

Skapa förutsättningar för behovsbaserad schemaläggning

Principer och reflektionsfrågor

Ett stöd för den taktiska nivån

Det här stödet riktar sig till er på taktisk nivå som vill systematisera produktions- och kapacitetsstyrningen (PKS) i era verksamheter. Det ger förslag på metoder och verktyg men även råd kring hur ni kan bidra till systematik och struktur i hela organisationen.*

Den taktiska nivån utgörs generellt av verksamhetsledningen på en sjukhusklinik, vårdcentral, öppenvårdsmottagning eller motsvarande. Taktisk nivå har **en avgörande roll** i att koppla ihop den strategiska planeringen på högsta ledningsnivå och det operativa arbetet och faktiska utförandet av vården.

Idag ser erfarenheterna av PKS mycket olika ut i olika verksamheter. Det finns många exempel på hur utvecklingen av PKS drivs framåt av engagerade personer i verksamhetsledningen. Men **när ett systematiskt arbete saknas på taktisk nivå så kommer vårdens utförande inte att hänga ihop med den strategiska planeringen som görs på högre ledningsnivåer.**

För att arbetet på taktisk nivå ska fungera **krävs att de organisatoriska och tekniska förutsättningarna finns på plats.** Dessa har högsta ledningsnivå ansvar för att säkerställa. Högsta ledningsnivå har också ansvar för att bygga ett **engagerat och tydligt ledarskap** kring PKS genom hela organisationen – en förutsättning för att lyckas med implementeringen. Se Socialstyrelsens webbplats för stöd för strategisk nivå.

PKS handlar om att se till att resurser finns på plats i rätt tid för att ge patienter vård av god kvalitet, utifrån behov.

Verksamheternas uppdrag och budget sätter ramarna för PKS eftersom de specificerar vilken vård som ska bedrivas och till vilken kostnad, vilket till stor del styr den tillgängliga kapaciteten. **PKS hänger därmed tätt samman med ekonomistyrning. Socialstyrelsens stöd berör dock inte specifika metoder och processer för ekonomistyrning.** Verksamhetens budget hanteras som ett ingångsvärde till PKS, och ekonomiska utfall beskrivs som en möjlig del av PKS-uppföljningen för att möjliggöra ett lärande kring verksamhetens förutsättningar och behov.

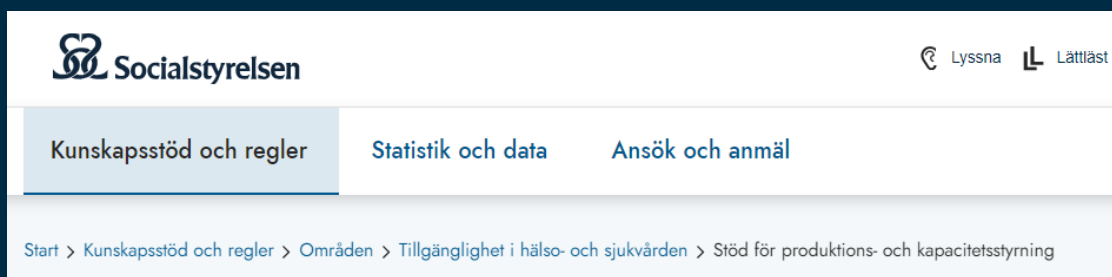
Stödet är avgränsat till att behandla PKS i ett normalläge, inte i krisberedskapsyfte. Ett stärkt PKS-arbete i regionerna förväntas dock underlätta åtgärder för att vid behov snabbt dimensionera om kapaciteten, exempelvis vid kriser eller katastrofer.

*I Socialstyrelsens publikationer om produktions- och kapacitetsstyrning används förkortningen PKS. Detta är ett kunskapsområde inom vilket en rad olika modeller och metoder kan tillämpas.

Innehållet bygger på litteratur och intervjuer, och ingår i ett samlat stöd till regionerna

Stödet är ett av flera som finns publicerade på Socialstyrelsens webbplats. Det är en del av ett samlat stöd till regionerna i kapacitets- och tillgänglighetsfrågor.

Stöd riktade till strategisk och taktisk nivå finns bland kunskapsstöden på Socialstyrelsens webbplats



För taktisk nivå finns fyra stödmaterial:

1. Framtagandet av en produktionsplan från prognoser till överenskommelser
2. Förbättringsarbete för balans och ökad produktionsförmåga
3. **Skapa förutsättningar för behovsbaserad schemaläggning (aktuellt stöd)** ←
4. Uppföljning på taktisk nivå

Därtill samordnar Socialstyrelsen ett nätverk för kontinuerligt lärande kring PKS (se webbsidan för mer information).

Innehållet i stöden bygger på

- Vetenskaplig litteratur
- Handböcker i PKS
- Regionala modell- och processbeskrivningar
- Ett stort antal intervjuer med region- och verksamhetsrepresentanter, genomförda under perioden september 2022-juni 2024

