

# Landstinget i Jönköpings län

Granskning av operationsverksamheten



## Innehåll

<b>1. Inledning</b> .....	<b>5</b>
1.1. Bakgrund.....	5
1.2. Syfte.....	5
1.3. Avgränsning.....	5
1.4. Revisionskriterier.....	6
1.5. Metod.....	6
<b>2. Organisering av operationsverksamheten</b> .....	<b>7</b>
2.1. Organisering av operationsresurserna.....	7
2.2. Landstingsövergripande styrning.....	11
2.3. Sjukvårdsområdenas styrning.....	11
<b>3. Styrning och utveckling av operationsprocessen</b> .....	<b>15</b>
3.1. Operationsplanering.....	15
3.2. Styrning av det dagliga flödet på operationscentrumen.....	16
<b>4. Den landstingsgemensamma resursen för operation</b> .....	<b>19</b>
<b>5. Slutsatser och rekommendationer</b> .....	<b>21</b>
5.1. Sammanfattande slutsatser och bedömning.....	23
<b>Bilaga 1 Källförteckning</b> .....	<b>25</b>

## Sammanfattning

På uppdrag av landstingets revisorer har EY genomfört en granskning av operationsverksamheten. Syftet är att ge revisorerna underlag för att bedöma om landstingsstyrelsen säkerställt att operationsresurserna styrs och används på ett för patienten och resurshushållningen ändamålsenligt sätt. Granskningen har genomförts via intervjuer med ledningspersoner centralt samt vid de tre sjukhusen och med medarbetare vid operationscentrumen vid respektive sjukhus. Granskning av styr- och uppföljningsdokument har skett.

Svaret på den övergripande revisionsfrågan är att landstingsstyrelsen inte säkerställt att operationsresurserna används på ett ur resurssynpunkt effektivt sätt. Operationsverksamheten bedöms vara en tämligen ostyrd verksamhet. Med ostyrd menas att den både av landstingsledningen och av sjukvårdsdirektörerna i stort sett lämnas att utveckla sig själv utan någon närmare belysning i den formella styrningen. Det är i stort sett när väntetiderna för en specialitet blinkar rött i uppföljningen som aktivitet uppstår i styrsystemet.

Problemet med att endast använda tillgängligheten som indikator är att tillgängligheten kan vara god även om resurserna används ineffektivt. Det existerar ingen målbild för operationsverksamheten och hur den ska fungera. Det gäller både styrningen inom de tre sjukvårdsområdena och för landstinget som helhet. Det resulterar i otidliga bilder av hur effektiv verksamheten är och vilka utvecklingsmöjligheter som finns. Operationsprocessen är ett flöde som omfattar både operationscentrumen och operatörsklinikerna vilket gör att utveckling och styrning av operationsprocessen i större utsträckning bör ske gränsöverskridande än vad som är fallet idag.

Med tanke på operationsverksamhetens centrala betydelse för den somatiska vårdens funktion är det anmärkningsvärt att den är föremål för så lite uppmärksamhet i landstingets övergripande styrning.

Ovanstående bedömning gäller tillståndet som råder nu. Samtidigt pågår aktiviteter för att förbättra situationen.

- ▶ Enskilda förbättringar förekommer; "lightpatienter" i Värnamo samt polikliniseringen av operationer inom flera områden och specialdesignad uppvakningsenhet vid Länssjukhuset Ryhov, är sådana exempel.
- ▶ Inom ramen för kapacitetsgruppen pågår dialog om förändrade planeringsrutiner. Det är dock oklart hur långt detta arbete hunnit.
- ▶ Opererande kliniker har börjat "sälja ut" outnyttjade salar till andra som snabbt kan utnyttja kapaciteten och därmed öka resurseffektiviteten.
- ▶ Koordinatormöten har förbättrat planeringen av operationsprogrammen.
- ▶ Samtal förs på landstingsnivå om bättre samordning av de gemensamma resurserna
- ▶ Utbyte mellan sjukhusen för att klara väntetiderna sker i viss omfattning
- ▶ Utveckling vid respektive specialitet ska ske vid alla tre sjukhus för att kvalitetsersättning ska kunna erhållas i den nya ersättningsmodellen

