



Rapport

Genomlysning av Region Jämtland Härjedalens område Kirurgi-Ögon-Öron

HCM Health Care Management
november 2016

Rolf Bowin

Ted Leinsköld

Björn Ljung

1	Inledning	3
2	HCM:s genomförande av uppdraget	3
2.1	Modell och arbetssätt	3
3	Beskrivning av nuläge och identifiering av problem	6
3.1	Inledning	6
3.2	Gränssnitt mot andra verksamheter	6
3.3	Organisation och bemanning	7
3.4	Beskrivning av dagens elektiva kirurgprocess	8
3.5	Några jämförelser mellan Östersunds sjukhus och riket	17
3.6	Sammanfattande problembild	18
4	Etablering av en modell - organisatoriska utgångspunkter	19
4.1	Processororientering	19
4.2	Samverkande Mikrosystem	19
4.3	Patienteffektiva vårdprocesser	20
5	VÄGEN TILL EN PATIENTPROCESSORIENTERAD SJUKVÅRD	22
5.1	Workshops samt djupintervjuer med personal	22
6	Förslag till optimala patientprocesser	23
6.1	Inledning	23
6.2	Några inledande reflektioner	23
6.3	Förslag	24
7	Utvecklingspaket i ett tidsperspektiv	26
7.1	Några bärande principer	26
7.2	Förändringar som är möjliga att uppnå på kort sikt	27
8	Uppskattade kostnadsreduceringar	28
8.1	Besparingspotential i siffror	28
9	En sammanfattande aktivitetsplan för genomförande	29
	Bilaga 1	30

1 Inledning

Region Jämtland Härjedalen har etablerat en övergripande långsiktig handlingsplan för att utveckla Regionens vård och omsorg till att bli mer patientcentrerad och ekonomiskt effektiv med fortsatt hög kvalitet. Efter en lång tid med stora ekonomiska underskott börjar man se ett trendbrott i utvecklingen där nettokostnadsökningen har börjat minska.

Regionstyrelsen har identifierat ett behov av att ytterligare öka hastigheten i effektiviseringsarbetet inom vissa kostnadsdrivande verksamheter. För att detta ska vara möjligt krävs bland annat en mer djuplodande genomlysning av den kirurgiska verksamheten med förslag till detaljerade åtgärder.

Region Jämtland Härjedalen har i anslutning till ovanstående bett HCM Health Care Management (HCM) att genomföra denna djuplodande genomlysning av område Kirurgi-Ögon-Öron och komma med förslag på åtgärdsplan för att uppnå en ekonomi i balans inom verksamheten. Viktiga frågeställningar i en sådan genomlysning är bl a följande:

1. Är organisationen effektiv för styrning och ledning? Hur kan ledarskapet i första linjen och mellan verksamheter utformas och utvecklas?
2. Hur kan man skapa en optimal verksamhetsstruktur inom och mellan andra verksamheter i Regionen?
3. Hur kan regionsjukvården utnyttjas på ett mer optimalt sätt?
4. Hur kan ledarskapet utvecklas?
5. Hur ska verksamheten åstadkomma en nettokostnadsminskning motsvarande 12-13% för att sänka kostnaden med 50-60 miljoner?

Genomlysningen ska särskilt betona följande inom verksamheten.

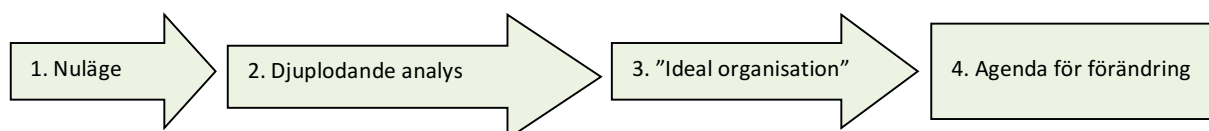
1. Ledning och styrning av hela område kirurgi innefattande ledningsstruktur, kommunikation, kultur, delaktighet, mandat, ansvar och befogenheter.
2. Allmänkirurgins verksamhet; graden av slutenvård, poliklinisering, nivåstrukturering samt kvalitet beaktande nationella riktlinjer och öppna jämförelser.
3. Ögon- och Öron-verksamheterna genomlyses övergripande.
4. Arbetssätt vid kirurgiska kliniken såsom; standardiserade vårdförlopp, arbetsmoment och ansvarstagande för arbetssätt vid operationer. Ansvar och roller vid planering och genomförande av operationer, flöden, ställtider m m.
5. Flöden som skapar värde för patienterna.
6. Bemanning; kompetensförsörjning, bemanningsmål. Vem gör vad och när?

2 HCM:s genomförande av uppdraget

2.1 Modell och arbetssätt

Arbetet har strukturerats i ett antal olika steg. Efter en systematisk kartläggning av nuläget genomförs en fördjupades analys stegvis med hjälp av externa jämförelser till en konkret bild av den "ideala organisationen" och förslag till förbättringar som tar hänsyn till de regionala förutsättningarna.

De olika stegen är schematiskt följande:



2.1.1 Nulägesorientering och förstudie

För att förstå och sätta sig in i verksamheten på ett djupare plan genomfördes en nulägesorientering som dels gav en helhetsbild och dels en förståelse för detaljer. En serie workshops och djupintervjuer skapade den rätta insikten i de problem och möjligheter som kirurgkliniken står inför. Upplägget var sådant att diskussionerna skulle leda till självinsikt och nyorientering bland de nyckelpersoner som deltog. Detta steg är viktigt för en framtida implementering så att ett "ägarskap" etableras.

Det är viktigt att påpeka att den breda och djupa kunskap från personalen om de problemområden som existerar inom kliniken, samt en insikt om lösningsförslag har givit utredarna den nödvändiga kunskap som är en förutsättning för att de förslag till förbättringar som presenteras senare i rapporten ska vara realistiska och genomförbara i Östersund.

Djupintervjuer – ett viktigt komplement i första steget

Ett 30-tal djupintervjuer genomfördes under våren försommaren 2016 med verksamhetsansvariga, enhetschefer samt nyckelpersoner från vårdavdelningar, operationsplanering, operationsavdelning, kirurgkliniken mottagningar, anestesiläkare, anesthesisjuksköterskor samt kirurger. Intervjuer genomfördes även med personal från akutavdelningens kirurgiverksamhet. De flesta intervjuer genomfördes innan den första workshopen.

Exempel på frågor som diskuterades under dessa djupintervjuer var bland annat:

- Sammansättning av operatörer. Minimalinvasiv-/öppen kirurgi? Dagkirurgi?
- In- och utskrivningsprocesser?
- Hur arbetar avdelningen? Uppdelning? Framförhållning? Disciplin till schema?
- Hur delas uppgifterna ut? Med vilken framförhållning kan mottagningschema läggas? Semestrar? Investeringar? Avskrivningar? Vem äskar pengar till utrustning?
- Hur tänker man postoperativt? Mobilisering? Smärtlindring? Postoperativ belastning (när kan patienten äta)?
- Samarbete omgivning på sjukhuset, med primärvården? Med Storsjögläntan, rehabiliteringskliniken, utskrivningsprocessen i övrigt?
- Inbyggda problem som stuprörstänk vs horisontellt tänk.
- Viktiga frågor som ramlar mellan stolarna? Standardisering av arbetsätt? Standardisering av kirurgi?

Workshop 1

Workshop 1 genomfördes med mottagningspersonal, driftledare och koordinatörer på sjuksköterskenivå (ej läkare) från anesthesi, kirurgi samt operationsplanerare.

Målet med denna första workshop var att identifiera ett antal olika problemområden som medarbetare ser som flaskhalsar i det dagliga arbetet. Viktiga områden som identifierades var följande:

- Patientens väg från mottagning via avdelning till operationssal och via postop. tillbaka till avdelning (mottagning, avdelning, anesthesi, operation, postop, avdelning – koordinering, planering)
- Förberedelse av patient (avdelning, anesthesi, operation)
- Lordningställande och arbete på operationssal (anesthesi, operation)
- Utbildning av personal

Patientens väg – upplägg workshops

Nulägesanalys

- Flödesschema som beskriver nuläget. Patientens väg från mottagning, planering, åtgärd och till avdelning eller hem

Flaskhalsar

- Var uppstår problem i dagens flöden?

Åtgärder

- Vilka rutiner och strukturer behövs för att undvika dessa problem?

Prioritering

- Vilka förändringar ger störst effekt?

Workshop 2

Målet med denna andra workshop var att fördjupa kunskapen omkring ett antal olika problemområden som kom fram ur djupintervjuer samt från workshop 1.

- Deltagare: Sjuksköterskor från anestesi samt operation, samma som WS-1. Tillkommer anestesiläkare samt kirurger, operationskoordinatorer och operationsplanerare
- Utgår från resultatet från WS-1 samt djupintervjuer. Upplägget liknande WS-1

Workshop 3

Syftet med den avslutande workshopen var att prioritera och ytterligare analysera problemområden som uppmärksammats från WS 1 och 2 samt ur ett framtidsorienterat perspektiv skapa lösningar, som är nödvändigt för delaktighet och ägande för att implementeringen av fastställda åtgärder ska kunna ske enligt plan. Flödet från akutmottagningen lyftes som en enskild punkt.

Viktiga problemområden som listades se kapitel 5.1 Problemområden och förslag till förbättringar från workshops med personal.

2.1.2 Analys av verksamheten för att kunna konstruera ett förslag till bästa/optimal verksamhetsmodell

Utifrån studier av dels nuvarande verksamhet inom Region Jämtland Härjedalen (steg 1), dels erfarenheter av andra sjukhus, genomfördes ett analysarbete med syfte att konstruera en modell med fokus på effektivitet vad gäller kundvärde, ekonomi, arbetssätt och styrning. Denna modell tjänar som utgångspunkt för att identifiera åtgärder som är verkningsfulla i ett implementeringsskede.

Sammanfattningsvis var följande punkter i fokus under analysfasen:

- ✓ Funktionsbunden planering
- ✓ Kompetens
- ✓ Struktur
- ✓ Flöden, inklusive utskrivningsprocess
- ✓ Horisontellt tänk som motverkar stuprör
- ✓ Vårdtider

Genom att konstruera denna "ideala modell" kan verkliga effektivitetspotentialer och därmed kostnadsreduceringar identifieras. Dessa effektivitetspotentialer är lättare att förstå om ett *systemperspektiv* används som analysgrund och inte enbart analys av enskilda delar i verksamheten vilket ofta genererar mer begränsade förbättringsförslag. Våra erfarenheter är att en övergripande systemanalys av verksamheter förbättrar förutsättningarna att åstadkomma kostnadseffektiviseringar samtidigt som kvalitet kan bibehållas eller öka.

I detta steg utfördes också en validerad bedömning av vilka effektivitetspotentialer som är möjliga att hämta in och som kan bli bestående för verksamheten. Detta gäller även förslag till hur verksamheten kan organiseras.

3 Beskrivning av nuläge och identifiering av problem

3.1 Inledning

Kirurgverksamheten i Östersunds sjukhus är idag organiserad i huvudsak i följande områden:

Allmän kirurgi, urologi, ögon, öron, syn- och hörselrehabilitering, onkologimottagning och Storsjögläntan.