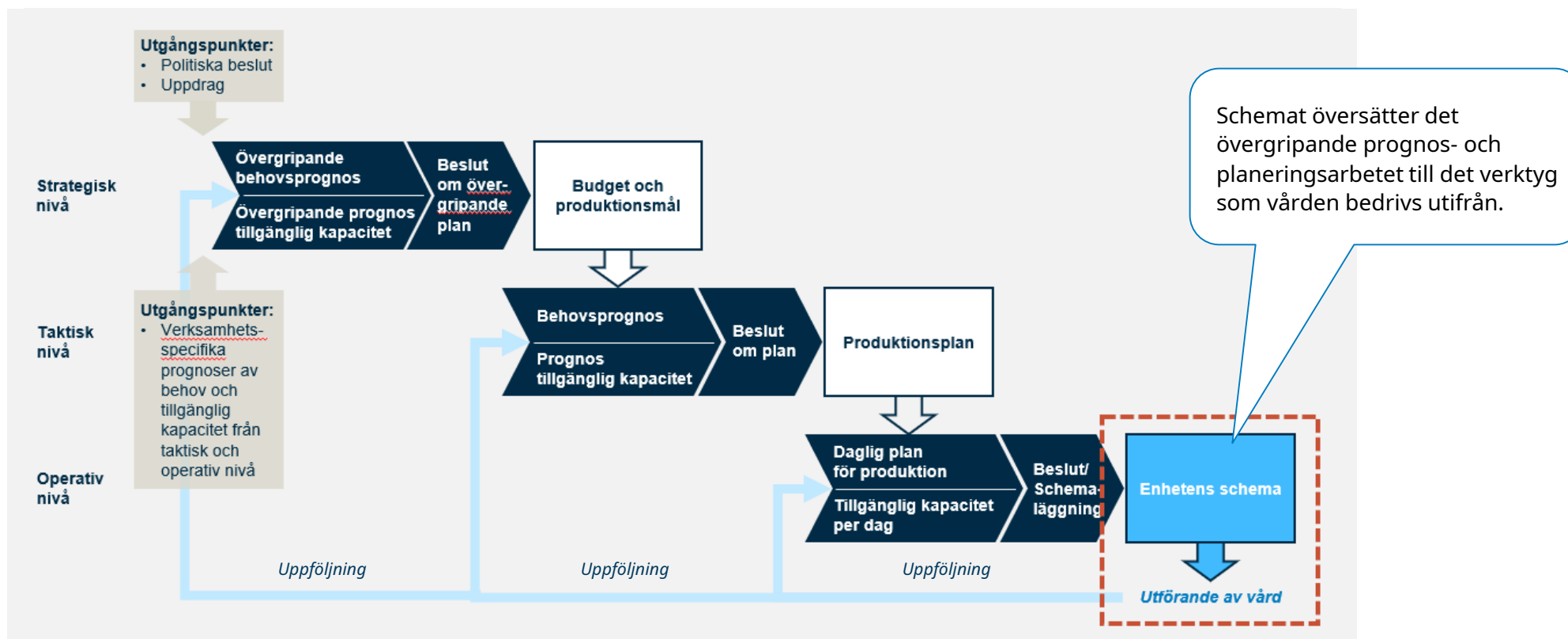
Stöden innehåller exempel från regioner och verksamheter.

Syftet är att konkretisera de metoder och arbetssätt som beskrivs. Exempelen utgör inte råd eller rekommendationer från Socialstyrelsen, utan ska ses som inspiration. Det finns många sätt att strukturera och genomföra de olika delarna i PKS. Begrepp och termer som används i exemplen kan skilja sig från hur Socialstyrelsen tillämpar dessa.

För definitioner av centrala begrepp, se stödet *Centrala begrepp inom produktions- och kapacitetsstyrning i vården – kapacitet och närliggande begrepp*.

Stöd för att skapa goda förutsättningar för schemaläggningen

Att omsätta det strategiska och taktiska planeringsarbetet till ett schema för vården är en uppgift för den operativa nivån. Det här stödet beskriver hur ni som är på taktisk nivå kan skapa rätt förutsättningar. Innehållet kan även vara relevant för er på operativ nivå. Stödet behandlar inte schemaläggningsmetoder eller arbetstidsmodeller.



Innehållsförteckning

1

Varför ett stöd om behovsbaserad schemaläggning?

Sidor 6-8

4

Källor

Sidor 21-22

2

Vad krävs för att vårdbehoven ska kunna sättas i centrum?

