi genomförde intervjuerna med en relativ låg struktureringsgrad och i samtalsform men höll oss till frågor inom förbestämda teman och områden (se Bilaga 1 för intervjumall). Denna intervjuform valdes för att ge respondenterna utrymme att svara med egna ord samtidigt som vi hade möjlighet att rikta frågor och följdfrågor åt de håll vi ansåg lämpliga.

Samma intervjumall användes för alla respondenter men frågorna justerades något utifrån de olika rollerna. De inledande frågorna berörde respondentens roll i verksamheten och i huvudplanering samt när huvudplanering införts. Intervjuerna strukturerades utifrån ett före-, under- och efterperspektiv där respondenten ombads ge sin bild av planeringsprocessen. Intervjuerna avslutades med frågor kring framtida förväntningar.

Intervjusammanställning

Intervjun med logistikgruppens representant sammanställdes i en beskrivning av huvudplaneringens funktion och dess implementering. I denna sammanställning har vi beskrivit huvudplaneringens syfte och verktygets utformning samt den standardiserade processen som används vid införandet av huvudplanering i verksamheterna.

Intervjuerna med representanter på områdes- och verksamhetsnivå sammanställdes i tre olika fallbeskrivningar. Intervjuerna sammanställdes i löpande text och svar från de olika respondenterna redovisas i texten. Verksamhetsområdena redovisas var för sig men deras namn har vi valt att behålla anonym och endast beteckna med variablerna X, Y och Z. Namnet ansågs inte ha någon betydande inverkan på resultatet eftersom huvudplanering är en standardiserad metod som är tänkt att passa i alla verksamheter. Syftet med uppsatsen var inte att jämföra huvudplanering mellan olika verksamhetsområden utan att ge en helhetsbild över hur huvudplanering fungerar i hela organisationen och att avslöja verksamhetsområdets namn ansåg vi förflytta fokus till fel frågor.

3.4 Validitet och reliabilitet

För kvalitativa studier som vår egen är validitet och reliabilitet två begrepp som är mycket liknande varandra och sällan skiljs åt. Störst vikt läggs vid validiteten som handlar om att se till hela forskningsprocessen och uppnå en genomsyrande god kvalitet för alla delar.

Forskningsprocessen bör byggas upp med ambitionen att upptäcka det område som avses undersökas och tolka och förstå detta genom att beskriva uppfattningar eller kulturer (Patel & Davidson 2011, s. 105-106). Vi anser att vi haft god validitet genomgående i vår rapportering då vi startade med utförlig informationssökning som sedan låg som grund för tolkning av det empiriska materialet. Enligt Patel och Davidson (2011) är detta en viktig del för god validitet. De menar också att författarna bör kunna formulera sina tolkningar i en tillgänglig text, med detta menas att läsaren tydligt ska förstå tolkningarna. Denna aspekt har vi arbetat mycket med i utformandet av vår uppsats och framförallt vår analys. Vi genomförde en grundlig diskussion kring våra tolkningar av insamlat material till en början för att få en tydlig bild av varandras uppfattningar och att dess överrensstämmande. Följt av denna diskussion formulerade vi oss i text där vi hela tiden hade läsaren och dennes förståelse i åtanke.

För att säkerställa validitet i intervjusammanhang menar Patel och Davidson (2011) att författaren kan intervjua flera personer och från olika miljöer för att kunna tolka variationer. Även här anser vi att god validitet har uppnåtts då vi intervjuat flera personer från olika verksamhetsområden och vid olika tillfällen. Genom detta upplägg har vi då kunnat säkerställa variationer och genom de tre intervjuade verksamhetsområdena har vi fått en god överblick.

Vid sammanfattning av intervjuer skriver Patel och Davidson (2011) att författaren bör vara uppmärksam på skillnaden mellan tal- och skriftspråk. När författaren ska skriva ut intervjuer kan mycket falla bort om denne inte är uppmärksam. Det finns även risk för egna tolkningar och författaren bör reflektera kring hanteringen av informationen. Vid utskrivningen av våra genomförda intervjuer var vi mycket noggranna med att i största möjliga utsträckning återberätta efter intervjuobjektets svar. Vi gick tillsammans igenom det som sagts under vardera intervju innan vi skrev ut något och på så sätt anser vi att vi undvikit ett eget återberättande där vi satt namn och begrepp på handlingar och vinklat svaren.

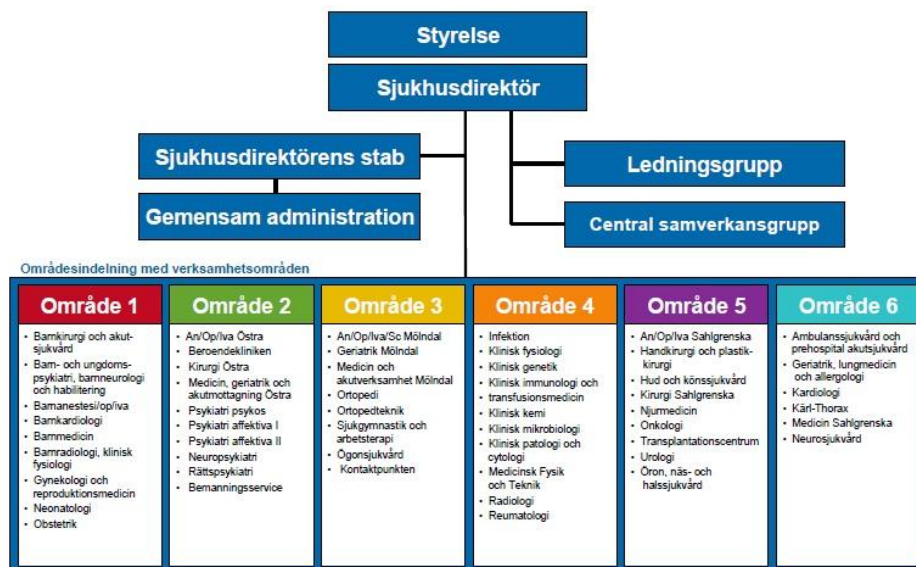
4. Sahlgrenska universitetssjukhuset och implementering av huvudplanering

I detta kapitel beskrivs först vårt studieobjekt ingående för att ge en tydlig förståelse av organisationen. Sedan behandlas arbetet med huvudplaneringen inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset med hjälp av två underrubriker i form av huvudplaneringsprocessen samt hur implementeringsprocessen av metoden ser ut. Denna del är en sammanställning av en intervju som genomfördes med en representant från Sahlgrenska Universitetssjukhusets logistikgrupp.

4.1 Studieobjekt

Sahlgrenska Universitetssjukhuset är ett av Sveriges största sjukhus med 2 000 vårdplatser och 170 avdelningar för öppenvård samt 140 för slutenvård. Med en personalstyrka på 16 400 personer är Sahlgrenska Universitetssjukhuset lokaliserat på Sahlgrenska sjukhuset, Östra sjukhuset, Mölndals sjukhus och Högsbo sjukhus samt olika öppenvårdsmottagningar. Sjukhusets uppgifter är att ge länssjukvård till invånare i Göteborgsområdet, specialistvård till invånare i Västra Götaland och övriga Sverige samt att bedriva forskning, utveckling och utbildning (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2012).

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har delat upp sin verksamhet på sex områden med underliggande verksamhetsområden som i sin tur innefattar olika produktfamiljer. Dessa produktfamiljer är exempelvis ett läkarteam eller en specialistenhet inom verksamhetsområdet.

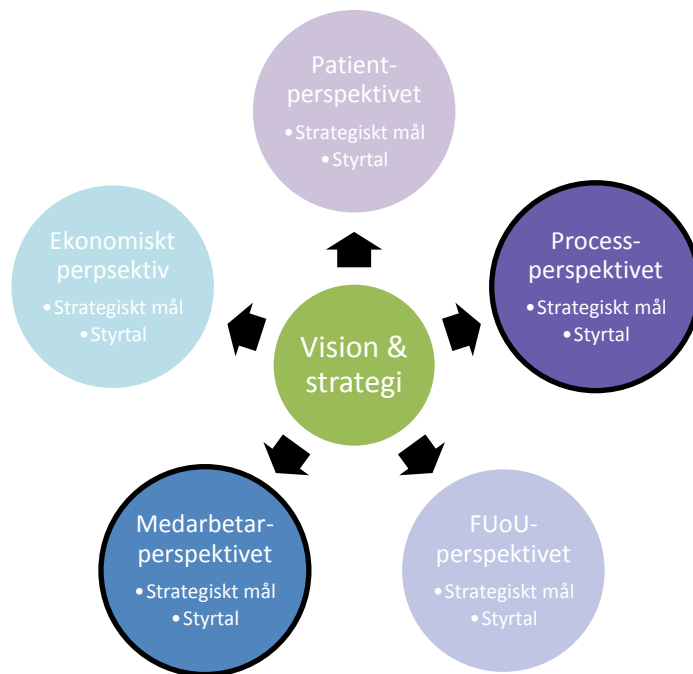


Figur 3, Organisationschema (Källa: Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2012)

Varje område har en områdeschef som ingår i Sahlgrenska Universitetssjukhusets ledningsgrupp tillsammans med sjukhusdirektören och andra stabspersoner.