3.2 Gränssnitt mot andra verksamheter

Den kirurgiska verksamheten är en del av en process för patienter med besvär som diagnosticeras som kirurgiska åkommor. Kirurgkliniken är beroende av/gränsar till en rad andra verksamheter inom hälso- och sjukvården. Det är akutmottagningen, ambulansen, olika fastighets- och servicetjänster som sängar, transporter, vaktmästartjänster mm, primärvården, rehabiliteringen, utomlänsvården, övriga kliniker vid sjukhuset, laboratorie- och röntgenverksamheterna.

3.3 Organisation och bemanning

Område	Enhet	Arbetsplats	Antal anställda som arbetar >50% under mätperioden (v46-47)	
Kirurgi, ögon,	Kirurgen	Läkare Kirurgi	39	
		Kirurgi gemensamt		
		Sekreterare kirurgi	19	
		Inskrivning kirurgi/dagvård	8	
		Kirurgmottagning	22	
		Endoskopimottagning	11	
		Avdelning 211 urologi, ögon och öron	39	
		Uroterapimottagningen	2	
		Avdelning 413 kirurgi	39	
		Avdelning 213 kirurgi/Stomi	36	
		Kuratorer kirurgi	3 s(amt en som arbetar 25%)	
		Onkologimottagningen	9 (samt 2 st Tjänstlediga)	
		Stomimottagningen	1	
		Storsjögäntan	9	
		Syn- och hörselrehabilitering	Hörcentralen	22
			Syncentralen	10
		Öron	Logopedmottagning	3
			Öron- näsa- halsmottagningen	19
			Läkare öron	12
		Ögon	Ögonmottagningen	17
			Läkare ögon	7 (samt 4 på fp,sem,randn)
			Sekreterare ögon	10

Gulmarkerade arbetar tillsammans

Fördelningen av läkarresurserna ser ut som följande per den 30 september 2016:

På kliniken arbetar totalt 43 läkare (23 specialister, 10 ST-läkare, 4 vikarierande underläkare samt vanligen 6 AT-läkare).

Kärl: Fyra läkare är inriktade mot kärl varav en är senior, snart pensionär och kommer in via sitt bolag vissa veckor. Två är kärlspecialister (deltid ca 75-80%). En allmänkirurg som nu gör ST i Kärlkirurgi (100 %).

Övre gastrointestinal kirurgi (ÖGI): Tre arbetar i huvudsak mot ÖGI varav en som kommer in vissa veckor och sköter gastric bypass (GBP)-verksamheten, två (100 %) där båda sköter ERC – endoskopisk retrograd choledochoskopi med gallstas (ERC) samt stentar men i övrigt har specialintressen inom gallkirurgi och ventrikelkirurgi.

Nedre gastrointestinal kirurgi (NGI): Fem specialister är inriktade inom NGI. En av dem är pensionär och kommer in vissa veckor. En (30 %) i övrigt lektorat, två (100 %) samt en (75 %). Samtliga koloskoperar, två av dem opererar laparoskopisk colonkirurgi. En proktolog (75 %) i övrigt forskning.

Barn och plastik: Två specialister med plastik och barn som inriktning (20 % respektive 50 %).

Bröst och endokrin: Fyra är inriktade mot bröstkirurgi, varav en (50 %) är pensionär, en (30 %) i övrigt lektorat. Två av dessa specialister kan även operera halsar och en kan koloskoperas.

Urologi: Fyra specialister varav en jobbar deltid (50 %) och en även forskar (50 %). Två ST inom urologi (100 %) varav en är snart klar.

Läkare under utbildning: Åtta ST inom allmänkirurgi, varav två är höggravida och är sjukskrivna inför förlossning. En är färdig specialist i december.

Läkare under allmäntjänstgöring: Fem till sex nya AT, förnyas var 3:e månad.

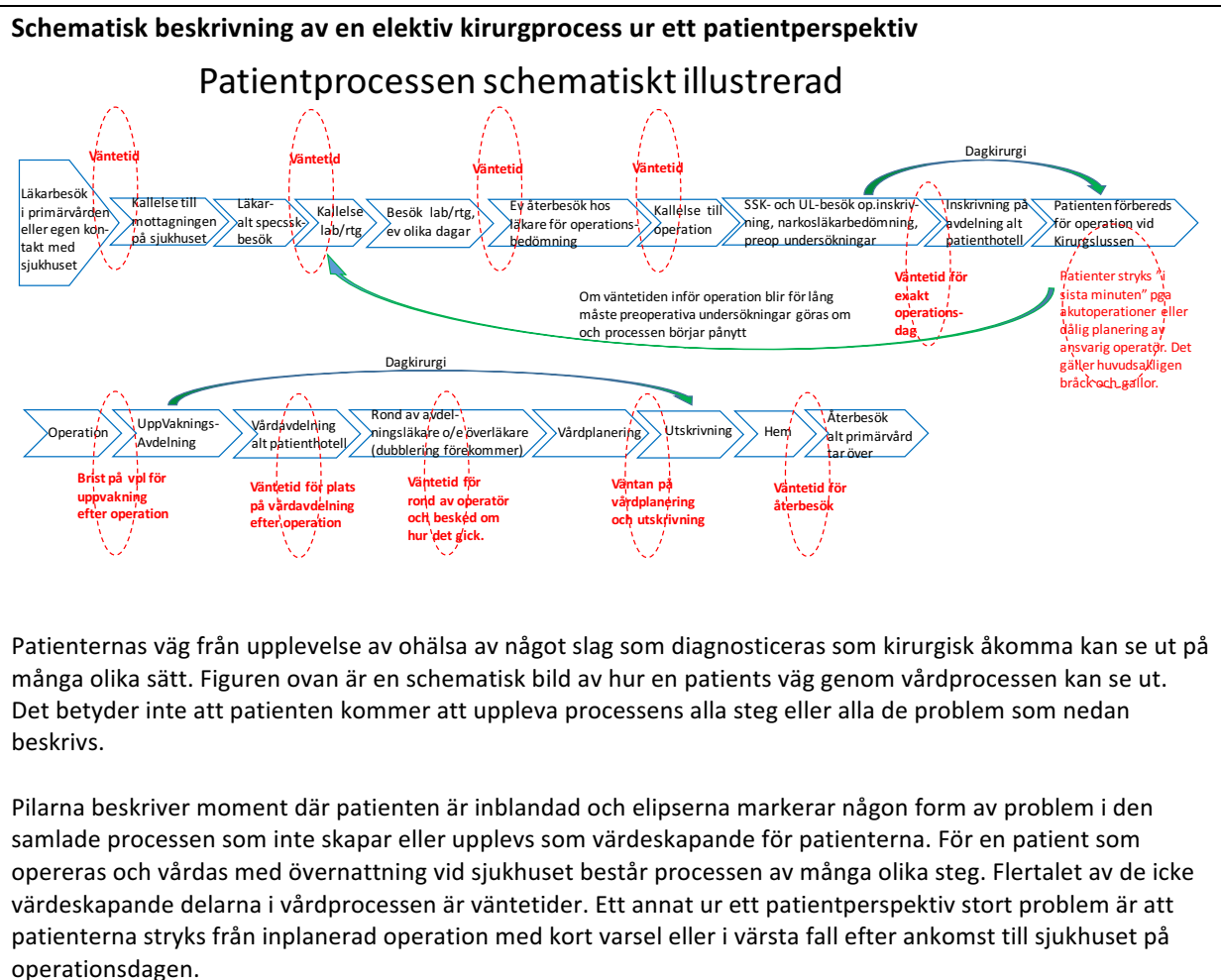
Vikarierande underläkare: Fyra vikarierande underläkare varav tre är före AT och en är efter AT.

Gastroskopi: Samtliga utom vikarierande underläkare, AT och ST i urologi kan gastroskopera.

3.4 Beskrivning av dagens elektiva kirurgprocess

3.4.1 Beskrivning av patientfokuserat flöde som utgångspunkt

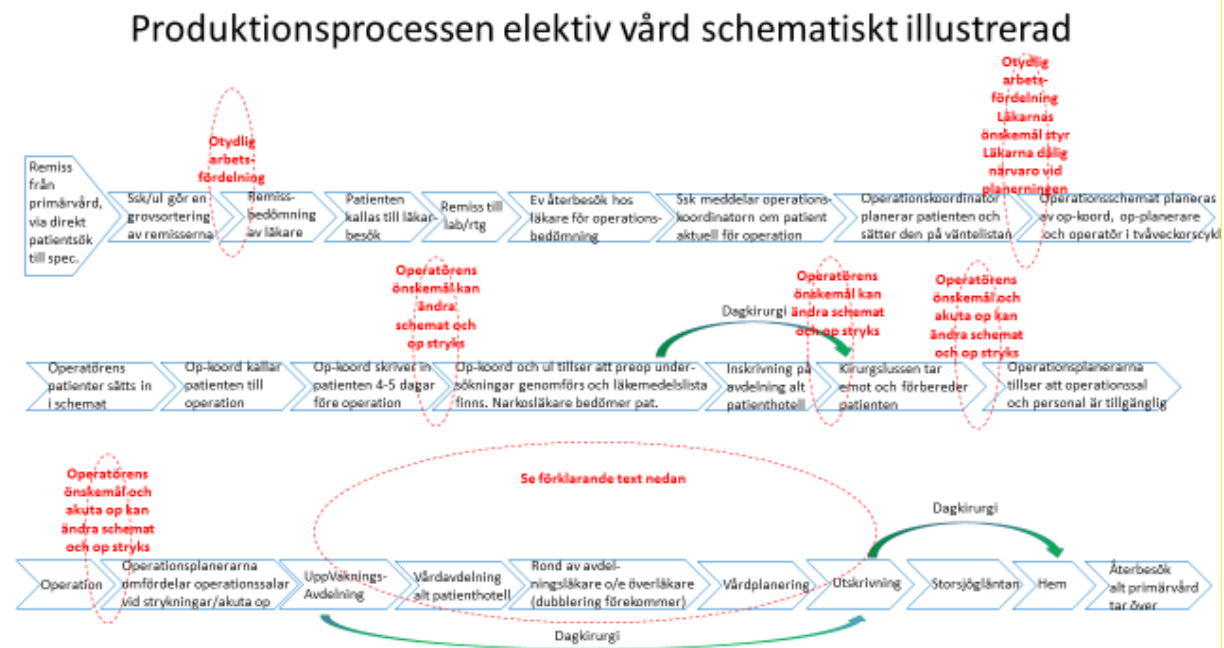
Vi har valt att redovisa nuläget utifrån två perspektiv. Dels utifrån ett patientperspektiv och dels utifrån ett produktionsperspektiv. Vi anser det viktigt att se beskrivningarna ur dessa två intressentperspektiv för att bättre förstå helheten och för att kunna erbjuda ett värdeskapande i lösningarna för samtliga processdelägare. För varje steg beskrivs hur man arbetar idag och vilka problem som finns baserat på de workshops och intervjuer som har genomförts med personalen.



Patienternas väg från upplevelse av ohälsa av något slag som diagnosticeras som kirurgisk åkomma kan se ut på många olika sätt. Figuren ovan är en schematisk bild av hur en patients väg genom vårdprocessen kan se ut. Det betyder inte att patienten kommer att uppleva processens alla steg eller alla de problem som nedan beskrivs.

Pilarna beskriver moment där patienten är inblandad och elipserna markerar någon form av problem i den samlade processen som inte skapar eller upplevs som värdeskapande för patienterna. För en patient som opereras och vårdas med övernattnings vid sjukhuset består processen av många olika steg. Flertalet av de icke värdeskapande delarna i vårdprocessen är väntetider. Ett annat ur ett patientperspektiv stort problem är att patienterna stryks från inplanerad operation med kort varsel eller i värsta fall efter ankomst till sjukhuset på operationsdagen.