Landstinget har skäl att rikta mer uppmärksamhet på hur operationsresurserna används. Ett ökat vårdbehov och kompetensförsörjningsproblem när det gäller operat-

ionssjuksköterskor är två viktiga skäl till detta. Det är därför viktigt att de dialoger och utvecklingsinsatser som nu pågår resulterar i konkret handling.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer:

- ▶ Landstingsstyrelsen rekommenderas att utveckla någon typ av parameter som indikerar hur resurseffektiv operationsverksamheten är. Det faktum att det finns ett sådant detaljmått som hur många som fått remiss till rökavvänjare före operation ger bilden av att landstinget följer det som går att enkelt mäta. Resten blir höljt i dunkel. Rökstopp före operation höjer definitivt kvaliteten men mäter inte operationsverksamhetens totala effektivitet.
- ▶ De tre sjukhusen rekommenderas att snarast gemensamt definiera de nyckeltal som ska användas för operationscentrumens inre effektivitet. Detta främst i utvecklingssyfte. Eftersom ledningssystemet och ersättningsmodellen stimulerar till gemensamma förbättringsarbeten ter sig jämförbara nyckeltal som en naturlig grund.
- ▶ Etablerandet av ett operationsplaneringsstöd bör få högsta prioritet. Ett av många skäl till det är att uppfattningarna om brister och utvecklingsmöjligheter hos operationscentrumen respektive specialistklinikerna då kan bygga på fakta i större utsträckning än idag.
- ▶ Identifieringen av möjligheterna till koncentration av operationer med stora volymer bör göras och i samband med detta bör även möjligheterna att införa s.k. fast tracks utredas..
- ▶ Implementeringen av produktionsplaneringsmetodik bör intensifieras. Införandet av produktionsplanering har i denna granskning uppgetts som en förbättring vid Länssjukhuset Ryhov. Vid den kartläggning av operationsverksamheten som revisorerna genomförde år 2011 framhölls även då att produktionsplanering höll på att introduceras.

## 1. Inledning

### 1.1. Bakgrund

För ett stort antal patienter utgör de olika sjukhusens operationskapacitet en central komponent i vårdprocessen, både vad gäller kvalitet och ledtider. Inom landstinget finns det operationsenheter vid de tre sjukhusen. Här genomförs de flesta operationerna. Vissa operationer genomförs vid specialistklinikerna.

Samspelet mellan specialistklinikerna och operationsenheterna är en kritisk faktor för att vårdprocessen ska fungera för den enskilde patienten och även för den totala resurseffektiviteten.

### 1.2. Syfte

Granskningens syfte är att ge revisorerna underlag för att bedöma om landstingsstyrelsen säkerställt att operationsresurserna styrs och används på ett för patienten och resurshushållningen ändamålsenligt sätt.

För att uppnå granskningens syfte besvaras följande delfrågor:

- ▶ Har landstingsstyrelsen utformat en styrning som främjar ett effektivt utnyttjande av operationsverksamheten?
- ▶ På vilken/vilka organisatoriska nivåer görs uppföljning av operationsverksamheten?
- ▶ Vilka parametrar följs upp och i vilken mån är uppföljningen aktiv, i meningen att åtgärder vidtas utifrån uppföljningens resultat?
- ▶ Finns det vid respektive sjukhus en strategi och en styrning som säkerställer korta ledtider och effektivt kapacitetsutnyttjande?
- ▶ Samordnas de gemensamma operationsverksamheterna på ett ändamålsenligt sätt?
- ▶ Finns det fungerande systemstöd för en välfungerande planering av operationsverksamheten?
- ▶ Bedrivs ett fungerande utvecklingsarbete av operationsverksamheten vid de tre sjukhusen?

### 1.3. Avgränsning

Granskningen har på verksamhetsnivå av avgränsats till operationscentrumen samt specialiteterna öron-, näsa, hals och kirurgi.



