

Revisionschef Lennart Ledin 063-14 75 27
Certifierad revisor Jan-Olov Undvall, 063-14 75 24

Landstingsstyrelsen

Operationsverksamheten vid Östersunds sjukhus

Revisionskontoret har på vårt uppdrag med hjälp av Anna M Roland granskat operationsverksamheten vid Östersunds sjukhus med avseende på ändamålsenlighet och effektivitet. Den granskning som vi gjorde år 2004 har samtidigt i vissa delar följts upp.

Resultatet av granskningen framgår av bifogad granskningsrapport.

Granskningen har visat många exempel på goda ambitioner och starkt engagemang för verksamheten. Granskningen talar för att det finns vilja att utveckla och förbättra och att det finns omsorg om den medicinska kvaliteten. Sammanfattningsvis visar granskningen att det finns en potential att på flera sätt förbättra verksamheten till förmån för länets medborgare.

Några iakttagelser, bedömningar och förslag som vi särskilt vill betona är följande:

- Styrningen och ledningen av operationsverksamheten behöver kopplas tydligare till befolkningens behov och de opererande klinikernas väntelistor. Det bör bland annat ske genom att verksamheten styrs och följs upp med nyckeltal som beskriver uppdraget i nyss nämnda avseende. En systematisk återföring av verksamhetens resultat mätt på nyss nämnda sätt är enligt vår bedömning ett viktigt led i personalens engagemang för uppdraget. IT-stödet är i stort behov av utveckling för att verksamheten skall kunna följas upp med adekvata mått och nyckeltal.
- Den systematiska samverkan mellan akutområdet och de opererande klinikerna behöver utvecklas ytterligare. Kliniköverskridande projekt och aktiviteter bör kunna ske fortlöpande enligt en, mellan de berörda verksamhetsområdena, gemensam utvecklingsplan. Ett exempel på sådan samverkan är det samarbete, under hösten 2008, som resulterade i rapporten "Operera mera - hur kan vi optimera resurserna för operationssjukvård".
- Den dagliga ledningen för genomförandet av operationsprogrammet behöver stärkas. Vi anser det oacceptabelt att den dagliga starttiden på programmet inte hålls liksom att operationer stryks när de riskerar att sluta något utanför ordinarie arbetstid. Antalet strykningar år 2008 inom kirurgi och ortopedi bör enligt vår mening avsevärt kunna minskas.
- En separation av dagkirurgin till särskilt anpassade lokaler anser vi skulle kunna effektivisera operationsverksamheten genom att friställa operationssalarna för slutenvårdskirurgi, genom att flödet för polikliniska operationer blir smidigare samt färre strykningar av planerade polikliniska ingrepp.
- Även en separation av oplanerade/akuta operationer från planerade operationer bedömer vi skulle kunna effektivisera operationsverksamheten. Särskilt under turistmånaderna stör

akuta operationer genomförandet av operationsprogrammet och resulterar i strykningar av planerade operationer. Den planerade ortopediska kirurgi som nu delvis genomförs i en egen produktionslinje och kan genomföras oavsett akut tillkommande verksamhet bör enligt vår mening prövas i större uträkning och med en flexibilitet över tiden.

Vi emotser senast den 5 juni 2009 landstingsstyrelsens yttrande över resultatet av granskningen med en redovisning av vilka åtgärder som styrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av resultatet. Av redovisningen bör framgå närmast ansvariga för åtgärderna samt tidplan.

För Jämtlands läns landstings revisorer

Mona Nyberg
Ordförande

Jöns Broström
Vice ordförande

Bilaga

Revisionskontorets revisionsrapport ”Operationsverksamheten vid Östersunds sjukhus”

Kopia

Fullmäktiges presidium
Beredningen för vård och rehabilitering
Landstingsdirektören
Bitr. landstingsdirektören
Chefen Akutområdet
Chefen område Kirurgi
Chefen område Ortopedi
Chefen Kvinna-Barn

Operationsverksamheten vid Östersunds sjukhus 2008

Är operationsverksamheten vid Östersunds sjukhus
ändamålsenligt och effektivt utformad?

En granskning utförd på uppdrag av
landstingets revisorer i Jämtlands läns landsting

Anna Roland

2009-03-03

Sammanfattning

De förtroendevalda revisorerna i Jämtlands läns landsting har granskat Landstingets operationsverksamhet med avseende på ändamålsenlighet och effektivitet. Granskningen har genomförts av konsultfirman Anna M Roland Konsult under november 2008 – februari 2009 och har delvis inneburit en uppföljning av den granskning som skedde 2004.

Granskningen har visat många exempel på goda ambitioner och starkt engagemang för verksamheten. Granskningen talar för att det finns vilja att utveckla och förbättra och att det finns omsorg om den medicinska kvaliteten.

Landstingets organisation innebär att Landstingsstyrelsen har verkställande ansvar som sådan men också verkställande ansvar som hälso- och sjukvårdsnämnd. Landstingsstyrelsens tydliga stöd och engagemang för hälso- och sjukvårdens styrning och utveckling är en nödvändig förutsättning för framgång och kan enligt granskningen förstärkas. Ett viktigt steg härvidlag är att ta fram föreskrivet Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet på central nivå.

Centraloperations uppdrag att *fullgöra landstingets sjukvårdsuppdrag för Jämtlands län avseende operations- och anestesiverksamhet* förvaltas internt genom omformulering i mål med koppling till ett personalperspektiv snarare än till befolkningens behov. Granskningen visar därmed att intern styrning av C-OP:s verksamhet avviker från uppdraget.

Landstingsplanens betoning av *processororienterat synsätt* i verksamhetsutvecklingen motsvaras i ringa mån av systematisk samverkan mellan Centraloperation och opererande kliniker, vilket är en förutsättning för den verksamhet vars processer alltid omfattar flera parter. Granskningen visar att utvecklingsarbetet inom operationsverksamheten styrs med ett internt snarare än ett processorienterat synsätt och därför behöver utvecklas.

C-OP:s medarbetare får inte systematisk rutinmässig återföring av verksamhetens resultat i mått med koppling till befolkningens behov. Återföring till medarbetarna har enligt granskningen budskapet att uppdraget (med antal operationstimmar) klaras, trots att Jämtlands läns landsting till hög kostnad tvingas remittera patienter utomläns för att sjukhuset inte klarar att hålla vårdgarantins utfästelser avseende väntetid. Engagemanget för uppdraget i stort och för det dagliga programmet kan stärkas om tydligare återföring av verksamhetens resultat i helhetsperspektiv sker, vilket rekommenderas.

Den interna organisationen inom Centraloperation har under granskningsperioden inte någon tydlig funktion med ansvar för genomförande av operationsprogram, ett "driftsansvar" för den dagliga verksamheten. Flera funktioner kan sägas göra anspråk på delar av detta ansvar, t ex klinikernas operationschefer. Granskningen visar att bristen på ett sammanhållet driftsansvar förmodligen är en svaghet som bidrar till att många planerade operationer stryks från programmet i stället för att genomföras som planerat.

Andelen operationer som stryks från planerat operationsprogram är större vid Östersunds sjukhus än vid andra sjukhus som ingår i benchmarkingsystemet Nysam. Granskningen visar intryck av en tillåtande attityd till strykningar.

Cirka en tredjedel av operationerna är oplanerade och stör det planerade operationsprogrammet. Strykningar av planerade ingrepp görs för att de akuta ska kunna opereras. I många fall drabbar strykningen planerade polikliniska ingrepp. Planerad ortopedisk kirurgi har delvis organiserats i ett eget spår och kan genomföras oavsett akut tillkommande verksamhet. En utökning av arbetssättet att separera planerad kirurgi från den akuta har potential att bidra till ökad effektivitet.

Dagkirurgin, som utgör ca 30-50 procent av verksamheten, sker huvudsakligen integrerat med slutenvårdskirurgin. En nackdel med detta är att de procedurer som omger operationen sker mer komplicerat än nödvändigt, vilket bidrar till suboptimeringar och effektivitetsförluster för verksamheten i stort. En högre grad av separering mellan dagkirurgi och slutenvårdskirurgi skulle ge smidigare flöden för polikliniska patienter och därmed sannolikt ökad produktion och färre strykningar. Ett sätt att genomföra det, som används vid allt fler sjukhus i landet, är att ordna en separat dagkirurgisk operationsavdelning. Dagkirurgin vid Östersunds sjukhus kommer sannolikt att öka och det finns därför goda skäl för landstinget att överväga investering i nödvändiga lokaler för en förstärkt separering av dagkirurgin från slutenvårdskirurgin.

Viktiga data, som t ex tider för operationsstarter m.m., registreras digitalt i befintligt IT-system men är inte tillgängliga på ett smidigt sätt för kontinuerlig uppföljning. Det innebär att verksamhetsansvariga saknar ett viktigt verktyg som de behöver för att följa och utveckla verksamheten. Flera exempel på otillräckligt väl fungerande IT-stöd har getts och sammantaget visar granskningen att IT-stödet behöver utvecklas så att det blir bättre anpassat till de behov som finns, bl. a för kontinuerlig övervakning av interna produktionsmål.

Anestesiläkarna som tjänstgör inom Centraloperation har parallella arbetsuppgifter med ansvar både för pågående operationer och för preoperativa bedömningar inför kommande operationer. Schemaläggning till antingen den ena eller andra uppgiften skulle ge förutsättningar för lugnare arbetsmiljö och färre störningar under pågående arbetsmoment och samtidigt ge utrymme för större ansvar för genomförandet av salarnas program och för planerad samverkan med opererande kliniker.

Samttaget ger granskningen anledning till följande rekommendationer:

1. Målstyrningen inom operationsverksamheten behöver förstärkas avseende kopplingen till befolkningens behov och opererande klinikers väntelistor. Systematisk återföring till medarbetarna av dessa storheter är ett viktigt led i personalens engagemang för uppdraget och behöver utvecklas.
2. Område Akutvård och ledningen inom C-OP rekommenderas analysera behovet av en befattning med driftsansvar för det dagliga operationsprogrammet och utse en person som med tillräcklig auktoritet kan fungera som daglig ledare och som samverkanspartner för opererande klinikers operationschefer.
3. Den systematiska samverkan mellan C-OP/ område Akutvård och opererande kliniker i förbättrings- och utvecklingsinsatser behöver utvecklas. Klinikgränsöverskridande projektgrupper för processanalyser, genombrottsprojekt m.m. bör utses efter en gemensamt framtagen plan för utvecklingsamverkan.
4. Landstinget rekommenderas överväga att separera dagkirurgin i särskilt anpassade lokaler och att inom befintliga lokaler finna metoder att i ökad utsträckning separera planerad kirurgi från akut, på sätt som redan delvis sker inom ortopedin.
5. En prioriterad analys av IT-behov bör genomföras och nödvändig stödresurs anslås för utveckling av systemen så att de tillgodoser behoven av lättåtkomliga data för styrning och uppföljning av verksamheten med de nyckeltal som definieras av verksamhetsansvariga.
6. Anestesiläkarnas tjänstgöring inom C-OP bör analyseras avseende möjligheten att separera de två arbetsuppgifterna genom schemaläggning och läkarna bör ges större ansvar för genomförande av programmet på de salar man ansvarar för.

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	1
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	3
1 INLEDNING	4
1.1 Bakgrund	4
1.2 Syfte, revisionsfrågor, avgränsning	4
1.3 Rapportens disposition	4
2 UTGÅNGSPUNKTER (REVISIONSKRITERIER)	5
2.1 Landstingets budget och flerårsplan	5
2.2 Om effektiv och ändamålsenlig styrning och resursanvändning	5
3 GRANSKNINGSANSVARIG	6
4 METOD	6
5 OPERATIONSVERKSAMHETEN (IAKTTAGELSER)	7
5.1 Styrning och säkring – mål och resultat	7
5.2 Organisation/struktur	15
5.3 Resurser och resursanvändning	18
5.4 Operationsplanering	23
5.5 Preoperativ bedömning	27
5.6 Strykningar i planerat operationsprogram	28
5.7 Avvikelsehantering	31
5.8 Projekt och utveckling	32
6 SYNPKUNKTER I INTERVJUER	34
7 ANALYS OCH SLUTSATSER	35
7.1 Styrning och organisation	35
7.2 Driftansvar	36
7.3 Samverkan	36
7.4 Planerad kirurgi och dagkirurgi	36
7.5 IT-stödet	37
7.6 Anestesiläkarnas roll	37
7.7 Slutsatser och rekommendationer	38
Bilaga 1. Specifika revisionsfrågor	39
Bilaga 2. Granskningsunderlag	40

1 Inledning

De förtroendevalda revisorerna i Jämtlands läns landsting har granskat operationsverksamheten med avseende på ändamålsenlighet och effektivitet. Operationsverksamheten har en central roll på ett sjukhus. Om det uppstår brister i effektiviteten och tillgängligheten till operation leder det till köer hos de opererande klinikerna. Detta medför svårigheter att nå vårdgarantin i egen regi och hålla nere kostnader för utomlänsvård. För att operationsverksamhet ska vara effektiv förutsätts god planering och utvecklat samarbete.

1.1 Bakgrund

Jämtlands läns landsting bedriver operationsverksamhet vid Östersunds sjukhus inom specialiteterna kirurgi med urologi, kvinnosjukdomar, ortopedi, ögonsjukdomar samt ÖNH-sjukdomar. Tillgängligheten till sjukhusets operationsverksamhet är otillräcklig i relation till behoven och 12 % av operationerna¹ sker genom utomläns köpt vård till hög kostnad för landstinget, varav en betydande andel är kirurgi som inte klaras inom vårdgarantins ramar.

Omkring 32 % av operationerna utgörs av oplanerad (akut) kirurgi med säsongsvariation särskilt inom ortopedin, vars andel akuta vårdtillfällen är 79 % i genomsnitt.

Landstinget har för 2008 ett prognostiserat underskott om 95,9 mkr² och behöver därför prioritera kostnadskontroll. I det arbetet framstår säkring av effektiv operationsverksamhet med minimering av utomläns köpt vårdgarantivård som viktigt att uppmärksamma.

1.2 Syfte, revisionsfrågor, avgränsning

Granskningen är delvis en uppföljning av granskningen 2004 och syftar till att ge revisorerna svar på frågorna:

1. Utnyttjas, samordnas och fördelas operationsresurserna på ett effektivt sätt?
2. Är operationsverksamheten ändamålsenligt organiserad?
3. Fungerar uppföljningen av operationsverksamheten tillfredsställande?

22 revisionsfrågor specificerar de övergripande frågorna och redovisas i Bilaga 1. Granskningen är avgränsad till C-OP samt Kirurg-, Kvinno- och Ortopedklinikerna och har genomförts under perioden november 2008 – februari 2009.

1.3 Rapportens disposition³

Kapitel 2 beskriver Revisionskriterier och utgångspunkter, *kapitel 3-4* metod och granskningsansvariga. *Kapitel 5* redovisar granskningens iakttagelser i åtta avsnitt. Varje avsnitt avslutas med kortfattad kommentar, som markerats med inramning av texten. *Kapitel 6* ger några citat ur intervjuer. *Kapitel 7* innehåller analys av granskningens iakttagelser, diskussion och slutsatser mot bakgrund av revisionskriterierna samt avslutas med rekommendationer.

Två bilagor tillhör rapporten: Bil. 1: specifika revisionsfrågor och Bil. 2: redovisning av intervjuer och dokument i granskningsunderlaget.

¹ Avser andel operationstillfällen 2007 (Nysam 2008).

² Intern prognos. JLL jan -09.

³ För att underlätta läsbarhet och minska textmassa används förkortningar, t ex LT för landstinget, LS för Landstingsstyrelsen, VC för verksamhetschef, op. för operation/ opererande etc.

2 Utgångspunkter (Revisionskriterier)

Utgångspunkter för analys och slutsatser är Landstingets budget och flerårsplan samt begreppen effektivitet, ändamålsenlighet och produktivitet. Övergripande regelverk enligt HSL och SOSFS ingår som generella utgångspunkter.

2.1 Landstingets budget och flerårsplan

Tre av landstingets fokusområden i Landstingsplanen 2007-2009 är av särskilt intresse i föreliggande granskning: God vård, Effektivitet i verksamheten respektive God ekonomisk hushållning. Områdena ingår även i Landstingsplanen 2008-2010 som Inriktningsmål.

Inom perspektivet God vård fastslås bl. a:

- "Tillgängliga resurser ska nyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Det innebär att vården utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer baserat på tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektiviteten för åtgärderna.
- Ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av. För planeringsbara vårdinsatser innebär detta att ingen patient ska behöva vänta längre än vad som regleras i den utvidgade nationella vårdgarantin."

Inom perspektivet Effektivitet i verksamheten fastslås bl. a:

- "Produktionen av Landstingets tjänster ska organiseras med fokus på patienter/ medborgare.
- Det processorienterade synsättet ska vara en naturlig utgångspunkt för alla enheters utvecklingsarbete.
- Genom ett systematiskt förbättringsarbete för att effektivisera verksamheten, kan kostnadsökningar begränsas och resurser frigöras för nya prioriteringar. Gapet mellan det som är önskvärt att göra och det som är möjligt att göra kan därmed minska. Resultatet blir också att medarbetaren känner större mening och glädje i sitt arbete."

Inom perspektivet God ekonomisk hushållning fastslås bl. a:

- "För att skapa förutsättningar för en god ekonomisk hushållning måste landstinget skapa tydliga samband mellan resursåtgång, prestationer, resultat och effekter för att säkerställa en kostnadseffektiv och ändamålsenlig verksamhet."

2.2 Om effektiv och ändamålsenlig styrning och resursanvändning

För en effektiv styrning behövs tydlighet i uppdraget och balans mellan vad som är *önskvärt* och vad som är *möjligt* att uppnå. För en effektiv säkring av målen (att möjligt resultat också *faktiskt* blir resultatet) krävs genomtänkta arbetssätt, genomtänkt resultatuppföljning och systematisk prioritering av utvecklingsinsatser.