Sidor 9-16

3

Exempel från en verksamhet

Sidor 17-20

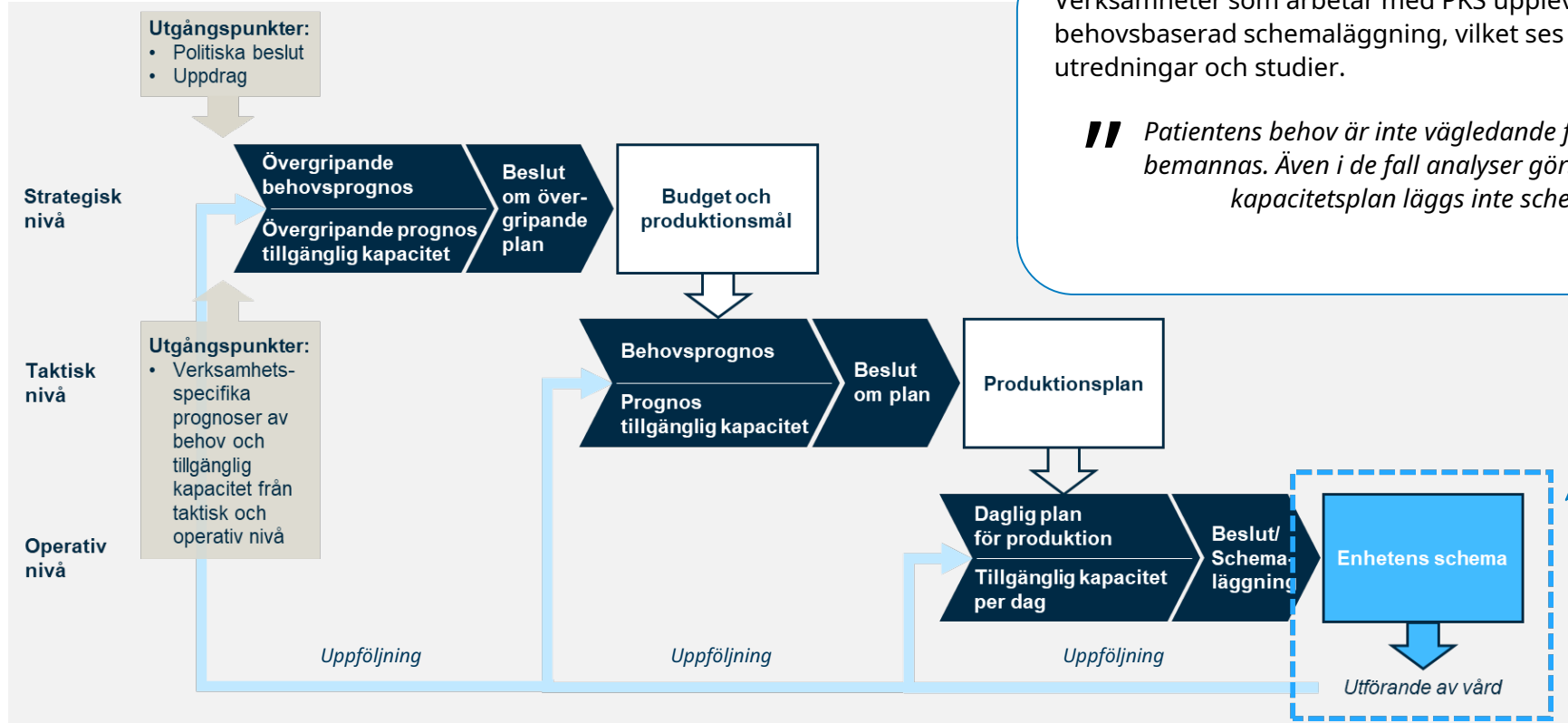
Varför ett stöd om behovsbaserad schemaläggning?

- ▶ *Schemat en avgörande länk i kedjan*
- ▶ *En uppgift full av målkonflikter*



Schemat är en avgörande länk i kedjan

Hur schemat läggs avgör till stor del vilken effekt PKS får i praktiken. Om det görs ”så som det alltid har gjorts” får nya analyser, arbetssätt, planer och mål inget verkligt genomslag i hur vården utförs.



Verksamheter som arbetar med PKS upplever ofta utmaningar med att få till en mer behovsbaserad schemaläggning, vilket ses både i Socialstyrelsens arbete och tidigare utredningar och studier.

“ Patientens behov är inte vägledande för hur verksamheten planeras och bemannas. Även i de fall analyser görs för att lägga en produktions- och kapacitetsplan läggs inte schemat utifrån dessa analyser

- Utredningen Effektiv vård, 2016 //

En uppgift full av målkonflikter

Schemaläggning kan vara svårt av många skäl. Verksamhetens behov är en av flera faktorer som påverkar hur schemat läggs på bästa sätt.

Lagar, regler och föreskrifter om arbetstid, dygnsvila, semester med mera

Patienternas behov och vikten av god tillgänglighet dygnet runt

Medarbetares önskemål och vikten av inflytande över sitt eget schema



Arbetsmiljö och hälsa; vikten av återhämtning

Vikten av flexibilitet

Vikten av framförhållning

Patientflödet som helhet och vikten av att undvika flaskhalsar i andra verksamheter

I ett arbete för en mer behovsbaserad schemaläggning kan dessa målkonflikter bli mycket tydliga. Särskilt när det krävs förändringar i arbetstider behövs en ödmjukhet inför andra viktiga perspektiv, och givet att det är ett område med ett starkt fackligt engagemang behövs tid och utrymme för dialog och förhandling.

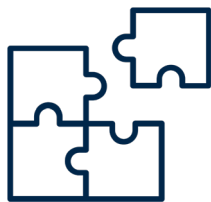
Vad krävs för att vårdbehoven ska kunna sättas i centrum?

- ▶ *Ledningen kan skapa rätt förutsättningar*
- ▶ *Säkerställ att pusslet går att lägga*
- ▶ *Skapa ett gemensamt engagemang för att nå produktionsmålen*
- ▶ *Ge förutsättningar för att bygga schemat i rätt ordning*
- ▶ *Utvärdera och förbättra*



Ledningen kan skapa rätt förutsättningar

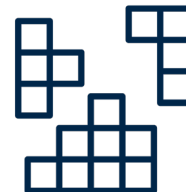
Det finns flera saker som verksamhetsledningen kan göra för att bidra till en behovsbaserad schemaläggning. I grunden handlar det om att säkerställa att schemapusslet faktiskt går att lägga, och att på olika sätt verka för en helhetsbild som ger patienternas behov störst plats.



Säkerställ att pusslet går att lägga, det vill säga att det är praktiskt möjligt att lägga schemat på ett sätt som både tar hänsyn till regler om arbetstid, dygnsvila, semester och annan frånvaro, och *samtidigt* möjliggör en produktion som uppnår satta planer och mål. Att prognosarbetet och balansering är nogsnamt utförda ger förutsättningar att lägga ett behovsbaserat schema.



Skapa ett gemensamt engagemang för att nå produktionsmålen. Att systematisera PKS-arbetet är till stor del en kulturresa. Det behövs ett aktivt arbete i verksamheten för att uppnå gemensamma utgångspunkter som gör att strategi, planering och uppföljning kan ta avstamp i en fördjupad förståelse för patienternas behov.