Schematisk beskrivning av en elektiv kirurgprocess ur ett produktionsperspektiv



Den planerade verksamheten sett ur ett produktionsperspektiv skiljer sig något jämfört med patientprocessen. Exempel på icke värdeskapande händelser kan vara otydlig arbetsfördelning mellan läkarna eller brist på kommunikation inom kliniken. Dessutom finns brister i in- och utskrivningsförfarandet.

Det finns ett par olika problem med uppvaknings- och utskrivningsprocessen. Ett av problemen är att polopatienter ligger kvar i väntan på utskrivning och hemgång. Ett annat problem på uppvakningen är att den tyngre kirurgin som påbörjats tidigt på morgonen ligger kvar på uppvakningsavdelningen när patienter som genomgått polikliniska operationer lite senare på dagen behöver en vårdplats. Följden av detta blir att personalen måste "jaga vårdplatser" på andra avdelningar.

3.4.2 Mottagningsverksamhet

Patientens vårdprocess startar vanligtvis med en remiss från primärvården. Remisserna samlas ihop och sorterade av en sjuksköterska på mottagningen. Därefter sorterar läkare bort de remisser som inte är adekvata och övriga remisser prioriteras för mottagningsbesök och sätts upp på väntelista. Idag finns inga klara rutiner för remisshandlingen utan den är personbunden.

Mottagningsjuksköterskorna upplever att det är en ojämn tillgång till läkare och remisshandlingen stannar därmed upp och handläggs oregelbundet, ofta utan tillräcklig framförhållning.

Det upplevs att bristen på tillgång till fasta specialistkompetenta läkarresurser ibland orsakar onödiga återbesök och omtag vilket förlänger patientprocessen. Dessutom skrivs vanligtvis inte patienterna in för operation vid det första mottagningsbesöket vilket också orsakar långa vårdtider och bristande värdeskapande för patienten. Man gör inte pappersbedömning inför anestesi utan träffar samtliga patienter, även de som är unga friska.

Labprover, röntgen och inskrivning sker ofta 4 – 5 dagar innan operation, ibland med kortare framförhållning då sena omprioriteringar sker. Bakgrunden till omprioriteringar är inte alltid medicinsk utan kan vara bundet till enskilda läkare.

Vid första mottagningsbesöket finns olika planeringsvägar för aktuella åtgärder beroende på vilken diagnos patienten har. Vanligen görs en fullständig planering gällande patienter med malign tumör

inom nedre gastrointestinal kirurgi. Gällande bräckkirurgi finns olika vägar. Ibland kan patienten få träffa en narkosläkare samma dag som det primära mottagningsbesöket, ibland kommer patienten tillbaka för narkosläkarbesök och ibland kommer patienten direkt till operation på tänkt operationsdag. Det är i dessa fall sällan någon fullständig inskrivning där exempelvis läkemedelslistan ofta saknas vilket kan leda till att exempelvis blodtryckläkemedel inte sätts ut eller regleras på rätt sätt. Det finns ytterligare flera arbetssätt, där bl a gallkirurgi standardiserat skrivs in som poliklinisk men ofta ändras vid inskrivningsmottagningen. Mottagningsanteckningen fungerar sällan som inskrivningsanteckning.

Patienten kallas till operation av en operationskoordinator via brev. I de fall då det är mindre än en vecka kvar till operation ringer man patienten.

Patienten kommer för inskrivning till kirurgiska enheten oftast dagen innan operation. Patienter träffar nu inskrivningssjuksköterska, inskrivande underläkare (sällan operatören) och en narkosläkare. Läkemedelslistan och patientens checklista inför operation färdigställs samt kompletterande prover såsom BAS-test genomförs.

Patienten skickas därefter hem eller till patienthotell i väntan på operation dagen efter.

Olika omständigheter som exempelvis akuta operationer kan dock ändra den operationsdag som är fastställd. Patienter kan då i värsta fall bli struken samma dag som operationen skulle genomförts. Enligt operationskoordinatorerna händer detta nästan dagligen (se vidare nedan under avsnitt operationsplanering).

3.4.3 Operationsplanering

På måndagar har läkare (bröst och kärl) som är i tjänst operationsplanering tillsammans med operationskoordinator och gör en gemensam preliminär planering över en tvåveckorsperiod. Även bröstsjuksköterskorna är med på detta och ibland personal från operation. Operationsanmälningar på vissa patienter som behöver opereras snabbt omhändertas direkt av operationskoordinatorerna. I övrigt, om det ges klara besked av läkare om kommande operationer, så kan operationskoordinatorerna börja leta ytterligare patienter vilket i första hand är bröst och kärl, men fylls också på med gallor och bräck.

Bröstcanceroperationerna planeras inte förrän senare i veckan.

Tisdag förmiddag samplaneras NGI och ÖGI. Deltagare vid mötet är förutom kirurger också en kontaktsjuksköterska från kirurgmottagningen. Det upplevs att samarbetet fungerar tillfredsställande, dock tas det sällan upp hur väntelistorna ser ut på dessa operationsplaneringsmöten. Väntelistorna fylls i första hand på med cancerpatienter och därefter med patienter med benigna åkommor. Oftast prioriteras operationerna utifrån läkarplanering, men styrs ibland från väntelistor.

Fredag förmiddag har NGI multidisciplinär konferens med Umeå, där operationskoordinatorn deltar och som därefter kan direktplanera tillsammans med NGI-läkare. Den rutinen upplevs som väl fungerande och följer de nationella riktlinjerna för standardiserade vårdförlopp.

Varannan vecka genomförs ett produktionsplaneringsmöte. Vid detta möte presenteras väntelistor, aktuell salstilldelning på operation för chefer och schemaansvarig läkare. Ibland resulterar mötet i förändringar men ofta får mötets slutsatser inget genomslag.

Strykningar av operationer vecka 1 – 16 år 2016

Vecka	Övriga bräck		Lapgallor + ercp		Ljumskräck		Proctologi		Plastik		Varicer		Tot antal bokade	Tot ant strukna	% strukna
	inbokade	strukna	inbokade	strukna	inbokade	strukna	inbokad	strukna	inbokade	strukna	inbokade	strukna			
1	4	0	1	1	7	5	0	0	0	0	1	1	13	7	54%
2	1	0	7	1	2	0	0	0	4	1	0	0	14	2	14%
3	0	0	12	2	9	2	0	0	1	0	2	1	24	5	21%
4	2	0	2	1	6	1	3	0	5	2	0	0	18	4	22%
5	6	0	5	0	5	1	1	0	2	0	1	0	20	1	5%
6	4	0	0	0	8	2	8	3	1	0	5	3	26	8	31%
7	0	0	4	1	18	3	1	0	3	2	1	1	27	7	26%
8	1	0	4	1	11	5	16	0	1	0	2	2	35	8	23%
9	3	0	1	1	6	2	3	0	0	0	2	1	15	4	27%
10	0	0	3	2	9	4	3	2	0	0	1	1	16	9	56%
11	3	2	0	0	5	2	0	0	3	1	9	3	20	8	40%
12	1	0	2	1	3	1	0	0	0	0	4	1	10	3	30%
13	2	0	5	1	9	2	0	0	0	0	0	0	16	3	19%
14	3	0	1	1	5	1	5	4	7	1	1	1	22	8	36%
15	2	1	4	1	6	2	1	1	0	0	0	0	13	5	38%
16	0	0	5	0	7	1	15	1	3	0	0	0	30	2	7%
			64	14	116	34							319	84	
Andel		9%		22%		29%		22%		23%		52%			26%

Källa: Kirurgkliniken

Antal operationer som strukits i anslutning till operationsdagen är under perioden vecka 1 – 16 i år är totalt 84 stycken eller **ca 26% i genomsnitt av de operationer som nämns i ovan tabell..** Hälften av varicerna har strukits. För lapgallor och ERCP är strykningarna i genomsnitt 22%. För ljumskräck är genomsnittet 29%. Det finns exempel på att samma patient har strukits vid tre tillfällen för operation, efter ankomst till sjukhuset.

3.4.4 Ett exempel

Vecka 41 och 42 ströks 12 operationer på grund av akuta operationer. Man stryker patienter som är "strykbara", trots att patienter i ett av fallen åkt från Närke natten före operationen för att få denna gjord. Exemplet är många.

Man väljer också att genomföra gallveckor för att läkare ska få träna på att operera gallor, trots att det inte finns tillräckligt med patienter på väntelistan för galloperation. Då genomförs extra kvällsmottagningar på kirurgmottagningen för att hitta ytterligare patienter veckan innan, för att kunna fylla operationssalarna.

Detta trots att det finns patientgrupper där den medicinska prioriteten och även i många fall vårdgarantin, har passerats på 10 av 20 patienter. Dessa patienter får alltså fortsatt stå i kö för att utbildningen av underläkare genomförs genom omprioriteringar av patientgrupper.

Genomförda galloperationer

2014: 241 gallor oklart hur många som är akuta

2015: 182 gallor totalt, varav totalt 4 på jourtid. (Här saknas de första 11,5 veckorna eftersom man bytte journalsystem den 18/3).

2016: 173 gallor hittills, räknat fram till september, varav 8 på jourtid.

3.4.5 Organisering av operationsdagen

Kirurgerna har morgonmöte varje vardag kl. 08.00, ingen annan personalkategori är närvarande på dessa morgonmöten. På mötet diskuteras bl.a. nattens jourarbete och eventuella tillkommande

förändringar i dagsplanering såsom jouroperationer som spiller över på planerat dagsprogram. Ordinarie operationsplanering dagtid tar inte hänsyn till det akuta flödet, utan eventuella störningar från akutflödet leder oftast till att något måste strykas i det planerade programmet. Eftersom ingen annan än kirurgklinikens läkare är närvarande på morgonmötet måste mötets beslut signaleras på annat sätt till övrig personal inom anestesi, operationsplanering och avdelning. Då operationspersonalen startar 07.30 finns en synkroniseringsbrist vid tvingande akuta förändringar.

Varje vecka finns en utsedd operationschef som ska vara behjälplig vid förändringar och plötsliga händelser som berör operationsplaneringen såsom exempelvis prioriteringar. Operationschefen finns tillgänglig enligt schema eller ska kunna nås via *personlig* sökare (som inte är känd för alla). Operationschefen är ofta inte tillgänglig, bland annat på grund av sina egna operationer. Detta betyder att nödvändiga beslut inte kan fattas angående operationsprioriteringar vilket leder till att operationer senareläggs eller stryks.

Dagbakjourens uppgifter är att bland annat ronda så kallade satellitpatienter, sköta akuta endoskopier, akuta besök på mottagningen, akuta remisser och ärenden på onkologmottagningen samt svara på frågor från akutmottagningen och huset i övrigt. Detta innebär att dagbakjouren har svårt att träda in när operationschefen är upptagen i operationssal.



Ovan oidentifierade bild visar delar av operationsschemat en vardag 2016. Två av salarna är tomma efter kl 13.30. En av salarna har ett outnyttjat utrymme i två timmar mitt på dagen. Därefter genomförs en akutoperation. Den logik som ofta används är att mer tidskrävande operationer startas tidigt på morgonen i en operationssal, sedan planeras mindre tidskrävande operationer, dagkirurgi, att genomföras efter den längre operationen. Mycket ofta drar de längre operationerna ut på tiden, vilket kan få till följd att den dagkirurgiska operationen tvingas strykas på grund av tidsbrist i slutet av dagen.