#### **1.4. Revisionskriterier**

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna kan hämtas ifrån lagar och förarbeten eller interna regelverk, policyer och fullmäktigebeslut. Kriterier kan också ha sin grund i jämförbar praxis eller erkänd teoribildning.

I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Landstingets budget
- ▶ Kommunallagen
- ▶ Vedertagen kunskap kring operationsenheters effektivitet och styrning

#### **1.5. Metod**

Granskningen har genomförts genom intervjuer med Hälso- och sjukvårdsdirektör, chefer inom OP/IVA, kirurgi och öron, näsa, halsklinikerna samt med medarbetare inom OP/IVA vid samtliga tre sjukhus i länet. Intervjuer har också gjorts med ordförande i kapacitetsgruppen och controller vid Länssjukhuset Ryhov. Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att faktagranska rapporten.

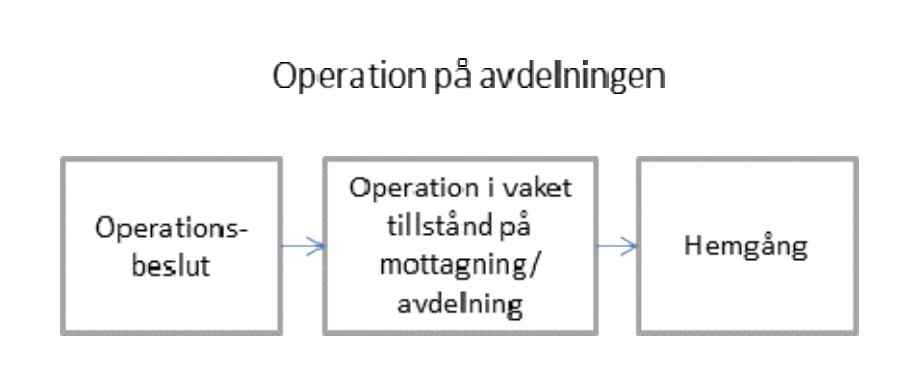
## 2. Organisering av operationsverksamheten

### 2.1. Organisering av operationsresurserna

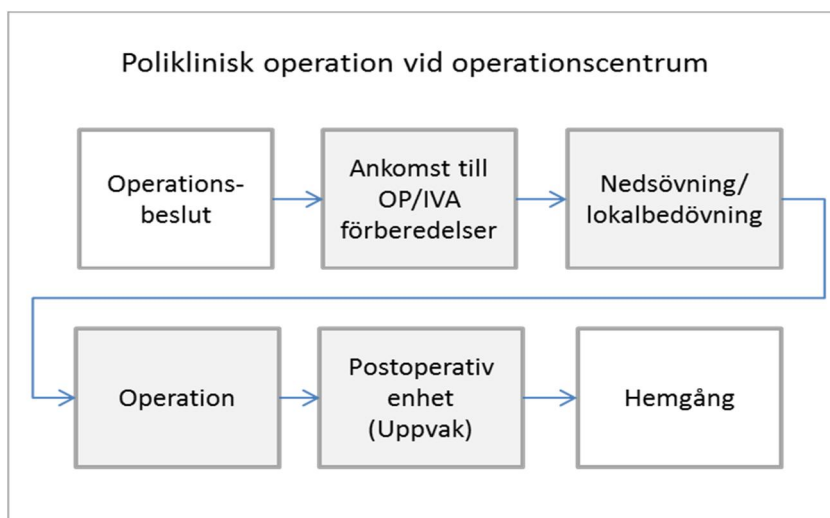
Vid större sjukhus hade respektive specialitet tidigare sina egna operationsresurser men sedan flera decennier är operationssalar och de resurser som krävs för att en operation ska kunna äga rum centraliserade vid de flesta sjukhusen i Sverige. I landstinget i Jönköpings län är den organisatoriska benämningen för dessa operationscentrum OP/IVA. OP/IVA kommer i fortsättningen av rapporten benämnas som operationscentrum vid de tre sjukhusen.