Effektivitet definieras: " Resursåtgång i förhållande till den noggrannhet och fullständighet med vilken användarna uppnår givna mål". *Ändamålsenlighet* definieras: "Den noggrannhet och fullständighet med vilken användarna uppnår givna mål". (ISO 9241-11).

Eftersom en operationsavdelnings huvudsakliga uppdrag är att tillhandahålla tjänster till opererande kliniker är det nödvändigt med inriktning på mål som kan relateras till de opererande klinikernas behov av tjänster och i vilken utsträckning dessa behov tillgodoses, dvs. det som brukar benämnas *yttre effektivitet*. Här finns en direkt koppling till landstingets övergripande uppdrag för befolkningen och hur väl man förmår tillgodose dess behov.

Effektiv resursanvändning förutsätter fungerande kvalitets- och produktionsstyrning, med tydliga medicinska mål/ övr. patientfokuserade mål och tydliga produktionsmål/ ekonomiska mål. Vidare behövs ett styrsystem och säkrade arbetssätt, dvs. metoder som har utvärderats som effektiva och som används rutinmässigt, följs upp och utvecklas.

Medel för att uppnå kvalitetsmål är t ex ledningssystem (enligt SOSFS 2005:12) med tydlig ansvarsfördelning, tydliga riktlinjer etc. samt systematisk uppföljning med fungerande indikatorer, i kvalitetsregister och internt, avvikelshantering, intern kontroll. Medel för att uppnå produktionsmål är styrning av produktionsfaktorer (tid, kompetens, utvecklingsåtgärder), styrning och säkring av processer samt medvetenhet inom organisationen (chefer och medarbetare) om ekonomiska förutsättningar.

Det finns en risk att interna mål, med sikte på den *inre effektiviteten*, skymmer sikten för en enhets (t ex. operationsavdelningens) delansvar för det övergripande uppdraget. Det finns också en risk inom offentligt finansierad verksamhet att *ekonomiska mål* skymmer sikten för övriga mål. En viktig kontrollpunkt härvidlag är därför frågan om hur väl befolkningens/ skattebetalarnas behov tillgodoses, något som fått allt större uppmärksamhet på senare år genom publikt presenterade Öppna jämförelser mellan landstingen, publikt tillgänglig redovisning av Väntetider i vården m.m.

3 Granskningsansvarig

Granskningen har genomförts av Anna Roland vid konsultföretaget Anna M Roland Konsult, som också ansvarar för rapport, analys och slutsatser. Jan-Olov Undvall vid landstingets revisionskontor har medverkat i gruppintervjuer och som projektledare. Specifika frågeställningar, urval av intervjupersoner samt genomgång och slutlig utformning av analys, slutsatser och rekommendationer har skett i samarbete med revisionschef och projektledare vid landstingets revisionskontor.

4 Metod

Granskningen har genomförts som en dokument- och intervjustudie. I underlaget ingår landstingets budget och flerårsplan, styrdokument inom område Akutvård (verksamhetsplaner 07 och 08 samt Uppdrag), och andra styrdokument av intresse samt klinikens egen uppföljning och resultatredovisning. Vidare ingår sammanställningar i Öppna Jämförelser och Nysam samt en nyligen genomförd konsultrapport om ortopediverksamheten från Helseplan Consulting AB.

Företrädare med verksamhetsansvar, samverkans- och planeringsansvar eller annat funktionsansvar med relevans för granskningen har intervjuats liksom två grupper med medarbetare från opererande kliniker och C-OP. Underlaget redovisas i detalj i Bilaga 2.

Intervjuade företrädare har granskat rapporten i utkast för kontroll av fakta, som i förekommande fall korrigerats.

5 Operationsverksamheten (lakttagelser)

Kapitel 5 innehåller åtta avsnitt: 5.1 om C-OP:s uppdrag och intern styrning/säkring, 5.2 om organisation och samverkansfunktioner, 5.3 om resurser/resursanvändning, 5.4 om operationsplanering, 5.5 om preoperativ bedömning, 5.6 om strykningar från programmet, 5.7 om avvikelshantering samt 5.8 om projekt och utvecklingsarbeten. Varje avsnitt avslutas med kortfattad kommentar.

5.1 Styrning och säkring – mål och resultat

C-OP:s uppdrag⁴, som delvis återges i områdets verksamhetsplan 2008, är:

- Att fullgöra landstingets sjukvårdsuppdrag för Jämtlands län avseende operations- och anestesiverksamhet
- Att möta länets behov av specialiserad vård inom sitt kompetensområde.

I uppdraget ingår också att "bedriva ett löpande systematiskt förbättringsarbete" samt en rad specifika moment (t ex avseende vårdrelaterade infektioner m fl. projekt). I följande avsnitt redovisas hur uppdraget styrs och säkras internt med mål, uppföljning och resultat för operationsverksamheten. Redovisningen har tyngdpunkt på produktion. Kvalitetsmål med specifik koppling till operationsverksamheten berörs.

5.1.1 Mål

Verksamhetsplan 2008 innehåller sammanlagt 48 mål⁵ för område Akutvård, uppdelade i de fyra perspektiven: *God vård* (12 mål), *Regional utveckling* (1 mål), *Attraktiva hälsofrämjande arbetsplatser* (12 mål), *God ekonomi* (8 mål) samt *Effektiv verksamhet och ständig utveckling* (15 mål). Tabellen nedan redovisar mål med nära koppling till operationsverksamheten.

Mål i Verksamhetsplan 2008 (urval med specifik koppling till operationsverksamheten)	
Perspektiv	Mål
God vård	"Väntetid till operation mätt i timmar för patienter med höftfraktur ska minska jämfört resultat 2006" "Centraloperation skall tillhandahålla operationstimmar enligt överenskommelse" "Förbättrad programplanering av operationsverksamheten"
God ekonomi	"Arbetade timmar per operationstimme vid centraloperation ska högst uppgå till 17,8"
Effektiv verksamhet och ständig utveckling	"Fungerande vårdplaneringsprocess" "Förbättrad samverkan och tillhandahålla god service i samarbetet med andra verksamhetsområden"

Tabell 1 Verksamhetsmål 2008 (urval)

⁴ C-OP:s uppdrag ingår i uppdrag för Verksamhetsområde Akutvård 2008 som lyder: "Verksamhetsområdet ansvarar för att fullgöra landstingets sjukvårdsuppdrag för Jämtlands län avseende prehospital sjukvård i vägambulans- och helikopter verksamhet, akutmottagning med observationsplatser vid sjukhuset, intensivvård, operations- och anestesiverksamhet (inkl. läkarkompetens inom anesthesi- och intensivvård), initial postoperativ vård, sterilgodshantering. Området tillhandahåller läkarkompetens för smärtmottagning i den specialiserade vården. Verksamhetsområdet ska möta länets behov av specialiserad vård inom ovanstående kompetensområden."

⁵ Kvalitets- och produktionsmål dokumenteras samlat i VP 2008.

Mål för antal operationstimmar

Verksamhetuppdraget översätts i VP 2008 till målet "operationstimmar enligt överenskommelse" och "arbetade timmar per operationstimme vid centraloperation ska högst uppgå till 17,8". Antalet timmar räknas fram av verksamhetschefen inom område Akutvård utifrån den önskvärda relationen personaltimmar/ operationstimme⁶. Målnivån för nyckeltalet fastställs genom sammanvägning av föregående års resultat med en bedömning av arbetsbelastning, som bl. a värderas utifrån det gångna årets sjuktal, och avgörs efter samråd mellan verksamhetschef och C-OP:s avdelningschefer.

Beräkningen för år 2008 utgår från målet 17,8 personaltimmar/ operationstimme och leder till målet 9 200 operationstimmar, vilket är den resurs som opererande kliniker får att dela på. Fördelningen mellan kliniker överenskomms i Operationsrådet, som leds av VC Omr Akutvård, och redovisas i en månadsbudget/ opererande klinik (se tabell 2).

Timfördelning 2008 ("Operationstimsbudget")					
	ca%	Total	KIR	KK	ORT
jan	9,1	837	310	75	355
feb	9,3	862	311	77	363
mars	8,5	778	284	70	332
april	9,5	877	320	80	371
maj	9,1	843	310	75	356
juni	6,5	597	220	54	253
juli	5,3	474	177	44	210
aug	5,8	520	194	48	226
sep	9,4	869	314	78	367
okt	10,0	924	335	83	391
nov	10,0	924	335	83	391
dec	7,5	695	250	62	292
summa	100,0	9 200	3 360	829	3 907

Tabell 2 Budget för operationstimmar/ månad och klinik (2008)⁷

Interna produktionsmål (starttid, sluttid, bytestid, strykningsfrekvens)

Dokumenterat mål för starttid finns inte. I intervjuer med företrädare för både C-OP och op. kliniker förmedlas mål för starttid = 08.30, med plus eller minus för de ingrepp som kräver extra mycket resp. klaras med kortare förberedelsetid. Intervjuerna ger en samstämmig bild att målet "lever" i medarbetarnas medvetande men också att det har underordnad betydelse i styrningen av verksamheten, vid tiden för granskningen. Ett uttryck för det är att målet om starttid inte följs upp systematiskt, något som förklaras i intervjuer med att datasystemet inte medger smidig tillgång till uppgifterna. En studie av starttider under två tvåveckorsperioder genomfördes 2007 och redovisas nedan i avsnittet om resultat.

I intervjuer framgår att starttid 08.30 i princip är ett realistiskt mål och att nuvarande förseningar är påverkbara. Opererande läkares morgonrapportering och röntgenronder förhindrar inte att de som har operationer på morgonen infinner sig på C-OP kl 08.30. Det framgår att det har skett en glidning i ambitionerna från båda håll. C-OP-personal upplever att det är meningslöst att ha patienten klar halv nio, eftersom operatören inte kommer. Operatörerna upplever det meningslöst att kom-

⁶ Personaltimmar/ timme ("Kvoten") är ett nyckeltal som följs år från år och också används för månatlig uppföljning av effektivitet, se nedan i avsnitt Uppföljning

⁷ "Total" inkluderar all operationsverksamhet (dvs. även ÖNH, Ögon etc.)

ma halv nio eftersom patienten inte är klar för operation. Ett undantag är ORT:s "protessal", där såväl C-OP-personalen som operatören prioriterar verksamheten och uppnår ambitionerna med tidig start och smidig samverkan.

Mål för *bytestider* eller *strykningsfrekvens* anges inte. Mål för *sluttid*, dvs. den tidpunkt när salen ska vara städad och klar för dagen uttrycks: "16.30 ska det vara städad och klart på 8 salar, 19.00 på resterande 2 salar". Mål för operationslut har i intervju angetts: "Sista stygnet ska vara satt kl 15.45".

Mål avseende verksamhetsutveckling

I uppdraget ingår att "bedriva ett löpande *systematiskt förbättringsarbete* samt säkerställa att resultatet från förbättringsarbetet sprids för vidareutveckling i övriga verksamheter".

2007 ingick i uppdraget målet "*Processtänkande ska genomsyra området*" med specificeringen "delta i minst 3 processer under 2007", ett mål som inte uppnåddes. Dokumenterade mål avseende processutveckling i 2008 års verksamhetsplan omfattar att "implementera avvikelseprocessen" samt i övrigt sådant som endast indirekt berör operationsverksamheten (t ex Strokeprocessen m fl.). Mål för *processutveckling* samt mål om *samverkan* i operationsvårdkedjan och effektiviseringar av arbetssätten dokumenteras i övrigt inte i uppdraget, men ingår i de muntligt förmedlade uppgifter som avhandlas i ledningsgruppen.

Ekonomiska mål

Ekonomiperspektivet berörs här endast översiktligt. Område Akutvård har, liksom övriga verksamhetsområden, en övergripande budget med målet "verksamheten ska bedrivas inom given ekonomisk ram", som för 2008 är ca 255 mkr, varav ca 7 mkr som externa intäkter (av ambulanstransporter). De senaste åren har området uppvisat följande resultat:

2006⁸	2007	2008
- 1 639 tkr	- 10 855 tkr	- 6 727 tkr

Områdets kvalitetsmål

Område Akutvårds specifika kvalitetsmål berör patientnöjdhet i öppenvård resp strokevård, dödlighet i stroke eller hjärtinfarkt, fallskador, väntetid på akutmottagningen samt det mål avseende väntetid till operation vid höftfraktur som redovisats ovan. Vidare finns direktiv avseende händelseanalys vid vårdskador som Lex Mariaanmäls, analys av könsskillnader i kliniska resultat i Öppna jämförelser samt deltagande i samtliga, för specialiteten relevanta nationella kvalitetsregister (kvalitetssäkrade genom SKL).

5.1.2 Opererande klinikers behov

KIR

KIR-ansvariga beskriver att nuvarande tilldelning av operationsresurs är otillräcklig för klinikers behov, som bättre skulle tillgodoses om resurstilldelningen kunde bli mer dynamisk. Inom KIR finns en stor variation i angelägenhetsgrad, så att perioder med mycket cancerkirurgi alltid medför att planerad kirurgi pga. godartad diagnos får vänta eller stryks från programmet. *Dagkirurgin* utgör drygt en tredjedel (2007: 37 %) och bedöms kunna öka.

⁸ 2006: resultat efter tilläggsanslag 7 000 tkr

Utrymme finns internt att rationalisera verksamheten och öka produktionen inom befintlig resursram. Aktuella utvecklingsmöjligheter, som nu prövas eller planeras, är t ex mer av systematisk "lean production" i dagkirurgin, "temadagar" (med en operationstyp hela dagen), förändring av läkarnas morgonrutiner, skärpta mandat för operationschefer resp. för proceduren att operationsanmäla, färre personer med funktionsansvar i planeringsprocessen, utvidgad användning av Slussen för preoperativa förberedelser. Önskvärd och möjlig *starttid* på morgonen är 08.30.

Fler patienter skulle kunna opereras dagkirurgiskt om det fanns sjukhusnära övernattningsmöjlighet med tillgång till sjuksköterska, ett "patienthotell" inom sjukhusets väggar.

Kvinnokliniken

KK-ansvariga beskriver att nuvarande tilldelning av operationsresurs balanserar klinikens behov tämligen väl just nu, men kommer att bli otillräcklig när inkontinenskirurgin ökar hos befolkningen, vilket är en förväntad utveckling.

Att balansen just nu anses tillfredsställande hänger samman med att man som enda landsting i Sverige inte utför steriliseringsoperationer. Kliniken har intresse av att ta upp verksamhet med steriliseringar, kanske emot betalning som sker i andra landsting. En aspekt som talar för att erbjuda operationen inom landstinget är, förutom att underlätta för kvinnorna i länet, att den är en bra modell för utbildning.

Sammantaget sker färre operationer i relation till befolkning vid KK Östersund jämfört med kvinnoklinikerna i övrigt i Norrland och ansvariga har intrycket att det kan finnas icke tillgodosedda behov bland befolkningen, vilka behöver uppmärksammas mer och kommer att ställa ökade krav på operationstid.

KK-företrädare framhåller också att de själva har möjlighet att öka sin produktion inom befintlig resursram, förutsatt att *starttiden* respekteras (08.00 är möjligt och önskvärdt för KK) och helst också göra förberedelserna för den stora andelen unga friska kvinnor på ett smidigare sätt. *Dagkirurgin* utgör ca hälften (2007: 47 %) och bedöms öka.

ORT

ORT-ansvariga beskriver att nuvarande tilldelning av operationsresurs är otillräcklig och att det skulle behövas ytterligare ca 435 timmars operationstid för att täcka befolkningens behov. Länsbefolkningens behov av proteskirurgi är tämligen väl känt (400 primärplastiker, 30-40 revisionsplastiker och ca 80 frakturplastiker/ år) och kommer att kunna täckas genom nuvarande produktionsplanering (elektiv⁹ op-sal, elektiva vårdplatser etc.). Däremot behövs mer kapacitet för att täcka behoven hos dem som redan väntar på operation, dvs. för att "operera ikapp kön", närmare bestämt ytterligare ca 380 operationer. Dessutom sker en ökning av behoven med 5-7 % årligen, vilket ställer krav på fortsatt produktionsökning inom proteskirurgin.

Dagkirurgin utgör en knapp tredjedel (2007: 27 %) och bedöms kunna öka. Dagkirurgiska mindre operationer av typen artroskopier kan i ökad utsträckning utföras utan C-OP:s hela operationsresurs och det pågår planering för att kunna öka andelen som sker utanför C-OP. Ett uppslag är att landstinget hyr in operationsresurs hos privat entreprenör, om och när sådan möjlighet uppstår. Det kan vara ett sätt att ta tillvara operatörskapacitet, som underutnyttjas inom ramen för C-OP:s resurstilldelning.

ORT uttrycker, liksom övriga kliniker, ambitionen att bidra till tidigare operationsstarter generellt och att läkarnas program på morgonen inte utgör hinder för *starttid* 08.30.

⁹ Elektiv = avser planerad vård

5.1.3 Uppföljning och resultat

Produktion

Antal operationer, antal operationstimmar, genomsnittlig bytestid, strykningar/ strykningsorsak m.m. följs och rapporteras till op. kliniker varje månad, dels som månadens resultat, dels ackumulerad för året. 2008 redovisas 9 311 op.timmar (mål = 9 200). Se tabell 3 och 4.

Produktionsmål och resultat 2006 - 2008.						
	2006		2007		2008	
	MÅL ¹⁰	RESULTAT	MÅL	RESULTAT	MÅL	RESULTAT
Personaltimmar/ Operationstimme	u.s.	17,4	18,4	16,9	17,8	17,1
Operationstimmar	u.s.	9 007	8 603	9 200	9 200	9 311

Tabell 3 Produktionsmål och – resultat 2006-2008

Produktionsstatistik 2008 ¹¹	KIR	ORT	KK	Totalt -08
Antal timmar operationstid	3 411	3 989	819	9 311
Antal operationer	2 638	2 758	1 016	7 832
Operationstid, genomsnitt per op. (min)	78	87	48	
Förberedelse-/ avvecklingstid, genomsnitt per op. (min)	73	77	53	

Tabell 4 Antal op.timmar, antal op samt genomsnittlig operations- resp. anestesitid (2008)

Effektivitet

Uppföljning görs månadsvis av *Kvoten*, dvs. relationen personaltimmar/ operationstimme. Detta nyckeltal används som underlag för bestämning av mål i totalt antal operationstimmar för året, vilka fördelas till opererande kliniker (se avsnitt 5.1). För år 2008 var målet för *Kvoten* = 17,8 och resultatet = 17,1. Utveckling av kvot och producerade op-timmar sammanfattas i diagram 1.