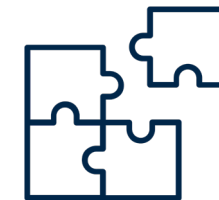


Ge förutsättningar för att bygga schemat i rätt ordning. Det som bokas in först kommer att få störst vikt i hur resursernas samlade tid optimeras. Det är därför bra att börja med medarbetarnas närvaro, inte frånvaro. Samtidigt måste medarbetarna få ha inflytande över sin egen planering och frånvaron är en viktig del i det, inte minst för dem som arbetar på obekväma arbetstid.



Följ upp hur väl schemat motsvarar lagd produktionsplan. Det här bör löpande följas av både operativ och taktisk ledning. Kommer planen att kunna nås med det schema som ligger? Vilka potentiella obalanser mellan inflöde och bemanning ses? En sådan uppföljning ger underlag för en dialog i verksamheten om hur schemaläggningen kan förbättras utifrån patienternas behov.

Säkerställ att pusslet går att lägga



I dagsläget är kapacitetsbehovet och den tillgängliga kapaciteten ofta inte i balans, och då går inte heller schemapusslet ihop. Det händer också att produktionsplanen inte brutits ner till en detaljnivå som går att översätta i ett schema.

En vanlig utmaning för schemaläggare är att det inte går att få ihop schemat på ett sådant sätt att planer uppnås eller behovet möts. Vanliga förklaringar är att ledningen på högre nivåer antingen inte varit medveten om den obalans som råder, eller inte funnit någon lösning på den men ändå slagit fast mål/planer. Ibland har det funnits en förhoppning om att kunna täcka obalans genom förbättringsarbeten. I den slutna vården kan det också handla om att planen inte på rätt sätt beaktar verksamhetens definierade bemanning per vårdplats.

Varje ledningsnivå har ett ansvar för att inte släppa vidare en olöst kapacitetsbrist till nästa nivå. Planer behöver vara realistiska och möjliga att uppnå utifrån dagens situation.

Taktisk nivå kan förbättra förutsättningarna genom att **säkerställa balans mellan kapacitetsbehovet och den tillgängliga kapaciteten**, med hänsyn tagen till arbetstider, frånvaro, forskningsuppdrag, intjänad kompensationsledighet, och andra arbetsuppgifter utanför patientnära vård.

Taktisk och operativ ledning behöver tillsammans säkerställa att **produktionsplanen uttrycks på ett sådant sätt att det går att översätta till ett schema**, eller att det finns kompletterande underlag som gör det. Dessa kallas ofta aktivitetsplan, aktivitetschema eller behovsmatrix. Om alla olika kompetenser och resurser som behövs kring en patient för en viss aktivitet utgår ifrån samma underlag vid schemaläggning, synkroniseras deras scheman kring patientens behov.

Exempel på aktivitetschema (rum till vänster och läkare till höger) som används för att uttrycka behovet.

	Mån	Tis	Ons	Tors	Fre
Rum 1 fm	övriga	övriga	övriga	övriga	övriga
Rum 1 em	övriga	övriga	övriga	övriga	
Rum 2 fm	allergi	allergi	allergi	allergi	allergi
Rum 2 em	övriga	övriga	allergi	allergi	
Rum 3 fm	diabetes	diabetes	diabetes	diabetes	diabetes
Rum 3 em	övriga	övriga	övriga	diabetes	
Rum 4 fm	gastro	gastro	gastro	gastro	gastro
Rum 4 em	gastro	gastro	gastro	neuro	
Rum 5 fm	neuro	neuro	kardio	kardio	kardio
Rum 5 em	neuro	neuro	kardio	kardio	

Station	Må	Ti	On	To	Fr	Lö	Sö
Jour natt	1	1	1	1	1	1	1
Jour helg						1	1
bakjour dag	1	1	1	1	1	1	1
Bakjour helg						1	1
Avd 1	2	2	2	2	2		
Avd 2	1	1	1	1	1		
Operation	3		2	1			
Mott. Höft fm		2					
Mott. Höft em		2					
Mott. Knä fm		3					
Mott. Knä em		4					
Studenthandledning	1		1				
Remissgranskning				1			
Admin	2	2	2	2	2		
Kompletdiga	2	2	2	2	2		

Källa: J. Brandt & M. Palmgren, Produktionsstyrning i sjukvård, 2015; Utbildningsmaterial, M. Palmgren, 2024

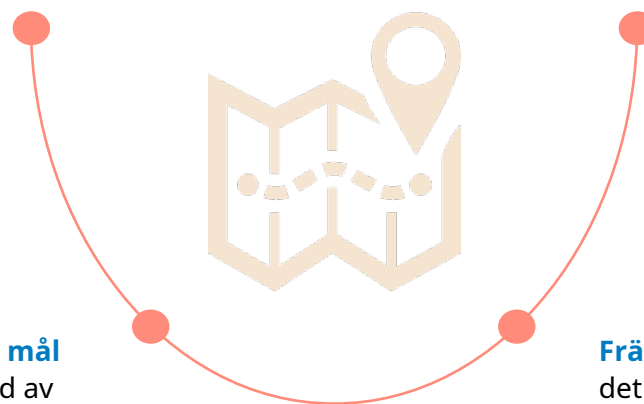


Skapa ett gemensamt engagemang för att nå produktionsmålen

Det är en process att skifta schemaläggningens utgångspunkter från medarbetares tillgänglighet till patienternas behov. Formella strukturer som berör arbetsvillkor och arbetsmiljö är grunden, men utan en gemensam bild av målen är det svårt att uppnå en reell förändring. Här beskrivs några processer som kan underlätta.

För kontinuerliga diskussioner kring behoven i verksamheten. Utifrån patienternas behov, vilka är våra allra mest prioriterade aktiviteter? Vilka måste vi prioritera att göra i tid för att undvika flaskhalsar längre ner i flödet? Vad har vi data på och var saknar vi data för att vi ska se behovsbilden som fullständig?