Ledningsgruppens uppgift är att ta beslut kring sjukhusövergripande frågor av långsiktig och principiell karaktär. Områdescheferna är direkt underställda sjukhusdirektören som har det formella beslutsmandatet. (Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2012)

Sahlgrenska Universitetssjukhuset använder sig av balanserat styrkort för styrning och utvärdering av verksamheten (se bild nedan). De strategiska målen för verksamheten ligger i linje med direktiv från Socialstyrelsens föreskrifter om God Vård.



Figur 4, Balanserade styrkort på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (omarbetad efter Sahlgrenska Universitetssjukhusets årsredovisning 2011)

Tillgänglighet och vårdgarantin utvärderas inom processperspektivet. Det strategiska målet som berör detta lyder *”Den överenskomna vården vid SU är lättillgänglig och köfri och baseras på öppna prioriteringar. SU:s verksamheter kännetecknas av kvalitet, tillgänglighet, nytänkande och effektivitet. Verksamheter arbetar systematiskt med överföring från slutenvård till öppen vård”* (Sahlgrenska Universitetssjukhuset årsredovisning 2011). Styrtalet är olika för elektiv sjukvård och akutsjukvård, för den planerade vården redovisas styrtalet i antal medan de i akutsjukvården redovisas i andelar. Nedan följer styrtalet för elektiv sjukvård (Sahlgrenska Universitetssjukhusets årsredovisning 2011).

A: Antal patienter som väntat längre än 90 dagar på specialiserad vård

B: Antal patienter som väntat längre än 90 dagar på operation/åtgärd

C: Antal patienter som väntat längre än 30 dagar på besök på BUP-mottagning

För varje enskilt styrtalet finns även ett måltal, för år 2011 var detta måltal noll för samtliga av de ovanstående styrtalet. Resultatet överensstämde endast med målet för styrtalet C, för styrtalet A var resultatet 773 patienter och för styrtalet B var resultatet 1176. Resultat från tidigare år visar att antalet patienter som väntat längre än 90 dagar på specialiserad vård (A) har minskat sedan 2008 men att antal patienter som väntat längre än 90 dagar på operation/åtgärd (B) har ökat sedan 2008. (Sahlgrenska Universitetssjukhusets årsredovisning 2011)

En del av processperspektivet är produktionsplanering. Syftet med produktionsplanering är att *”skapa jämnare flöden, minska väntetider till både akut och elektiv vård och öka kapacitetsutnyttjandet”* (Sahlgrenska Universitetssjukhusets årsredovisning 2011). Det innebär att planering anses vara en viktig faktor som påverkar väntetider. Införandet av produktionsplanering och omfattande huvudplanering påbörjades 2011. Produktionsplanering sker enligt en särskild modell utvecklad av Sahlgrenska Universitetssjukhuset och inför 2012 var målsättningen att planering skulle införas på samtliga verksamhetsområden redan det första kvartalet, detta har sedan justerats till 2013.

Personella resurser är betydelsefulla inom sjukvården och medarbetarmålet för Sahlgrenska Universitetssjukhuset är att vara *”en attraktiv och konkurrenskraftig arbetsgivare. SU:s medarbetare har hög kompetens, anställda hos SU ska känna trygghet, framtidstro, delaktighet och stolthet över sitt bidrag till verksamhetens mål (...)”* (Sahlgrenska Universitetssjukhusets årsredovisning 2011). Sahlgrenska Universitetssjukhuset genomför årligen en medarbetarenkät med syftet att undersöka hur medarbetarna upplever sin samlade arbetssituation. Detta mäts i nöjdmedarbetarindex.

4.2 Huvudplanering

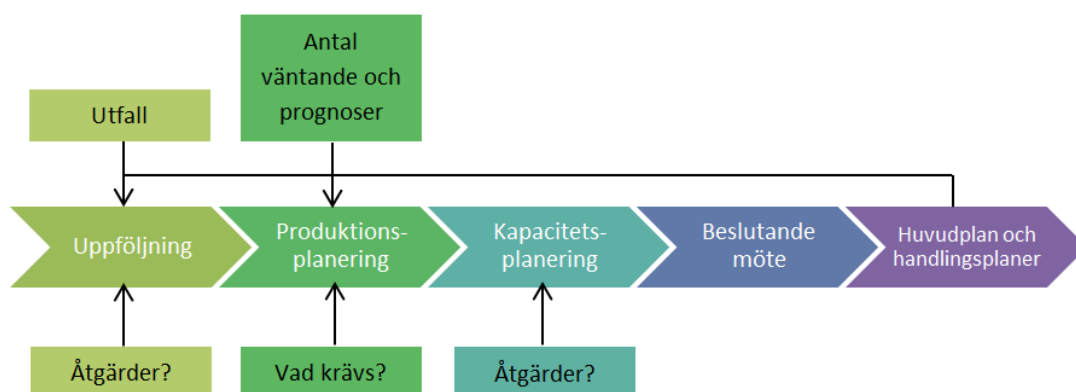
4.2.1 Huvudplaneringsprocess

Som en del i en regional satsning anställdes 2010 tre logistikere på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, som var civilekonomer och civilingenjörer med erfarenhet från logistik inom näringslivet. Uppdraget de fick var att arbeta med effektivisering av flöden där planering och styrning var ett prioriterat område. När gruppens arbete började såg de att sjukvården sedan tidigare arbetat med planering, men att det inte fanns någon koppling mellan den långsiktiga verksamhetsplaneringen och den operativa detaljplaneringen. Vidare såg de att arbetet kretsat mycket kring punktinsatser man tillfört för att klara vårdgarantins uppsatta mål men utan något helhetsperspektiv. Dessa insatser innebar bland annat att verksamheter köpte stora mängder resurser vid behov och under vissa perioder nyttjade väldigt få. De köpta resurserna var punktinsatser som inte fungerade i längden då slöseri med resurser uppstod. Den operativa detaljplaneringen utgick från tillgänglig kapacitet och personalens egna önskemål.

Bristen i kopplingen mellan olika planeringsnivåer samt ett icke fungerande arbetssätt låg som grund för utvecklingen av en planeringsprocess. Resultatet blev införandet av huvudplanering där arbetet styrs efter behov snarare än kapacitet och där matchning av behov och kapacitet tillämpas. Huvudplaneringen utgår från verksamhetsplaneringen som är den övergripande planeringen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och innefattar uppdrag samt budget för kommande period och genomförs på lång sikt och med liten detaljrikedom. Huvudplaneringen kopplar ihop den strategiska planeringen som sker på ledningsnivå med den dagliga planeringen. Inom huvudplaneringen arbetar Sahlgrenska Universitetssjukhuset med prognoser för inflödet av patienter som de ska hantera samt vilken vård som behöver köpas externt för att uppfylla kraven för vårdgarantin. Prognosmetoderna som används är trendanalyser och tidsserier utan utjämnande metoder för beräkna patientinflöde för kommande perioder och därmed möjliggöra planering av resurser. Huvudplaneringen används

för att allokeras resurserna och är en pågående och löpande process med en tidshorisont på tolv månader.

Verksamhetsområden som inför huvudplaneringen har möte varje månad och arbetar efter ett tolv månadersperspektiv vilket ger dem tid att agera på olika hinder som kan uppkomma eller förväntas uppkomma. Planeringen syftar till att ta fram beslut kring produktionsplan, kapacitetsplan och handlingsplan. För att genomföra produktionsplaneringen krävs ett identifierat behov kring antal väntande patienter och prognoser där efterfrågan fastställs. I produktionsplanen sammanställs efterfrågan och vad som krävs för att bemöta den och därmed klara uppsatta mål. Ett beslut kring produktionsplan rör det planerade antalet som ska produceras under kommande period. I den efterföljande kapacitetsplaneringen tar man hänsyn till tillgänglig kapacitet samt vilka åtgärder, om några, som behöver vidtas för att produktionsplaneringen ska uppnås. Kapacitetsplaneringen resulterar i ett planerat resursbehov för kommande period, alltså vilken kapacitet som krävs för att nå den planerade produktionen. Planeringen går sedan vidare till ett beslutande möte där en huvudplan fastslås. Handlingsplanen innehåller de beslut kring planerade åtgärder som är tänkta att påverka kapacitet och/eller efterfrågan. Utfallet följs sedan upp för att ligga till grund för en ny produktionsplaneringsfas.

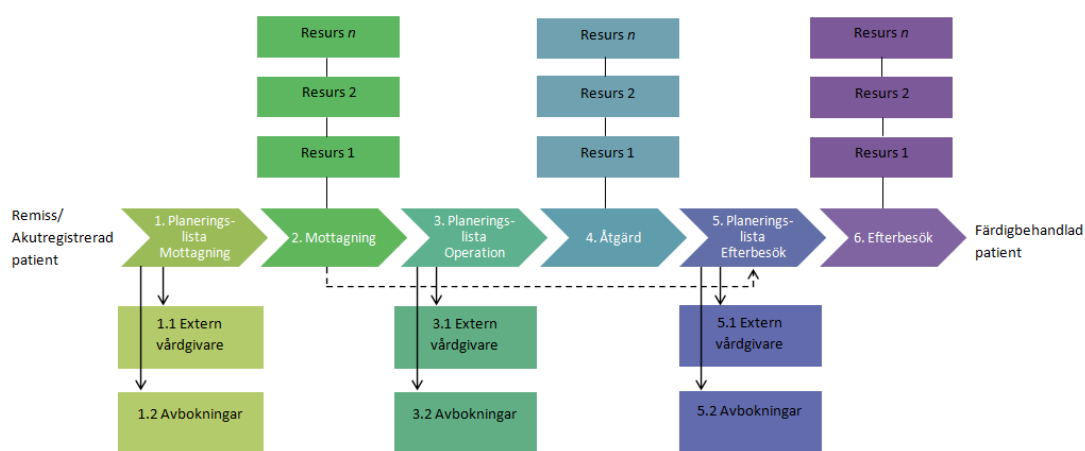


Figur 5, Huvudplaneringsprocess (efter logistikgruppen)

Uppföljningen och eventuell uppdatering av föregående månads planering på beslutsmötena gör att verksamheterna får bättre kontroll över arbetet som utförs, sina resurser och den befintliga efterfrågan. Planeringen och de beslut som fattats på mötena bryts sedan ner på detaljnivå för varje verksamhet och arbetet utförs sedan dag för dag via bland annat en god schemaläggning baserad på de resurser som identifierats på mötena. Detta gör att verksamheten får en bättre kontroll på sina befintliga resurser och lättare kan möta efterfrågan.