De resurser som finns vid operationscentrumen är bland annat operationssalar, instrument, anesthesiutrustning och steriliseringsutrustning. Den kompetens som är knuten till operationscentrumen är anestesiläkare, anesthesisjuksköterskor, operationssjuksköterskor och undersköterskor. Operatörerna som genomför operationerna är organisatoriskt placerade vid specialistklinikerna liksom vårdpersonalen vid avdelningarna. Inom respektive operationscentrum finns även intensivvårdsavdelningar. Verksamhetscheferna vid specialistklinikerna och operationscentrumen är direkt underställda sjukvårdsdirektörerna vid respektive sjukhus.

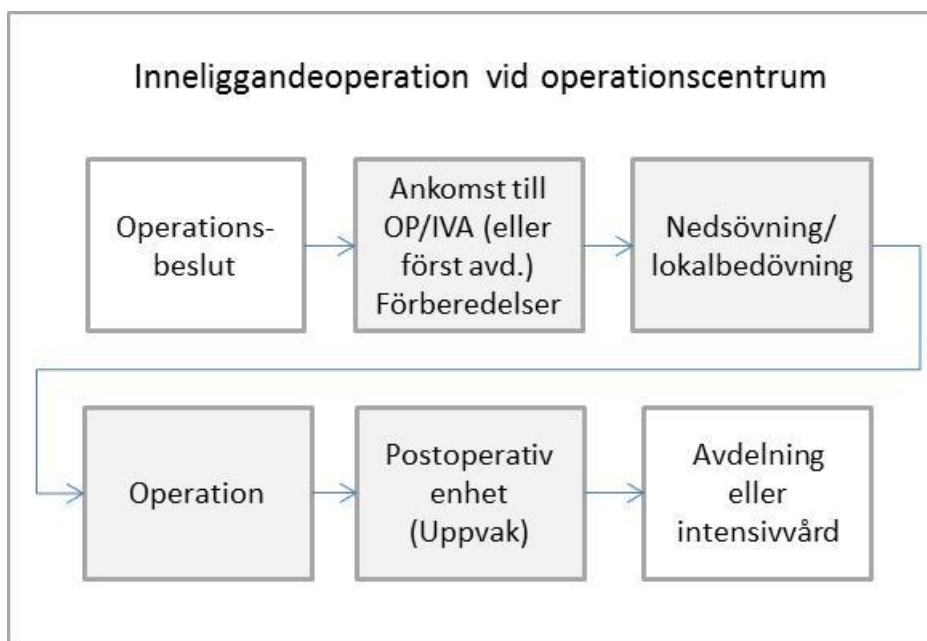
När en patient bedöms vara i behov av en operativ (kirurgisk) åtgärd ser processen i grova drag ut på tre olika sätt beroende på hur komplicerad operationen är. Hur stor andel av operationerna som genomförs i dessa tre processer ser olika ut beroende på specialitet.



Vid lättare ingrepp kan operation genomföras vid specialistklinikens mottagning eller avdelning. En restriktion är att patienten inte kan sövas vid denna typ av operation. En annan är att patienten ska kunna gå hem tämligen direkt efter operationens genomförande. För patientens del är en avdelnings-/mottagningsoperation betydligt enklare och smidigare än om operationen behöver genomföras vid operationscentrum. Operatörens tid blir också bättre utnyttjad eftersom inga längre förflyttningar behöver göras.



Polikliniska operationer (dagkirurgi) genomförs vid planerade ingrepp som kräver nedsövning eller mer avancerad lokalbedövning men där patienten inte behöver stanna över natten. Det krävs en bra planering eftersom allt ska ske på en och samma dag. Dessutom ska patienten vara förberedd vid ankomsten vad gäller nutrition, hälsotillstånd m.m. Barn som ska opereras behöver tid för att de ska vara lugna vid operationen vilket kan vara en försvårande omständighet vid polikliniska operationer. Detta hanteras dock i Jönköping med ett speciellt barnuppvak och genom speciella åtgärder vid förberedelserna av specialutbildad personal. Höglandet och Värnamo har ingen specifik uppvakningsenhet (postoperativ enhet) för barn. Polikliniska operationer kräver också att operatören möter patienten efter uppvaknandet vid uppvakningsenheten innan patienten går hem. Polikliniska operationer gör att patienten slipper övernatta på sjukhuset och minskar behovet av resurser vid avdelningarna.