Bryt ner vad verksamhetens produktionsplan och mål innebär i alla enheter och flöden. Har vi samma bild av målen? Om inte, vilka data skulle kunna hjälpa oss att få gemensamma utgångspunkter? Att medarbetare deltagit i analyser i samband med produktionsplanen underlättar. Erfarenheter visar att den här diskussionen kan ha stor betydelse för att få till synkroniserade scheman i verksamheter med flera olika yrkesgrupper som lägger sina scheman separat.



Reflektera tillsammans utifrån utfallen. Att ha etablerat forum för det kan göra det lättare att testa nya sätt att lägga schema. Hur blev schemaläggningen under den senaste perioden? Har utfallen utvecklats så som vi förväntat oss? Vad fungerade bra och vad kan vi göra bättre nästa gång?

Främja idéskapande genom bra faktaunderlag. Om det är tydligt varför produktionsplanen är viktig, både för patienter och för medarbetare, finns ofta utrymme för medarbetargruppen att vara kreativ i att lösa schemat. Detta sker på operativ nivå. På taktisk nivå handlar det huvudsakligen om att ge uppdrag till enheter och stödja en god och faktabaserad dialog.

Överenskommelse inför uppstart av PKS-satsning

- Region Jönköping

Regionen har ett **uttalat mål** om att *"inom hälso- och sjukvården arbeta med kapacitets- och produktionsstyrning (KPS) på ett systematiskt och faktabaserat arbetssätt med verksamhetens planering, styrning och uppföljning utifrån invånarnas behov."*

Arbetsätten införs successivt i verksamheter med stöd av centrala resurser i regionen. Respektive direktör beslutar om vilka verksamheter som ska starta upp KPS-arbetet.

Inför uppstart i en verksamheten görs en skriftlig överenskommelse mellan sjukvårdsdirektören och verksamheten.

Överenskommelsen preciserar arbetets:

- mål,
- förväntningar,
- klinikens/enhetens arbetsgrupp,
- tidplan,
- uppföljning.

Innehållet utformas genom en **dialog med verksamhetens chefer och medarbetare** om vad man vill och behöver uppnå med KPS-arbetet.

Exempel på innehåll i en överenskommelse inför KPS-uppstart

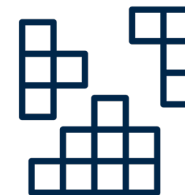
Vad ska åstadkommas (mål)?

- 80 % av nybesöken till sjuksköterska ska få en bokad kontakt inom 60 dagar. Detta ska som första delmål vara uppnått 1 juni 2022. Till 1 juni 2023 ska 90 % vara uppfyllt.
- 90 % av planerade återbesök till läkare ska få en bokad kontakt inom medicinskt måldatum. Detta ska vara uppnått 1 juni 2022.
- 85 % av patienter/närstående som söker kontakt via Tele Q ska få en uppringningstid inom 60 minuter under mottagningens öppettider. Detta ska vara uppnått 1 juni 2022.

Vad ska vara annorlunda när PKS-programmet går in i styrning/förvaltning?

- Att patienternas behov styr våra besökstider
- Att vi har likvärdiga krav på alla medarbetare, jämlikt för alla yrkeskategorier
- Att vi kan använda våra kompetenser på bästa sätt för att optimera vår kliniks kapacitet
- Att medarbetare ska ha en förståelse för helheten
- Individuell planering för varje patient. Ta ställning till uppföljning gällande behov, kontaktsätt och frekvens
- Att klinikens medarbetare aktivt arbetar med förändrings- och förbättringsarbete

Ge förutsättningar för att bygga schemat i rätt ordning




Det som rent praktiskt läggs in i schemat först kommer att få störst vikt i hur tiden optimeras. För att schemaläggaren ska kunna börja med de aktiviteter som är mest prioriterade utifrån patienternas behov behöver ledningen säkerställa gemensamma spelregler.

Exempel på frågor att diskutera i verksamheten och skapa spelregler kring:

- Hur mycket tid får gå till möten? Vilka dagar och tider kan de hållas?
- Hur mycket tid behöver gå till administration? Hur mycket ingår i mottagningstid och vad kan samlas ihop till samlade tider där patientinflödet är lägre?
- Vad gäller för utbildningar – hur fattas beslut om när i tid de kan läggas och hur många som kan delta?
- Vad gäller för semester och annan frånvaro? Hur får vi till en balans mellan önskemål och verksamhetens behov som medarbetarna är nöjda med? När ska ledighetsansökningar senast skickas in och när ska ansvarig chef ta ställning till dem?
- Framförhållning och stabilitet – hur lång tid i förväg ska scheman fastställas för att ge god framförhållning (inte för kort tid) och samtidigt vara stabilt utan förändringar (inte för lång tid)? Vem agerar om schemat är försenat?

Spelregler av den här typen kan förändra planeringen på taktisk nivå. Eftersom de påverkar den tillgängliga kapaciteten behöver de beaktas i balanseringen.



En känd optimeringsliknelse visualiserar hur utrymmet suboptimeras och de viktigaste komponenterna (stora stenar) inte får plats om utrymmet först fylls med de mindre viktiga sakerna (sand).