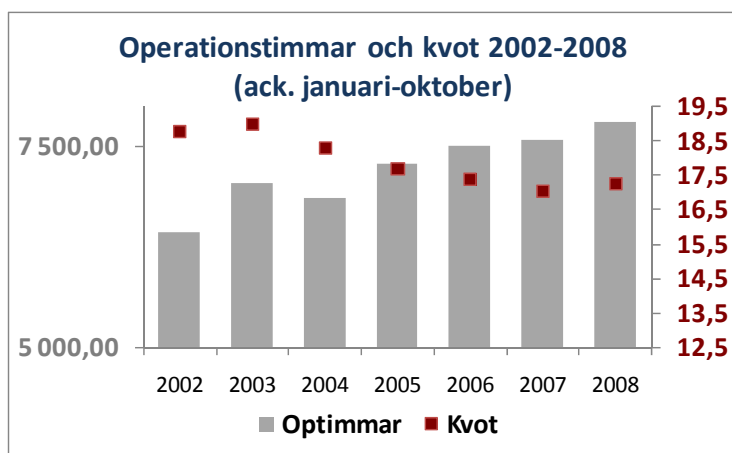


Diagram 1 Operationstimmar och kvot 2002 - 2008

Uppföljning sker också månadsvis av *Effektivitet*, genom en matematisk beräkningsformel. Denna använder samma standardbytestid som ingår i underlaget till prognos för möjlig produktion, dvs. *Kvoten*. Standardbytestiden = genomsnittlig tid för förberedelser och avveckling per patient 1994 och är 52 min. En omräkningsfaktor ("K") används för att korrigera för de förändringar i arbets sätt, t ex operationsteknik, som skett sedan 1994.

¹⁰ U.s. = uppgift saknas i granskningsunderlaget om målen 2006

¹¹ "Totalt -08" inkluderar också ÖNH, "Utgård" och AKO (op. utförda av anestesiläkarkonsulter)

Det är oklart hur måttet *effektivitet* används i styrningen. Enligt intervjuer är det *kvoten* som följs med störst intresse. Resultat 2008 avseende måttet *Effektivitet* är =93,6 %.

Formel för beräkning av effektivitet:

$$\text{EFFEKTIVITET \%} = \text{Op.tid (korr)} / \text{Personaltid} * K$$

$$\text{Op.tid(korr)} = \text{Op.tid} + (\text{Standardbytestid} * \text{Antal op.})$$

$$K = (\text{Personaltid} - 94 / \text{Op.tid (korr)} - 94) * 100 = 9,13 * 100$$

Enligt uppgift från ledningsansvariga för C-OP finns utrymme att effektivisera verksamheten. En nödvändig förutsättning som uppges saknas idag är tillräckligt väl anpassad tillgång till data för att bättre kunna följa verksamheten.

Starttider

Starttid för dagens första operationer följs inte kontinuerligt. En förklaring uppges vara att IT-systemet inte medger tillräckligt smidig tillgång till data. 2007 studerades starttiderna under två perioder à 2 "normalveckor" (i februari resp. oktober)¹². Resultatet, som redovisas i diagram 2, visar att 26 % av anesthesierna var startade kl 08.00 och 3 % av operationerna kl 08.30. Kl 09 var 96 % av anesthesierna startade och 44 % av operationerna. Enligt intervjuer uppfattas starttiderna oförändrade sedan undersökningstillfällena 2007.

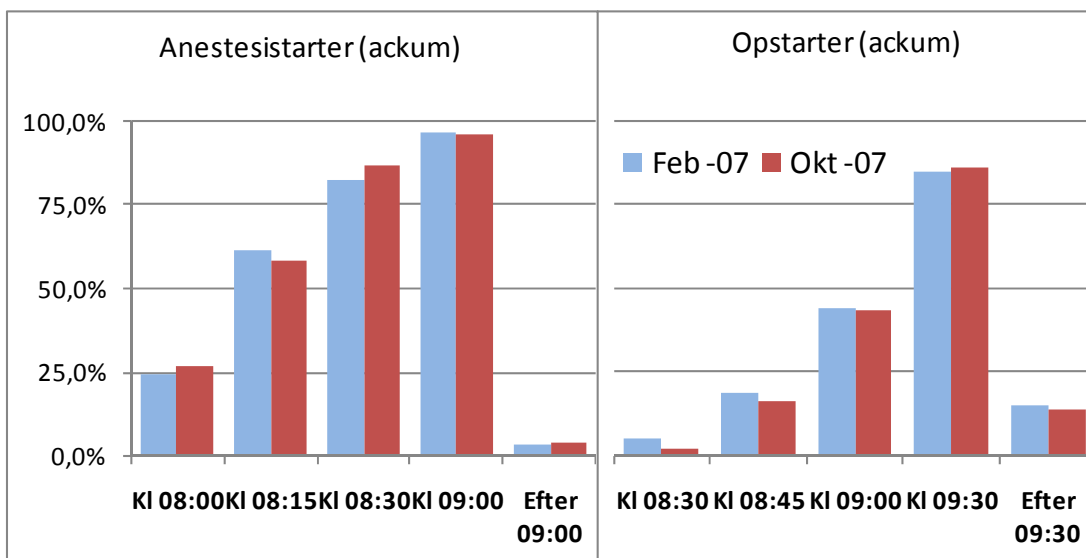


Diagram 2 Andel anestesier resp. operationer som startat vid olika klockslag (2007)

Bytestider

Bytestider följs aggregerat per månad och år. För 2008 redovisas följande resultat i genomsnitt per klinik för "genomsnittlig förberedelse-/ avvecklingstid per patient (min)": KIR 73 min, KK 53 min och ORT 77 min¹³.

Olika operationer kräver olika lång förberedelsetid. Anestetiden börjar när anestesisköterskan tar över patienten och slutar vid överlämnande till uppvakningsenhet. Operationstiden startar när operatören inleder operationen och avslutas när operationsförbandet är lagt. Sammanställning av i granskningen tillgängliga data om tiden från anestesistart till operationsstart visar ett medianvärde

¹² 29 januari-22 februari respektive 1-25 oktober 2007, måndag – torsdag.

¹³ Minuttalen här avrundade till heltal, anges i grundmaterialet med 2 decimaler.

för förberedelser på 50 minuter¹⁴. Genomsnittstiden är 54 minuter. Förberedelsetiden varierar mycket med typ av operation, vilket framgår av Diagram 3, som redovisar tider i tre salar med olika användning. Sal 4 KK: verksamheten utgörs till nära hälften av okomplicerade ingrepp på unga och friska kvinnor. Sal 2 KIR: huvudsakligen tyngre kirurgi. Sal 11 ORT: höft- och knäplastiker.

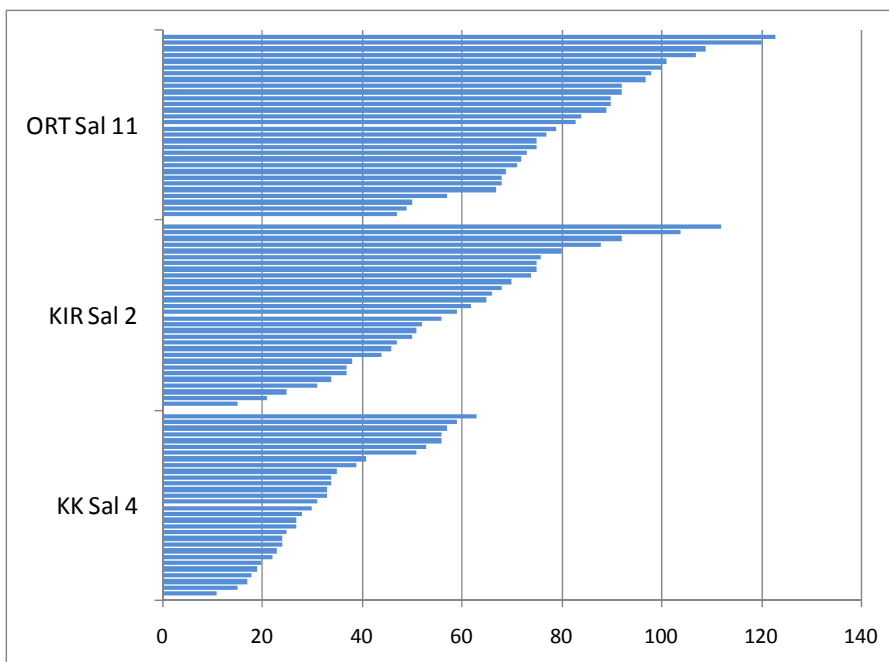


Diagram 3 Tid (min.) från anesthesitill operationsstart på tre olika salar (2007)

Sluttider

Två salar är bemannade efter kl 16.30 och målet att salarna skall vara städade och klara vid den tidpunkten gäller alla utom dessa två. Ett sätt att följa sluttider som använts i en punktuppföljning är att redovisa hur många salar som har pågående aktivitet efter kl 16.15 (med tidsmarginalen beräknad för städning av salen). Uppföljningen gjordes vecka 12 – 34 2007 och redovisas i tabell 5, här uppdelat på normalveckor respektive semesterveckor.

Andel tillfällen då operationer pågår på fler än två salar kl. 16.15 (måndag-torsdag)	
V. 12 – 24 + V. 35 – 42 2007 ("normalveckor")	69 av 80 dagar = 86 %
V. 25 – 34 2007 ("semesterveckor")	8 av 40 dagar = 20 %

Tabell 5 Antal och andel dagar med pågående op efter 16.15 på > 2 salar (2007)

Kvalitetsmål

Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (enligt SOSFS 2005:12) finns ännu inte utarbetat inom området (eller landstinget). Händelseanalyser har genomförts för 4 eller 5 inträffade händelser. Riskanalyser har inte genomförts. Processanalyser har inte utförts. Det motiveras i intervju med att "incitament saknas, eftersom vi klarar vårt uppdrag".

Resultat för kvalitetsmålet om "Väntetid till höftfrakturoperation¹⁵" låg redan 2007 bättre än riksgenomsnittet med 19 timmar¹⁶ (Riket: 29 timmar). Uppföljning och resultat av övriga kvalitetsmål berörs ej i övrigt här, då direkt koppling till operationsverksamheten saknas.

¹⁴ Beräkningen är gjord på den redovisade uppföljningen av starttider 2007. I beräkningen har den enskilda längsta tiden, 154 min, exkluderats då den kan antas ha orsakats av andra omständigheter.

¹⁵ Avser akutfall med akut operationsindikation (lårbensbrott, vanligen hos äldre personer)

5.1.4 Aktuella väntetider

I SKL:s rapport om hur landstingen klarar vårdgarantin (mätning i okt 2008) rapporteras att i Jämtlands läns landsting har 34 % av väntande till operation väntat mer än stipulerade 90 dagar. Det är en förbättring jämfört med 2007 (46 %) men sämre än riksgenomsnittet (29 %). I databasen *Väntetider i vården* (26 jan -09) framgår att KIR och ORT i flera fall har väntetider som överstiger vårdgarantins gränser, medan situationen är gynnsammare vid KK (tabell 6).

Aktuella väntetider, antal väntande och antal som väntat > 90 dagar (26 jan -09)				
Område	Vårdutbud	Akt. väntetid	Antal vänt. pat	Antal pat som väntat > 90 dgr
KIR	Anala sjukdomar	9 - 13 v.	39	14
	Navelbräck	9 - 13 v.	12	3
	Åderbräck, ej kosmetiska (varicer)	> 13 v.	65	20
	Ärrbräck	9 - 13 v.	14	5
	Struma	max 4 v.	5	0
	Ljumskbräck	> 13 v.	126	44
	Fetma/ obesitas	> 13 v.	38	17
	Gallblåsa eller gallgång vid gallsten	> 13 v.	37	9
KK	Urininkontinens - kvinnor	9 - 13 v.	5	0
	Hysterektomi, benign indikation	9 - 13 v.	9	0
	Livmoderframfall (prolaps)	9 - 13 v.	32	0
ORT	Sekundär ledprotesoperation i höftled	> 13 v.	3	2
	Hallux valgus, mm.	> 13 v.	7	4
	Smärta i axel, skuldra eller överarm	> 13 v.	11	4
	Axelinstabilitet	> 13 v.	5	3
	Primär ledprotesoperation i knäled	> 13 v.	128	81
	Primär ledprotesoperation i höftled	> 13 v.	98	34
	Korsbandsoperation	> 13 v.	6	1
	Artroskopier knä (exkl korsbandsop.)	9 - 13 v.	46	19

Tabell 6 Aktuella väntetider till operation vid KIR, KK och ORT (SKL:s databas jan 09).

5.1.5 Utomlänsvård med vårdgaranti

Klinikerna har idag egna system för registrering och uppföljning av utomlänsvård med vårdgarantin som orsak. Centrala direktiv finns att koda remisserna så att de går att spåra på ett samlat sätt, men enligt uppgift sker detta inte hundra procentigt.

KK remitterade ingen för utomlänsvård pga. vårdgarantin. Från KIR remitterades 7 patienter till en kostnad av 300 000 kr, varav vårdgaranti 200 000 kr och fritt vårdval 100 000 kr. Från ORT remitterades 480 patienter till en kostnad av 25 mkr, varav vårdgaranti ca 18 mkr och fritt vårdval ca 7 mkr¹⁷.

5.1.6 Återföring till medarbetarna

Systematisk återföring av information om C-OP:s produktion sker i samband med arbetsplatsträffar och fokuserar antal producerade timmar. Information om sjukhusets väntelistor och hur de påverkas av C-OP:s verksamhet kommuniceras inte rutinmässigt till medarbetarna. C-OP:s mål avseende antal operationstimmar och det faktum att det vanligen uppnås är välkänt bland medarbetarna medan kunskapen om väntelistor och operationsbehov förefaller outvecklad. Inom opererande kliniker ges månadsvis återföring om aktuell väntelista och aktuella väntetider.

¹⁶ Öppna jämförelser 2008.

¹⁷ Uppgifterna har lämnats av respektive kliniks ekonomienhet.

5.1.7 *Kommentar om Styrning*

Mål och uppföljning av verksamheten tar sin utgångspunkt i ett internt produktionsperspektiv, snarare än i uppdraget att "fullgöra landstingets sjukvårdsuppdrag" avseende operationsverksamhet. Det är bakvänt att räkna personaltimmar i relation till verksamhetsuppdraget. Det är ju inte personaltimmar som ska produceras. En mer ändamålsenlig målformulering vore att sätta mätbara mål med direkt koppling till uppdragets direktiv om *landstingets sjukvårdsuppdrag* och *länets behov av specialiserad vård*. Perspektivet i produktionsmålen bör därför lägga tonvikt på verksamhetsmålen, t ex genom mål för "op-timme/ personaltimme" i stället för "personaltimme/op-timme".

Styrning och uppföljning karakteriseras av noggrannhet och detaljering i antal minuter, medan patienters väntetider och klinikernas väntelistor lyser med sin frånvaro. Det gäller såväl i dokumenterade data som i kommunikationen till medarbetarna. Sammantaget kan noteras *fokus på inre effektivitet* på bekostnad av den yttre, dvs. kopplingen till det som är operationsavdelningens faktiska uppdrag. Frågan uppstår om det är verksamhetens behov som är styrande eller om andra intressen, som t ex personalpolitiska mål, tillåts ta alltför stor plats.

Gemensamma produktionsmål som t ex starttider behöver också uppmärksammas i högre grad med tydliga mål och tydlig uppföljning. Uppföljningen av starttider 2007 visar ambitionen att få kunskap om dessa data. En förväntad reaktion på det dåliga resultatet – endast 3 % av operationerna var igång kl 08.30 – skulle ha varit att åtgärder sattes in med kraft för att påverka starttiden till att närma sig det klockslag som "alla vet" gäller som mål. Att så inte skedde är ett uttryck för att systematiken i utvecklingsarbetet inom kliniken/ C-OP har en avsevärd förbättringspotential. Varför söka faktauppgifter om man sedan inte tänker använda dem för effektiviseringsinsatser?

Att IT-stödet är otillräckligt för kontinuerlig återrapportering av resultaten av en så viktig detalj är inte acceptabelt. Det är oklart varför dessa delar inte fungerar bättre. Att potential finns att effektivisera verksamheten omvittnas av cheferna. Det bör därför vara hög prioritet att förse dem med de verktyg som fordras för att detta ska kunna ske, t ex möjlighet att övervaka data för kontinuerlig uppföljning i jämförelse med dagliga mål.

5.2 Organisation/struktur

Centraloperation (med sterilcentral och uppvakningsenhet) är en del i Område Akutvård under ledning av en verksamhetsområdeschef. Till området hör också Akutmottagning, Intensivvårdsavdelning, Ambulans- och helikopterverksamhet samt Anestesi-läkarna. Samtliga områdets enheter leds av en enhetschef med delegerat personal- och budgetansvar.

5.2.1 *C-OP:s Organisation*

Organisationen av C-OP är vid tillfället för granskningen densamma som den varit i ett tiotal år, men kommer inom kort tid (våren 2009) att förändras. Nuvarande organisation (diagram 4) innebär att avdelningen är delad i två, operations- respektive anestesiavdelning, med var sin avdelningschef med personal- och budgetansvar.

Vid sidan av de båda avdelningscheferna finns en medicinskt ledningsansvarig anestesiöverläkare, med verksamhetschefens uppdrag avseende medicinsk kvalitet och patientsäkerhet i omhändertagandet före, under och efter operationen.