Vårdplatserna räcker inte till på UVA mot slutet av dagen då dagkirurgiska patienter kommer från operation. Patienterna från de tidskrävande operationerna upptar platserna. Personalen lägger mycket tid på att leta platser för uppvaknande och tillsyn för de dagkirurgiska patienterna.

3.4.6 Operationsavdelningen

Förändringar som beskrivits ovan leder ofta till kraftiga förseningar med inledningen av dagens operationsarbete medan samtliga operationssalar står förberedda. Då man planerar liknande kirurgi på samma sal under en hel dag men att det ofta förekommer en blandning mellan öppen och laparoskopisk teknik, leder detta till fördröjning att starta nästa operation. Det är dock viktigt att påpeka att bytestiderna på sjukhuset är förhållandevis korta.

Det finns inget salsplaneringsmöte (uppstartsmöte) som omhändertar och informerar om dagens operationsprogram för aktuell sal. Ett salsplaneringsmöte sker normalt för att informera om dagens patienter, eventuell utbildning, eventuell lunchstängning samt visa vilka som ingår i dagens operationsteam. Så kallad incheckning (nationell överenskommelse vid start av varje operation) sker vanligen men man slarvar med utcheckning vilket leder till att ordinationer kring patienten försenas. Det kan i sin tur leda till att patienten måste stanna kvar längre inom postoperativa avdelningen alternativt vårdavdelning.

Särskilt kring gallkirurgi saknas ett standardiserat arbetssätt bl. a. med operatörens placering vilket kräver helt olika sätt att preparera kring patienten. Det kan leda till missförstånd och förseningar.

Mixen på operationsstarter är ofta sådan att det startar flera tunga operationer som kräver anestesistart med hjälp av anestesiläkare på flera salar samtidigt. Detta leder till att de andra salarna måste stå och vänta till anestesiläkaren är klar med den första salen alternativt när nästa anestesiläkare har startat sin arbetsdag.

Oftast är rätt operationskort ifyllt inför operationen men personalen söker ofta kompletterade uppgifter vilket inte uppmärksammas av operatören som anmält patienten för kirurgi. Det kan leda till att fel utrustning packas upp alternativt att komplettering måste utföras med förseningar som följd.

Antalet utförda operationer per sal varierar men det är vanligt att man genomför exempelvis två gall- alternativt två bräckoperationer på en dag.

3.4.7 Postoperativa avdelningen

Genom den operationsmix som planerats skapas ett ojämnt flöde på den postoperativa avdelningen med stort inflöde i samband med att de första operationerna är klara. Är patientmixen på operationsstarterna sådan att det är flera tunga operationer som går igång samtidigt på morgonen kommer dessa att dyka upp senare på dagen och därtill belasta maximalt när de väl anländer.

I brist på utcheckning från operationssalen saknas ofta postoperativa ordinationer kring patienten. Särskilt kring dagkirurgin krävs tidig information, både muntlig och skriftlig. Ibland har operatören informerat om naturalförloppet redan innan operationen, vilket leder till betydligt snabbare processer med tidigare utskrivning från postoperativa avdelningen. Vissa operatörer samlar ihop "sina" patienter till slutet av dagen och informerar då vilket leder till anhopning och platsbrist. Vidare har inte utskrivningarna på avdelningen effektuerats vilket leder till att patienterna inte kan skrivas ut från postoperativa avdelningen.

3.4.8 Arbete på vårdavdelning

Antal vårdplatser per subspecialitet och uppvakningsplatser

Nedre Gastrointestinal	10
Övre Gastrointestinal	10
Bröst och endokrin	11
Kärl och plastik	10
Akutvårdavdelning, inkl Ögon och Öron	10
Urologi	12

Uppvakningsplatser c-op	15
Uppvakningsplatser ögon, öron	3

Vårdavdelningarna är basbemannade enligt nedanstående bild. Östersunds kirurgklinik har i jämförelsen fler sköterskor och undersköterskor främst på på e m. Dessutom sköter inte vårdpersonalen transporter i Östersund, vilket man gör i det jämförande exemplet. Denna jämförelse är gjord med en kirurgklinik i Stockholms läns landsting med likartad patientmix.

Bemanning						
Östersund kir klin				Kvot/20 pat		
Vårdplatser	20-22	Sjuksköterska	Undersköterska	Totalbem	Sköterska	Usk
Må-fre	06.45-15.30	4	5	0,45	0,2	0,25
Må-to	14.00-21.30	4	3	0,35	0,2	0,15
Lö-sö	06.45-15.30	4	3	0,35	0,2	0,15
Fre-sö	14.00-21.30	3	3	0,3	0,15	0,15
Natt, alla d	21.00-07.00	2	0	0,1	0,1	0
Vårdpersonalen sköter ej transport av patient						
Bemanning						
Jämförelseklirik, Sthlm				Kvot/26 pat		
Vårdplatser	26-28	Sjuksköterska	Undersköterska	Totalbem	Sköterska	Usk
Må-fre	06.45-15.30	5	3	0,31	0,19	0,12
Må-to	14.00-21.30	3	3	0,23	0,12	0,12
Lö-sö	06.45-15.30	3	3	0,23	0,12	0,12
Fre-sö	14.00-21.30	3	3	0,23	0,12	0,12
Natt, alla d	21.00-07.00	2	1	0,12	0,08	0,04
Vårdpersonal sköter transport av patient						

Det finns överenskommelser om utskrivningstider men dessa följs inte alltid. Rondarbetet sköts olika på olika avdelningar. Det finns exempel på att underläkaren startar rondarbetet, därefter kommer specialisten och går samma rond igen, alternativt återkommer flera gånger till rondan för att det genomförs andra uppgifter däremellan såsom exempelvis operation. Besluten mellan de olika läkarna hakar inte i varandra på grund av bristande kommunikation mellan olika läkare samt mellan läkare och sjuksköterska.

Förberedelse av patient med recept, eventuell sjukskrivning och förhållningsorder som krävs för att komma vidare med patientarbetet, försenas ofta kraftigt vilket skapar frustration i patientarbetet. Detta leder till att patienterna måste stanna kvar till eftermiddagen. Dessa sena utskrivningar innebär att man måste fortsätta att ha hög bemanning under dagen och kvällen, för att hantera alla patienter och att patienterna inte hinner med planerade hemtransporter. Detta kan innebära att patienterna blir övernattande på vårdavdelning eller hotell, utan att det är medicinska behov som styr övernattningen.

3.4.9 Ögonverksamheten

Ögon har inga egna vårdplatser. Vid behov av akutinläggningar eller inläggningar av andra skäl beläggs ögon vårdplatser vid avdelning 211A som i övrigt beläggs av akut kirurgi och till viss del ÖNH.

Ögon har långa väntetider för till exempel kataraktoperationer, där endast 30 procent av patienterna får vård inom vårdgarantins ramar om 90 dagar. Väntetiderna till mottagningsbesök för ny- och återbesök är också mycket långa. De långa väntetiderna innebär att administrationen inom

verksamheten blir omfattande. Sekreterare och sjuksköterskor ägnar stor del av arbetstiden till att hålla kontakt med patienter och att svara på frågor om när vården kan erbjudas dem som står i kö.

Under hösten planeras 120 extra kataraktoperationer utföras av befintlig personal under helger. Det kommer i sig att leda till kompensationsledigheter och brist på tillgänglig kompetens

3.4.10 ÖNH-verksamheten

ÖNH belägger i genomsnitt fyra vårdplatser vid avdelning 211A som i övrigt beläggs av akut kirurgi. ÖNH har också tillgång till tre UVA/postoperativa vårdplatser. Verksamheten arbetar med tre operationer per dag och tar patienterna från väntelistan. Verksamheten har brist på utrymme för sina polikliniska operationer. Vissa operationer genomförs av detta skäl vid Medicin Direkts lokaler.

ÖNH har lång väntetid för öronkirurgiska operationer och för mottagningsverksamheten. Det är patienter som har behov av avancerade ingrepp för att behålla eller rekonstruera hörseln som väntar längst. Väntetiderna uppgår till över ett år för den avancerade öronkirurgin. Det stora problemet är bristen på tillgång på anestesi för ÖNH-verksamheten vid sjukhuset.

En del av patienterna med behov av avancerad öronkirurgi skickas till Örnsköldsvik för att opereras av Östersunds egen ÖNH-kirurg, anställd vid Östersunds sjukhus. Detta innebär en extrakostnad om ca 30 000 kronor per dag (två operationer per dag kan genomföras). Under år 2016 innebär detta ca 780 000 kronor i merkostnad per år.

3.4.11 En akut operationsprocess

En akutprocess skiljer sig något jämfört med en elektiv process, allt inom ramen för en patientprocess. Den består av ett flertal moment med flera kritiska steg. Det ena kritiska området uppstår då framjouren saknar tillräcklig kompetens. Detta kan orsaka fördröjd hantering som kan leda till ökad patientrisk. Det andra kritiska momentet är in- och utskrivningsprocesserna som inte fungerar optimalt i de olika leden såsom akutvårdsavdelning, vårdavdelning samt till och från operation.

Schematisk beskrivning av en akutprocess som leder till operation

Schematisk beskrivning av en akutprocess som leder till operation



Det finns ett par olika problem med uppvaknings- och utskrivningsprocessen. Ett av problemen är att polopatienter ligger kvar i väntan på utskrivning och hemgång. Ett annat problem på uppvakningen är att den tyngre kirurgin som påbörjats tidigt på morgonen ligger kvar på uppvakningsavdelningen när patienter som genomgått polikliniska operationer lite senare på dagen behöver en vårdplats. Följden av detta blir att personalen måste "jaga vårdplatser" på andra avdelningar.

År 2014 skrevs 2997 patienter in på kirurgkliniken från akutmottagningen, vilket motsvarar drygt 8 patienter per dag. De nio första månaderna 2016 var inskrivningarna av samma omfattning.

Vanligen arbetar en ST som framjour/primärjour dagtid 7.30-16.30 och nattetid 16-09, med en AT-läkare eller vik-UL före AT som extra förstärkning kl 12-20. 2 av 3 nattjournsveckor har AT en mellanjour nattetid, sista veckan under sin placering är AT-läkaren självständig nattjour. Redan från start kan AT-läkaren lämnas ensam under jourtid i det fall ST-läkaren opererar. Primärjournen har dagbakjournen alternativt nattbakjournen som stöd. Läkarna och övrig personal på akuten upplever dagbakjournen som svårtillgänglig. Framjournen anser sig sakna instruktioner kring basalt arbete såsom patientplanering för de 12 första timmarna. Man önskar vara mer oberoende av dagbakjournen och framkastar ett förslag om att det skulle vara bra om det fanns renodlade scheman där det fanns en avdelningsansvarig läkare att nå dagtid. Före lunch kan det vara svårt att få in patienter på avdelningen då det är fullbelagt.

Rutinerna för preoperativt omhändertagande varierar, särskilt för dem som kommer in akut. Det händer relativt ofta att patienterna kommer till operation utan att rätt prover är tagna/ordinerade, inte duschat korrekt eller har tömt blåsan. Då narkosläkaren träffar patienten för första gången utan att någon förbedömning på avdelningen eller via telefon gjorts, leder det i sin tur till att kompletteringar måste göras innan patienten kan opereras. Det finns ett preopkompendium som inte alltid följs. Patienter som kommer in till operation via "slussen" förbereds oftast på ett korrekt sätt.