Generell önskvärd ordning för schemaläggning:

1. Börja med det **verksamhets- och tidskritiska**; det som inte går att flytta på eller som är tidskritiskt för andra yrkesgrupper eller aktiviteter i flödet. Detta handlar ofta om jourer och schemarader för akuta besök utifrån prognosen av patientinflödet, men kan också vara en viss utbildning eller forskningsaktivitet som bara finns tillgänglig vid ett tillfälle.
2. Lägg därefter in de aktiviteter som utifrån patienternas behov är **högst prioriterade men inte lika tidskritiska**. Det kan exempelvis vara operation och mottagningsbesök utifrån produktionsplanen.
3. Lägg därefter in aktiviteter som är **viktiga för verksamheten men inte tidskritiska ur patienternas perspektiv**, t.ex. forskning, administration, möten, utbildningar, frånvaro samt tid för verksamhetsutveckling och dylikt.

Utvärdera och förbättra



Den taktiska nivån kan ytterligare bidra till processen genom att stödja operativ ledning i att utvärdera och förbättra arbetssätten för behovsbaserad schemaläggning.

Följ upp hur väl schemat motsvarar produktionsplanen framåt:

- Är det möjligt att uppnå produktionsplanen med schemat som ligger?
- Finns buffert för att klara sjukluckor o. dyl.?

Diskutera hur det kan bli enklare att lägga schema utifrån produktionsplanen:

- Kan planer/mål uttryckas på andra sätt för enklare översättning till schema?
- Behöver prognoser och balansering göras mer detaljerade för att säkerställa balans i alla perioder?
- Hur kan vi säkerställa att schemaläggare informerar operativ ledning när pusslet inte går att lösa, och att taktisk nivå involveras vid behov?

Vid avvikelser – vad beror de på?

- Vilka förklaringar finns till att patienter och medarbetare bokas in på ett annat sätt än vad som överenskommits?
- Vilka spelregler behöver bli tydligare? Vilka interna överenskommelser behöver vi justera?
- Vilka faktaunderlag behöver vi för att stärka den gemensamma synen på prioriterade aktiviteter?

Utvärdera efter en eller ett par schemaperioder:

- Hur kan processen förbättras till nästa gång?
- Hur kan ledningen på taktisk nivå stödja en förbättrad process?

J. Brandt och M. Palmgren. Produktionsstyrning i sjukvård

Utdrag ur kapitlet "Schemaläggning"

Medarbetardelaktighet kontra chefs ansvar

Om medarbetarna ska bli nöjda med schemat är det nödvändigt med delaktighet i schemaprocessen. **Tyvärr har många chefer i vården tolkat "delaktighet" som att ansvaret helt och hållet läggs på medarbetarna.**

Det enklaste sättet att komma ifrån "spelsituationen" som kan uppstå när medarbetarna får ansvar för processen är att ha en öppen och transparent process som bygger på ärlighet och dialog, och som leds av chefen och med hjälp av basala IT-stöd.

Om varje medarbetare ska känna ansvar i schemaläggningen kan inte gruppen som ska schemaläggas bestå av exempelvis 100 personer, utan gruppstorleken måste minska. Det finns olika exempel på hur detta görs i praktiken: Uppdelning i sektioner eller mindre enheter, eller uppdelning i team med tydliga ansvarsområden och produktionsmål.

Schemaläggningen är matematiskt komplex

Komplexiteten i schemaläggningen har länge intresserat forskare inom matematik och datateknik. **Om man lyssnar på vad chefer och schemaläggare i vården klagar på, så är det dock egentligen inte den matematiska komplexiteten, utan mer de "mjuka" frågorna om missnöjda medarbetare och om hur man får medarbetarna att arbeta under obekväma tider.** Frågorna handlar oftast om ledningssystem, inte om matematik. Tydlighet från ledningen i form av rätt beslut på rätt nivå skulle underlätta avsevärt.

Detta görs genom att följa ordningen i produktionsplaneringsprocessen: volymplanering, kapacitetsplanering och aktivitetsplanering*, innan det är dags för schemaläggningen. **När processen inte följs, så skjuter ledningen ner alla problem till schemaläggaren som förväntas lösa flera problem samtidigt - därav den upplevda extrema komplexiteten.**

Schemaläggningsprinciper:

Det finns idag flera lyckade exempel på schemaläggningsmetoder som kan passa olika typer av verksamheter. Alla dessa metoder bygger på ett antal gemensamma principer enligt nedan:

1. Medarbetarna måste vara införstådda med systemkomplexiteten: Alla medarbetare på en klinik är beroende av varandra och en persons schema påverkar en annans.
2. Lojalitet och en fokusering på gemensamma mål för alla medarbetare på kliniken.
3. Transparens i schemaprocessen, och ärlighet i vilka önskemål som medarbetarna har
4. Tydligt och modigt ledarskap, utan rädsla att sätta gränser
5. Tydliga spelregler som gruppen är överens om
6. Tydligt behov: Arbetet med volymplanering och långsiktig kapacitetsplanering måste vara korrekt genomfört
7. Medarbetarna måste vara delaktiga i schemaläggningsprocessen

* Detta motsvarar framtagandet av en produktionsplan, samt nedbrytningen av denna till en aktivitetsplan/behovsmatris, i Socialstyrelsens processbeskrivningar.

Exempel från en verksamhet



Behovsbaserad schemaläggning inom primärvården (1/3)

- Region Jönköping, Eksjö vårdcentral

När PKS-arbetet påbörjades på Eksjö vårdcentral – den första vårdcentralen i Region Jönköping att implementera PKS – blev det snabbt tydligt att det fanns en **stor variation i hur tider bokades in** samt en **obalans i läkarnas administrationstid och patientinflödet**. Utifrån medarbetarnas preferenser schemalades mycket av administrationstiden tidigt i veckan, trots att inflödet av patienter var som högst på måndagar och tisdagar.