Anestesi-läkarna tillhör organisatoriskt anestesi-läkaravdelningen, ledd av en anestesiöverläkare med personal- och schemaansvar liksom medicinskt ledningsansvar inom verksamhetsområdet. Läkarna tjänstgör inom klinikens alla enheter och hela sjukhuset samt ambulans- och helikopter-

verksamhet. Deras tjänstgöring på C-OP är schemalagd inom ramen för klinikens hela läkarschema inkl jourtjänst och består ofta av enstaka dagar, sällan av längre sammanhängande perioder.

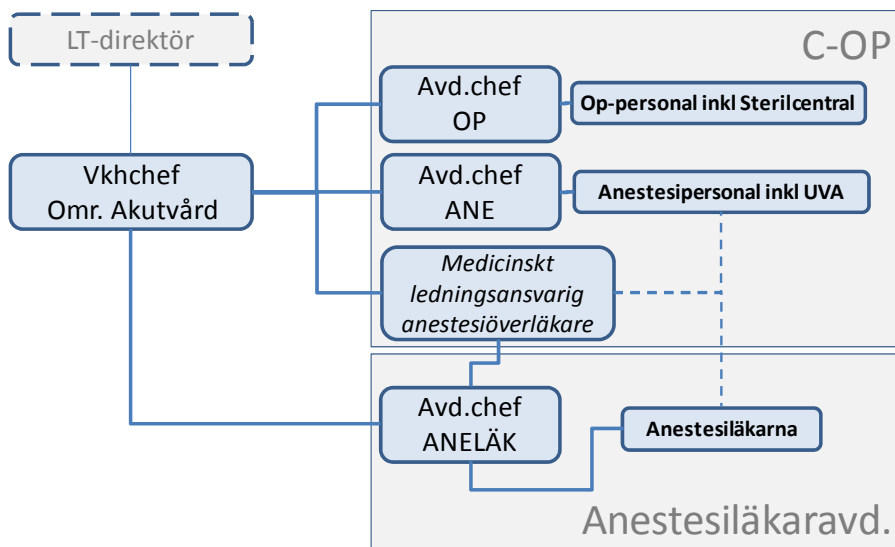


Diagram 4 Organisation dec 08

Ny organisation fr.o.m. våren -09 kommer att samla C-OP under ledning av en avdelningschef, med stöd av tre biträdande avdelningschefer. Syftet är att stärka avdelningens identitet som en sammanhållen avdelning med gemensamt mål och uppdrag samt dess strategiska och utvecklingsmässiga potential.

5.2.2 Organisation för samverkan

Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp

Ledningsgruppen är LT-direktörens forum för styrning och samordning av verksamhetschefernas uppdrag, inkl. operationsverksamheten. Här diskuteras sjukhusets/ landstingets uppdrag övergripande i möten 1-2 ggr/ månad. Landstingets organisation utan särskild ledningsnivå för hälso- och sjukvården innebär i praktiken ett utökat samverkans- och samordningsansvar för verksamhetscheferna, som regelbundet rapporterar direkt till styrelsen.

Operationsrådet

Operationsrådet sköter långsiktig planering av operationstid och salstilldelning till de opererande klinikerna. Rådet består av representanter för dessa och för C-OP. Det leds av Akutomedicinschef och sammanträder 3-4 gånger/ halvår.

Fördelning av operationsresurs till klinikerna görs i princip för kommande halvår genom fördelning av antal operationstimmar. Fördelningen är i stora drag densamma över tid, men kan påverkas av aktuella väntetider, som diskuteras i rådet. Exempelvis har under aktuell granskningsperiod ORT tilldelats mer resurs (5 salar i stället för 4) på bekostnad av samtliga övriga för en begränsad period av ca 4 mån i syfte att korta väntetiderna vid kliniken. Dessutom har en extrasal öppnats kl 16-21 genom en kombination av schemaändring för operationspersonal och extratid för anestesiläkare (se Avsnitt "21-salen" nedan).

"Operationschefer"

Opererande kliniker har en s.k. operationschef med det dagliga ansvaret för klinikens program. Rollen innehas av en av de läkare som har operationsdag. För KK:s del innebär det den läkare som

opererar aktuell dag. För KIR och ORT delas uppgiften mellan ett större antal läkare. Båda kliniker-
na har en uppdragsbeskrivning för operationschefen och principen att rollen ska skötas av seniora
läkare med erfarenhet och auktoritet. Uppdraget innebär bl. a att efter prioritering fatta beslut om
strykningar av (kollegernas) planerade ingrepp. Det betyder att ovälkomna beslut måste tas och
enligt intervjuer förvaltas uppgiften olika framgångsrikt av olika personer. Båda klinikledningarna
uttrycker ambitionen att förtydliga operationschefens ansvar och mandat samt att begränsa kret-
sen av läkare som innehar uppdraget. I gruppintervjuer gavs bilden att läkarna uppfattar uppdraget
tydligare definierat och schemalagt på ORT än på KIR.

En svårhanterlig och inte ovanlig situation är när operationschefen själv står upptagen på en opera-
tionssal och därför saknar möjligheter att i samråd med C-OP:s Planeringssköterska ha överblick
över hela programmet när beslut om förändringar i programmet ska fattas.

Från C-OP-företrädare har framförts synpunkten att en del av de läkare som fungerar som opera-
tionschefer tycks prioritera de egna operationerna och inte beakta sin kliniks intressen i helhets-
perspektiv.

”Planeringen/ Planeringssköterskan”

C-OP:s reception bemannas med en s.k. Planeringssköterska, slentrianmässigt ibland benämnd
”Planeringen”. Uppgifterna är många och mångfasetterade. Huvuduppgiften är att ha överblick
över dagens program och samordna behov och resurser i den löpande verksamheten. Häri ingår att
ta emot akut operationsanmälan, planera för akuta som tillkommit sedan gårdagen, samråda fort-
löpande med operationschefer om förändringar och strykningar, ha kontroll över bemanningssitua-
tion och antal bemannade operationssal, säkra balans mellan operationsprogram och salstillgång
resten av dagen, svara i telefon, ta emot sjukanmälningar från medarbetarna respektive medge
ledighet med kort tid/ kort varsel.

Rollen delas mellan 5-6 erfarna anestesijuksköterskor med en dags tjänstgöring i veckan. Passet
börjar kl 07. Enligt intervjuer innebär uppdraget en omfattning som kräver bemanning med två
personer snarare än en.

Från operatörshåll har framförts synpunkten att ”Planeringen” behöver prioriteras med tydligare
mandat och tydligare uppdrag samt läggas ut på färre befattningshavare.

Sektionsledare

Inom C-OP finns sektionsledare för de tre sektionerna KIR, KK/ÖNH och ORT inom avdelningens
båda enheter (OP resp. Anestesi). Sektionsledarnas uppgifter är att samverka i planering av opera-
tionsprogram, metodutveckling, rutiner m.m. Ansvar för genomförande av operationsprogram
ingår inte i arbetsuppgifterna. Arbetsuppgifterna innebär en del dubbelarbete, t ex att utifrån upp-
gifterna om anmälda operationer skapa ett preliminärt program genom ”klippa-klistra”-metodik
(konkret med papper, penna och sax) för att på så sätt kunna göra en preliminär bedömning av vad
som är möjligt.

MLA Anestesiläkare

Den medicinskt ledningsansvarige anesthesiöverläkaren har ansvar för utformning av de rutiner som
ingår i specialitetens preoperativa förberedelser. I praktiken innebär det ett 24-sidigt PM med ru-
tinbeskrivningar anpassade till olika behov, ett PM som används av de opererande klinikerna. I
uppgiften som MLA ingår också ledning av tjänstgörande anestesiläkare samt samverkan med ope-
rationschefer och planeringssköterska i genomförande av operationsprogrammet.

5.2.3 *Kommentar om Organisation*

Det är inte klarlagt vem som har ansvar för att operationsprogram genomförs. Olika uppfattningar om den saken har framförts när frågan ställts i intervjuer och gruppmöten. I alla sådana exempel omges svaret av osäkerhet och sammantaget är intrycket att det är oklart även för medarbetarna vem som bär det dagliga "driftsansvaret" för att programmet för dagen genomförs. Det är rimligt att räkna med att om det fanns en befattning med sådant samlat ansvar, så skulle operationsprogrammen planeras med större pricksäkerhet och mindre osäkerhet kring vad som är möjligt att genomföra. Exempelvis finns idag ingen systematisk uppföljning av hur de faktiska operationstiderna förhåller sig till de som används i planeringen. En sådan osäkerhet är knappast acceptabel för den som åtar sig ansvaret att genomföra planerat program.

Landstingsdirektörens roll som både landstingsdirektör, hälso- och sjukvårdsdirektör och sjukhusdirektör innebär ett delegerat ansvar till verksamhetscheferna att samverka kring sjukhusets gemensamma mål. Operationsrådet utgör här det enda fasta forumet för operativ samling kring detta. Det finns en risk att sjukhusets uppdrag får otillräcklig uppmärksamhet, när rådet leds av verksamhetschefen vid område Akutvård, vars verksamhetsmål har fokus på ett internt personalperspektiv. Tonvikten på C-OP:s inre mål kan behöva balanseras, så att det gemensamma uppdraget lyfts fram tydligare i Operationsrådet.

Landstingsstyrelsens plats i organisationen motsvaras i andra landsting av en hälso- och sjukvårdsnämnd med verkställande ansvar samt därmed förenat engagemang och delaktighet i sjukvårdens styrning, uppföljning och utveckling. Det är oklart hur Landstingsstyrelsen tar vara på verksamhetschefernas regelbundna direktrapportering. Några konkreta uttryck för att styrelsen har reagerat på signaler om otillräcklig produktion eller otillräckliga resurser för operationsverksamheten har inte framkommit i granskningen.

5.3 Resurser och resursanvändning

5.3.1 *Bemannning*

C-OP, med Sterilcentral och UVA, har sammanlagt ca 130 personer anställda. Det är operationssköterskor, anestesisköterskor och undersköterskor inom både OP- och Anestesienhet. Personalen tjänstgör enligt bemanningsplan anpassad till verksamhetens behov. "Önskeschema" och flexitid används. Bemanningen planeras för ca ett halvår åt gången. En grafisk bild av aktuell bemanning under normalveckor, måndag – torsdag, redovisas i diagram 5¹⁸.

Personalen är delvis organiserad i sektioner med koppling till opererande kliniker. I praktiken innebär det att en stor andel av operationssköterskorna (för närvarande 23 av 33) är knutna till en sektion medan flertalet anestesisköterskor inte är det.

Argument för sektionering är specifik kompetens för specifikt område, t ex tarmkirurgi eller ortopedisk plastikkirurgi etc., vilket har större betydelse på operations- än på anestesisisidan och bidrar till effektivare verksamhet. Argument mot är bl. a behovet av bred kompetens för tjänstgöring jourtid. Här görs skillnad på nattetid och helger dagtid, eftersom vissa operationer på jourtid görs dagtid på helger men aldrig nattetid. Av operationssköterskorna har 16 kompetens för tjänstgöring på helger, genom sin erfarenhet av flera sektioner.

¹⁸ Bemanning av helikoptern med anestesisköterska dygnet runt (varav beredskap 22–08.30) ingår.

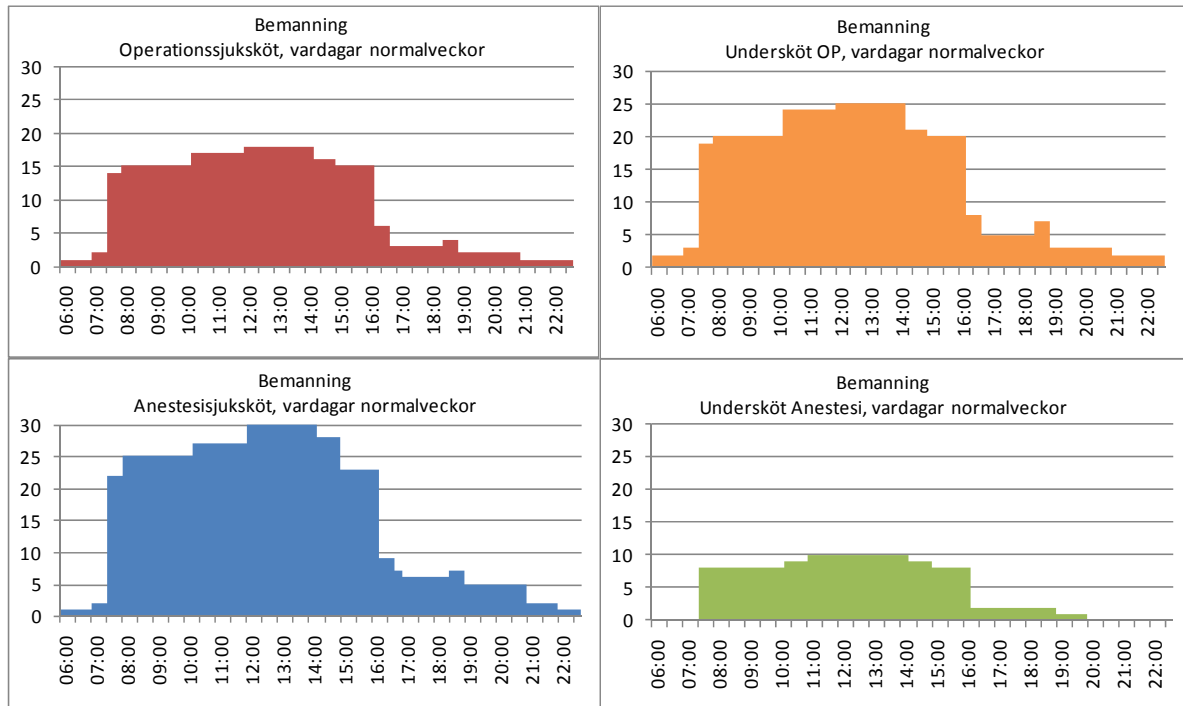


Diagram 5 C-OP:s bemanning dagtid måndag – torsdag, normalveckor

Arbetstiden börjar 07.30 och avslutas 16.15 för de flesta. Dagpersonal finns från kl 07.00 och fram till 21.00. Nattpersonal tjänstgör 18.30–07.30 varav jourtjänst 03.00–07.30. Jourlaget utgörs av en operationssköterska, två undersköterskor och en anestesisköterska.

Flextidens ramar är kopplade till schematurerna med maximalt +/- 1 timme vid arbetspassets början och slut samt lunch- eller middagsrast minst 30 minuter. Enligt uppgift utnyttjar "flertalet" flexreglerna och kommer kl 07 även när arbetspasset börjar 07.30. Inflexning efter denna tidpunkt förekommer, men är enligt uppgift "inte så vanligt" (närmare uppgifter har inte lämnats). En minoritet flexar ut före ordinarie arbetstids slut på eftermiddagen. Möjlighet finns att, om arbetet tillåter det, ta ut en friskvårdstimma innan arbetstidens slut.

Område Akutvård är undantaget från det generella stoppet för övertid och mertid som införts tidigare. Övertid används rutinmässigt, bl a för den personal som tjänstgör nattetid. Flera medarbetare vid både C-OP och op. kliniker har dock i intervjuer talat om "övertidsförbudet" som ett skäl att operationer stryks när programmet inte hinns med under ordinarie tid.

5.3.2 Uppföljning av bemanning

Medarbetarnas arbetstider följs upp med avseende på flexsaldon som rapporteras månatligen till respektive chef. Specifik uppföljning av hur ofta inflexning före eller efter normalt看 förekommer eller relationen mellan verksamhetens behov och timme-för-timme-bemanning tycks inte göras.

5.3.3 Operationssalar

Avdelningen är byggd med tre parallella korridorer. Operationssalarna är belägna på var sida om mittkorridoren, fem på varje sida. Utanför de yttre korridorerna finns expeditioner, förråd och personallokaler. Sterilcentralen är belägen en våning ifrån opavdelningen och inom C-OP finns ett rymligt närförråd för steril utrustning i ett hörn nära operationssalarna.

Varje sal har ett förberedelserum som nås från mittkorridoren och leder vidare in i op-salen, vilket är den väg som patienter förs in i salen av anestesipersonal. Op-salarna kan även nås från de yttre korridorerna via utrymme för steriltvätt, vilket är den väg som operationspersonal och opererande läkare använder.

De 10 salarna, som benämns med nummer, är identiska i storlek och form. Användningen är anpassad till verksamheten, så att utrustning inte behöver flyttas omkring mer än nödvändigt. Den huvudsakliga användningen visas i tabell 7.

Sal NR	Op klinik	Används för	Sal NR	Op klinik	Används för
1	KIR	Urologiska ingrepp	7	ORT	Ortopedisk kir, frakturkirurgi
2	KIR	Stor kirurgi	8	KIR	Allmän kirurgi
4	KK	Gynekologisk kirurgi	9	KIR	Allmän kirurgi
5	ORT	Ortopedisk kir, frakturkirurgi	11	ORT	Ort plastikop (höft, knä)
6	ORT	Ortopedisk kir, frakturkirurgi	12	ÖNH	ÖNH-op (KK 1 d/ v.a. vecka)

Tabell 7 Operationssalarna med nummerbeteckning och huvudsaklig användning

Inplanering av operationstid utgår från användning måndag-torsdag: 6 salar med en timmes lunchuppehåll och 4 salar utan uppehåll samt fredagar: 6 salar utan lunchuppehåll¹⁹.

Under normalveckor finns 10 bemannade operationssalar måndag – torsdag 07.30 – 16.15 och 2 salar fram till kl 19.00. Fredagar bemannas 6 salar 07.30 – 13.00. Övrig tid bemannas för jourverksamhet, dvs. 1 sal nattetid och 2 salar lördag-söndag 10-16.