Antal akuta operationer under kontorstid

Antal akuta operationer under kontorstid											
Vecka 1	måndag	1	Vecka 6	måndag	2	Vecka 11	måndag	1	Vecka 16	måndag	1
	tisdag	4		tisdag	3		tisdag	2		tisdag	1
	onsdag	röd dag		onsdag	2		onsdag	1		onsdag	1
	torsdag	3		torsdag	1		torsdag	2		torsdag	1
	fredag	1		fredag	akut sal		fredag	1		fredag	1
Vecka 2	måndag	3	Vecka 7	måndag	0	Vecka 12	måndag	1			
	tisdag	3		tisdag	1		tisdag	0			
	onsdag	2		onsdag	2		onsdag	1			
	torsdag	0		torsdag	0		torsdag	1			
	fredag	2		fredag	3		fredag	1			
Vecka 3	måndag	2	Vecka 8	måndag	2	Vecka 13	måndag	1			
	tisdag	1		tisdag	3		tisdag	1			
	onsdag	2		onsdag	2		onsdag	1			
	torsdag	3		torsdag	4		torsdag	3			
	fredag	2		fredag	3		fredag	2			
Vecka 4	måndag	0	Vecka 9	måndag	3	Vecka 14	måndag	1			
	tisdag	1		tisdag	1		tisdag	2			
	onsdag	2		onsdag	1		onsdag	0			
	torsdag	1		torsdag	2		torsdag	2			
	fredag	1		fredag	2		fredag	2			
Vecka 5	måndag	0	Vecka 10	måndag	2	Vecka 15	måndag	1			
	tisdag	0		tisdag	4		tisdag	0			
	onsdag	0		onsdag	2		onsdag	2			
	torsdag	2		torsdag	3		torsdag	0			
	fredag	2		fredag	2		fredag	akut sal			

Källa: Kirurgkliniken

Totalt antal akutpatienter som opererats inom område kirurgi uppgick för perioden vecka 1 – vecka 16 till 124 stycken vilket ger 1,5 akutoperation per dag (kl 8-16)

3.5 Några jämförelser mellan Östersunds sjukhus och riket

Webbplatsen Väntetider i vården publicerar information och resultat från tillgänglighetsuppföljningen i Sveriges alla landsting och regioner. Sveriges Kommuner och Landsting samlar in väntetidsuppgifter till landstingens/regionernas gemensamma väntetidsdatabas. Mätningar görs kontinuerligt och presenteras på webbplatsen. Vårdgarantins tidsgränser gäller för all planerad vård, men uppgifterna som redovisas omfattar ett urval av alla åtgärder som genomförs inom hälso- och sjukvården.

Det som redovisas är totalt antal väntande patienter med ett beslut om ett första besök eller en operation/åtgärd och hur stor andel av dem som hittills har väntat 90 dagar eller kortare (måluppfyllelse i procent). Resultatet presenteras i tidsintervall. Redovisningen innehåller även uppgifter om andel patienter som själva valt att vänta längre än 90 dagar (patientvald väntan) och svarsfrekvens för rapporteringen i procent.

Vi har valt att titta på några områden både för besök och för operation/åtgärd.
Se Bilaga 1.

3.6 Sammanfattande problembild

I den redovisning av nuläget som presenterats ovan vill vi belysa några tillkortakommanden som är avgörande att rätta till för att skapa ett mer uthålligt och robust hälso- och sjukvårdssystem inom område Kirurgi-Ögon-Öron.

- Brist på tillgång till fasta specialistkompetenta läkarresurser orsakar onödiga återbesök på mottagningar vilket innebär omtag som förlänger patientprocesserna.
- Det finns flera olika vägar att skriva in patienter för operation med olika resultat gällande checklista, läkemedelslista, utsättning/ändring av läkemedel, narkosbedömning och inskrivningsmottagning.
- Avsaknad av koordination mellan läkare och övriga personalresurser
- Svårt att få till optimala flöden mellan mottagningsbesök och operation
- Sena kallelser till operation orsakar onödiga strykningar och tomma operationstider
- Strykningar leder, för distanspatienter, till onödiga hotellvistelser där även anhörig stannar kvar
- Operationskoordinatorerna kan inte alltid på ett standardiserat sätt kalla patienter från väntelistorna
- 26% av bräckoperationer, lappgallor, ERCP, proktologi, plastikoperationer och varicer ströks under vecka 1 – vecka 16, 2016
- Akutens kompetens behöver förstärkas utifrån utbildning, tillförd kompetens samt kommunikation
- Kirurgernas morgonmöte ligger osynkroniserat (kl 08.00) i förhållande till övrig personal där merparten börjar kl 07.30
- Förändringar på grund av jourverksamhet och andra faktorer informeras inte i tid till samtlig berörd personal vilket leder till förseningar som förstärks av osynkroniserade arbetstider
- Operationschefen svårtillgänglig
- Salsplaneringsmöte saknas vilket leder till att teamen inte har information om dagens arbete
- Utcheckning från operation är ej tillfredställande vilket ofta leder till fördröjd postoperativ process samt missar möjligheten att stärka teamkänslan, fördröjd utskrivning och förlängning av vårdtider.
- Flera tunga operationer startar samtidigt vilket leder till fördröjning på grund av aktuell planering av narkosläkarresurs samt att postop får ett vårdtungt inflöde samtidigt
- Utskrivningsprocessen fungerar dåligt vilket leder till sena utskrivningar, onödiga vårddygn samt övernattningar på hotell, utan att det är medicinskt motiverade.
- Utredning och optimering för patientens första 12 timmar haltar samt att inflödet från akutmottagningen till vårdavdelningarna blir högre än väntat, vilket eventuellt kan vara en effekt på grund av bristande kompetens hos framjouren. Vid akutoperationer då patienten kommer direkt från vårdavdelning brister det preoperativa omhändertagandet vilket leder till onödiga omtag.

4 Etablering av en modell - organisatoriska utgångspunkter

Nedan följer ett antal viktiga organisatoriska utgångspunkter som vi anser är av betydelse för att en robust och långsiktigt hållbar organisation ska kunna etableras inom område Kirurgi-Ögon-Öron.

4.1 Processorientering

Hälso- och sjukvårdssystemet i Jämtland Härjedalen står som nämnts i tidigare rapporter inför stora framtida utmaningar. Sjukvårdssystemet måste kort sagt leverera mer vård med mindre resursåtgång. För att detta ska kunna förverkligas behövs interventioner som säkerställer välfungerande evidensbaserade vårdprocesser.

Standardiserade vårdprocesser som verktyg för kvalitetsförbättring, effektivisering samt utveckling av jämlik vård har rönt allt mer uppmärksamhet de senaste åren.

Syftet med att standardisera vårdförlopp är att patienter ska erhålla en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödiga väntetider och stopp före och under processen. Detta innebär att samtliga steg i processen och samtliga ledtider måste ses utifrån vad som är värdeskapande både ur ett patient- och ur ett produktionsperspektiv.

Det är i detta sammanhang viktigt att förstå att ordet **standard** inte innebär att samtliga patienter får en standardvård, utan att processerna kring patienten är genomtänkta och utarbetade i förväg, för att så snabbt som möjligt undvika risker och upptäcka förbättringspotentialer samt bedriva utbildning. Det innebär att standardprocesser inte ska ses som en fastställd ordning huggen i sten, utan snarare som riktlinjer som kontinuerligt måste utvärderas utifrån den enskilda patientens individuella behov. Det är viktigt att man vid utformande av vårdprocesserna tar utgångspunkt i patientens hela vårdepisod istället för att titta på varje enskild specialitet eller vårdfunktion.

Det finns dock idag en inbyggd konflikt mellan enhetsvis resursoptimering via enskilda budgets och en flödesorienterad verksamhet där det ekonomiska förbättringsresultatet kan uppstå någon annanstans än där förbättringsinsatserna har genomförts. Detta innebär att även den ekonomiska uppföljningen måste fokusera på producerat slutresultat.

Inom processanalys skiljer man på värdeskapande och icke värdeskapande delar av en process. Målet måste vara att minimera eller helt undvika de icke värdeskapande aktiviteterna.

Vi har i denna rapport lyft fram episoder/aktiviteter som varken ur ett patient- eller ur ett produktionsperspektiv kan anses som värdeskapande. Exempel på dessa aktiviteter är; outnyttjade produktionsresurser, långsamma aktiviteter, onödiga förflyttningar, väntan, överproduktion, onödiga processteg, felproduktion och undermåliga resultat.

Efter att dessa aktiviteter har identifierats och redovisats med underliggande orsaker till varför de uppstår, kommer vi i kapitel 5 ge förslag på hur dessa processer kan förändras så att effektivare och mer ändamålsenliga flöden tillskapas.

4.2 Samverkande Mikrosystem

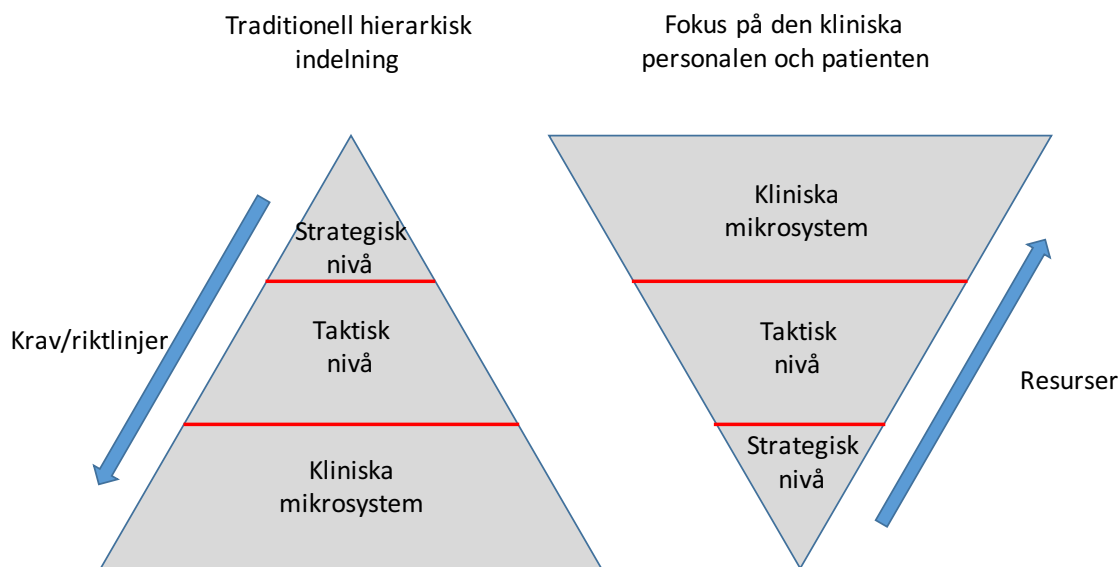
För att skapa ett hållbart processorienterat sjukvårdssystem är det viktigt att förstå funktionaliteten i de olika beståndsdelarna/ansvarsområdena i vårdprocessen och hur dessa interagerar med varandra. Dessa så kallade mikrosystem utgör små funktionella enheter i vårdkedjan. Det är i dessa mikrosystem mötet mellan patient och vårdgivare sker och där "sanningens ögonblick" inträffar dvs patientens upplevelse av vården. Samtidigt är det där som effektivitet och kvalitet kan utvärderas.