Sjukvården är ett komplext system som logistikgruppen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset tvingats förenkla och standardisera för att planeringsprocessen ska fungera i praktiken. Då flödena i systemet inte är raka blir arbetet med planeringen mer komplicerat vilket beror på att patienter kan komma från flera håll och gå olika vägar i systemet. Det vanligaste är att en

patient kommer in i flödet via remisser från en vårdcentral och sätts upp på en planeringslista, det är vid det tillfället som vårdgarantin börjar gälla. Från denna planeringslista, som kan beskrivas som ett slags kösystem, kan patienter falla bort till antingen externa vårdgivare eller via avbokningar. De patienter som står kvar på planeringslistan når sedan ett besök på en mottagning, till denna mottagning hör ett antal resurser. Dessa resurser är olika för olika produktfamiljer och kan till exempel bestå av salstid, läkartid och operationstid. Antalet resurstyper skiljer sig även det åt mellan olika verksamheter. Efter besöket på mottagningen skickas patienten till en ny planeringslista för åtgärd eller direkt till en planeringslista för efterbesök. Återigen kan patienter falla bort eller skickas till externa vårdgivare och därmed försvinna från planeringslistorna. När patienten genomgått en åtgärd och efterbesök eller endast efterbesök är denna färdigbehandlad.



Figur 6, Förenklat systemflöde (efter logistikgruppen)

Produktionsplaneringen utgår från fasta kömål som är något snävare än vårdgarantin för att ge utrymme för prognosfel och andra händelser som kan påverka kapaciteten. De fasta kömålen kombineras med behov baserat på historisk efterfrågan för att fastställa vilka resurser som krävs för de kommande tolv perioderna. Dessa historiska värden läggs in i planeringsverktyget PROSIT, som är utvecklat i Excel. Sedan konfigureras värden för respektive verksamhet och genererar en planering. För produktfamiljens hela systemflöde används samma resurser. Det innebär att det finns samband mellan de olika planeringslistorna och planeringen för den första listan påverkar nästkommande i systemflödet. Från det historiska inflödet av patienter till den första planeringslistan går en viss andel vidare till planeringslistan för åtgärd. Prognosen för kommande period kombinerat med den historiska andelen som går vidare i systemet ger då prognosen till planeringslistan för åtgärd. På samma sätt går en viss andel vidare från åtgärd till efterbesök vilket ger prognosen för den tredje planeringslistan. Genom att studera systemflödet tydliggörs det totala resursbehovet som krävs för att uppnå produktionsmålet.

Framtagandet av modellen tog ungefär sex månader och sedan testades den som ett pilotprojekt på en av verksamheternas underliggande produktfamiljer.

4.2.2 Implementeringsprocessen

Implementering av huvudplanering är en tidskrävande process som sträcker sig över tolv till arton månader. Logistikgruppen fungerar som internkonsulter vid implementeringen och är ett stöd för verksamheten. Det är verksamhetschefen för respektive verksamhetsområde som har beslutsmandat och logistikgruppen kräver att verksamhetschefen är närvarande och delaktig i implementeringsprocessen. Utöver verksamhetschefen är vanligtvis även en vårdenhetschef, sektionsöverläkare, huvudplaneringskoordinator och produktionslogistiker delaktiga vid införandet av planeringsverktyget. Huvudplaneringskoordinatören väljs av verksamheten och produktionslogistikerna är olika former av personal som är drivande inom respektive område. Produktionslogistikerna har ett övergripande ansvar för området och har stor kunskap kring huvudplaneringen, de fungerar därmed som en förlängning av logistikavdelningen men har ingen djupare kunskap.

Vid implementering av huvudplanering arbetar Sahlgrenska Universitetssjukhuset med en standardiserad process. Därmed upplever logistikgruppens representant att det är lättare att förankra verktyget i verksamheten då personalen känner igen sig och det underlättar diskussioner mellan verksamhetsområden. Hon menar att standardiseringen är en av anledningarna att Sahlgrenska Universitetssjukhuset hittills lyckats väl med implementeringen. Huvudplanering införs i projektform uppdelat i fyra steg med en workshop för respektive steg. Implementeringen sker verksamhetsområde för verksamhetsområde och logistikavdelning arbetar överlappande med två till tre verksamhetsområden åt gången.

Tabell 2, Implementeringsprocess

Workshop	Innehåll	Utfall
Uppstart	<ul style="list-style-type: none"> • Projektupplägg • Teoretisk bakgrund • Identifierar produktfamiljer • Identifiera resurser och flöden 	<ul style="list-style-type: none"> • Projektorganisation • Förståelse för hierarkisk planering • Förståelse för verktyget • Identifiera produktfamiljer • Identifierar flöde
Informationsbehov	<ul style="list-style-type: none"> • Fastställa resurser och flöden • Fastställa produktfamiljer • Fastställa informationsbehov • Fastställa produktfamilj att samla information för 	<ul style="list-style-type: none"> • Detaljerad förståelse för informationsbehov • Informationsbehov för utvald produktfamilj
Beslutsprocess och implementering	<ul style="list-style-type: none"> • Testa verktyg • Fastställa beslut- och rollfördelning • Fastställa implementeringsplan 	<ul style="list-style-type: none"> • Fastställd beslutsprocess • Implementeringsplan
Första planeringstillfället	<ul style="list-style-type: none"> • Planera enligt uppsatt process 	<ul style="list-style-type: none"> • Huvudplan

Det första steget är en uppstartsworkshop där diskussion kring innebörden av planeringsverktyget har för den enskilda verksamheten vilket innebär att produktfamiljer,

flöden och resurser identifieras. Den andra workshopen handlar om informationsbehov vilket utgör grunden för planeringsverktyget. Produktfamiljer, resurser och flöde fastställs för att ge en detaljerad förståelse kring informationsbehovet. Att sedan ta fram information har visat sig vara det svåraste steget i implementeringsprocessen. Anledningen anses vara att det sker många registreringar inom sjukvården vilket försvårar jämförelser. Bakgrunden till detta är i många fall otydliga rutiner.

Det tredje steget rör beslutsprocess och införande. Planeringsverktyget testas och det sker en överlämning till verksamheten. Rollfördelningen inom verksamhetsområdet fastställs utifrån en beslutsmatrix som kallas BIRA där det tydliggörs vem som gör vad i framtiden. BIRA står för beslutar, informeras, rådfrågas och ansvarar. För respektive steg i planeringsprocessen fördelas sedan rollerna enligt BIRA-matrisen.

Vid den fjärde workshopen hålls det första planeringsmötet enligt den uppsatta processen vilket resulterar i den första huvudplanen. Tiden mellan den första och den fjärde workshopen är cirka tre månader och vid den tidpunkten är det meningen att verksamhetsområdet är igång med planering av minst en produktfamilj. När projektet avslutas ska verksamheten ha en standardiserad process för informationssamling och beslut. Efter de tre första månaderna har logistikavdelning kontakt med verksamhetsområdet under i genomsnitt sex månader och fungerar då som fortsatt stöd i implementeringen.

Cirka tre månader senare är förhoppningen att ungefär två till tre produktfamiljer har adderats till planeringen och att planeringsmöten hålls regelbundet. Målet är då kvalitetssäkrad information och förändring av registreringsrutiner. Efter nio månader är målet att skapa jämnare produktionsplaner och att scheman anpassas till dessa produktionsplaner samt att läkarscheman synkroniseras med omvårdnadspersonalens scheman. Jämna produktionsplaner har visat sig vara en svårighet, till skillnad mot i näringslivet är inflödet i sjukvården ofta jämnare än produktionsplanen. Detta beror på stora variationer i resurstillgången då läkare även har andra uppdrag. Huvudplaneringen bryts vid den här tiden ner och följs upp på vecko- och dagsnivå. Efter tolv till arton månader är hela verksamhetsområdet berörd och resurser fördelas inom verksamheten. Hur lång det tar för verksamheten att nå detta beror till stor del på verksamhetens karaktär men även på hur drivande verksamhetschefen är. Målet är integrera huvudplanen med budget och att verksamheten styrs och kontrolleras med framförhållning. Vid den här tidpunkten är kapacitet och efterfrågan i balans vilket är ett av målen med huvudplaneringen.

För framgångsrik planering och styrning arbetar Sahlgrenska Universitetssjukhuset utifrån fem punkter som tydliggörs nedan.