Antalet veckor med reducerad verksamhet är minst ca 12-13/ år. På sommaren reduceras till 5 salar under 8 veckor och 7 salar under 2 veckor, alltså sammanlagt 10 veckor. Jul-nyår, sportlov och påsk är ytterligare perioder med reducerad verksamhet. Enligt uppgift planeras reduktion av tillgänglig op-resurs i maj -09 i samband med storstädning av avdelningen.

Samordning av reducerad verksamhet med opererande klinikers planering sker delvis men kan, enligt intervjuer, utvecklas.

5.3.4 "21-salen"

Under perioden november -08 – mitten av februari-09 hålls ytterligare en sal öppen fram till kl 21 (mån-tors). Tanken är att den ska användas för akuta patienter som inte hinns med under dagtid. En avsikt har varit att ge mer möjlighet för ORT:s akuta operationer, som oftast är lägre medicinskt prioriterade än andra klinikers patienter och därför skjuts framåt i programmet. Salen är inte "öronmärkt" för någon klinik, men har av flera tillfrågade uppfattats vara tänkt att i första hand användas av ORT.

"21-salen" bemannas med ett operationslag²⁰ genom omflyttning i schemat av ett arbetspass. 1 anestesiläkare extra är i tjänst 13-21 under den aktuella perioden.

I intervjuer har en bild av många oklarheter kring "21-salen" framtonat. Bland annat förefaller det som om planeringen av salens användning inte i tillräcklig utsträckning skett i samverkan med opererande kliniker, så att tillgång till operatörer har säkrats.

¹⁹ Tillgänglig tid för operation med förberedelse/ avveckling är måndag-torsdag: 2 salar 9 tim, 2 salar 7 tim, 2 salar 6,5 tim samt 4 salar 7,5 tim resp. fredagar: 10 salar 5 tim.

²⁰ En operationssköterska, en anestesisköterska och en undersköterska

5.3.5 Uppföljning av salsutnyttjande

Uppföljning av salsutnyttjandet sker per dag och månadsvis med rapportering till op. klinik av uppgifter (i minuter) om "Tilldelad" resp "Bokad" och "Nyttjad" tid för planerade samt "Nyttjad" tid för akuta ingrepp. Rapporten avseende 2008 redovisas i tabell 8²¹.

	Tilldelad Elektiv	Bokad	Bokad/ Tilldelad %	Nyttjad Elektiv	Nyttjad / Tilldelad %	Nyttjad/ Bokad %	Nyttjad Akut
ÖSD - Kir	304 990	227 880	75	282 917	93	124	114 943
ÖSD - KK	95 285	61 305	64	76 795	81	125	26 020
ÖSD - Ort	325 890	212 816	65	272 827	84	128	189 209

Tabell 8 Rapport över salsutnyttjande jan – dec 2008 enligt klinikers rapportsystem

Från ledningsansvarig vid C-OP har rapporten kommenterats med: "det är inte lätt att veta vad den står för" samt att man inte följer salsutnyttjandet "mer än att vi tittar på optimmar" (som här ingår tillsammans med förberedelse-/ avvecklingstid i underlaget).

I perioden 11 nov – 18 dec, då ORT haft en extra sal, har man följt upp sluttider på de sammanlagt 5 salarna som använts för ortopedisk kirurgi. Resultatet är att av 111²² "salsdagar" har verksamheten avslutats kl 14 eller tidigare vid 18 tillfällen (16 %), pågått 14–16.15 vid 53 tillfällen (48 %) och pågått efter 16.15 vid 40 tillfällen (36 %).

I Nysammaterialet avseende 2007 anges att Östersunds sjukhus producerat 4,9 tim operationstid per bemannad op-sal dagtid, vilket är högst antal i jämförelse med data från nio andra landsting. Medianen i Nysam²³ är för 2007: 3,5 tim/bemannad op-sal.

Uppföljning av hur "21-salen" användes i november-december -08 visar att under perioden 12-21 nov utnyttjades den extra resursen under 20 av 60 timmar²⁴ (33 %) och perioden 12-21 december under 29 av 60 timmar (48 %).

5.3.6 Uppvakningsvård

Uppvakningsvård bedrivs i en UVA-enhet/ vårdsal i direkt anslutning till C-OP och bemannas med C-OP:s anestesipersonal. Avdelningen är öppen dagtid – kväll måndag – fredag. Patienter i behov av särskild övervakning kan få uppvakningsvård på en särskilt iordningställd sal med plats för 2 patienter på IVA, s.k. "DUVA"²⁵. Detta avlastar UVA, som stundtals har hög belastning, särskilt eftermiddagar.

Det har inte framkommit att UVA skulle utgöra flaskhals i systemet i betydande grad, även om det ibland händer att anestesisköterska får vänta med patienten kvar på C-OP innan plats finns för uppvakningsvård, vilket därmed kan förlänga bytestiden mellan operationer.

²¹ Elektiv = planerad. Tabellen är återgiven så som den används internt.

²² 23 dagar, 5 salar och några dagar utan uppgifter = 111 "salsdagar".

²³ I Nysammaterialet ingår förutom JLL landstingen i Blekinge, Dalarna, Gotland, Gävleborg, Halland, Kronoberg, Sörmland, Värmland och Västmanland

²⁴ Kl 16-21 = 5 timmar. 3 veckor är 12 dgr (mån-tors). 5x12=60 tim.

²⁵ Namnet "DUVA" kommer sig av att D-salen på IVA används som UVA.

5.3.7 **Kommentar om Resurser och resursanvändning**

Bemanningsplaneringen har en tydlig koppling till verksamhetsbehoven med koncentration av hög personaltäthet till tidpunkter då verksamheten är intensiv. Samtidigt finns en besvärlig gräns vid arbetsdagens slut. Fler medarbetare som kommit till tals i granskningen har uttryckt uppfattningen att övertidsförbud råder, trots att så inte är fallet. Hur utbredd den felaktiga föreställningen är hos personalen är inte klarlagt i granskningen. Om det är den rådande uppfattningen att övertid inte är tillåtet är det inte så konstigt att man visar stor respekt för arbetstidens slut.

I ljuset av att det finns en avsevärd förbättringspotential när det gäller operationsstart på morgonen är det möjligt att befintligt bemanningsschema är optimalt även för eftermiddagens operationer, om man bara lyckas komma igång med operationerna tidigare. Det optimala vore ett högre mått av flexibilitet, som gör att man satsar på att genomföra programmet även när det finns en risk för överdrag med någon halvtimme.

Säker kunskap om hur flexsystemet används i relation till verksamhetens behov saknas. Inflexning en halvtimme i förväg på morgonen uppges vanligt förekommande. Med tanke på de sena operationsstarterna, som redovisats tidigare i rapporten, kan man undra hur "nyttiga" dessa tidiga inflexningar är för verksamheten. Det är därför viktigt att, så länge flextidssystemet används, följa upp i detalj hur det påverkar bemanning under kritiska perioder, t ex morgon och eftermiddag. Det är också viktigt att säkra hur flexsaldon byggs på och hålla undan för sådan inflexning, t ex på morgnarna, som inte motiveras av verksamhetsbehov. Om användning av flexmöjligheten sker utan koppling till verksamhetens behov är det nödvändigt att ompröva flexavtalets regelverk. Det är nu inte möjligt att se dessa effekter, eftersom uppföljning inte görs med den frågan i fokus. Ytterst finns anledning att ifrågasätta om flextidssystem överhuvudtaget är lämpliga i denna typ av verksamhet.

Nyttjandegraden av "21-salen", så som den framstår i den redovisade uppföljningen för november och december, förefaller låg och satsningen på extra anestesi-läkartid kan kanske inte räknas hem. Det är inte klarlagt varför salen inte utnyttjats bättre. Det är givetvis inte bra att genomföra något som betraktas som en "satsning" och att i planeringen missa moment som är nödvändiga förutsättningar för att en satsning ska gå hem. Om det t ex förhåller sig så att område Akutvård har satsat extra läkare och ändrat scheman för sin personal utan att opererande kliniker samtidigt har säkrat att de har de resurser som behövs för att ta vara på den extra operationsresursen, så har man inte bara missat möjligheten till ökad produktion utan också tappat en del i trovärdighet i relation till medarbetarna.

Resultatet av rutinmässig uppföljning av salsutnyttjande (enl tabell 8) ter sig en smula outgrundligt. Vad som beräknats är inte uppenbart och det verkar inte tydligt hur uppgifterna ska användas för att värdera om nyttjandet varit tillfredsställande eller inte. Uppenbarligen delas den bedömningen av dem som ska använda uppgiften. Detta tycks vara ett av flera exempel på att tillgängligt IT-stöd behöver utvecklas till att bli bättre användbart för dem som ska arbeta med det. Ett viktigt steg är att verksamhetsansvariga definierar de nyckeltal de behöver för att utvärdera salsutnyttjandet.

Samplanering av reducerad verksamhet tycks kunna förbättras, så att C-OP i högre utsträckning anpassar sin planering till opererande klinikers, t ex i samband med läkarmöten som är kända långt i förväg. Att, som det planeras i maj -09, reducera verksamheten för att städa avdelningen under tid som annars är tänkt för normal produktion, dvs. när opererande kliniker har full bemanning och full verksamhet, förefaller inte vara optimalt utnyttjande av resursen. Städningen är ett viktigt moment men bör kunna planeras in under de perioder när opererande kliniker också har mindre behov av operationstid.

5.4 Operationsplanering

Klinikernas egen planering av kommande operationer bygger på den tilldelade resurs av salar och operationslag som beslutats i Operationsrådet, vilket inte förändras så mycket år från år. Kapitlet omfattar beskrivningar av opererande klinikers och C-OP:s interna organisation och arbetssätt samt de möten som förekommer för operationsplanering.

Operationsplaneringen innebär att patienter på väntelistan förs in i operationsprogrammet samt informeras med en kallelse och övrig nödvändig information. Planering för kommande program förutsätter samordning med läkarnas tjänstgöringsschema. Det förutsätter också tillräcklig kunskap om patienten, t ex avseende kronisk sjukdom och medicinering som måste beaktas i samband med operationstillfället. Dessa förutsättningar är inte alltid uppfyllda, vilket bidrar till svårigheter och extraarbete i planeringen, t ex behov av personlig kontakt med ansvarig läkare, bevakning av tidigare journaler, etc. Otillräcklig medicinsk information om patienten förekommer som orsak till strykning av planerad operation.

5.4.1 *Kirurgklinikens operationsplanering*

När beslut om operation är taget av patient och läkare dikterar han/ hon en operationsanmälan, som av sekreterare registreras i det datoriserade systemet. Patienten har därmed "hamnat på väntelistan" till operation. I anmälan ska medicinsk prioritet framgå liksom andra viktiga uppgifter med koppling till den specifika patienten (t ex kronisk sjukdom, medicinering) och den specifika operationen (t ex utrustning, läge).

Uppgiften att flytta patienter från väntelista till operationsprogram är delad på 2 operationskoordinatorer, 1 sjuksköterska på Slussen, 3 avd.sköterskor och en bröstsköterska.

80 procent av slutenvårdspatienterna kommer till sjukhuset dagen före operationen för inskrivning. Inskrivningen sker på "Slussen", en särskild mottagning avsedd för ändamålet. Slutenvårdspatienter från väntelistan kommer till vårdavdelning först efter operationen. 20 procent av slutenvårdspatienterna skrivs in i förväg 2-4 veckor före planerad operation. "Gruppinskrivningar" på Slussen är en metod att samordna patientinskrivning, då man kan effektivisera handläggningen genom att samla patienter som står på väntelista till samma typ av operation, t ex gall- eller fetmakirurgi. Metoden har använts sporadiskt för några år sedan och det planeras nu att återuppta verksamheten.

Polikliniska patienter (dagkirurgiska) förbereds med provtagning och information på liknande sätt, men skrivs inte in med läkarundersökning. En sådan sker istället på operationsdagens morgon i särskilt utrymme i C-OP:s sänghall.

Utöver den planerade verksamheten från väntelistan tillkommer patienter som vårdas ineliggande pga. akutkirurgisk sjukdom eller läggs in via akutmottagningen och opereras "halvakut" på planerad operationstid eller "akut" utan föregående inplanering på programmet.

Läkarnas tjänstgöringsschema är vanligen känt med ca 4 veckors framförhållning (+ ett preliminärschema för några följande veckor), vilket tycks fungera tillräckligt väl för dem som planerar.

5.4.2 *Kvinnoklinikens operationsplanering*

Vid Kvinnokliniken har en erfaren avdelningssekreterare planeringsansvar för all kirurgi inom slutenvården och en del av det som görs polikliniskt. Gynmottagningen ansvarar för inplanering av smärre dagkirurgiska ingrepp av okomplicerad karaktär. Operationsanmälan görs av läkarna på en blankett och vidare av sekreterare in i systemet. Enligt uppgift fungerar operationsanmälningar väsentligen utan avvikelser med god följsamhet hos läkarna och uppmärksamhet på viktiga detaljer om patienten.

KK har en stor andel (motsvarande ca hälften av operationsverksamheten) unga friska kvinnor som genomgår okomplicerade ingrepp och för vilka klinikens preoperativa förberedelseprocess är enkel och smidig. Det motsvaras inte av förenklingar i den del av processen som sker i direkt anslutning till operationen, dvs. anestesiens förberedelser, vilket skulle kunna effektivisera verksamheten.

Framförhållningen i läkarnas tjänstgöringsschema är 4 -6 veckor, vilket inte alltid upplevs som fullt tillräckligt för planeringen.

5.4.3 *Ortopedklinikens operationsplanering*

ORT har en operationskoordinator med samlat ansvar för all planerad kirurgi på C-OP och de polikliniska artroskopier som görs i lokalbedövning på mottagningen. Operationsanmälan (till väntelistan) skrivs av läkaren på en blankett, vars uppgifter förs in i det datoriserade systemet av sekreterare. Inskrivning med läkarundersökning och provtagning sker oftast på mottagningen redan i samband med operationsbeslutet.

Det är vanligt att operationsanmälan brister i olika avseenden, både vad gäller uppgifter om patienten (sjukdomar, medicinering etc.) och operationen (utrustning, läge etc.) liksom att specifika åtgärder glömts bort som t ex röntgenremiss i de fall det krävs en färsk röntgenutredning i samband med op. Försummelserna bidrar till extraarbete, försvårad planering och strykningar från programmet.

Eftersom ORT har en stor variation i antalet akutpatienter (enligt uppgift mellan 0 och 20 per dygn) är operationsplaneringen alltid osäker. Rutinmässigt lämnas en sal oplanerad för akuta. För att inte ta risken att resurser står outnyttjade planeras så att viss strykningsfrekvens accepteras (ca 20 % enligt intervju) de dagar när det är många akutfall. Tillströmningen av akutfall varierar också med årets säsonger och under högsäsong för t ex skidåkning lämnas större andel av operationsresursen oplanerad än under andra perioder. Operationer som räknas in i kategorin "kalkylerad strykning" finns huvudsakligen inom gruppen polikliniska och patienterna informeras alltid i förväg om risken att bli struken från programmet.

Läkarschemat har ofta en framförhållning kortare än de 8 veckor som är bestämt, vilket bidrar till svårigheter och en del extraarbete för planeringsansvariga.

5.4.4 *Operationsplaneringsmöten*

KIR: Planeringsmöten för innevarande och kommande vecka sker måndag och tisdag med operationskoordinator, avdelningsföreståndare, sekreterare, operatörer och sektionsledare från C-OP. Dessa möten beskrivs som stundtals "kaotiska" enligt uppgift i intervju, medan andra menar att de är strukturerade och effektiva.

KK: Planeringsmöten för kommande 2-3 veckor sker en gång i veckan med sekreterare/ operationskoordinator och en av överläkarna. Sektionsledare från C-OP medverkar ibland men har ofta förhinder pga. andra åtaganden på C-OP och att KK:s planeringsmöten inte prioriterats i sektionsledarens arbetsschema. Mötena beskrivs som välstrukturerade och effektiva. Kliniken har tidigare deltagit också i den gemensamma dagliga Programgenomgången, men har nu sådan genomgång med sektionsledaren på C-OP i telefon istället. Enligt uppgift från båda parter tycks arrangemanget huvudsakligen fungera smidigt.

ORT: Planeringsmöten för kommande 2-3 veckor sker dagligen, med ett läkarteam²⁶ per dag måndag-torsdag på morgonen efter röntgenrund. Mötena beskrivs som strukturerade och effektiva.

Programgenomgång: måndag – torsdag eftermiddag möts C-OP, KIR och ORT för *Programgenomgång* av nästa dags program (torsdagsmötet avser fredag och måndag). Den gemensamma genomgången sker i en (liten) lokal med KIR-programmet vid en bordsända och ORT-programmet vid den andra. I mötet deltar operatörer och operationskoordinatörer från båda op. kliniker. Från KIR deltar också sekreterare och den/ de sköterskor som har medverkat i planeringen. C-OP:s sektionsledare för resp. sektion "håller i" sin del av mötet och arbetar med operationsprogrammet i en dator. Planeringssköterskan från C-OP deltar inte. Dessa möten beskrivs som ostrukturerade och ineffektiva, med hög ljudnivå och flera samtidiga samtal.

Sena ändringar i programmet sker ibland när en läkare med egna operationer planerade nästa dag ringer till C-OP kvällen innan och flyttar om i sitt program. Omflyttningar som sker utan hänsyn till operationsprogrammet som helhet kan skapa problem, t ex när det uppstår "krock" mellan två samtidiga behov av mobil röntgenutrustning. Sådana krockar undviks vanligen genom den gemensamma planeringen, men uppstår ofta när individuella förändringar görs av operatörer.

5.4.5 C-OP:s programplanering

Sektionsledarna upprättar preliminärt operationsprogram utifrån de uppgifter som finns inlagda i systemet och med hänsyn till aktuell bemanningssituation (som påverkas av t ex sjukdomsfall, utbildning etc.) Slutlig planering görs vid Programgenomgång med opererande klinik (se ovan). I samband härmed återstår ofta frågor om utrustning, instrument, läge etc. som skulle ha kunnat klargöras redan i operationsanmälan men inte sällan saknades där. Svårigheter kan uppstå när den tilltänkte operatören uteblir från programgenomgången, vilket händer. En orsak kan vara att läkare som ska operera på måndag uteblir från programgenomgången på torsdagen pga. ledighet. Det förekommer också att den läkare som är nästa dags operationschef inte medverkar i Programgenomgången, vilket är en nackdel.