Ett mikrosystem är en del av en hel verksamhet till exempel en avdelning, en större klinik eller ett sjukhus som hela tiden utvecklas och tillpassar sig efter de inre och yttre krav som ställs. Eftersom mikrosystemet utgörs av de grundläggande momenten i vårdkedjan blir inte kvaliteten och effektiviteten bättre än den kvalitet som skapas i respektive moment.

Med god insikt om hur ett effektivt mikrosystem fungerar och utvecklar sig kan kunskapen om villkor och förutsättningar för ökad effektivitet och bättre vårdkvalitet tillskapas.

Väl fungerande samordnade mikrosystem har utvecklat en hög förmåga till dynamisk anpassning och involverar patienten i en högre grad än vad som kan uppnås med enbart standardiserade insatser. Grundläggande är en mycket god överensstämmelse mellan patientbehov och utförda tjänster.

För att lyckas utveckla ett **samverkande** mikrosystem krävs kunskap och insikt i hur de olika delarna i vårdkedjan är uppbyggda och fungerar. Det kan avse både kompetens, ledarskap och inte minst den verksamhetskultur som råder inom de olika enheterna. Därför kan ett förändringsarbete inte dikteras ovanifrån och därmed tro att medarbetarna automatiskt skapar förändringar. Förändringsarbetet måste starta i det dagliga kliniska arbetet där de som ska efterleva förändringarna är desamma som upplever problemen. I Rapporten Introduktion till kliniska mikrosystem¹ talar man om att vända organisationen upp och ner.



(Fritt efter bild i rapporten Introduktion till kliniska mikrosystem)

Detta synsätt ställer nya krav på både ledning och medarbetare där nya ansvarsförhållanden införs och där medarbetarna genom en mer aktiv roll i förändringsarbetet tillskapar sig ett större medinflytande. Om också patienten involveras som medaktör/medproducent i de kliniska processerna uppnås ett ökat värdeskapande för alla parter.

4.3 Patienteffektiva vårdprocesser

Forskning kring patientcentrerad vård har visat att samspelet mellan vårdgivare och patient är kritiskt för att verksamheter ska bli effektiva. Det innebär att patienten har en dubbel roll; dels som en konsument av vårdtjänster och dels som en medproducent i leveranssystemet. Patienten måste i de allra flesta fall medverka aktivt för att en vårdprocess ska fungera tillfredsställande.

¹ Introduktion til kliniske mikrosystemer, udgave Dansk Sundhedsinstitut, Center for Kvalitet og Danske Regioner 2010

Exempel på viktiga värden för patienten är:

- Kontinuitet i omhändertagandet
- Rätt information
- Rätt kommunikation
- Klara och tydliga ansvarsförhållanden
- Rätt organisering av kompetenser kring patienten i alla delar av vårdprocessen

Detta innebär att för att ytterligare stärka det totala värdeskapandet för patienten måste vårdprocesserna ta sin utgångspunkt från patientens totala behov och låta detta i större utsträckning styra designen av den process som ska erbjudas till patienten. Detta får till följd att resurser och energi måste läggas på att optimera vårdprocessen utifrån två dimensioner; patientens och vårdgivarens, till syfte att eliminera onödiga vårdsteg både för patient och vårdgivare.

Sammanfattningsvis bör följande beaktas vid design av patienteffektiva vårdprocesser:

- ✓ det räcker inte enbart med att medicinska ingrepp håller hög kvalitet. Den professionella bedömningen om det faktiska vårdbehovet behöver inte alltid överensstämma med patientens upplevda behov. Gapet mellan faktiskt behov och upplevt behov bör bemötas i den utbytesprocess som uppkommer mellan vårdpersonal och patient. Ur patientens perspektiv är vårdmötet och informationsutbytet en viktig del av den medicinska kvaliteten.
- ✓ I dagens system utvecklas sällan vårdmodeller som också är kostnadseffektiva för patienterna. Patienterna får istället skjuta till, många gånger onödiga resurser, i form av förlorad arbetsinkomst, tid för att på egen hand sy ihop sin vårdkedja och upprepade omtag i processerna. Utifrån bristande upplysning och information tvingas patienterna ta kontakt med vården på fel nivåer och inom fel områden.
- ✓ God tillgänglighet inom hälso- och sjukvården kan beskrivas som att patienter ska kunna få den vård eller vårdupplysning de behöver, när de behöver den. Definieras tillgänglighet till vården primärt utifrån vårdproducenternas perspektiv är de ekonomiska incitamenten ofta avgörande och därmed bidrar detta inte till de bästa totala lösningarna som skapar värde för patienterna. Detta kan innebära att de bästa idéerna för att utveckla tillgängligheten inte tas tillvara.
- ✓ Tillförlitlighet definieras enligt Nationalencyklopedin som "ett systems förmåga att fungera på ett tillfredsställande sätt med ett minimum av störningar, fel och reparationer". I hälso- och sjukvården handlar detta om ett samspel mellan patient och vårdproducent; att det man kommit överens om att göra också blir av under den tid som är avtalad. Strykningar av operationer, ombokningar och andra "avtalsbrott" förekommer ofta i vården. Tillförlitlighet handlar också om kontinuitet; att en kedja av insatser utförs på ett för patienten logiskt sätt och inom rimlig tid. Kontinuitet är ett av vårdens allra största problem på grund av alltför dålig samordning mellan olika vårdenheter.
- ✓ Distribution, dvs. hur vårdtjänster förmedlas, är ett viktigt led i vårdens värdekedja. Detta är det synliga "gränssnittet" mot patienten och ofta avgörande för hur tjänstens kvalitet uppfattas².

² Service Management (1983)

- ✓ Effektivitet i hälso- och sjukvården är ett genomgående tema i dagens debatt. Effektivitet kan definieras mycket olika beroende på olika aktörers intressen. Värdet för en vårdproducent som ansvarar för endast ett moment i vårdkedjan begränsas till att dennes arbetsinsats utförs så effektivt och snabbt som möjligt inom detta ansvarsområde. För patienterna däremot, som ofta behöver gå igenom en kedja av vårdinsatser, är det viktigt att samtliga moment som ska sammankopplas totalt genomförs på ett effektivt och kvalitativt sätt. Varje moment som patienten går igenom kan vara effektivt i sig, men är ledtiderna mellan olika momenten långa bidrar detta till en totalt sett ineffektiv process, för både producent och patient. Resursslöseriet i sådana sammanhang tar inte bara resurser från patienterna och samhället utan även från de olika vårdproducenterna, som många gånger måste göra fler omtag än vad som skulle varit fallet om de olika vårdinsatserna utfördes på ett mer sammanhängande sätt.

Genomgången ovan av olika värden för aktörerna som agerar inom hälso- och sjukvård visar att det finns olika aktörsperspektiv på dessa värden och att det finns många värdeområden som man måste fokusera omkring. Vidare är det viktigt att samtliga aktörers intressen av värdeskapande balanseras mot varandra på ett bättre sätt än vad som görs idag. En bristande hänsyn till olika intressen leder totalt sett till olika former av konflikter både externa och interna, som många gånger sänker motivationskraften hos de inblandade intressenterna .

5 VÄGEN TILL EN PATIENTPROCESSORIENTERAD SJUKVÅRD

I rapporten "Genomlysning av Region Jämtland Härjedalens hälso- och vårdorganisation med speciell fördjupning av Centrum för opererande specialiteter", juni 2015 (HCM) urskiljdes tre viktiga områden som ansågs nödvändiga att utgå ifrån, för att på sikt skapa en ekonomi i balans i regionen. Dessa tre områden ligger också till grund för de förbättringsförslag som presenteras nedan:

- Om hälso- och sjukvårdens produktion av vårdtjänster definieras utifrån de värden som balanserar intressen för patienter och vårdgivare underlättas möjligheterna till ökad effektivitet och produktivitet.
- När hälso- och sjukvårdsproduktion delas in i patient- och produktionsrationella logiker organiseras olika moment i en följdriktighet som gynnar produktivitet och effektivitet.
- Då många tjänster inom hälso- och sjukvården har naturliga sammankopplingar är det viktigt att kunna bedöma och utveckla produktivitet och effektivitet utifrån det samverkande systemet.

5.1 Workshops samt djupintervjuer med personal

I juni och september 2016 genomfördes cirka 30 intervjuer samt 3 workshops med nyckelpersoner inom kirurgi-, akut- och operationsverksamheterna för att fördjupa kunskapen om de problemområden (flaskhalsar) i patientflödet som upplevs idag samt hur dessa problem skulle kunna avhjälpas.

Vi upplevde stort engagemang samt bred och djup kunskap om både problemområden som existerat under lång tid, samt förslag till i vissa fall snabba och enkla lösningar från deltagarna. Detta har varit till oerhörd nytta för vårt analysarbete samt de förslag till åtgärder som presenteras i denna rapport. Arbetet resulterade i en mängd information som är invävt i förslag till optimala patientprocesser (se kapitel 6).

6 Förslag till optimala patientprocesser

6.1 Inledning

Gränsdragningar av ansvar (stuprör) är produkter av den organisatoriska kulturen och sitter ofta djupt rotat. De fyller en rad olika funktioner som att avgränsa, skydda, separera, effektivisera och att utveckla olika organisatoriska intressen.

Gränsupplösningar eller förändringar är ofta nödvändiga för att skapa nya organisatoriska strukturer som tillfredsställer patienternas förändrade behov av service och effektivitet.

En ny organisatorisk struktur måste bygga på en samverkansform där både patienterna och medarbetarna är självklara medproducenter.

En bra fungerande verksamhetsstyrning är nödvändig för att en organisation ska nå goda resultat. Nya styrformer och förändringsarbete kan dock leda till oklarheter i ansvarsfördelningen, med risk för styrningsproblem, där lösningarna ofta kan bli "ad hoc betonade". Ett förändringsarbete behöver därför kunna klargöra olika roller, ansvar och befogenheter samt identifiera utmaningar för att erhålla ett så robust förändringsresultat som möjligt och som är hållbara över tid.

Den föreslagna organisationsmodellen bygger på att "mötet" mellan de två grundläggande logikerna; patientprocessen och resursoptimeringen, ska bli så optimal som möjligt. Verksamhetsresurserna dimensioneras och planeras efter de olika processer som kan planeras och standardiseras i förväg. Kirurgmottagningen, med patientansvarig läkare initierar processerna och utför den inledande individuella planeringen. Anestesi-, operations- och IVA- personal liksom operationssalar och IVA-platser står under gemensam verksamhetschef. Driftchefer agerar som nyckelpersoner för att den dagliga verksamheten ska kunna bedrivas i team över olika verksamhetsområden.

6.2 Några inledande reflektioner

Utifrån den nulägesituation som har beskrivits tidigare i denna rapport avseende område Kirurgi-Ögon-Öron är det viktigt att förstå att dess problem inte på något sätt är unikt. Nedan följer några inledande reflektioner innan ett förslag på åtgärder presenteras.

För att ett kirurgiskt ingrepp kan bli genomfört med minsta möjliga resursslöseri och med ett optimalt värdeskapande för patienten behöver en noggrann planering genomföras för hela vårdprocessen. Operationsplanering ur ett patientperspektiv startar vid det första mottagningsmötet och det är därifrån patienten bedömer hela processens effektivitet och kvalitet. Operationsplanering bygger därför på ett utbyte av information, tjänster och resurser mellan olika enheter i hela vårdkedjan. Till detta adderas också att ur ett systemperspektiv planera så att alla operationssalar utnyttjas så effektivt som möjligt under dygnets alla timmar.