- beslutsprocess
- metod
- informationssystem
- organisation
- kompetens

Den mest kritiska av dessa är beslutsprocessen då det ibland inom sjukvården finns en rädsla för att fatta fel beslut. Planeringsverktyget är till stor hjälp för personalen då det tillhandahåller information som tidigare inte fanns tillgänglig. Logistikgruppens representant menar att detta är en stor skillnad jämfört med näringslivet där det istället är många som vill vara delaktiga i beslutet. Även organisationen är en viktig punkt för att nå framgång och vid införandet av planeringsverktyget läggs stor vikt vid att fördela och tydliggöra rollerna inom de olika verksamhetsområdena. För att kunna använda planeringsverktyget krävs även kompetens inom organisationen vilket betyder att utbildning är av yttersta vikt. De fem punkterna är vad logistikgruppen kallar för outputen av planeringsverktyget.

5. EMPIRI

I detta kapitel beskrivs tre verksamhetsområden där fallstudier har genomförts över hur arbetet med planering har gått till innan, under och efter införandet av huvudplaneringen på respektive verksamhetsområde. Dessa är sammanställningar av intervjuer genomförda med produktionslogistikern, verksamhetschef/vårdenhetschef och huvudplaneringskoordinator vid respektive verksamhetsområde. Efter varje verksamhetsområde följer en tabell som sammanfattar det viktigaste som framkommit under intervjuerna.

5.1 Fallbeskrivningar

5.1.1 Verksamhetsområde X

Verksamhetsområde X införde huvudplanering i november 2011 och har arbetat med det i ungefär sex månader. Innan de startade arbetet med huvudplanering berättar produktionslogistikern att de grovt sett endast såg till hur arbetet såg ut föregående år och sedan delade upp tilldelad budget på årets dagar. Mer specifikt berättar hon vidare att verksamhetsområde X lade schema endast för en vecka framåt, alltså en mycket kort planeringshorisont som gav dålig överblick över verksamheten. Schemaläggningen utformades dessutom efter läkares arbetstider istället för att ta hänsyn till patientflödet, vilket gjorde arbetet ryckigt och okontrollerat. Ett stort problem för verksamhetsområde X:s arbete låg tidigare i felaktig information kring patientregistreringar. Patienter som kom på återbesök registrerades som nybesök vilket gjorde en utvärdering av arbetet omöjlig då inga siffror stämde. Huvudplaneringskoordinatören nämner också att kodningar kring registreringsrutinerna inte sköttes på samma sätt i produktfamiljerna och av de anställda vilket försvårade tillgången till den historiska informationen ytterligare. Hon påpekade också att registreringsrutinerna var otydliga.

När verksamhetsområde X införde huvudplanering följde de implementeringsprocessen och genomgick de fyra workshoparna. Produktionslogistikern menar att implementeringen fungerade bra och den genomfördes på en produktfamilj i taget. Schemaläggare deltog genom hela processen för att på bästa sätt komma in i planeringen. Hon identifierar den största svårigheten under införandet i framtagande av rätt information och rätt siffror. Hon nämner ett exempel med patientregistreringarna som visade att området endast behandlat 25 procent av patientinflödet, men att ingen kö fanns. Då insåg inblandade att något måste ha gått snett vid registreringarna. Huvudplaneringskoordinatören berättade att informationssamlingen också var och är mycket tidskrävande. De arbetar fortfarande med att få den korrekt.

Idag arbetar fem av sju produktfamiljer med huvudplanering inom verksamhetsområdet. Produktionslogistikern berättar att arbetet har fungerat väl sedan i februari och att verksamhetsområdet har haft tre beslutsmöten. På dessa möten är alla produktfamiljer närvarande med totalt fem medverkande personer vilket har varit ett aktivt val för att rollfördelningen ska vara tydlig och beslut ska kunna fattas. Innan mötena sammanställer produktionslogistikern utfallet av föregående månads arbete genom prognoser och värderingar utifrån det verksamheten planerat att genomföra mötet innan. Hon ser till vårdköer och andra delar det eventuellt har skett förändringar inom. Planeringen sker månadsvis och de arbetar inte med någon nedbrytning till lägre nivåer. Vårdenhetschefen nämner däremot att de i

tanken bryter ner på dagsnivå, men att detta inte är något som redovisas. Under beslutsmötena diskuteras sammanställningen kring varför köer har ökat eller minskat, varför siffrorna ser ut som de gör och eventuella förändringar genomförs för prognos den kommande månaden. Utöver detta ställs frågor som vad verksamhetsområdet gjort, hur arbetet såg ut och vad de förväntar sig i framtiden. Alla beslut kring förändringar fattas direkt på mötet, vilket gör det tydligt för inblandade personer vad som ska göras i kommande period. Produktionslogistikern menar att de inblandade på mötena är näst intill självgående och att hon närvarar för att ställa frågor till dem och låter dem fatta de flesta besluten. Den kritiska resursen för verksamhetsområde X identifieras i läkartid.

Flera viktiga förändringar har genomförts i verksamheten efter införandet av huvudplanering. Produktionslogistikern nämner framförallt medvetenheten för systemet som en viktig aspekt. Hon menar att det har varit oerhört viktigt att anställda har insett vilka resurser området faktiskt har och hur dessa kan nyttjas på bästa sätt för att fylla ut ”luft” i systemet. Vårdenhetschefen nämner att denna ”luft” har sin förklaring i hur läkare nyttjar sin tid. Mycket av den går åt då läkare tar sig mellan avdelningar. Detta beror på att planeringen av läkartiden är dåligt schemalagd med arbete på flera ställen under en arbetsdag istället för ägnande åt samma sak en hel förmiddag. Läkartiden blir således inte nyttjad fullt ut. Genom huvudplaneringen har läkare däremot fått en förståelse för att köer ändras i och med ett förändrat arbetssätt och genom att de blivit delgivna detta via redovisning av siffror har de fått en större medvetenhet för arbetssättet. Ytterligare en förändring som varit positiv och upplevts som den största nyttan för verksamheten är att patientregistreringar idag prioriteras. Det finns ett brukbart system där registreringarna kan ske på rätt sätt vilket bidrar till tillförlitlig information. Vårdenhetschefen upplever en nytta i att planering för mottagningar har lyfts upp och fokuserats, från att det tidigare endast varit fokus på akuten. Ytterligare nämner vårdenhetschefen att det varit viktigt för verksamheten med beslutsfattare och att dessa har haft förmåga att ge tydliga direktiv åt vilken riktning verksamheten ska.

Verksamhetsområde X:s framtid ser ljus ut enligt produktionslogistikern. Hon menar att läkarna är positivt inställda till arbetet med huvudplanering och kan se nyttan med det. För tillfället arbetar verksamheten med att forma arbetet med huvudplaneringen och det är mycket som händer runt arbetet. Hon anser att någon extrem anpassning av verksamheten inte kommer att behöva genomföras då arbetet fungerar bra just nu. I övrigt tror produktionslogistikern att huvudplaneringen är den rätta vägen att gå för det framtida arbetet inom verksamhetsområde X och att det kan leda till kortare vårdköer i och med en längre planeringshorisont samt en större kontroll över befintliga resurser. Vårdenhetschefen håller med produktionslogistikern i att framtiden ser positiv ut och hoppas planeringen ska leda till ett bättre resursutnyttjande. Hon nämner ett exempel i att specialistläkare idag är bundna till patienter inom vissa av produktfamiljerna. En god planering kan däremot leda till att specialistläkarna kan dela ansvar med andra läkare på avdelningen eller lämna över färdigbehandlade patienter till primärvården för uppföljning. Detta skulle leda till färre väntande patienter och ett bättre flöde inom verksamheten av både patienter och läkare. Vårdenhetschefen och huvudplaneringskoordinatören berättade också att något som är viktigt

för att lyckas i framtiden är styrning uppifrån och att verkställande beslut tas där för hela sjukhusverksamheten.

Tabell 3, Sammanfattning verksamhetsområde X

Verksamhetsområde X	
Kritisk resurs	<ul style="list-style-type: none"> • Läkartid
Problem före huvudplanering	<ul style="list-style-type: none"> • Registreringsrutiner • Kort planeringshorisont • Ingen hänsyn till patientflöde vid schemaläggning
Viktiga förändringar	<ul style="list-style-type: none"> • Ökad medvetenhet och förståelse • Bättre utnyttjande av resurser
Upplevd nytta	<ul style="list-style-type: none"> • Prioritering av patientregistreringar • Tillförlitlig information • Tydlig rollfördelning vid beslut

5.1.2 Verksamhetsområde Y

Verksamhetsområde Y hade ett första möte kring införandet av huvudplanering i september 2011 med en efterföljande uppstartsworkshop i oktober. Innan införandet av huvudplanering genomfördes planering veckovis med liten koppling mellan långsiktigt budgetplanering och patientbokning på detaljnivå. Planeringen styrdes utifrån när resurser fanns tillgängliga och det togs ingen hänsyn till vad verksamheten förväntades producera. Utöver detta var planering i stor utsträckning individuell och det saknades kommunikation och sammanhang trots att alla hade tillgång till samma information. Det fanns inget systematiskt verktyg vilket i många fall resulterade i lösningar för specifika situationer utan helhetsperspektiv. Verksamhetschefen nämner som exempel att kliniken vid stora remissinflöden tvingades till punktinsatser så som extramottagningar på kvällar. Vid ökat inflödet genomfördes de insatser som situation krävde men med en slumpmässighet och utan planering. Problemet var en kortsiktig planering med konstant kapacitet och svårighet att genomföra omställningar.