5.4.6 Operationstid – beräknad och faktisk

Den beräknade operationstiden används som utgångspunkt för det kommande programmet och hur mycket som ryms under tillgänglig tid. Angiven tidsåtgång har därför stor betydelse för hur programmet blir. Underlaget för beräknad operationstid varierar. Vissa typoperationer har en standardoperationstid, som anges oavsett vem som är operatör. I andra exempel är det opererande läkare som individuellt anger den beräknade tiden.

Enligt intervjuer med C-OP-företrädare är skillnaderna mellan olika operatörers operationstid betydande och behöver vägas in mer i planeringen. Individuella operationstider finns registrerade i befintligt IT-system, men hittills saknas användbart system för att enkelt koppla genomsnitt av faktisk op-tid till planeringssystemet.

Bilden motsägs av företrädarna för op. kliniker, som menar att skillnader mellan operatörernas individuella operationstider är marginella och att standardtider är tillräckligt pricksäkra som underlag för planering.

²⁶ Klinikens läkare är organiserade i fyra team (blått, rött, gult, grönt) för olika subspecialiteter/ op typer. Varje team har under en vecka: en opdag för akuta, en opdag för elektiva, en dag med ansvar för akutmott och vårdavd, en dag med ansvar för mott och vårdavd. Enligt uppgift fungerar teamorganisationen bra för rött team, medan övriga "har en bit kvar".

En annan synpunkt som framförts är att undervisningssituationer, dvs. då en junior operatör ska handledas i operationen, alltför sällan påverkar den planerade operationstiden trots att det för alla står klart att den är längre än när en erfaren operatör opererar. Även här skiljer sig uppfattningar. Op. klinikers företrädare hävdar att de moment som förlängs i en undervisningssituation är marginala och av försumbar betydelse för planeringen och att man i de fall när operationstiden uppskattas bli längre än standardtiden anger det i planeringen och programmet anpassas.

Konkret uppföljning av hur planerade respektive faktiska operationstider förhåller sig till varandra görs inte rutinmässigt.

5.4.7 Akuta operationer

Akuta operationer som tillkommer till programmet under natten eller på operationsdagen planeras in på befintliga salar och påverkar därför ofta det planerade programmet. ORT "planerar" för akuta operationer på en av sina salar, men måste trots det ofta stryka planerade ingrepp på annan sal. KIR har betydligt färre akutfall och lämnar därför inga luckor i sin planering, vilket också innebär strykningar när något måste göras akut. KK har också få akutfall och planerar i princip hela resursen för elektiv verksamhet.

Eftersom prioriteten i akutprogrammet varierar kan det innebära att resurser flyttas från en annan kliniks tilldelade resurs (dvs. salens bemanning) med konsekvensen att den klinikers planerade operationer stryks från programmet.

Frågan om att ha en sal avdelad till akutsal har diskuterats. Detta sker redan i praktiken hos ORT. De båda övriga klinikerna anser att andelen akutfall är för liten för att det ska vara rimligt med akutsal.

5.4.8 Kommentar om Operationsplanering

Planeringen kräver någorlunda säker kunskap om hur lång tid operationer tar. Granskningen har visat olika uppfattningar om hur väl planerade tider stämmer med faktiska. Sättet att få klarhet är givetvis att följa faktiska operationstider och använda dem som underlag i planeringen. Om IT-stödet inte medger det, vilket har framförts, är det angeläget att det utvecklas så att uppgifterna är lättillgängliga och användbara i planeringsprocessen.

Störst förbättringspotential tycks annars finnas i den kortsiktiga planeringens Programgenomgång. En förutsättning är att operationsanmälan görs enligt befintliga riktlinjer så att tillräckligt underlag om patient och operation finns tillgängliga före programgenomgången. Det är en uppgift för opererande kliniker att säkra god följsamhet till dessa riktlinjer liksom till respekt för det uppgjorda programmet. Det kan vara att rekommendera att C-OP systematiskt följer upp och återrapporterar avvikelser. Programgenomgången tycks vara ett möte präglad av hög stressnivå och det förefaller angeläget att snarast ändra arbetsformerna för den delen av planeringen.

Genom att i högre utsträckning separera flöden för planerad kirurgi från akut kirurgi skulle det vara möjligt att uppnå en situation där planerade program bättre motsvaras av faktiskt genomförda program. Ortopedens projekt med "protessal" (som beskrivs i avsnitt 5.8 Projekt) är ett lyckat exempel på en sammanhållen verksamhet där C-OP:s medarbetare engageras i målet att klara vad som planerats. Det kommer till uttryck t ex genom att man avstår morgonmöten vissa dagar i syfte att komma igång tidigt på salen. På samma sätt skulle man kunna reservera fler salar för planerad kirurgi med ett beting för dagen där alla på salen kan samlas kring det gemensamma målet.

Ett steg ytterligare är att separera flöden geografiskt med avskilda lokaler för den planerade dagkirurgin, vars karaktär ger möjlighet till enklare hantering både före, under och efter operationen.

Intervjuer och möten med medarbetare har gett bilden av att en gemensam målbild saknas eller behöver förstärkas. Det är viktigt att det fungerar så att alla på salen engagerar sig tillsammans för samma mål, dvs. att genomföra programmet. Det sker redan på "protessalen" och säkert också i fler exempel, som inte lyfts fram på samma sätt här.

Ett starkare engagemang för de övergripande målen, snarare än för visst antal operationstimmar, kan skapas hos C-OP-personalen genom systematisk återföring av resultat, av klinikernas väntelistor etc. Betydelsen av att ta vara på denna möjlighet ska inte underskattas. Genom att förtydliga att "det här programmet är det gemensamma uppdraget idag på den här salen" ges förutsättningar för team-känsla och gemenskap över klinikgränserna i den dagliga arbetsuppgiften på operations-salen.

5.5 Preoperativ bedömning

Kronisk sjukdom och permanent medicinerings behöver uppmärksammas i samband med operation för att säkra att risken för komplikationer är så låg som möjligt. Kompendium för Preop bedömning utgår från MLA Anestesiläkare på C-OP och används av opererande kliniker.

Den slutliga kontrollen att riktlinjerna har följts och att patienten därmed kan godkännas för operation görs av anestesiläkare. Slutenvårdspatienter bedöms av anestesiläkare dagen före operationen, dagkirurgiska på operationsdagens morgon. I båda fallen sker bedömningen av de anestesiläkare som för tillfället har sin tjänstgöring förlagd till C-OP.

Patienter som opereras dagkirurgiskt bedöms i sänghallen. En nackdel med det är att det saknas avgränsad lokal för samtalen, som sker bakom ett skynke så att det som sägs kan höras av personer i omgivningen. En fördel är att samma anestesiläkare som ansvarar för anestesin gör bedömningen.

Patienter som opereras ineliggande kommer till C-OP på eftermiddagen dagen före op. och träffar den anestesiläkare som för tillfället är avdelad för uppgiften. Samtalet sker ofta i ett samtalsrum alldeles intill avdelningen. En nackdel är att den bedömande läkaren inte säkert tjänstgör dagen därpå och att anestesin sköts under annan läkares ansvar.

Patienter som av operationsansvarig läkare bedöms vara i behov av en fördjupad utredning av anestesiläkare i god tid före operationen kan "remitteras" från mottagning för anestesibedömning. Det är inte ett egentligt remissförfarande, utan sker oftast genom att patienten ombeds gå till C-OP och träffa någon av de läkare som tjänstgör för tillfället.

Företrädare för opererande kliniker har uttryckt missnöje med denna ordning, då de inte alltid känner förtroende för att den anestesiläkare som ansvarar för bedömningen motsvarar de förväntningar på anestesiläkarkonsult som man som opererande läkare har. Det hade enligt intervjuer "känts bättre" att veta vem man remitterar patienten till.

Ett specifikt moment i den operationsnära preoperativa processen är operationsmarkering, dvs. att operatören markerar operationsområdet på patientens kropp med spritpenna, ett säkerhetsmotiverat moment för att undvika misstag. Innan detta är utfört kan patienten inte tas in på C-OP. Väntan på operatör för detta moment är en orsak till väntetider, särskilt när det gäller dagkirurgiska patienter.

5.5.1 *Kommentar om Preoperativ bedömning*

Arbetsätten för preoperativ anestesiläkarbedömning kan vara ett moment som går att effektivisera och samtidigt uppnå bättre arbetsmiljö för medarbetarna och bättre omhändertagande för patienterna. Dagens organisering av arbetsuppgiften innebär splittring mellan uppgifter inne på sal och mötet med nya patienter utanför, i sänghall eller samtalsrum.

Det finns risk att arbetsuppgifterna stör varandra. Denna risk skulle kunna elimineras om anesthesiläkare får koncentrera sig på antingen operationssalarna eller på den preoperativa bedömningen genom att arbetsuppgifterna schemaläggs skilda från varandra. Här uppstår också en möjlighet att i ökad utsträckning ta emot patienter för polikliniska operationer redan i samband med att de planeras in i programmet. Det skulle minska anestesiläkarnas belastning på morgonen och ge större möjlighet att ägna sig åt operationsstarterna. Det kan även tillgodose opererande läkares behov av kompetenta mottagare av remisser på högriskpatienter.

Patienternas rätt till sekretess behöver säkras, så att individuella samtal i sänghallen inte kan avlyssnas av utomstående.

5.6 Strykningar i planerat operationsprogram

Ändringar i operationsprogram sker fortlöpande fram till och under operationsdagen. Strukna operationer registreras samlat och rapporteras till klinikerna en gång per månad med angivande av orsak enligt ett gemensamt kodsysteem. Detta system är en sammanslagning av C-OP:s (med 20 koder) och mottagningarnas (med 3 koder²⁷).

Under 2008 har strykningar delvis registrerats med 24 koder och systemet skiljer ut dem som skett "0-1 dagar före operationen", vilket i praktiken innebär strykningar på planerat operationsdatum och datumet före, dvs. upp till minst 24 timmar före planerad op. För att veta vilka strykningar som gjorts på operationsdagen krävs manuell uppföljning.

Från augusti 2008 har strykningar som registrerats från de opererande klinikernas sida alltid registrerats enligt de tre "gamla" koderna, (M, P och V). Syftet är att säkra underlag för bedömning av väntetider i relation till vårdgarantin. Strykningar som registrerats från C-OP:s sida använder samma kodsysteem som tidigare.

5.6.1 *Antal strykningar 2008*

Under 2008 registrerades för KIR, KK och ORT sammanlagt 2 743 strykningar, varav 1 521 (56 %) "0-1 dagar före operationen" och 1 222 i tidigare skede²⁸. Av de som ströks i sent skede, dvs. operationsdagen eller dagen före operation, är fördelningen per klinik följande:

	Genomförda op.	Strukna op.	Andel strukna av antal anmälda ²⁹
KIR	2 638	589	18 %
KK	1 016	158	13 %
ORT	2 758	774	22 %

Som jämförelse kan här nämnas **Nysam 2008** (avseende 2007) där uppgift finns för 13 operationsavdelningar med 1,0 – 9,6 % strykningar och medianen 2,0 %. Uppgift om strykningar vid Östersunds sjukhus saknas i Nysamstatistiken.

²⁷ M = Medicinska skäl, P = Patientrelaterade skäl, V = Vårdenhetsrelaterade skäl

²⁸ Det totala antalet strykningar vid C-OP var 2 895, varav 1 610 op.dagen eller dagen före.

²⁹ Andelen är beräknad enligt formeln: Antal strukna/ (Antal genomförda + Antal strukna)

5.6.2 Orsaker till strykningar

De tidigare strykningarna (diagram 6) domineras av "Vårdenhetsrelaterade skäl" (27 %) och "Patientrelaterade skäl" (21 %).

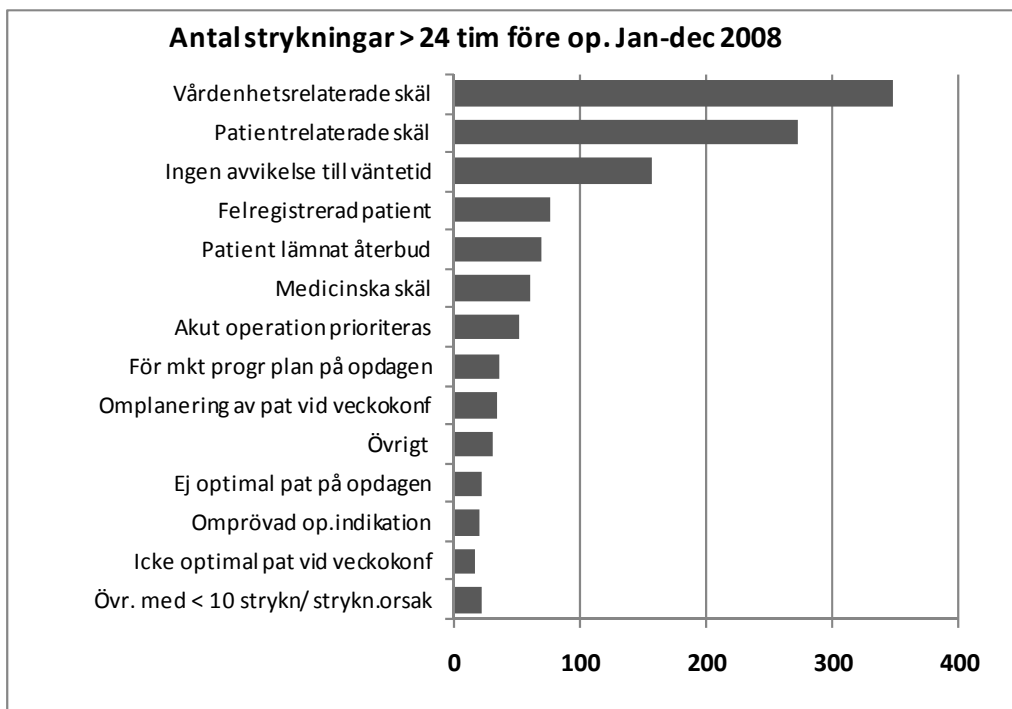


Diagram 6 Strykningar före dagen före operation (KIR, KK, ORT). Antal per orsak 2008.

De "sena" strykningarna domineras av "Akut operation prioriteras" (21 %) och "Vårdenhetsrelaterade skäl" (14 %). De redovisas i tabell 9 och diagram 7. Begreppet "Ingen avvikelse till väntetid" betyder att beräkning av väntetid (för uppföljning av vårdgarantin) inte påverkas av strykningen.

Sammanfattning av "sena" strykningar 2008. (Andel = andel av 1 521 "sena")	
Registrerad strykningsorsak	Andel
"Akut operation prioriteras"	21 %
"Vårdenhetsrelaterade skäl"	14 %
"Omprövad op.-indikation"	11 %
"För mkt program planerat på opdagen"	10 %
"Ej optimal på opdagen" + "Icke optimal vid veckokonf"	10 %
"Patientrelaterade skäl" + "Patient lämnat återbud" + "Pat uteblir utan återbud"	8 %
"Medicinska skäl"	2 %

Tabell 9 Strykningar på op.dagen eller dagen före. Frekvens per orsak.

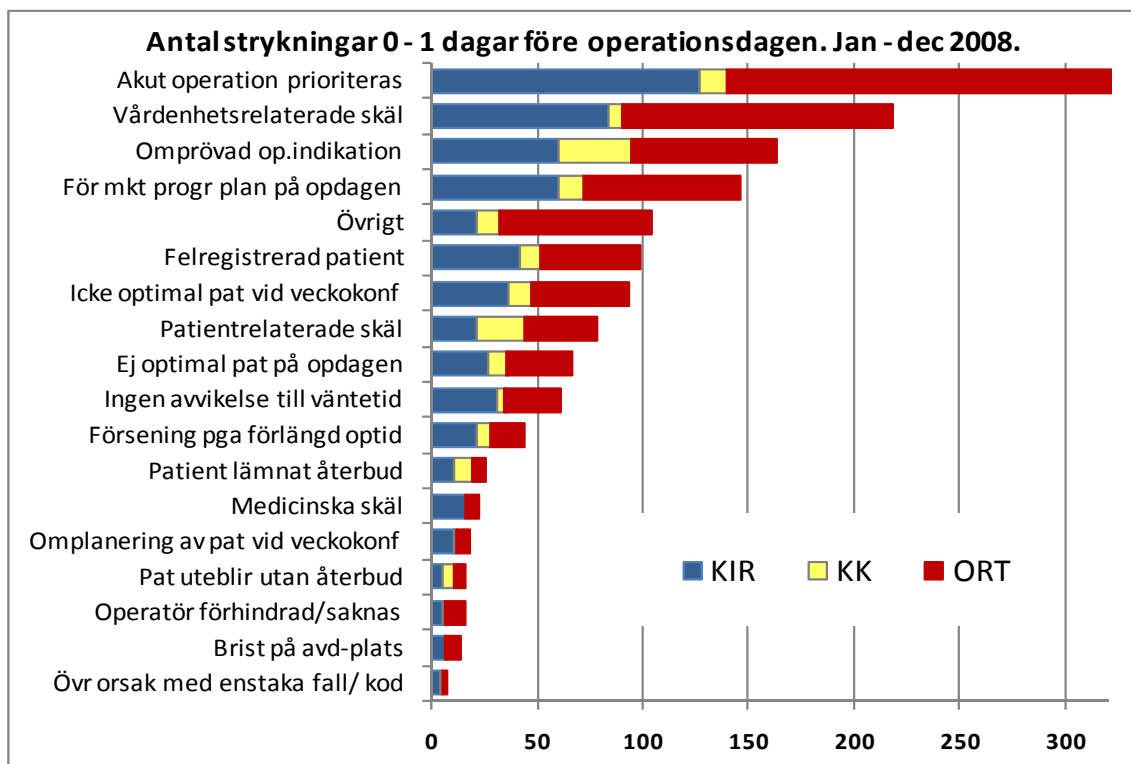


Diagram 7 Strykningar på op.dagen eller dagen före op. (KIR, KK, ORT). Antal per orsak 2008.