Den planering som är genomförd innan det kirurgiska ingreppet, är det underlag som ligger till grund för arbetet på operationsavdelningen under själva operationsdagen. Sker det då störningar i operationsprogrammet innebär det att ändringar måste göras i det planerade schemat. *Detta kräver inhämtande av snabb och relevant information så att förändringen ska kunna genomföras på ett optimalt och patientsäkert sätt.*

Det är ofta under själva operationsdagen som eventuella brister i planeringen uppdagas. Det kan exempelvis handla om att operationstiden inte stämmer eller bristande information om vilken utrustning som krävs för det planerade kirurgiska ingreppet etc. *Den bristande informationen kan leda till att personalen inte är tillräckligt förberedd när det gäller till exempel utrustning eller att rätt kompetens är på plats i tid.*

Detta kan i sin tur resultera i att operationsstarten blir försenad eller att förberedelser blir tvungna att genomföras samtidigt som operationen påbörjas. Det samma kan gälla för anestesi- och IVA-bedömningen

där en anestesiläkare har bedömt patienten och planerat därefter. Om sedan en annan anestesiläkare tar hand om patienten på operationsdagen och gör en helt annan bedömning, kan detta resultera i ett helt annat anesthesiologiskt omhändertagande.

För att etablera ett effektivt arbetssätt med hög kvalitet krävs organisatoriska innovationer utifrån dagens situation som möjliggör bättre patientflöden, kommunikation, koordination och organisatoriskt lärande.

6.3 Förslag

6.3.1 Inledning

Det finns flera olika sätt att diskutera förbättringsförslag för område Kirurgi-Ögon-Öron i Östersund. I diskussionen vill vi framhäva att det gäller att se de styrkor som finns i dagens organisation, förstå olika kompetensers roller och sammankoppla all personal mot en mer teamdriven och processororienterad vård med patienten i fokus. Läkarna gör ett gediget arbete med bred kompetens men agerar i viss utsträckning alltför isolerat gentemot övrig personal. Vårdpersonalen i övrigt har ett flexibelt arbetssätt men är samtidigt organiserade i stuprör. Samverkan mellan olika funktioner fungerar bra i de flesta sammanhang, men samarbetet är personberoende. Strukturell samverkan i organiseringen av arbetet saknas i många fall liksom tydliga arbetsbeskrivningar för till exempel nyckelfunktioner som operationskoordinatorerna

Den kunskap och insikt som utredarna erhållit genom intervjuer och workshops med personalen som tidigare beskrivits i rapporten, har varit viktiga faktorer i analysarbetet. Dessutom har erfarenheter och insikt av förändringsarbeten på andra sjukhus som befunnit sig i liknande situationer varit viktiga kunskaper för det förslag som presenteras nedan.

6.3.2 Omstrukturering av logiken kring läkarbemannning

Vi föreslår att man övergår till en renodlad struktur som styrs i samklang med produktionsplanering, d.v.s. enskilda läkare har endast *en* uppgift att utföra en specifik vecka. Till exempel, läkare A har operationsvecka, läkare B har avdelningsvecka och läkare C har mottagningsvecka. Om detta scenario inte är möjligt bör man istället gå över till så kallade funktionsscheman som innebär att man under en hel schemalägningsperiod lägger ut arbetsuppgifter på enskilda läkare som omöjliggör krockar mellan olika intressen som exempelvis avdelningsarbete och operation/mottagning.

Vi rekommenderar vidare att läkarschemat anpassas till schemalägningsperioder: två produktionsperioder och en semesterperiod. Där den sistnämnda går ner något i kapacitet och istället övergår till imperativ kirurgi. Ett exempel på ett års översiktlig periodisering kan vara: Period I (v 03 – v 22), period II (v 23 – v 43), period III (v 44 – 02). Varje period läggs ut med ledigheter och planering så att produktion och jouråtagande fungerar. Jourschemaläggningen läggs ut med varje period uppdelad i två delar. Framförhållningen till varje period kan hållas till minst 8 veckor. Det blir enkelt att med framförhållning planera mottagning och det blir enkelt att förstå vilka läkare som är i tjänst samt vilka problem som finns inom innevarande period.

Vi rekommenderar en sektionering på så sätt att ansvariga utses inom avgränsade områden. Den personen behöver inte ha personalansvar men ska svara för att kliniken, inom de gränser som sätts upp, kan utföra definierade uppgifter inom sin sektionering samt inom schemaperioden. Uppgifterna ska inte enbart definieras som planering av dagligt arbete utan också förhålla sig övergripande till forskning, utbildning och framtid. Vidare ska personen underlätta för verksamhetschefen i åiterrapportering och beslutsunderlag. Några naturliga klinikområden blir ÖGI, NGI, kärl, urologi samt bröst. Vi rekommenderar att dessa läkare får titeln sektionschef.

6.3.3 Teamarbete och utskrivningsprocess

Med hjälp av planerad läkarbemannning kan man helt gå över till teambundet avdelningsarbete. Beslut om hemgång och vidare utredning måste tas så tidigt som möjligt på dagen, senast 09.30 så

att patienten kan komma vidare till förutbestämda transporter alternativt utredas med röntgen eller exempelvis prover, så att ett nytt underlag för beslut kan finnas tillgängligt senast kl. 14.00 på eftermiddagen. Även vid detta tillfälle bör det finnas beredskap att låta patienten gå hem. I annat fall måste ordinationerna på eftermiddagen göras med framförhållning till nästa dags rondtillfälle. Arbets sättet möjliggör för all personal att snabbt komma vidare med vårdplaneringen utan att vänta in ny läkarbedömning. Detta leder till att personalstyrkan kan minska under eftermiddagen och dimensioneras i förhållande till vårdtyngd.

Patienten ska när denne går hem, ha med sig en förtryckt information om vad som utförts och vad som förväntas ske efter sjukhusvården och aktuell läkemedelslista,.

Akutpatienter ska senast 12 timmar efter att de kommit in informeras av läkare och ansvarig sjuksköterska om misstänkt sjukdom, planerad utredning och förväntad hemgång/eventuell åtgärd. Patienten får då möjlighet att informera om sina möjligheter att kunna gå hem. Resultatet av informationsutbytet leder till en ökad patientsäkerhet, en välinformerad patient och kortare vistelse på sjukhus.

6.3.4 Remisshantering

Remisshantering på mottagningsningarna ändras så att en sjuksköterska grovsorterar inkomna remisser inom olika inriktningar, exempelvis övre- och nedre magtarm. Vi föreslår att en funktion för remissgranskning införs i läkarschemat så att det görs regelbundet och är oberoende av vilken läkare som är i tjänst.

6.3.5 Allmänt mottagningsarbete

Vi rekommenderar att patienten får besked om den ska opereras och om operationen ska utföras som dagkirurgi eller slutenvård vid första mottagningsbesöket.

Man bör utreda möjligheten av att tidigare friska patienter mellan 18 och 55 år inte alltid behöver träffa narkosläkare för bedömning. Detta ställer krav på remittenten att remisserna beskriver tidigare sjukdomar, allergier samt läkemedel i primära remissen.

Samtliga patienter ska lämna en hälsodeklaration. Mottagningsbesökets resultat kan vara giltigt i tre månader, därefter måste ett nytt besök ske alternativt kan ett telefonsamtal med journalanteckning räcka och komplettering exempelvis med mätning av blodtryck. Journalanteckningen från telefonsamtalet räknas då som inskrivningsanteckning och accepteras av kliniken som en grund för vidare åtgärder. Patientens läkemedelslista måste hållas aktuell.

6.3.6 Operationsplanering

Vi föreslår ett morgonmöte kl. 07.30 där kirurger samt personal från anestesi och operation deltar så att alla har samma information.

I det fall kirurgläkarna kan tidigarelägga sitt morgonmöte rekommenderar vi att minst två narkosläkare som arbetar med dagens patienter startar senast 07.30. Vidare bör man införa dagplaneringsmöten ca 07.40 då ansvarig kirurg går igenom dagens salsprogram tillsammans med all personal på salen. Meningen är att gå igenom vilka svårigheter som förväntas samt att alla blir medvetna om eventuella ändringar, utbildning och eventuell lunchstängning.

Vidare ska man införa 100 % följsamhet till check-in samt check-out. Båda delarna är viktiga på sitt sätt men check-out missas relativt ofta. Vid check-out finns tillfälle att gå igenom nyss utförd operation, om något behöver ändras, om något var särskilt bra samt att man bestämmer postoperativa ordinationer.

Operationsplaneringen tydliggörs och förenklas genom kortare beslutsvägar. Väntelistan med prioritering av imperativ kirurgi (=i närtid tvingande kirurgi) samt vald övergripande produktionsplanering måste styra valet av patienter. Detta kommer att öka transparensen och möjliggöra för operationskoordinatören att lägga ett hållbart operationsprogram med rätt patient, på rätt dag och med rätt operatör.

Kliniken måste ha minst ett veckomöte där huvudoperatörerna, operationsplanerare, operationskoordinatorer samt anestesilog deltar. Programmet för kommande vecka ska då vara klart och huvuduppgiften på mötet ska vara att tillse att det planerade programmet håller och att sent inkomna prioriterade patienter kan planeras på ledig operationstid. Det är nödvändigt att kringresurser såsom preop samt postop räcker till. Därtill bör även platsresurser på avdelningen säkerställas.

6.3.7 Dagbakjouren

Dagbakjourens arbetsuppgifter föreslås ändras så att exempelvis omhändertagande av satellitpatienter utgår. Istället utför sektionerad läkare detta arbete. Arbetsuppgifterna koncentreras så att dagbakjouren mer övergår till att bli ett stöd till akutmottagningens läkare, helt övertar operationschefens uppgifter, utgör kontaktperson för olika inblandade läkare samt besvarar frågor från övriga kliniker och remitterter från vårdcentral.

Dagbakjouren måste känna till alla akut inlagda patienter med operationsbehov och vara behjälplig i att planera in dessa enligt medicinsk prioritering. Troligen måste dagbakjouren behålla uppgiften att vara behjälplig vid interventionell endoskopi. Det är viktigt att dagbakjouren går att nå genom befintlig funktionssökare, d.v.s. inte en personlig sökare.

6.3.8 Standardisering av metoder

All kirurgi bör i görligaste mån standardiseras för att därigenom öka effektiviteten och patientsäkerheten. Standardiseringarna bör ses till hela patientprocessen så att högsta möjliga värde skapas.

Det första som bör genomföras är att skilja utbildning från produktion. Detta innebär att man kan införa högproduktiva operationsdagar på vissa salar.

Andra viktiga åtgärder är att öka andelen dagkirurgi utan övernattnig. Detta innebär att dagkirurgi bör hanteras i ett eget spår med start redan på kirurgmottagningen. Basen för all poliklinisk kirurgi ligger på "slussen". Det som i första hand måste lyftas är beslutstillfälle (kirurgmottagningen) om dagkirurgi, vårdprogram, smärtlindring samt öppettider på "slussen".

Nästan dagligen stryks patienter av olika orsaker, ofta för att akut kirurgi tränger ut planerad. Vi rekommenderar att kirurgkliniken lägger in en halv sal dagligen för imperativ halv akut kirurgi samt akut kirurgi.

7 Utvecklingspaket i ett tidsperspektiv

7.1 Några bärande principer

Nedan följer några bärande principer som vi tror är nödvändiga för att föreslagna åtgärder ska skapa en bestående förändring som är nödvändig för att utsatta mål ska nås.