Inom ramarna för PKS-arbetet togs en produktionsplan fram som lade grunden till schemaläggningen framåt. Genom att **analysera och diskutera behoven i verksamheten och data kring administrationstid** beslutade verksamheten att minska administrationstid på måndagar och tisdagar till ett minimum och istället öka antalet akuta* tider dessa dagar.

I samband med detta nådde verksamheten också en **överenskommelse om att fullt ut använda de olika besökstyperna så som avsett**. Tider avvarade för bokningar samma dag skulle inte användas till administration, och tider avvarade för administration skulle inte användas för patientbesök. Längre block bröts upp till halvtimmespass för ökad tydlighet, och man kom överens om **vad som generellt skulle hinnas med på en halvtimmes patientbesök**. Man kom också överens om att i **större utsträckning ta emot patienter på akuta tider** snarare än boka in dem längre fram i tiden. Alla **bokningsbara tider schemalades så att schemat låg strax över nivåerna angivna i produktionsplanen**, med tolv veckors framförhållning.

* Med akut tid avses här tid som kan bokas samma dag

** Övriga tider är gråmarkerade i detta metodstöd, i syfte att framhäva förändringar avseende administrativ tid och tid för patientbesök

■ Administrationstid
 ■ Akuta tider
 ■ Tider för bokade patientbesök**

Bilderna illustrerar fördelningen mellan administrativ tid och patientbesök i standardschemat för en medarbetare på vårdcentralen, före (övre bilden) och efter (nedre bilden) förändringarna.

I den nedre bilden har antalet tider för såväl bokade som akuta besök ökat, främst på måndagar och tisdagar då patientinflödet är störst. Administrationstiderna har blivit färre, men avsikten är att patientbesöket ska rymma merparten av den därtill kopplade administrationen.

må	ti	on	to	fr
07.45-08.00	07.45-08.00		07.45-08.00	07.45-08.00
08.00-09.30	08.00-09.30	10.00-10.30	08.00-10.00	08.00-09.30
09.30-09.50	09.30-09.50	10.30-12.00	10.00-11.00	09.30-09.50
09.50-10.00	09.50-10.00	12.00-13.00	11.00-12.00	09.50-10.00
10.00-12.00	10.00-11.00	13.00-14.00	12.00-13.00	10.00-10.30
12.00-13.00	11.00-11.40	14.00-15.00	13.00-14.00	10.30-11.30
13.00-13.30	12.00-13.00	15.00-15.15	14.00-15.00	11.30-12.00
13.30-15.00	13.00-14.00	15.15-15.30	15.00-15.15	12.00-12.20
15.00-15.15	14.00-15.00	15.30-16.30	15.15-15.30	
15.15-16.15	15.00-15.15	16.30-17.00	15.30-16.30	
16.15-16.30	15.15-15.30	17.00-17.20	16.30-17.00	
16.30-17.00	15.30-16.00		17.00-17.20	
17.00-17.20	16.00-17.00			
	17.00-17.20			

må	ti	on	to	fr
07.30-07.45	07.30-07.45	07.30-07.45	07.30-07.45	07.30-07.45
07.45-08.00	07.45-08.00	07.45-08.00	07.45-08.00	07.45-08.00
08.00-08.30	08.00-08.30		08.00-08.30	08.00-09.30
08.30-09.00	08.30-09.00	10.00-10.30	08.30-09.00	09.30-10.00
09.00-09.30	09.00-09.30	10.30-11.00	09.00-09.30	10.00-10.30
09.30-10.00	09.30-10.00	11.00-11.30	09.30-10.00	10.30-11.00
10.00-10.30	10.00-10.30	11.30-12.00	10.00-10.30	11.00-11.30
10.30-11.00	10.30-11.00	12.00-13.00	10.30-11.00	11.30-12.00
11.00-11.30	11.00-11.30	13.00-13.30	11.00-11.30	
11.30-12.00	11.30-12.00	13.30-14.00	11.30-12.00	
12.00-13.00	12.00-13.00	14.00-14.30	12.00-13.00	
13.00-13.30	13.00-13.30	14.30-15.00	13.00-13.30	
13.30-14.00	13.30-14.00	15.00-15.15	13.30-14.00	
14.00-14.30	14.00-15.00	15.15-15.30	14.00-14.30	
14.30-15.00	15.00-15.15	15.30-17.00	14.30-15.00	
15.00-15.15	15.15-15.30		15.00-15.15	
15.15-15.30	15.30-17.00		15.15-15.30	
15.30-16.00			15.30-16.30	
16.00-16.30				
16.30-17.00				