5.6.3 Strykningsprocedur

Strykning av operationer från programmet hör till vardagen och sker i samråd mellan Planeringen och operationschefen för den klinik som berörs. Formellt är det alltid opererande kliniks företrädare som fattar beslut om strykning. Inte sällan initieras frågan från Planeringen på C-OP strax efter lunch, när man gör en uppskattning av om resten av planerat program kommer att hinnas under ordinarie arbetstid eller inte. Sluttiden för dagen är styrande, vilket kan innebära att operationer som bara beräknas dra över kort tid kan strykas.

Det har också inträffat att en operation stryks på C-OP:s initiativ och att det lite senare kommer besked om ändring från C-OP att operationen ändå hinnas med. Men då har det varit för sent, i och med att patienten fått information och inte längre är fastande.

Generellt ges bilden i intervjuer med företrädare för C-OP att många operationer stryks för att operationsprogrammet är för stort och att operationstiderna är för optimistiskt beräknade. Bilden i intervjuer med företrädare för op. kliniker är istället att C-OP prioriterar att medarbetarna går hem på rätt klockslag på bekostnad av det planerade programmets genomförande. Visst stöd för den bilden ges i det faktum att verksamhetsområde Akutvård har tydliga signaler till sina medarbetare att övertid måste undvikas.

5.6.4 Kommentar om Strykningar

Uppgifter om vad som stryks från dagens program och varför det sker är en förutsättning för effektivisering och dagens uppföljningssystem behöver därför utvecklas. Framför allt förefaller det viktigt att följa upp strykningar under operationsdagen.

Ett allmänt intryck i granskningen är att strykningar från dagens program är så vanliga så att de betraktas som rutin, snarare än avvikelser. Intrycket är att det finns behov av större engagemang i patientens perspektiv.

Det förefaller inte rimligt att operationer stryks för att de riskerar att dra över programmet med kort tid. Att börja diskutera strykningar redan kring lunchtid ger intryck av att det behövs en starkare uppslutning kring de gemensamma målen att genomföra planerat program. En förutsättning är att medarbetarna engageras i mål som formuleras med nära koppling till sjukhusets uppdrag gentemot befolkningen, snarare än till visst antal operationstimmar.

Bilden av hur strykningar sker ger intryck av en "tillåtande" attityd till strykningar. Det väcker frågan om ett samlat driftsansvar för programmets genomförande behövs. Det är rimligt att strykningstatistiken i så fall skulle kunna fungera som drivkraft till utformning av en pricksäkrare styrning av genomförbara operationsprogram i planeringsprocessen.

Statistiken över strykningar är inte helt lätt att förstå och två parallella registreringssystem är i bruk. Det är inte klarlagt hur indata säkras, så att dubbelregistreringar undviks och att inga missar sker. I jämförelse med alla andra sjukhus som rapporterat strykningssfrekvens till Nysam är frekvensen vid Östersunds sjukhus avsevärt större. Att just strykningssfrekvensen är en jämtlandsuppgift som saknas i rapporten till Nysam kan tala för att sjukhusets indata inte uppfyller Nysams valideringskriterier. Det är därför möjligt att det interna registreringssystemet kan innehålla fel (t ex dubbelregistreringar) och är därmed svårt att bedöma hur stor avvikelsen till övriga Nysamkliniker egentligen är.

Sammantaget förefaller det angeläget att hitta ett gemensamt system som fungerar för både vårdgarantins regelverk, den interna uppföljningen inom opererande kliniker och C-OP och för benchmarking i Nysam.

Strykningar av planerade operationer förorsakar kostnader, besvär och i många fall utsträckt lidande för de personer som drabbas. De orsakar dessutom dubbelarbete inom både C-OP och de opererande klinikerna och representerar därmed en konkret kostnad också för landstinget. Strykningssfrekvensen stärker bilden av att verksamheten behöver organiseras så att planerade operationer faktiskt kan genomföras och att det som planeras är realistiskt, dvs. att t ex operationstider skattas med utgångspunkt i faktiska tider, att arbetssätten för förberedelser och efterarbete trimmas, att processerna analyseras gemensamt m.m.

5.7 Avvikelsehantering

Avvikelser rapporteras i ett IT-baserat system "Vajsing", som enligt uppgift huvudsakligen fungerar väl, men behöver uppdateras. I detta sammanhang är avvikelsehanteringen av underordnad betydelse, men det ska ändå konstateras att man inte rutinmässigt registrerar när överenskomna riktlinjer om arbetssätt inte följs och bristen på följsamhet därmed förorsakar väntan eller tidskrävande extraarbete.

Exempel är när operatör inte finner sig på överenskommen tid för att preop-bedöma och "rita" sin patient. Ett annat vanligt exempel är att operationsanmälningar är ofullständigt ifyllda. T ex händer det att man har anmält en "sårrevision" utan att specificera vilken kroppsdel som avses eller en operation i nedre kroppshalvan utan att specificera om det behövs benstöd eller inte. Ett tredje exempel är när operatören lämnar salen efter avslutad operation utan att ange kod för vilken operation som genomförts, vilket är nödvändigt.

Sakligt underlag att beskriva hur vanliga sådana avvikelser är eller vilken påverkan de har på processerna saknas.

5.7.1 **Kommentar om avvikelshantering**

Traditionen tycks vara att inte registrera sådana avvikelser som man uppfattar höra till vardagens förtretligheter. En förutsättning för att kunna styra verksamheten effektivt och ändamålsenligt är att alla avvikelser av betydelse för verksamheten fångas upp i ett rapporteringssystem. Det blir därför en angelägen uppgift för avdelningens nya ledning att förändra attityder till "vardagsavvikelser" så att medarbetarna gärna rapporterar och alltid får återföring.

Om det handlar om sådant som enligt regelverket inte ska föras in i avvikelssystemet kan man istället välja att – som på en del andra håll – föra en "struldagbok". Det viktiga är att fånga upp vad som händer, hur ofta det händer och vilka konsekvenser det får. Fakta av det slaget brukar få avgörande betydelse när det gäller att påverka medarbetare, samverkanspartners och deras ledningsansvariga att vidta åtgärder för att uppnå bättre följsamhet till överenskomna riktlinjer.

Rutinmässig uppföljning av hur riktlinjer och överenskomna arbetssätt används i praktiken är generellt ett viktigt led i att säkra sin verksamhet, både när det gäller kvalitetsmål och produktionsmål.

5.8 Projekt och utveckling

Sedan hösten -08 bedriver **ORT** ett projekt för smidigare vårdprocess inom proteskirurgin (primära höft- och knäplastiker). Det innebär bl. a att vårdavdelningen har öronmärkta vårdplatser för dessa patienter som inte får tas i bruk för akutpatienter och ett särskilt vårdlag. Vidare prioriteras "protesalen" av **ORT** och **C-OP** gemensamt, bl. a genom att operationslaget på salen flexar in 07 och avstår från att delta i **C-OP**:s morgonmöte en gång/ vecka. Målet är att genom att klara tre plastikoperationer per dag korta väntetider och minska andelen utomlänsvård som nu sker genom vårdgarantiåtagandet.

KK:s "temadagar" är ett led i att effektivisera genom att använda vissa operationsdagar för en och samma typ av operation (prolaps- resp. inkontinenskirurgi). Proceduren kan effektiviseras genom att upprepa samma process under dagen och enligt uppgift är det få nackdelar.

KIR gör punktsatsningar för vårdområden med ökande väntetider. Aktuellt exempel är Ljumsckbråcksoperationer, som genomförs ungefär som **KK**:s temadagar. Ljumsckbråckskirurgin hör till de vårdområden som belastar kontot för vårdgaranti/ utomlänsvård och kommer att prioriteras under den närmaste tiden.

En utredning inom kliniken är tillsatt för att förtydliga åtaganden under morgontimmarna och föreslå alternativa sätt att lägga upp schemat. Det finns ambitioner att öka användningen av målkurvor inom olika delar av produktionsplaneringen och – uppföljningen.

På **C-OP** visade en personalenkät 2005 på otillgodosett behov av delaktighet och önskemål om att fler medarbetare engagerades i avdelningens utvecklingsaktiviteter. Det blev startpunkt för projektet **Vision 2008**, vars mål formuleras: *Alla på vår arbetsplats ska uppleva arbetstillfredsställelse, delaktighet och ett tydligt ledarskap*. Syftet med projektet är att "bedriva ett förändringsarbete på C-op utifrån de resultat som undersökningen kring arbetsmiljön visat". 13 ansvarsområden/ arbetsuppgifter definierades på chefsnivå: **IT, Utbildning, Bemanning, Kirurgi, KK/Öron, Kvalitetssäkring, Läkemedel, Medicinsk teknik, Nybörjargrupp, Operationsentrén, Sterilgodshantering, Ortopedi, Förråd**. Medarbetarna fick därefter teckna sig i grupp efter eget val. I riktlinjerna för grupparbetet ingick att utse teamledare inom gruppen, formulera gruppens mål på kort och lång sikt, dokumentera mötesanteckningar och anslå dem öppet på avdelningen samt i övrigt dokumentera framtagna rutiner och arbetssätt inom ramen för Documenta (IT-baserad dokumentdatabas). 6 fredagar anslogs för grupparbeten 2007 och 7 fredagar under 2008. Under dessa dagar har operationsverksamheten reducerats till två salar för akuta operationer. Vision 2008 har pågått under 2007-08 i de 13 grup-

perna. Gemensamma föreläsningar om operationer, akuta tillstånd, elsäkerhet m.m. har varit en del i aktiviteterna och ersatt tidigare kvällsföreläsningar.

Den första projektutvärderingen gjordes i nov-dec 2008 med fokus på "hur man upplevt sättet att arbeta i grupper". Utvärderingen, genom en enkät till medarbetarna, visar på huvudsakligen positiv inställning till arbetssättet. Kritiska kommentarer förekommer också. I samband med omorganisation inom C-OP:s ledning under våren 2009 ska projektet ingå i diskussionen kring framtida upplägg av avdelningens utvecklingsarbete och kan komma att omvärderas. En trolig utveckling är enligt uppgift att några grupper avvecklas och ev nya tillkommer. En ambition är att grupper med ansvarsområde kopplat till opererande klinik ska få in företrädare för "sin" klinik i gruppen. Det har enligt uppgift redan kommit igång i den grupp som har ortopedin som ansvarsområde.

Genombrottsprojekt – utvecklingsaktiviteter med användande av s.k. genombrottsmetodik³⁰ – har hittills inte kommit till stånd inom C-OP. Metodkunskap finns på sjukhuset och hos områdets vårdutvecklare. På frågan om orsaken till att man hittills inte fokuserat på effektiviseringar i sina projektinsatser har svaret i intervjuer varit att det inte ansetts motiverat då man uppfattar att man "klarar sitt uppdrag" med befintliga arbetssätt. Detta förtydligas med att uppdraget består i att producera visst antal operationstimmar.

"Operera mera - hur kan vi optimera resurserna för operationssjukvård?" är en intern utredning hösten 2008, genomförd på uppdrag av LT-direktören. Uppdraget till cheferna för område Akutvård och opererande kliniker var att "analysera hur användandet av resurserna för operationssjukvård vid Östersunds sjukhus kan optimeras". Rapporten lades fram i slutet av nov -08 och redovisar en rad förbättringsidéer, bl.a. ökad samverkan mellan C-OP och op. kliniker (gemensamt sammansatta utvecklingsgrupper) i effektivisering och uppföljning av vårdkedjor samt ökad samordning av rutiner. Vidare föreslås att dagkirurgin lyfts ut och utreds särskilt, bl. a med avseende på separering av flöden från slutenvårdskirurgin. Flera exempel ges på förbättringar som kan ske inom de stora opererande klinikerna och bidra till smidigare operationsprocess, t ex. checklistor för säkring av patientförberedelser enligt riktlinjer, läkarscheman med bättre framförhållning, mer av "samma ingrepp hela dagen", tydligare mandat för operationschefer m.m. Idéer om förbättringar av C-OP:s arbetssätt finns, t ex: satsning på tidigare op-start på morgonen, snabbare byten mellan operationer, ökat salsutnyttjande utanför kontorstid, kompetensutveckling av medicinsk-teknisk utrustning m.m., tydligare mandat för planeringssköterska, säkrare registrering och analys av strykningar. En röd tråd i rapporten är tanken att i ökad utsträckning använda "målkurvor", dvs. sätta konkreta mål och följa upp resultaten kontinuerligt liksom tanken att utveckla den organiserade samverkan mellan C-OP och opererande kliniker. – Utredningsrapporten har lämnats till LT-direktören och ingår i underlaget för kommande effektiviseringsåtgärder på central ledningsnivå i landstinget.

Landstingsledningens utvecklingsåtgärder innebär att prioriterade områden under innevarande termin är bl. a operationsverksamheten och opererande klinikers väntelistor. Konkret betyder det bl. a att uppdragen till verksamhetscheferna ska förtydligas samt innebär också att en genomlysning av ORT:s verksamhet³¹ skett, med avseende på möjlighet att reducera omfattningen av den utomlänsvård som köps upp som följd av vårdgarantin. Resultatet var i korthet att effektivare verksamhet inom befintlig resursram kan uppnås med förbättrad produktionsplanering. Landstingsledningen planerar vidare en inriktningsplan för lokalanvändning (inkl. eventuell separat dagkirurgisk enhet) färdigställd till slutet av mars -09.

³⁰ *Genombrott* är benämningen på en metod att genom tydliga och avgränsade projekt utvärdera förbättringar i arbetssätt m.m. SKL bedriver sedan många år metodutveckling och stöd till landstingen i kompetensutveckling inom Genombrottsmetodiken.

³¹ "Genomlysning av vo Ortopedi, Östersunds sjukhus". Helseplan Consulting Group AB, jan -09.

5.8.1 *Kommentar om Projekt och Utveckling*

Det finns en iögonenfallande brist på systematisk verksamhetsutveckling i samverkan mellan C-OP och opererande kliniker. Skälet, som uppges vara att det saknas incitament eftersom "uppdraget klaras", är svårt att förstå i ljuset av den intensiva projektbaserade verksamhetsutveckling som pågår inom jämförbara enheter i andra landsting och av landstingets behov att rationalisera och effektivisera sin verksamhet. De idéer som formulerats i den gemensamt framtagna analysen av operationsprocessen ger här positiva signaler om ambitioner att utveckla samverkan inom Östersunds sjukhus.

Projektet *Vision 2008* är en satsning på att tillvarata och stödja medarbetarnas engagemang, vilket är viktigt. Men det är lika viktigt att detta engagemang koncentreras på övergripande verksamhetsmål. Projektet bär prägel av ett internt medarbetarperspektiv och har hittills i begränsad omfattning inriktats på behovet av samverkan med andra, något som nu ser ut att kunna rättas till i de projektgrupper som har inriktning på specifik klinik. Avsevärd resurs har avsatts till projektet och det är därför högst rimligt att ställa krav på att insatsen gagnar verksamhetsmålen. Ansatsen att framöver formera grupper med klinikövergripande representation är ett steg i rätt riktning. Projektplanen bör också kompletteras med konkreta projektmål kopplade till verksamhetsuppdraget samt med schemalagd uppföljning/ utvärdering av samtliga gruppers arbete. Landstingsplanens mål om "processororienterat synsätt" och "systematiskt förbättringsarbete" skulle därmed respekteras tydligare.

6 Synpunkter i intervjuer

Om målbild och styrning på C-OP

"Det vore bra om OP-personalen kan förstå att de är en serviceavdelning åt oss!" (företrädare för op. klinik)
 Intervju: "Vem ansvarar för operationsprogrammet?" – "Ingen!" (blandad grupp C-OP och op. kliniker)

Om omhändertagande av dagkirurgiska patienter

Op. klinikers företrädare har i flera fall uttryckt att dagkirurgiska patienter borde kunna få en enklare procedur i omhändertagandet före och efter operationen. Alla säkerhetsåtgärder som kanske tas om flera gånger under processen förlångsamar flödet i onödan för en stor andel av de dagkirurgiska patienterna, menar man. Ett exempel är den stora andelen unga friska kvinnor inom gynekologin som kommer för att genomgå okomplicerade ingrepp och skulle kunna gå på egna fötter in i salen.

Om operationstider

Från C-OP-företrädare hörs i flera intervjuer uttryck för att operatörerna "alltid" tar längre tid på sig för operationen än planerad op-tid. "Dom opererar för långsamt!" är ett typiskt citat; "Glädjekalkyler!" är ett annat.

Om starttider

"Ingen mening att ha patienten klar till halv nio, eftersom operatören i alla fall inte kommer". (C-OP-företrädare).
 "Det är ingen mening att komma halv nio eftersom patienten ändå inte är klar för op." (företrädare för op. klinik).
 "Om de opererande klinikerna gör sitt, så ska nog vi göra vårt!" (C-OP-företrädare).

Om anestesi-läkarnas roll

"Det borde finnas en narkosläkarmottagning dit man kan skicka remiss på riskpatienter" (föret för op. klinik).
 "Anestesi-läkarna borde ha en tydligare roll att driva på programmet i sin sektion!" (företrädare för op. klinik)

Om strykningar

"De ringer redan vid lunch från Planeringen för att diskutera vilken patient som ska strykas!" (föret för op. klinik)
 "Planeringen föreslår, vi stryker!" (företrädare för op. klinik)
 "Det verkar viktigare att folk går hem på minuten än att göra klart programmet!" (företrädare för op. klinik)
 "De sätter upp för stora operationsprogram!" (C-OP-företrädare).
 "Man får frågan om man hinner med den sista och tror sig göra det till 16.05. Då stryks den" (föret för op. klinik).