Patientorientering

Den verksamhet som bedrivs vid kirurgkliniken ska kännetecknas av ett tydligt fokus på patienten vilket säkerställer att sjukhuset är attraktivt för alla parter och för hur samverkan kan ske i effektiva former

Samhörighet; nödvändigt att dra åt samma håll

Organisation och arbetssätt måste kunna verkställa att alla insatser samverkar i syfte att vara patient- och produktionsrationella

Kirurgkliniken bör optimeras utifrån ett gemensamt systemperspektiv

Ingen verksamhet kan ses som en enskild del. Alla verksamheter måste kunna samverka med andra verksamheter för att vara patientorienterade och produktionsrationella.

Tydlig och konsekvent ledning, tydligt uppdrag

Olika insatser ska styras och samverka i former som är gränsöverskridande och som samverkar mot ett effektivt gemensamt slutmål; exempelvis patientens process.

Incitament som styr mot helhet

Samtliga incitament (monetära och icke-monetära) ska stödja att det gemensamma slutmålet kan uppnås på effektivaste sätt: Incitament ska därför härledas utifrån den "helhet" som behövs för att uppnå ett gemensamt mål.

Samverkansformer; ekonomi, planering, funktioner, flexibilitet

De samverkansformer som väljs ska bygga på bästa ekonomi, optimal planering över insatsgränser, funktioner som stödjer helhetstänkande samtidigt som kraven på flexibilitet är höga.

Utbildnings- och forskningsperspektiv

Utbildning och forskning ska kunna förenas med vad som utgör effektiv produktion vilket kräver nytänkande.

Planering och infrastruktur måste vara gemensam

Grundläggande för verksamheten är att planering och "infrastruktur" processerna är tydliggjord från början och gemensam för samtliga steg i patientprocessen.

Koordinering av resurser/Flexibilitet

En verksamhet ska kunna koordinera resurser i form av insatser löpande och med ständig anpassning till vad som är optimalt i ett patient- och produktionsperspektiv.

Öppenhet och transparens/Delaktighet

En verksamhet som hanterar ovanstående principer ska grundas på ledarskap och styrning som skapar acceptans för vad som ska göras.

7.2 Förändringar som är möjliga att uppnå på kort sikt

Övergripande förhållningssätt till volymer i produktionsplanering

Produktionsplaneringen bör förhålla sig till bestämda volymer av enskilda diagnosgrupper samt sammanslagen total volym (+/- 3 %). Total volym bör förhålla sig till samtliga av sjukhusets opererande specialiteter. En övergång till detta förhållningssätt anpassar alla resurser inklusive ekonomi, men kan leda till att kliniken måste skicka ifrån sig överskott av enskilda diagnosgrupper om det inte går att behandla inom givna produktionsgränser. Alternativt kan det naturligtvis leda till att kliniken kan erbjuda avlastning inom vissa diagnosgrupper till andra sjukhus, d.v.s. öka produktionen inom exempelvis gallkirurgi därför att det totala produktionsutrymmet medger det. Vidare kan den totala volymen medge att man kan operera undan operationsköer i det fall enskilda diagnosgrupper inte uppnår estimerade volymer.

Med detta planeringssätt som underlag kan regionledningen i samklang med politiken bestämma ramen för all verksamhet. Frågan är komplex då det inom kirurgkliniken är låg produktivitet i flera led.

Läkarschema

En förändring av läkarplanering kommer att leda till mer effektiva processer både ur ett patientperspektiv samt ur ett produktions- och utbildningsperspektiv.

Organisationsförändring

Morgonmötets starttid, innehåll och deltagare bör förändras för att uppnå högre effektivitet för själva mötet och för omgivande processer.

Utskrivningsprocess

Läkarnas avdelningsarbete måste revideras och övergå i teamarbete så att samtliga processer kan starta så tidigt som möjligt. Både ur ett patient- och ett medarbetarperspektiv.

Operationsplanering

Planeringens åtgärder måste tidigareläggas med bättre framförhållning och övergå i de möjligheter som redan finns i form av koordinering, väntelistor och organisation. Organisationen måste i sin tur genomgå omfattande förändringar med förkortade beslutsvägar och minskat antal mötestillfällen.

Dagbakjouren

Dagbakjourens arbetsuppgifter föreslås ändras så att arbetsuppgifterna blir till ett stöd för akutmottagningens läkare och helt övertar operationschefens uppgifter, utgör kontaktperson för olika inblandade läkare samt besvarar frågor från övriga kliniker och remitterter från vårdcentral. Dagbakjouren ska facillitera alla ad-hoc processer. Det är viktigt att dagbakjouren går att nå genom en funktionsökare, d.v.s. inte en personlig sökare.

Mottagningsverksamhet

Måste koordineras med läkarschemat med 8 veckors framförhållning. Sjuksköterskor bör göra en första grovsortering av inkomna remisser. Mottagningsverksamheten ska utgöra en bas för operationsplanering utan återbesök till inskrivningsmottagning. Inkomna volymer måste hanteras i samklang med produktionsplaneringen.

Mer dagkirurgi utan övernattnig

Dagkirurgin måste planeras redan vid första besöket på kirurgmottagningen.

Sektionering av läkarna

Sektionering av läkare bör införas med definierade arbetsuppgifter såsom planering av dagligt och långsiktigt arbete, samarbete med annan personal, forskning, utbildning och framtid. Vidare ska utsedd sektionsansvarig (se ovan) underlätta för verksamhetschefen i åiterrapportering och beslutsunderlag. Sektionsläkare ansvarar för satellitpatienterna som dock kommer att minska i antal tack vare förbättrade in- och utskrivningsrutiner.

Samordning av vårdavdelningar

En samordning av vårdavdelningar kan genomföras så att bättre resursutnyttjande sker

8 Uppskattade kostnadsreduceringar

8.1 Besparingspotential i siffror

Vi beräknar att kortsiktiga förändringar kan ge ca 10-15 msek. I förlängningen kommer kulturförändringar och effektiviseringsarbete leda till ytterligare besparingar om ca 10-15 msek det vill säga sammanlagt upp till mellan 20 – 30 msek.

Ett exempel:

Kostnad per producerad DRG-poäng 2014 Gallor

Östersund	58 990
Gävle	52 327
Kalmar	45 753

För att uppnå en ytterligare förbättrad budget behöver man genomföra strukturella förändringar. I korthet måste ledningen bestämma sig för vilken elektiv vård som ska bedrivas.

9 En sammanfattande aktivitetsplan för genomförande

- **Uppstart**
En förändring som påverkar många måste kännas viktig och angelägen. Fokusera på orsakerna till varför organisationsförändringen behövs. Detta krävs för att onödiga revir inte ska uppstå.
- **Bilda en kraftfull grupp av beslutsfattande personer som stöttar förändringen**
Gruppen bör ha formen av en styrgrupp, skapa en tillräcklig uppslutning och samsyn kring förändringarna.
- **Information och kommunikation**
Identifiera och avlägsna hinder för att förändringen ska bli verklighet. Detta kan genomföras som en riskanalys där olika risker identifieras, klassificeras och där en åtgärdsplan skapas för att hantera processen.
- **Planera så att synliga effekter kommer tidigt i arbetet (low-hanging fruit)**
Börja arbeta med successiva implementeringar som beräknas generera stor nytta och där sannolikheten för ett lyckat införande är stor. Se föregående kapitel med förslag på prioriteringar.
- **Konsolidera olika förbättringsområden och skapa ännu mer resultat**
Slutförande av varje deletapp genererar viktiga milstolpar för att nå slutmålet. Tänk på att uthållighet och långsiktighet behövs i arbetet där det hela tiden är viktigt att bibehålla fokus på uppsatta projektmål och syften (detaljer och åter detaljer).
- **Genomför förändringarna som en del av den ordinarie verksamheten**
Det är viktigt att arbetssätt, verksamhetsprocesser, styrning och uppföljning ändras så att man kan dra full nytta av den organisering som ska leda till en realisering av de planerade effekterna.

Bilaga 1

Förstabetesök allmän kirurgi

Landsting / region	Måluppfyllelse vårdgarantin	Väntande totalt	Väntande totalt (exkl PVV)	Väntande 90 dgr eller kortare	Andel PVV
Riket	73 %	28 508 st	27 655 st	20 229 st	3 %
Jämtland Härjedalen	54 %	533 st	501 st	272 st	6 %
Östersunds sjukhus	54 %	533 st	501 st	272 st	6 %

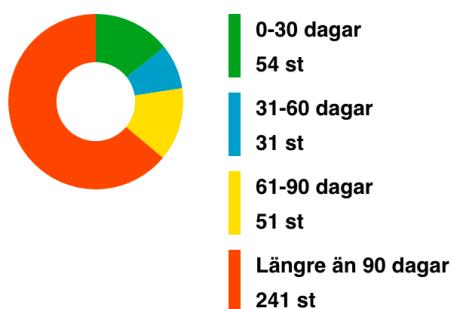
Hur länge har man väntat?



Förstabetesök Urologi

Landsting / region	Måluppfyllelse vårdgarantin	Väntande totalt	Väntande totalt (exkl PVV)	Väntande 90 dgr eller kortare	Andel PVV
Riket	63 %	15 355 st	15 037 st	9 428 st	2 %
Jämtland Härjedalen	36 %	382 st	377 st	136 st	1 %
Östersunds sjukhus	36 %	382 st	377 st	136 st	1 %

Hur länge har man väntat?



Förstabetesök ögonsjukvård

[Exportera till Excel](#)

Landsting / region	Måluppfyllelse vårdgarantin	Väntande totalt	Väntande totalt (exkl PVV)	Väntande 90 dgr eller kortare	Andel PVV
Riket	58 %	47 953 st	46 681 st	26 922 st	3 %
Norra sjukvårdsregionen	50 %	6 302 st	6 188 st	3 079 st	2 %
Jämtland Härjedalen	48 %	833 st	808 st	384 st	3 %
Östersunds sjukhus	48 %	833 st	808 st	384 st	3 %

Hur länge har man väntat?



Antal väntande till operation/åtgärd Gallsten

[Exportera till Excel](#)

Landsting / region	Måluppfyllelse vårdgarantin	Väntande totalt	Väntande totalt (exkl PVV)	Väntande 90 dgr eller kortare	Andel PVV
Riket	55 %	2 285 st	2 174 st	1 205 st	5 %
Jämtland Härjedalen	89 %	19 st	19 st	17 st	0 %
Östersunds sjukhus	89 %	19 st	19 st	17 st	0 %

Hur länge har man väntat?



Antal väntande till operation/åtgärd Ijumskråck

Landsting / region	Måluppfyllelse vårdgarantin	Väntande totalt	Väntande totalt (exkl PVV)	Väntande 90 dgr eller kortare	Andel PVV
Riket	68 %	3 131 st	2 919 st	1 982 st	7 %
Jämtland Härjedalen	78 %	32 st	32 st	25 st	0 %
Östersunds sjukhus	78 %	32 st	32 st	25 st	0 %

Hur länge har man väntat?



Antal väntande till operation/åtgärd gråstarr

Landsting / region	Måluppfyllelse vårdgarantin	Väntande totalt	Väntande totalt (exkl PVV)	Väntande 90 dgr eller kortare	Andel PVV
Riket	72 %	14 589 st	14 108 st	10 095 st	3 %
Norra sjukvårdsregionen	56 %	2 351 st	2 290 st	1 283 st	3 %
Jämtland Härjedalen	46 %	342 st	334 st	153 st	2 %
Östersunds sjukhus	46 %	342 st	334 st	153 st	2 %

Hur länge har man väntat?