Vid de mest komplicerade operationerna och där patientens tillstånd inte tillåter hemgång samma dag genomförs s.k. "innetiggandekirurgi". Patienten kan då möta operatören eller annan läkare vid ankomsten till avdelningen efter operationen.

Utvecklingstrenden är att fler och fler operationer genomförs som polikliniska operationer och som avdelnings-/mottagningsoperationer. En ökad andel polikliniska operationer i förhållande till slutenvårdsoperationer ställer ökade krav på operationscentrum samtidigt som avdelningarna avlastas. Omsättningshastigheten ökar oftast p.g.a. att fler operationer genomförs på en dag, optimeringen av flödet måste därför vara hög. Fler "galler", på vilka instrument steriliseras, behövs eftersom fler kommer att vara i omlopp samtidigt vid ett högre tempo.

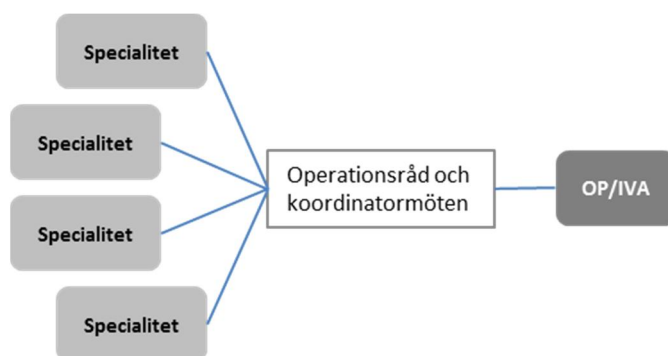
Läget när det gäller utvecklingen mot dagkirurgi och mottagnings-/avdelningsskirurgi för de båda granskade specialiteterna ser ut på följande vis vid de tre sjukhusen.

<b>Ryhov</b>	
Kirurgi	Arbete pågår med att genomföra laparoskopiska operationer av bräck och gallor inom dagkirurgi.
Öron- näsa hals	Under 2013 genomfördes ett utvecklingsprojekt med syfte att öka antalet polikliniska operationer. Antalet innetiggande patienter efter operation mer än halverades vid avdelningen samt vid barn- och ungdomsmedicinska vårdenheten.  Ca 200 operationer/år har flyttats till öronmottagningen från operationscentrum. Projektet har bedrivits tillsammans med operationscentrum. Speciella arbetsformer har utvecklats för att barn ska bli lugna inför operationen.
<b>Värnamo sjukhus</b>	
Kirurgi	Fördelningen mellan innetiggandeoperationer och dagkirurgi har varit ganska konstant sedan flera år. Vissa operationer som är för lätta för operationscentrum men för svåra för mottagningen, s.k. "lightoperationer", opereras på operationscentrum men med personal från kirurgmottagningen.
Öron- näsa hals	Gör inga innetiggandeoperationer eftersom ÖNH inte har några vårdplatser.
<b>Höglandssjukhuset</b>	
Kirurgi	Ingen annan speciell satsning har skett vad avser poliklinisering.
Öron- näsa hals	Ingen väsentlig förändring.

Enligt flera av de intervjuade vid Höglandssjukhuset och Länssjukhuset Ryhov finns det betydande utvecklingsmöjligheter när det gäller att överföra operationer till dagkirurgi. Utveckling mot dagkirurgi pågår mest uttalat vid Länssjukhuset Ryhov. Förutom kirurgi och ÖNH som beskrivs ovan pågår poliklinisering av operationer inom ortopedi. Synpunkter som framkommit i intervjuerna är att denna utveckling i allt för hög grad är per-

sonberoende samt att det kan vara mer tradition än svårighetsgrad som avgör om operationer görs polikliniskt eller ej.