Införandet av huvudplanering skedde enligt den standardiserade processen. Det har dock tagit ovanligt lång tid för verksamhetsområde Y och ytterligare två workshops utöver de vanliga fyra har genomförts. Anledningen till detta har enligt alla tre som intervjuats varit stora svårigheter att få fram korrekt data. För att lösa detta har registreringsrutiner ändrats, data korrigerats och många dubbelremitter ”städats” undan. Under införandet har datakvalitet varit den största utmaningen, däremot fanns det tidigt en tydlig rollfördelning och produktfamiljer var lätta att definiera. Verksamheten tilläts att själva beskriva systemflödet för den första produktfamiljen och fick sedan hjälp av logistikgruppen att förenkla det. Verksamhetschefen menar att detta har gett dem en trygghet i arbetet med planeringsverktyget. Hon menar även att stödet från logistikgruppen varit mycket viktig under implementeringen.

Verksamhetsområde Y har infört huvudplanering för en produktfamilj, samlat in data till ytterligare två och har sedan en produktfamilj kvar. Systemflödet för de tre första produktfamiljerna liknar varandra vilket underlättar implementeringen, den återstående har dock ett annat flödet vilket kräver vissa justeringar i verktyget. Flödet skiljer sig åt på grund av att produktfamiljerna har olika väntelistor och rutiner vilket ger skilda behov. Målet inom

verksamhetsområde Y är dock att det som kan göras på samma sätt också ska göras på samma sätt. För den första produktfamiljen har planeringen brutits ner på dagsnivå med antalet planerade läkarbesök per dag efter prognostiserat inflöde. De görs tydliga försök att schemalägga baserat på denna planering men det har visat sig vara svårt att lyckas fullt ut då det krävs tid att få rutin på planeringen. Ambitionen finns dock.

Nedbrytning på dagsnivå tydliggör hur resurser används och att det är samma resurser som används i hela produktfamiljen. Antalet remisser och deras innehåll avgör vad som sker senare i flöde. De kritiska resurserna i verksamhetsområde Y är läkartid, sjukskötersketid samt utrustningstid och planering görs utifrån antalet patientbesök som ska genomföras under en månad. Planering på dagsnivå tar hänsyn till produktionsbortfall i form av röda dagar och läkarkonferenser, detta innebär att den planerade produktion för övriga dagar kan ökas för att uppnå rätt antal patientbesök för månaden. Planering på dagsnivå ger därmed fördelar i form av snabb reaktionsförmåga då man tidigt ser förändringar i kapacitet och kan reagera i tid.

En av de viktigaste förändringarna som huvudplanering fört med sig är ett förändrat fokus inom verksamheten eftersom beslut kan tas utifrån faktabaserad data. Detta möjliggör nedbrytning till exakta och jämnare produktionsplaner vilket tidigare varit omöjligt. Genom att införa huvudplanering har alla i verksamhetsområdet tillgång till samma information och har samma synsätt.

Huvudplaneringens största nytta inom verksamhetsområde Y är tydliggörandet av data. Mål, svängningar i produktion och patientinflöde synliggörs vilket ger en ökad förståelse bland personalen och kontroll över prestationer. Tidigare öknings i inflöde har visat sig vara säsongvariationer och huvudplanering har möjliggjort framförhållning inför säsongstoppar. Huvudplaneringen används även av verksamhetschefen uppåt i systemet för att styrka argument och visa problem.

De tre produktfamiljer som kvarstår är ivriga att införa huvudplanering då de sett nyttan som den första produktfamiljen erhållit. Inom verksamhetsområdet är man redo att bryta ner information grundligt och utveckla planeringsverktyget ytterligare. Överlag är personalen positivt inställd till huvudplanering och har visat sig vara villiga att genomföra förändringar i rutiner och organisation. Verksamhetschefen säger att verksamheten är mogen för förändring och efterfrågar den.

I framtiden finns förväntningar på att huvudplanering ska ge nytta i form av omfördelning av resurser. Produktionslogistikern som har ett områdesperspektiv menar att när alla verksamhetsområden inom området använder sig av huvudplanering kommer resurser kunna fördelas på områdesnivå efter behov och systemflödet betraktas ur ett helhetsperspektiv. Detta anses kunna rättfärdiga beslut inom sjukvården och möjliggöra effektiviseringar där det finns utrymme för sådana samtidigt som man behåller patientfokus. Verksamhetschefen anser däremot att det främsta målet är att fördela resurser internt inom verksamhetsområdet men har förståelse för områdesperspektivet. Hon menar att eftersom verksamheten är mer komplex än vad planeringsverktyget visar bör man inte betrakta planeringsverktyget som sanning.

Däremot anser hon att resursfördelning bör kunna ifrågasättas på områdesnivå vilket underlättas genom huvudplanering eftersom samma siffror kan jämföras.

Inför framtiden hoppas verksamhetschefen att huvudplanering ska vara en levande och pågående process som signalerar om produktionen inte stämmer överens med inflöde. Hon menar att huvudplanering kommer motivera handlingar och beslut samt ge patienter och personal mer information. Huvudplanering kommer leda till att kapaciteten utnyttjas på bästa sätt genom välfyllda mottagningar vilket leder till kortare väntetider.

Slutligen säger verksamhetschefen att anledningen till att implementering lyckats är mognad inom verksamheten. Hon menar att det tidigare funnits ett större motstånd gentemot förändringar men att verksamheten nu varit öppen för att prova det nya verktyget.

Tabell 4, Sammanfattning verksamhetsområde Y.

Verksamhetsområde Y	
Kritisk resurs	<ul style="list-style-type: none"> • Läkartid, skötersketid och salstid
Problem före huvudplanering	<ul style="list-style-type: none"> • Individuell planering • Avsaknad av kommunikation och sammanhang • Inget systematiskt verktyg • Kortsiktig planering
Viktiga förändringar	<ul style="list-style-type: none"> • Beslut utifrån faktabaserad data • Jämnare produktionsplaner • Enhetligt synsätt • Planering på dagsnivå
Upplevd nytta	<ul style="list-style-type: none"> • Ökad förståelse och kontroll • Styrker argument och motiverar beslut • Förhoppningar om omfördelning av resurser

5.1.3 Verksamhetsområde Z

Verksamhetsområde Z införde huvudplanering i september 2011 och har därmed arbetat med metoden i cirka åtta månader. Innan införandet genomfördes olika former av uppföljning men det saknades systematisk planering. Det gjordes dessutom försök att kartlägga verksamheten men detta var svårt då tillgång till historiska siffror var bristfällig. Vidare förekom nästan ingen samordning inom verksamhetsområdet och planeringshorisonten var kort. Tidigare fanns det heller inga gemensamma rutiner för patientregistreringar och det var svårt att få fram korrekt statistik att arbeta och utforma planering efter. Arbetsbelastningen varierade mellan olika produktfamiljer och personalen upplevde att arbetat var ojämnt fördelat. De tyckte även att det var svårt att veta vad de förväntades genomföra i sitt arbete då planeringen var otydlig.

Idag har verksamhetsområde Z infört huvudplanering på tre produktfamiljer, i ytterligare två har workshops påbörjats och en sjätte planeras till hösten. Hur många produktfamiljer som i slutändan ska införa huvudplanering beror enligt produktionslogistikern på en omorganisering som i nuläget genomförs. Implementering har skett enligt den standardiserade processen och produktionslogistikern menar att den har gått bra. Den största svårigheten under implementeringen menar produktionslogistikern har varit datainsamling. Systemet som

tidigare användes för registreringar var inte anpassat för att ta fram statistiskt underlag och detta kombinerat med otydliga registreringsrutiner försvårade arbetet att få fram användbar historisk data. Något som produktionslogistikern har sett som positivt under implementeringsprocessen är att alla verksamhetsområden i det övergripande området arbetar efter liknande systemflöde. Detta har underlättat implementering och möjliggjort jämförelser av data mellan olika verksamhetsområden.

Verksamhetsområde Z har månadsvisa beslutsmöten enligt mallen där produktionsplaner läggs månadsvis för en kommande tolv månaders period. De har ännu inte brutit ner planeringen till en lägre nivå, utan ser att den månadsvisa passar för verksamhetsområdet. Vid beslutsmötena närvarar verksamhetschefer för flera liknande verksamhetsområden och en utförandeplanering bestäms. Verksamhetschefen fattar sedan beslut direkt på mötet om eventuella åtgärder för sitt individuella verksamhetsområde. Produktionslogistikern menar att det är viktigt att verksamhetscheferna är engagerade i huvudplanering och verkställer de beslut som fattas. Det är även viktigt att information förmedlas till övrig beslutande personal för att förändringar ska göras möjliga. Produktionslogistikern är med på alla beslutsmöten och kommer fortsätta vara det för att skapa rutin i arbetet och ge metoden fäste i verksamhetsområdena.

Viktiga förändringar som har kommit med användandet av huvudplanering identifierar produktionslogistikern främst i förbättrade registreringsrutiner. Informationen är efter införandet mer kvalitetssäkrad och de har idag ett gemensamt registreringssystem som nyttjas för vardera produktfamilj. En annan förbättring som nämns under intervjun är att remisser idag går att fördela för en jämnare arbetsbelastning eftersom det exakta remissinflödet synliggörs. Detta har lett till kvalitetsförbättring för verksamhetsområde Z. Huvudplaneringen har även ökat medvetenheten hos de anställda för säsongvariationer och när produktion krävs. Den främsta nyttan som verksamhetsområde Z hittills upplevt är en jämnare spridning av resurser till följd av en bättre framförhållning. Huvudplaneringen har resulterat i ytterligare nyttor, bland annat kan verksamhetsområdet vidta åtgärder tidigare då remissinflödet förväntas öka jämfört med tidigare då problem hanterades först när de redan uppstått. Huvudplanering har tydligare visat vilken produktion som krävs av läkare och när den krävs. Inför införandet fanns det förväntningar på att huvudplanering skulle möjliggöra detaljerade mätningar vilket inte uppfyllts, produktionslogistikern menar att det därför är viktigt att förmedla syftet med huvudplanering för att få med alla ombord.