7 Analys och slutsatser

Granskningen av operationsverksamheten vid Östersunds sjukhus har visat många exempel på goda ambitioner och starkt engagemang för verksamheten, vilja att utveckla och förbättra samt omsorg om den medicinska kvaliteten. Granskningen har även visat områden där verksamheten kan förbättras, både avseende effektivitet och arbetsmiljö. I den avslutande analysen lyfts de mest iögonenfallande förbättringsområdena fram med kommentarer och några rekommendationer.

7.1 Styrning och organisation

LT-direktörens uppdrag till område Akutvård är tydligt avseende verksamhetsmålen: att C-OP:s uppdrag är att "fullgöra landstingets sjukvårdsuppdrag för Jämtlands län avseende operations- och anestesiverksamhet" och att "möta länets behov av specialiserad vård inom sitt kompetensområde". Granskningen visar att den interna styrningen av C-OP:s verksamhet avviker från uppdraget, genom internt fokus utan koppling till befolkningens behov. En angelägen förändring av verksamhetsmålen borde vara att ange mätbara mål som uttrycker något om producerad vård snarare än om personaltimmar.

Systematisk rutinmässig återföring till medarbetarna vid C-OP av verksamhetens resultat i mått med koppling till befolkningens behov sker inte. Återföring till medarbetarna har enligt granskningen budskapet att uppdraget klaras, trots att så inte är fallet. Jämtlands läns landsting måste ju till hög kostnad remittera patienter utomlans för att sjukhuset inte klarar att infria vårdgarantins utfästelser avseende väntetid. Engagemanget för uppdraget i stort och för det dagliga programmet kan stärkas om medarbetarna ges tydligare återföring av resultatet i relation till uppdraget, vilket rekommenderas.

I nuvarande organisation har en sjukvårdsdirektörs uppgifter fördelats mellan landstingsdirektör och verksamhetschefer. Exakt hur har inte specificerats, men i intervjuer med verksamhetschefer framgår att de uppfattar sina uppdrag som mer omfattande än en "vanlig" verksamhetschefs. Det är därför motiverat att hävda att en större portion ansvar för styrning och uppföljning av verksamhetschefernas uppdrag åligger dem själva med nuvarande organisation jämfört med om det funnits en sjukhuschef och gemensamma sjukhusmål.

Övergripande beslut om systematiskt processorienterat förbättringsarbete tycks inte respekteras i organisationen, åtminstone den del av den som belysts i föreliggande granskning. Detta är anmärkningsvärt och skiljer JLL från flertalet andra landsting, där stort engagemang och mycket aktivitet i förbättrings- och utvecklingsinsatserna karakteriserar de senaste årens utveckling. Uppdragets formulering om "ett löpande systematiskt förbättringsarbete" kan givetvis tolkas på flera sätt. Den mest rimliga tolkningen är att det som ska förbättras är det som ger en snabbare och smidigare väg till verksamhetens mål. Det är inte visat i granskningen att sådant förbättringsarbete pågår i någon betydande omfattning inom C-OP.

Landstingsstyrelsens tydliga stöd och engagemang är en nödvändig förutsättning för att få fart på dessa aktiviteter och är avgörande för framgång. Det behöver manifesteras på ett sätt som går fram till både befolkning och de egna medarbetarna i större utsträckning än vad fallet är vid tiden för granskningen.

Ett angeläget första steg är att på central nivå snarast ta fram det ledningssystem som är föreskrivet sedan flera år tillbaka men ännu saknas inom landstinget (SOSFS 2005:12). Denna granskning har inte klarlagt i vilken utsträckning tillräcklig resurs finns för nödvändigt metod- och projektstöd. Att, som många andra landsting redan gjort, satsa på en stark och proaktiv utvecklingsresurs, kan vara en god idé även för JLL.

7.2 Driftansvar

Operationsprogrammet för dagen är ett åtagande. Inom C-OP finns ingen befattning med samlat ansvar för att genomföra åtagandet, en "driftschef" med befogenheter och auktoritet att fatta nödvändiga beslut under dagens lopp. De opererande klinikernas operationschefer är naturliga samverkanspartners men kan inte ta totalansvar för operationsprogrammet. Rollen som driftschef behöver analyseras internt och en möjlig lösning är att den åläggs en senior läkare inom område Akutvård.

7.3 Samverkan

Granskningen visar att samverkan mellan C-OP och op. kliniker kan och bör utvecklas. Det finns idag få exempel på gemensamma utvecklingsprojekt för effektivare operationsverksamhet. Gemensamt genomförda processanalyser med vårdkedjeperspektiv för typoperationer är exempel på vanliga samarbetsprojekt hos andra. Förutom att bidra till förbättringar i procedurerna med ökad effektivitet som följd har denna typ av samverkansprojekt även en betydande potential att höja vi-känslan och stärka gemenskapen i organisationen.

I granskningen framskymlar en "vi-och-dom-kultur" som sannolikt inte gagnar målen, vare sig verksamhetsmål eller personalpolitiska mål. Ett viktigt led i förbättring av samverkan är att styrningen på central nivå förtydligas på denna punkt, bl. a med mätbara mål för förbättringsarbetet och "det processororienterade synsättet".

7.4 Planerad kirurgi och dagkirurgi

Granskningen visar att akutoperationer ofta påverkar det planerade operationsprogrammet. Det kan därför finnas skäl att överväga skilda flöden för akut och planerad kirurgi, åtminstone delvis och mer än vad som är fallet idag.

Förutsättningarna att uppnå goda resultat ökar om planerad verksamhet organiseras inom en egen enhet med mesta möjliga autonomi, dvs. ett tydligt uppdrag, egen ledning, egen personal etc. samt kontroll över alla led i produktionskedjan. ORT:s "protessal" är i vissa avseenden ett exempel på detta inom C-OP och kan vara förebild för den fortsatta utvecklingen inom befintlig avdelning. Flera exempel finns på lyckade satsningar på andra håll, t ex inom ortopedin³².

En ökande andel av planerad kirurgi sker dagkirurgiskt och JLL har goda skäl att överväga en separat dagkirurgisk enhet, där hela omhändertagandet anpassas till behoven så att smidigare procedurer kan användas när det är befogat. Friska patienter kan gå på egna ben in i operationssalen, en detalj som snabbar upp processen avsevärt. En annan detalj är att patientunderlag och operationstyper ger möjlighet till anpassning av anestesimetoder, som medför kortare tid både i förberedelser och behov av uppvakningsvård. Sammantaget finns flera faktorer som bidrar till ökad kapacitet med snabbare flöden, kortare bytestider, ökad produktion och kortare väntetider för befolkningen. En sådan enhet kräver självfallet anpassade lokaler och därmed ett beslut om investering i ombyggnation, något som bör uppmärksammas i kommande lokalplan under våren -09.

Fördelar att skilja ut planerad vård till en egen enhet inom sjukhuset är bl. a att det finns en säkerhet i de fall komplikationer uppstår som kräver mer än denna enhet resurser, att personalen kan samlas kring ett tydligt uppdrag, att akuta vårdbehov inte (eller endast undantagsvis) påverkar flöden i den planerade vården etc.

³² T ex Artro Clinic vid Capio St Görans sjukhus, ortopedkliniken vid Oskarshamns sjukhus m fl.

Att minska verksamhetens variabilitet kan ses som en nackdel när det gäller personalens kompetensutveckling och – bevarande. En möjlig lösning är givetvis ett rotationsschema. Den lösningen blir svårare om planerad verksamhet i stället skulle organiseras i särskild enhet som är skild från det egna sjukhuset. I dessa fall blir det istället en fråga om aktiva val hos personalen att avstå från akutverksamhet och inrikta sin kompetens på en ”smalare men vassare” verksamhet.

7.5 IT-stödet

Granskningen indikerar att IT-stödet är ofullständigt anpassat efter verksamhetens behov. För en effektiv styrning och uppföljning behövs smidig tillgång till kritiska data, t ex starttider, bytestider, operationstider m.m. Det är inte rimligt att det ska krävas manuell hantering för att få fram de data som behövs för uppföljning av viktiga produktionsmål eller kontinuerlig övervakning för jämförelser med målkurvor.

Så länge klinikerna saknar de verktyg de behöver för att kunna följa upp sin verksamhet med så hög upplösning att det blir meningsfullt för förbättringsarbetet finns en betydande risk för suboptimering. De kända kostnaderna för utomlänsvården representerar en del av denna suboptimering. En kraftfull satsning på anpassning av IT-systemen efter behoven kan vara en lönsam investering.

7.6 Anestesiläkarnas roll

Granskningen visar att anestesiläkarna vid C-OP har dubbla parallella uppgifter med ansvar för operationssalar och ansvar för preoperativa bedömningar av dagens/morgondagens patienter. Iakttagelsen väcker frågor om hur ansvaret för operationssalarna förvaltas och om hur de splittrade arbetsuppgifterna påverkar effektiviteten och arbetsmiljön.

Det är möjligt att, liksom man gjort på många andra sjukhus, skilja ut den preoperativa bedömningen så att de anestesiläkare som tjänstgör på C-OP kan koncentrera insatserna på de salar de ansvarar för. Det öppnar för att i ökad utsträckning ta ansvar för att programmet på salen kan genomföras som planerat. Att schemalägga läkarna till antingen den ena eller andra uppgiften ger förutsättningar för lugnare arbetsmiljö, färre störningar under pågående arbetsmoment och mindre risk för att saker glöms bort eller får vänta. I granskningen har det nämnts att det ibland uppstår väntan på anestesiläkare och att det förekommer som orsak till att operationer fördröjs. Detta skulle minska om anestesiläkarna inte samtidigt behövde se patienter för preoperativ bedömning.

En separering av den preoperativa anestesibedömningen ger också goda möjligheter till ökad planerad samverkan med opererande klinikers mottagningar, med Slussen och med remitterande operatörer. Patienter som vid mottagningsbesök får ett beslut om kommande poliklinisk operation kan samma dag besök Anestesiläkarmottagningen för den preoperativa bedömningen och behöver därför inte bedömas på operationsdagen. Den enda åtgärd som krävs då är en generell kontroll (av sjuksköterska) och operatörens hudmarkering.

7.7 Slutsatser och rekommendationer

Granskningen har visat:

- ❖ Att operationsverksamheten styrs och utvecklas på ett sätt som delvis avviker från landstingets övergripande mål, t ex vårdgarantin och processorienterat förbättringsarbete
- ❖ Att samlat driftsansvar för genomförande av planerat operationsprogram saknas
- ❖ Att systematisk samverkan mellan C-OP och opererande kliniker behöver förstärkas
- ❖ Att akuta operationer stör det planerade programmet i betydande omfattning samt att omhändertagandet av dagkirurgiska patienter kan förenklas
- ❖ Att IT-stödet inte tillgodoser behoven för styrning och utveckling
- ❖ Att anestesiläkarnas arbetsschema kan förbättras med sikte på ökad effektivitet och bättre arbetsmiljö.

Granskningen leder därför fram till följande rekommendationer:

1. Målstyrningen inom operationsverksamheten behöver förstärkas avseende kopplingen till befolkningens behov och opererande klinikers väntelistor. Systematisk återföring till medarbetarna av dessa storheter är ett viktigt led i personalens engagemang för uppdraget och behöver utvecklas.
2. Området Akutvård och ledningen inom C-OP rekommenderas analysera behovet av en befattning med driftsansvar för det dagliga operationsprogrammet och utse en person som med tillräcklig auktoritet kan fungera som daglig ledare och som samverkanspartner för opererande klinikers operationschefer.
3. Den systematiska samverkan mellan C-OP/ område Akutvård och opererande kliniker i förbättrings- och utvecklingsinsatser behöver utvecklas. Klinikgränsöverskridande projektgrupper för processanalyser, genombrottsprojekt m.m. bör utses efter en gemensamt framtagna plan för utvecklingsamverkan.
4. Landstinget rekommenderas överväga att separera dagkirurgin i särskilt anpassade lokaler och att inom befintliga lokaler finna metoder att i ökad utsträckning separera planerad kirurgi från akut, på sätt som redan delvis sker inom ortopedin.
5. En prioriterad analys av IT-behov bör genomföras och nödvändig stödresurs anslås för utveckling av systemen så att de tillgodoser behoven av lättåtkomliga data för styrning och uppföljning av verksamheten med de nyckeltal som definieras av verksamhetsansvariga.
6. Anestesiläkarnas tjänstgöring inom C-OP bör analyseras avseende möjligheten att separera de två arbetsuppgifterna genom schemaläggning och läkarna bör ges större ansvar för genomförande av programmet på de salar man ansvarar för.

Bilaga 1. Specifika revisionsfrågor

1. Utnyttjas, samordnas och fördelas operationsresurserna på effektivt sätt?
2. Är ansvaret för att patienten är optimalt förberedd inför operation tydligt utformat?
3. Finns ändamålsenliga rutiner avseende förberedelser inför operation och är dessa kända i verksamheten?
4. Finns dokumenterade mål för ett effektivt användande av operationsresurserna t.ex. operationsstart, "bytestider" och salutnyttjande? Finns produktivitetmått eller andra nyckeltal för att följa nyttjandegraden av op-salar?
5. Fördelas operationsutrymmet mellan de opererande klinikerna optimalt? Hur ser fördelningen av operationssalar ut i förhållandet till tillgången på opererande läkare och aktuell kösituation hos de opererande klinikerna?
6. Fungerar ledningen av operationsverksamheten, med avseende på att genomföra det dagliga operationsprogrammet, tillfredställande, t.ex. att operatör och anestesilog ska vara på plats vid utsatt tid, lunchavlösning etc.?
7. Fungerar ledningen av operationsplaneringen tillfredställande med avseende på bl.a. fördelning av operationstider mellan opererande läkare, vilka operationer som skall prioriteras, att operationsprogrammet är realistiskt etc.?
8. Vilka konsekvenser får strykningar på operationsverksamheten? Hur påverkas nyttjandegraden av op-salar av strykningar? Vilket administrativt merarbete förorsakar strykningar?
9. Är operationsverksamheten ändamålsenligt organiserad?
10. Skulle det vara motiverat att förlänga öppettiderna på operation, för planerbara operationer, för att öka nyttjandet av produktionsresurserna och därmed öka förutsättningarna att klara vårdgarantin i egen regi, framförallt inom Ortopedin?
11. Skulle det vara motiverat att separera akuta och planerbara operationer i två linjer för att minska störningar i den planerbara operationsverksamheten?
12. Är den polikliniska operationsverksamheten effektivt organiserad? Skulle t.ex. en särskild poliklinisk verksamhet separerad från centraloperation effektivisera operationsverksamheten?
13. Fungerar uppföljningen av operationsverksamheten tillfredställande?
14. Finns det dokumenterade rutiner för vad som skall följas upp och är dessa kända i verksamheten?
15. Är datastödet ändamålsenligt med avseende på de uppgifter som behövs följas upp?
16. Hur tillvaratas resultatet av uppföljning av operationsverksamheten? Sker något systematiskt förbättringsarbete utifrån resultatet?
17. Vilka mål och mått används för kvalitet och patientsäkerhet i verksamhetsstyrningen? Medicinska mål (kvalitetsregister, vårdprogram m.m.)? Övriga patientfokuserade mål (bemötande, tillgänglighet m.m.)?
18. Vilken uppföljning görs av kvalitetsmål, vilka åtgärder pågår eller planeras?
19. Hur stor andel av verksamheten styrs genom processanalys och dokumenterade och säkrade rutiner?
20. Hur arbetar man med avvikelserapportering, händelseanalyser, riskanalyser och åtgärder med anledning av händelser eller risker?
21. Hur säkras en fungerande samverkan mellan olika intressenter (opererande kliniker, operationsavdelning, mottagningar, vårdavdelningar)?
22. Hur arbetar man med medarbetarnas engagemang och delaktighet i effektivt resursutnyttjande och ekonomisk medvetenhet?

Intervjuer

Verksamhetschef, Område Akutvård
Avdelningschef, Operation
Avdelningschef, Anestesi
Medicinskt ledningsansvarig läkare, C-OP
Planeringsköterska, C-OP
Planeringsköterska, C-OP
Sektionsledare KIR, C-OP
Sektionsledare ORT, C-OP
Sektionsledare KK/ ÖNH, C-OP
Verksamhetschef, KIR
F.d. verksamhetschef, KIR
Överläkare, KIR
OP-koordinator, KIR
OP-koordinator, KIR
Klinikchef, KK
Överläkare, KK
OP-koordinator, KK
F.d. verksamhetschef, ORT
OP-koordinator, ORT
Landstingsdirektör

Gruppintervjuer

Anestesisjuksköterska, C-OP
Anestesiläkare
Överläkare, KIR
Specialistläkare, KIR
Överläkare, ORT
ST-läkare, ORT
Operationssköterska, C-OP
Undersköterska, C-OP
Anestesiläkare
Överläkare, KIR
Specialistläkare, KIR
Avdelningsköterska, ORT
Överläkare, ORT
Specialistläkare, ORT

Dokument

Landstingsplanen 2007-2009 och 2008-2010
Uppdrag för verksamhetsområde Akutvård 2008
Verksamhetsplan, Område Akutvård 2007 och 2008
Årsbokslut, Område Akutvård 2007 och 2008
Bemanningsplaner C-OP 2008
Strykningsstatistik 2008
Operationsstatistik 2008
Uppföljning av starttider 2007
Uppföljning av sluttider 2007
Uppföljning av utomlänsvård 2008
Nyttjande 2008 från prodiver (salsutnyttjande)
Revisionsrapport 2004
Länssjukvårdens svar på revisionsrapport 2004
Projektrapport "Operera mera - hur kan vi optimera resurserna för operationssjukvård?" nov 2008
Slutrapport ÖS VO Ortopedi, Helseplan Consulting AB, 2009
Nysamrapport 2008
Öppna Jämförelser inom hälso- och sjukvården 2008
Väntetider i vården www.vantetider.se (26 jan 2009)
SKL rapport "Vårdgarantins effekter" Uppföljningsrapport 11, 2008-12-22