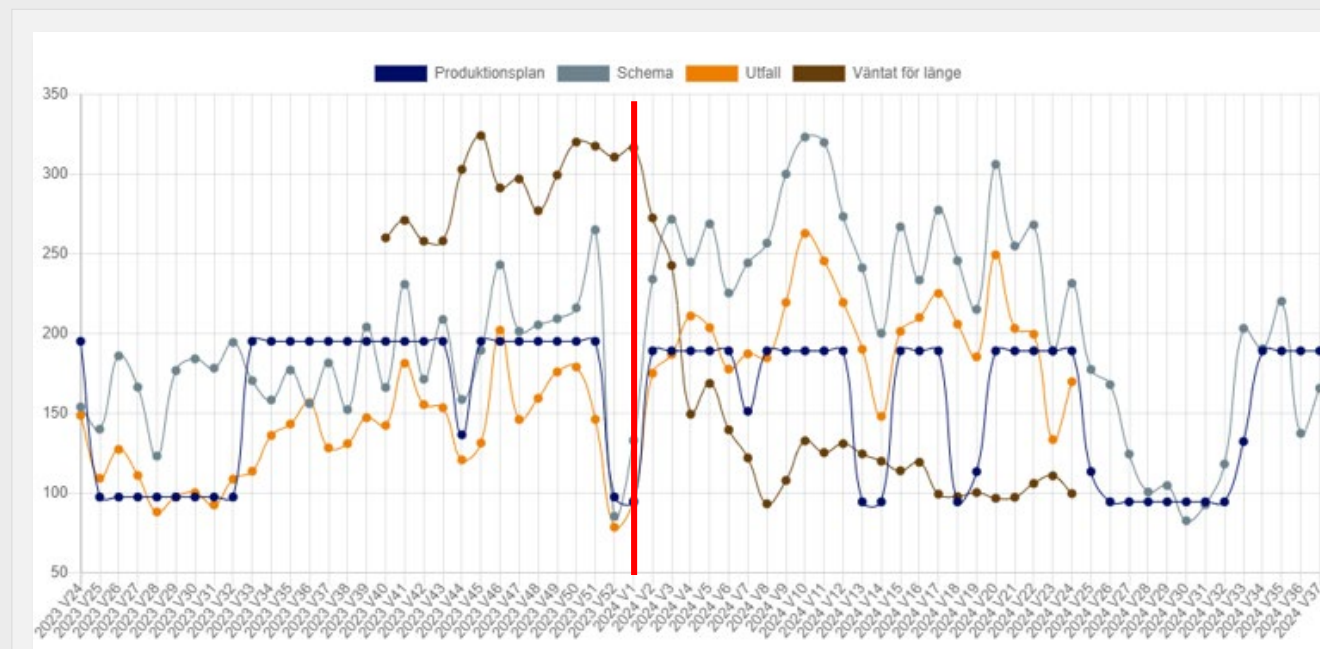
Behovsbaserad schemaläggning inom primärvården (2/3)

- Region Jönköping, Eksjö vårdcentral

PKS-arbetet gav snabbt effekt och för perioden januari-april 2024 kunde Eksjö vårdcentral konstatera nedan resultat, jämfört med samma period 2023:

- Ökat antal akuta tider på måndagar och tisdagar från 12 till 45 stycken
- Ökat antal genomförda läkarbesök med ca 500, eller 8 procent (av antalet besök motsvarande period 2023), med i stort sett samma resurser
- Ökad tillgänglighet* från 70 procent till 95 procent
- Minskad personalomsättning från 22 procent till 1,2 procent

Därtill reducerades väntelistan kraftigt under första halvan av 2024. Exempelvis gick antalet väntande till läkare från 600 till 165 mellan vecka 2 och vecka 24.



Bilden ovan illustrerar resultatet av Eksjö vårdcentralens PKS-arbete, vilket påbörjades vid det röda strecket. Efter markeringen ökar antalet schemalagda tider (grå linje) i förhållande till produktionsplanen (blå linje) och utfallet (orange linje) blir högre. Som konsekvens av detta ses en drastisk minskning i antalet patienter som väntat för länge (brun linje).

* Mätt som andel medicinska bedömningar gjord inom tre dagar av legitimerad personal

Behovsbaserad schemaläggning inom primärvården (3/3)

- *Region Jönköping, Eksjö vårdcentral*

Inför PKS-arbetet gjorde verksamhetschefen om ledningsstrukturen och bildade en ny ledningsgrupp bestående av representanter från samtliga yrkesgrupper, med en **målbild om att skapa bättre förutsättningar för förändring** i verksamheten. Ledningsgruppen tillsammans med representanter från HR, Ekonomi och chefsläkare hade beslutsmandat och styrde PKS-arbetet i verksamheten.

Under PKS-arbetets gång har Eksjö vårdcentral konstaterat flera viktiga framgångsfaktorer, bland annat:

- **Skapa förutsättningar för medarbetarna att engagera sig i förbättringsarbetet.** I detta fall gjordes detta genom att bilda en ny ledningsgrupp bestående av representanter som verksamheten valde själva.
- Ett framgångsrikt PKS-arbete kan innebära en stor förändring där många saker måste ske samtidigt, vilket kan skapa oro och motstånd i verksamheten. Här krävs **ett lugnt och tryggt ledarskap som jobbar systematiskt** och håller i arbetet hela vägen genom förändringen.
- Data är en central komponent i förändringsarbetet, både för att kunna säkerställa **faktabaserade diskussioner när åsikterna inom verksamheten går isär**, och för att kontinuerligt följa upp hur arbetet rör sig framåt.

” Även om det blir rörigt tror jag man måste jobba med alla förbättringar parallellt. Det är som en bandvagn med många små hjul – alla måste snurra samtidigt för att vi ska komma upp för backen. Men nu har vi nått krönet, nu blir det snart lättare. ”

Källor

4

Källor

- Brandt J, Palmgren M. Produktionsstyrning i sjukvård. Lund: Lyxo; 2015.
- Intervjuer med verksamhetsrepresentanter som arbetar med PKS
- Konvoj. Hur fungerar egentligen schemalaggningsen inom vård och omsorg? [Internet]. Konvoj AB; 2022. Hämtad från: <https://survey.konvoj.io/>
- Region Skåne. Region Skånes system för produktionsstyrning – modell, arbetssätt och definitioner. Kristianstad: Koncernkontoret – avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning; 2024.
- Rosenbäck R. Produktionsstyrning i sjukvården – en väg framåt. Lund: Studentlitteratur; 2017.
- Socialstyrelsen. Plats för vård - Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024. 2024-5-9098.
- Socialstyrelsen. På väg mot en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023. 2023-10-8814.
- Socialstyrelsen. Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023. 2023-5-8573.
- Socialstyrelsen. Stöd till regioner för produktions- och kapacitetsstyrning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024. 2024-4-9014.