Läkartid är den kritiska resursen i verksamhetsområde Z. Läkarnas patienttid varierar och kan ibland vara mycket låg, produktionslogistikern menar även att styrning av läkarscheman är ett känsligt område. De som bestämmer läkarnas scheman är inte med vid beslutsmöten vilket försvårar kapacitetsplaneringen. Produktionslogistikern menar att planering ofta är en kultur- och ledarskapsfråga vilket påverkar hur man bokar in patientbesök. Mottagningar med relativt liten kö skulle exempelvis kunna arbeta bort denna men väljer istället att prioritera andra sysslor.

Framtiden ser god ut menar produktionslogistikern och hon är positivt inställd till huvudplaneringen. Hon berättar att det finns planer på att knyta ihop liknande

verksamhetsområden och möjliggöra resursfördelning mellan dessa. Det antas ge en jämnare planering och bättre arbetsmiljö eftersom huvudplanering kommer bidra med en struktur som tidigare inte funnits. Produktionslogistikern menar att sjukvården är redo för en förändring och efterfrågar tillförlitlig data och en god planering. Hon menar att huvudplanering är en bra metod eftersom den är anpassad till sjukvården vilket gör att sjukvårdspersonal har mer tillit till metoden.

Tabell 5, Sammanfattning verksamhetsområde Z.

Verksamhetsområde Z	
Kritisk resurs	<ul style="list-style-type: none"> • Läkartid
Problem före huvudplanering	<ul style="list-style-type: none"> • Avsaknad av systematisk planering • Dålig tillgång till data • Inga gemensamma rutiner för patientregistreringar • Ojämn arbetsbelastning
Viktiga förändringar	<ul style="list-style-type: none"> • Förbättrade registreringsrutiner • Kvalitetssäkrad information • Fördelning av remisser för jämnare arbetsbelastning • Ökad medvetenhet
Upplevd nytta	<ul style="list-style-type: none"> • Bättre framförhållning • Vidta åtgärder vid tidigare stadium • Förhoppning om resursfördelning mellan olika verksamhetsområden

6. ANALYS

I detta kapitel analyserar och diskuterar vi kopplingar vi funnit mellan de teoretiska aspekterna och det insamlade empiriska materialet. Vi besvarar våra frågeställningar där den första är kopplad till teori om kapacitetsplanering och den andra till teori om prestationsmätning.

6.1 Hur används huvudplanering i praktiken och vilken nytta förväntas uppkomma jämfört med tidigare sätt att arbeta med planering?

Huvudplanering är en metod som baseras på teorier kring kapacitetsplanering och kan anses falla under det som Sveriges Kommuner och Landsting benämner ”matcha kapacitet och efterfrågan”.

I vår problemdiskussion tar vi upp tidigare forskning som menar att matchning av utbud och efterfrågan är av yttersta vikt för en tillgänglig vård. Matchningen är något som sedan återkommer flera gånger i vår teori och huvudplanering på Sahlgrenska Universitetssjukhuset har visat sig ha en tydlig förankring i de teoretiska metoder som studerats. Den allmänna teorin rörande kapacitetsplanering menar att verksamheten ska tillföra tillgängliga resurser till rätt situation vid den tidpunkt de behövs. Det kan översättas till ett av målen med huvudplanering, att skapa jämnare produktionsflöden och anpassa kapacitet till rådande vårdbehov. Anpassning sker genom framförhållning i planeringsarbetet och verksamheterna kan då lättare undvika över- och underkapacitet. Produktions- och kapacitetsplaner har en framförhållning på tolv månader med månadsvisa uppdateringar och hänsynstagande till kända efterfrågemönster och produktionsbortfall (när läkare ej är tillgängliga för patienter). Detta minimerar risken för över- och underkapacitet eftersom produktionen planeras utifrån den prognostiserade efterfrågan för kommande perioder. Vid efterfrågetoppar kan resurser då frigöras och när efterfrågan förväntas gå ner kan resurser användas för andra ändamål. Exempelvis kan läkare planeras vara i produktion när efterfrågan förväntas vara hög och ägna sig åt forskning när den befinner sig på lägre nivåer. Under intervjuer har det framkommit att huvudplanering skapat en förståelse för variationer i efterfrågan och hur resurser bäst bör användas för att matcha dessa variationer. Huvudplanering skapar en medvetenhet kring vad som ska göras, hur mycket som ska göras och när det ska göras. Samtliga tre verksamhetsområden har i intervjuer bekräftat att huvudplanering tydligt visar hur resurser används i verksamheten och att resursutnyttjande kan förbättras med mer planering.

Ett av problemen som vi diskuterar i uppsatsens inledning är att fokus inom sjukvården bör vara på att hantera väntetider, inte att få dem att försvinna. Ett sätt som nämns för hantering av väntetider är fördelning av resurser genom bedömning av framtida efterfrågan. Sjukvården kan betraktas som en tjänsteorganisation där produktionen sker när kunderna (patienterna) efterfrågar produktion. Sjukvård går därmed inte att lagra och planering av kapacitet blir därför det enda verktyget för att matcha utbud och efterfrågan. Huvudplanering möjliggör detta genom att anpassa resurserna i relation till volymsvängningar. Ett tydligt exempel på detta nämndes i verksamhetsområde Y där ett återkommande säsongsmönster uppmärksammades med hjälp av huvudplaneringen. Innan införandet av huvudplanering betraktades detta endast som ett konstant ökande inflöde av remisser och permanent kapacitet

tillfördes, när sedan inflödet minskade igen fanns istället ett kapacitetsöverskott. När detta identifierades som ett säsongsmönster kunde verksamhetsområde Y planera kapaciteten med framförhållning och därmed undvika tillförsel av nya resurser. Teorin belyser vikten av att planera istället för att reagera vilket huvudplaneringen möjliggör och ovan nämnda exempel tydligt visar.

Kapacitetsplanering möjliggör en omfördelning av resurser vilket under intervjuerna även nämnts som ett av målen med huvudplanering. Med hjälp av den kan områden och verksamhetsområden kartläggas vilket ofta leder till upptäckten att enskilda avdelningar är underutnyttjade vid kapacitetstoppar. Det leder till att resurser kan omfördelas till de flaskhalsar som upptäcks. I verksamhetsområde Z finns exempelvis många resurser som liknar resurserna i andra verksamhetsområden och de kan då fördelas på områdesnivå för ett bättre resursutnyttjande och jämnare arbetsbelastning. Det finns dock olika uppfattning om huruvida detta ska ske på områdes- eller verksamhetsnivå, men att huvudplanering möjliggör omfördelning av resurser står klart.

6.2 Vilka specifika prestationsmått, interna och externa, bör användas för att isolera vilken effekt införandet av huvudplanering har?

För att utvärdera effekten av huvudplanering krävs tillförlitlig och uppdaterad information som underlag. Genom att använda prestationsmått kan verksamheterna bedöma hur uppsatta mål uppnås och effekten av huvudplanering kan mätas genom att jämföra prestationsmått före och efter införandet av huvudplanering. Dessa prestationsmått ska avspegla Sahlgrenska Universitetssjukhusets strategi och vara känsliga för förändringar i den externa miljön (exempelvis förändringar i vårdgarantin) samt gå att förmedla internt.

Det som ska mätas bör vara sådant som har eller förväntas förändras i och med införandet av huvudplanering. För att prestationsmått ska ge en rättvisande bild av verksamheten är det därför viktigt att inleda med en beskrivning av förväntade orsakssamband, alltså vad huvudplanering förväntas orsaka i verksamheten. Under intervjuer har det framkommit att dessa förändringar ej antar finansiella värden och vi anser därför att prestationsmått bör vara av icke-finansiell karaktär. Prestationsmått beskrivs nedan och motiveras av syftet med huvudplanering som är att *”skapa jämnare flöden, minska väntetider till både akut och elektiv vård och öka kapacitetsutnyttjandet”* (Sahlgrenska Universitetssjukhusets årsredovisning 2011).

Kapacitetsutnyttjande

Verksamhetsområdena menar att huvudplaneringen leder till fyllda mottagningar, färre tomma tider och läkare i produktion när de behövs. Det kan tolkas som att göra rätt saker och bättre utnyttja tillgängliga resurser. För att utvärdera kapacitetsutnyttjande divideras tiden som resursen utnyttjas med tiden som resursen finns tillgänglig. Vad som är en resurs kan skilja sig åt mellan olika verksamheter och för att måttet ska vara rättvisande bör det visa utnyttjandet av den kritiska resursen för det enskilda verksamhetsområdet. När den kritiska resursen är salstid är både den tillgängliga tiden och den utnyttjade tiden relativt enkelt att mäta. Operationssalar är öppna under ett visst antal timmar per dag och operationer bokas in

vilket ger ett skriftligt underlag. I verksamheter där den kritiska resursen är läkartid kan det vara svårare att sammanställa exakt data över tillgänglig och utnyttjad tid. Den tillgängliga tiden bör beräknas som den totala arbetstiden som läkare är tillgängliga för patienter och den utnyttjade tiden bör beräknas som tiden läkare är bokade för patienter. Detta kan i många fall leda till att läkare får uppskatta den utnyttjade tiden då de ägnar sig åt patientarbete både före och efter det inbokade besöket. Den utnyttjade tiden är därmed inte alltid tidsbestämd vilket kan försvåra mätningar. I den tillgängliga tiden är det även viktigt att ta hänsyn till tiden som läkare spenderar på att transporterar sig mellan avdelningar och mottagningar. Anledningen till att det anses vara av vikt är att huvudplanering antas ha positiv effekt på tiden som läkare förflyttar sig mellan mottagning och avdelning. Beräkning av kapacitetsutnyttjande ger ett procenttal där andelen utnyttjad tid redovisas. Detta mått är internt och visar om verksamheten gör rätt saker, det kan användas för att utvärdera verksamhetens utveckling över tid men även för att utvärdera verksamhetens utveckling jämfört med andra verksamheter.

Ett förbättrat kapacitetsutnyttjande är ofta ett resultat av en ökad flexibilitet och huvudplanering förväntas öka både volymflexibiliteten och mixflexibiliteten. En hög volymflexibilitet innebär att resurser kan omfördelas när efterfrågan varierar och betyder att läkare är i produktion när efterfrågan är hög. En mixflexibilitet innebär att resurser flyttas mellan olika avdelningar vid behov och betyder att resurser används där remissinflödet är störst. Flexibilitet av det här slaget är svårt att mäta men kan ge utslag i form av förbättrad effektivitet, kapacitetsutnyttjande och medarbetartillfredsställelse eftersom flexibilitet är något som påverkar hela verksamheten.

Effektivitet

Under intervjuerna har det även framkommit att huvudplaneringen förväntas leda till effektivisering, bättre tillgänglighet och därmed kortare väntetider. Detta är dock något som främst nämns av logistikgruppen vilket kan vara ett resultat av att de har ett annat perspektiv och ser detta som en förändring på längre sikt. För att mäta effektivitet divideras måluppfyllelsen med de tillgängliga produktionsresurserna. Tillgänglighet mäter Sahlgrenska Universitetssjukhuset enligt vårdgarantins tidsramar och styrtalet är antalet patienter som väntat på vård längre tid än maxgränsen. I årsredovisningen används därmed antalet som *inte* fått vård inom vårdgarantins tidsramar men effektiviteten mäts istället utifrån antalet som faktiskt får det, målet som uppfylls. Många verksamhetsområden håller sig inom ramen för vårdgarantin och har måltalet noll i årsredovisningen vilket inte går att använda i beräkningar. Effektivitet bör därför mätas utifrån antalet patienter som får vård inom vårdgarantin. Det kan även anses förmedla en mer positiv bild internt i verksamheten eftersom fokus då ligger på vad som genomförs, inte vad som uteblir. Vad som är en produktionsresurs är däremot inte givet och skiljer sig åt mellan olika verksamheter. Detta leder till att effektivitet beräknas separat för olika verksamheter utifrån den kritiska resursen. Om den kritiska resursen exempelvis är läkartid beräknas effektivitet genom att dividera antalet patienter som under perioden fått vård inom vårdgarantin med antalet timmar som läkare varit tillgängliga under samma period. I verksamheter där den kritiska resursen utgörs av salstid beräknas effektiviteten istället som antalet patienter som fått vård inom vårdgarantin under perioden

med antalet timmar som operationssalar varit tillgängliga under samma period. Måttet kan sedan jämföras mellan olika perioder för att utvärdera utvecklingen. Effektivitet är ett externt prestationsmått eftersom det baseras på den lagstadgade vårdgarantin och som utvärderar om verksamheterna gör saker rätt.

Medarbetartillfredsställelse

Huvudplaneringens bidrag till jämnare flöden avspeglas i de anställdas medarbetartillfredsställelse och kan mätas som en ökad medarbetartillfredsställelse. Kvalitativa data för medarbetartillfredsställelsen kan samlas in genom enkäter som går ut till de anställda för respektive verksamhetsområde där frågor och påståenden besvaras med hjälp av en mätskala. De kan utformas specificerat eller mer generellt beroende på vad ledningen vill mäta. För en utvärdering av huvudplaneringens införande anser vi att enkäten bör utformas med tydliga och specificerade frågor. Frågor bör utformas kring hur planeringen går till och hur nöjda personalen är med den idag. Det betyder att medarbetartillfredsställelsen utgår från den nuvarande situationen och jämförs med resultat av tidigare medarbetarundersökningar. På så sätt möjliggörs en utvärdering av hur deras specifika arbetssituation har förändrats. Nyttan de har upplevt med ett nytt sätt att arbeta bör också tas med. Genom detta ges ett brett perspektiv över anställdas uppfattning, däremot bör även samtal hållas med anställda för att tydliggöra deras uppfattning ytterligare eftersom det är svårt att fånga allt i enkäter. När data väl är insamlad kan mätningar genomföras med hjälp av medelvärden för att enkelt se till anställdas uppfattning. Dessa kan sammanställas i ett skalformat för att förenkla jämförelser över tid. Medarbetartillfredsställelsen är ett mått som bör nyttjas kontinuerligt för att se utvecklingen av införandet och möjliggöra eventuella åtgärder. När verksamhetsområdena är helt klara med implementeringen av huvudplanering samt har arbetat med det i ett par år bör en större undersökning genomföras för att utvärdera hela processen.

7. SLUTSATS

I detta kapitel uppfyller vi vårt syfte med uppsatsen. Inledningsvis beskrivs kort vad vår slutsats innefattar samt vad den är baserad på. Sedan följer ett stycke kring prestationsmätningssystem, som utgör den lösning vi kommit fram till för huvudplaneringen inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Till sist ges förslag på fortsatt forskning.

7.1 Om slutsatsen

Syftet med den här uppsatsen har varit att utforma ett lämpligt prestationsmätningssystem som kan användas för att utvärdera införandet av huvudplanering på Sahlgrenska Universitetssjukhuset med hänsyn till den förväntade nyttan. För det krävdes bred och djup kunskap kring de teoretiska modellerna som utgör grunden för huvudplanering samt förståelse för hur huvudplanering fungerar i verksamheterna. I vår analys framkommer det att huvudplanering har mycket tydliga kopplingar till vedertagna teoretiska metoder. Detta bekräftas även av hur verksamheterna använder huvudplanering, de följer den standardiserade implementeringsprocessen och upplever förväntad nytta av metoden. Vi är medvetna om att implementering av huvudplanering på Sahlgrenska Universitetssjukhuset ännu inte är slutförd, det är ett långsiktigt arbete som förväntas ge resultat efter 12 till 18 månader och de verksamhetsområden som studerats påbörjade processen för sex till åtta månader sedan. Vårt syfte har dock inte varit att utvärdera huvudplanering som metod, utan att utforma ett system som i framtiden kan användas för utvärdering. Vår slutsats är därför baserad på den förväntade effekten av huvudplanering och den nytta som hittills upplevts.

7.2 Prestationsmätningssystem

Analysen har lett oss fram till utformningen av ett prestationsmätningssystem för icke-finansiella prestationsmått. Prestationsmåten har sin utgångspunkt i Sahlgrenska Universitetssjukhusets strategiska mål kring tillgänglighet och medarbetartillfredsställelse.

”Den överenskomna vården vid SU är lättillgänglig och köfri och baseras på öppna prioriteringar. SU:s verksamheter kännetecknas av kvalitet, tillgänglighet, nytänkande och effektivitet. Verksamheter arbetar systematiskt med överföring från slutna vård till öppen vård.” (strategiskt mål för tillgänglighet)

”en attraktiv och konkurrenskraftig arbetsgivare. SU:s medarbetare har hög kompetens, anställda hos SU ska känna trygghet, framtidstro, delaktighet och stolthet över sitt bidrag till verksamhetens mål (...)” (strategiskt mål för medarbetarskap)

De strategiska målen kombineras med förväntade orsakssamband som framkommit under intervjuer för att ge rättvisa prestationsmått. Prestationsmåten har därmed en strategisk förankring samtidigt som de avspeglar de förändringar som huvudplanering förväntas ge upphov till.

Systemet kombinerar tre prestationsmått för att utvärdera effekten av huvudplanering. Dessa prestationsmått är effektivitet, kapacitetsutnyttjande och medarbetartillfredsställelse. Genom att använda de tre prestationsmåten utvärderas syftet med införandet av huvudplanering,

nämligen att skapa jämnare flöden, minska väntetider och öka kapacitetsutnyttjandet (för prestationsmätningssystem se Tabell 6 nedan).

Tabell 6, Prestationsmätningssystem

Prestationsmått	Beskrivning	Före	Efter	Procentuell förändring
Kapacitetsutnyttjande	$\frac{\text{Utnyttjad tid}}{\text{Tillgänglig tid}}$			
Effektivitet	$\frac{\text{Måluppfyllelse}}{\text{Produktionsresurser}}$			
Medarbetartillfredsställelse	Skala 1-10			

Detta prestationsmätningssystem kombinerar kvalitativa och kvantitativa samt interna och externa prestationsmått vilket ger rättvisande helhetsbild över verksamheten. Att endast använda effektivitetsmått kan ge en snedvriden bild men med hjälp av kvalitativ data i form av medarbetartillfredsställelse och jämförelser på regional nivå justeras måttet. Vi anser att detta prestationsmätningssystem fångar upp frågan kring om mål uppnås men även hur de uppnås. Utifrån vår analys anser vi att huvudplanering bör utvärderas per verksamhetsområde och sammanställas på områdesnivå.

De tre beskrivna prestationsmått kan tydligt kopplas ihop med Sahlgrenska Universitetssjukhusets strategi och värderingar. Systemet kan även anses vara relativt enkelt att använda och förstå vilket enligt teorin är viktigt för ett framgångsrikt prestationsmätningssystem. Genom att använda måtten på verksamhetsnivå möjliggörs jämförelser inom den specifika verksamheten men även på områdes- och sjukhusnivå. Genom att utvärdera effektiviteten, kapacitetsutnyttjande och medarbetartillfredsställelsen regelbundet kan framsteg bevakas och förmedlas till personalen vilket förankrar huvudplaneringen ytterligare.

7.3 Förslag till fortsatt forskning

Vi anser att det finns stort utrymme och behov av fortsatt forskning kring planering inom svensk sjukvård. Sahlgrenska Universitetssjukhuset har med införandet av huvudplanering tagit ett initiativ som bör uppmärksammas ytterligare. Vårt förslag till utvidgning av denna uppsats är att fortsätta följa införandet av huvudplanering på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och genomföra en utvärdering enligt föreslaget prestationsmätningssystem. Det har även uppstått frågor kring hur huvudplanering i framtiden ska integreras i budgetprocessen och hur resurser på bästa sätt ska fördelas i sjukvården. Vi anser även att det vore av intresse att studera planeringsverktyget och dess uppbyggnad på en djupare nivå för att se hur väl prognoser överensstämmer med verkligheten.

EFTERORD

Uppsatsarbetet har gett oss kunskaper som inte ryms inom uppsatsens ramar. Vi vill därför avsluta den här uppsatsen med reflektioner över de frågor och tankar som uppstått kring sjukvården och dess framtid.

Vårt synsätt präglas av vår utbildning där teorier och metoder ofta diskuteras utifrån ett näringslivsperspektiv där sjukvården sällan ingår. Det har lett till att vi utgår från att planering är ett självklart inslag i alla organisationer. Vi blev därför förvånade när vi först kom i kontakt med sjukvården och förstod att planering till stora delar var något främmande för dem. Under intervjuer framkom att planering länge efterfrågats, men att sjukvården först nu är mogen för förändringar. Vi har insett att införandet av huvudplanering innebär en totalomställning och att de som intervjuats är mitt uppe i denna omställning. På grund av detta har de svårt att se långsiktiga vinster ur ett helhetsperspektiv. De uppmärksammar kanske därför de små och omedelbara förändringarna som huvudplanering medför så som förbättrade registreringsrutiner. Detta är inget som syns i vårt prestationsmätningssystem men är ändå en viktig sekundärvinst.

Vår uppfattning av sjukvården är en traditionsbunden bransch där arbets- och synsätt ärvt från tidigare generationer. Det finns en rädsla att styra läkarscheman då läkare kan söka sig till andra arbetsplatser vilket ger dem stort inflytande över sitt arbete. Vi tror därför att en viktig del i införandet av huvudplanering är att skapa en förståelse kring den nya metoden. Detta kan göras genom att förmedla nyttan och syftet för att alla ska acceptera huvudplanering.

Slutligen har vi reflekterat kring vårdgarantin och dess inverkan på arbete och planering. I vissa avseenden tror vi att vårdgarantin kan utgöra en begränsning som påverkar patienter negativt. Eftersom att vårdgarantin är generell och inte fullt ut anpassad till olika verksamheter kan patienter få vänta längre än nödvändigt. Verksamheternas mål är att hålla sig inom vårdgarantin och så länge patienter behandlas inom den här tiden är man nöjd. Det skulle kunna få följden att verksamheter förlänger patientens väntetid i onödan utan att detta uppmärksammas. Vi tror därför att vårdgarantin bör utvecklas ytterligare och anpassas mer till enskilda verksamheter för att erbjuda bästa möjliga vård. Vi ifrågasätter inte vårdgarantins vara eller icke vara, den medför mer nytta jämfört med om den inte skulle finnas alls, men vi efterfrågar en diskussion kring hur den utformas.

REFERENSLISTA

Litterära källor

- Arvidsson, Lars (eds.). (2007) *Vårdlogistik*. Sveriges kommuner och landsting
- Ax, C., Johansson, C. & Kullén, H. (2009) *Den nya ekonomistyrningen*. Malmö: Liber AB, upplaga 4:2.
- Balakrishnan, N., Render, B. & Stair Jr, R.M. (2007) *Managerial Decision Modeling with Spreadsheets*. Upper Saddle River: Pearson International Edition, upplaga 2
- Brignall, S. & Ballantine, J. (1996) Performance measurements in service business revisited. *International Journal of Service Industry Management*, vol. 7, no 1, s. 6-31.
- Jack, E.P & Powers, T.L. (2009) A review and synthesis of demand management, capacity management and performance in health-care services. *International Journal of Management Reviews*, vol. 11, no 2, s. 149-174.
- Kaplan, R.S. & Norton, D.P. (1992) The Balanced Scorecard – Measures That Drive Performance. *Harvard Business Review*, vol. 70, no 1, s. 71-79.
- Keegan, D.P., Eiler, R.G. & Jones, C.P. (1989) Are your performance measurers obsolete?. *Management Accounting*. June, s. 45-50.
- Lantz, Björn. (2010) *Operativ verksamhetsstyrning*. Lund: Studentlitteratur. AB, upplaga 3:1.
- Patel, R., Davidson, B. (2011) *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur AB, upplaga 4:1.
- Purbey, S., Mukherjee, K. & Bhar, C. (2007) Performance measurement system for healthcare processes. *International Journal of Productivity and Performance Management*, vol. 56, no. 3, s. 241-251.
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2012) *Årsredovisning 2011, Sahlgrenska Universitetssjukhuset*
- Sasser, W.E. (1976) Match supply and demand in service industries. *Harvard Business Review*, vol. 54, no. 6, s. 133–140.
- Savvides, A. (2004) Capacity Management. *Computer Bulletin*, vol. 46, no. 4, s. 28.
- Socialdepartementet. (2010). *Förordning om vårdgarantin*. Stockholm. (SFS 2010:349)
- Symreng, T. (2009) *Vårdköerna på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Orsaker och värdeskapande lösningar*. Göteborgs Universitet
- Van Peurse, K.A., Prat, M.J. & Lawrence, S.R. (1995) Health Management Performance: A review of measurements and indicators. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, vol. 8, no. 5, s. 34-70.

Vissers, J.M.H., Van Der Bij, J.D. & Kusters, R.J. (2001) Towards Decision Support for Waiting Lists: An Operations Management View. *Health Care Management Science* 4, s. 133–142.

Västra Götalandsregionen. (2010) *Handlingsprogram för god vård*

Elektroniska källor

Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2012) Om sjukhuset.

<http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Om-sjukhuset/> (hämtad 2012-03-27)

Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2012) Om sjukhuset, uppdrag och vision.

<http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Om-sjukhuset/Uppdrag-och-vision/> (hämtad 2012-03-27)

Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2012) Organisationsschema.

http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/Dokument/om_su/Organisationschema.pdf (hämtad 2012-05-22)

Sveriges kommuner och landsting. (2012) *Väntetider i vården*. www.vantetider.se (hämtad 2012-02-20)

INTERVJUER

Logistikgruppen, Alvekrans A-L (2012) intervju 2012-04-25, 2012-05-14

Verksamhetsområde X, huvudplaneringskoordinator (2012) intervju 2012-05-22

Verksamhetsområde X, produktionslogistiker. (2012) intervju 2012-05-07

Verksamhetsområde X, vårdenhetschef. (2012) intervju 2012-05-22

Verksamhetsområde Y, huvudplaneringskoordinator. (2012) intervju 2012-05-16

Verksamhetsområde Y, produktionslogistiker. (2012) intervju 2012-05-08

Verksamhetsområde Y, verksamhetschef. (2012) intervju 2012-05-15

Verksamhetsområde Z, produktionslogistiker. (2012) intervju 2012-05-24

BILAGA 1: Intervjufrågor

Verksamheten

1. Vilken är din roll i verksamheten? Vilken är din roll inom huvudplaneringen?
2. När infördes huvudplanering i verksamheten?
3. Vilka är de kritiska resurser inom den verksamheten du arbetar?
4. Var i införandeprocessen befinner sig din verksamhet?

Före införandet

5. Hur fungerade planeringen innan införandet av huvudplanering? Beskriv planeringsprocessen.
6. Vilka problem upplevde du med planeringen innan införandet?

Efter införandet

7. Hur har planeringen fungerat efter införandet av huvudplanering? Beskriv hur ni använder huvudplanering.
8. Vilka förändringar genomfördes, vilka är de viktigaste förändringarna?
9. Vad är den största nyttan du upplevt av huvudplaneringen?
10. Vilka svårigheter och problem har du upplevt under införandet?
11. Hur har huvudplanering påverkat verksamheten och väntetider?

Framtiden

12. Vad önskar du förändra i framtiden för en bättre planering?
13. Vad är dina förväntningar på huvudplanering i framtiden?

Väntetider

14. Hur anser du att väntetider bör utvärderas och följas upp?