Som komplement till den organisatoriska strukturen och linjeansvaret finns det några arrangemang som syftar till att koordinera verksamheterna på olika nivåer. Vid varje sjukhus finns det ett operationsråd. Här möts verksamhetscheferna varje eller varannan månad för att bland annat fördela salskapaciteten mellan specialiteterna. I den mån denna fördelning inte stämmer överens med det aktuella behovet kan respektive specialitet sedan något år "sälja ut" salstid till andra specialiteter. Detta görs på intranätet och "först till kvarn" får använda den lediga salen. Denna möjlighet uppges fungera bra och utnyttjas mer och mer.



Varje vecka träffas bokningskoordinatorer från respektive specialitet och en operationskoordinator från operationscentrum. Bokningskoordinatorerna från specialistklinikerna har då med sig operationsprogrammet för kommande vecka. Dessa två arrangemang, operationsråd och koordinatormöten, är sedan några år etablerade vid Högländet och Ryhov. I intervjuerna lyfts speciellt koordinatormötena fram som en positiv åtgärd som förbättrat planeringen och resursutnyttjandet.

Det finns även samordnande forum på länsnivå mellan sjukhusen. De medicinska programgrupperna (MPG) är ett forum där verksamhetschefer inom samma specialitet, även operationscentrumen, möts regelbundet för att diskutera strategiska samordningsfrågor och besluta om samverkan mellan sjukhusen i olika former. MPG har funnits i ett flertal år. Här kan exempelvis frågan om ett sjukhus kan hjälpa ett annat som har väntetidsproblem hanteras. MPG träffas 4 -6 gånger per år. Under 2014 ska MPG:erna gemensamt bedriva utvecklingsprojekt vid alla tre sjukhusen för att få ta del av kvalitetsersättningen i det nya ersättningssystemet.

Ett ytterligare länsövergripande forum med koppling till operationsverksamheten är **Kapacitetsgruppen**. Gruppen arbetar på uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektören och ordförande är landstingets utvecklingsdirektör. Kapacitetsgruppen har enligt ordföranden ett kunskapsutvecklande uppdrag med inriktning mot tillgänglighet och logistik. Gruppen ska stödja det landstingsövergripande arbetet med att etablera en produktionsplaneringsmetodik för all verksamhet. På det viset förväntas förmågan att skapa bättre tillgänglighet öka, bland annat för de opererande verksamheterna.

## **2.2. Landstingsövergripande styrning**

I landstingets budget anges på ett övergripande plan de fem perspektiven i det balanserade styrkortet. Inom perspektivet "process och produktion" följs bland annat vårdskador och andel rökare som inför operation fått remiss till rökavvänjare. Inom perspektivet "Medborgare och kund" följs tillgängligheten utifrån Kömiljardens kriterier på 60 dagar till besök och behandling.

Landstingsdirektören följer, via av hälso- och sjukvårdsdirektören, utvecklingen vid sjukvårdsområdena utifrån respektive budget och handlingsplan. Hälso- och sjukvårdsdirektören träffar dessutom regelbundet samtliga MPG.

Den parameter med koppling till operationsverksamheten som följs kontinuerligt är väntetider till förstabesök och behandling vid respektive specialitet. Tjänstemannaledningen och landstingsstyrelsen följer detta kontinuerligt. Orsaken till de eventuellt långa väntetiderna framgår inte på denna nivå. Vid kraftig avvikelse från tillgänglighetsmålen tar hälso- och sjukvårdsdirektören kontakt med aktuellt sjukvårdsområde och ställer krav på analys och åtgärder.

### **2.2.1. Ekonomistyrning**

Operationsverksamheten finansieras via intäkter från de opererande specialiteterna som i sin tur ersätts enligt den nya ersättningsmodellen. Det innebär att operationscentrumens intäkter varierar med storleken på de opererande klinikernas beställningar. Konstruktionen ser något olika ut på de olika sjukhusen men bygger i huvudsak på följande modell:

- ▶ En fast ersättning från respektive opererande klinik utifrån den salstilldelning som beslutas i operationsrådet (ca 25 %)
- ▶ En rörlig ersättning (ca 75 %) baserad på den "knivtid" som utförs vid respektive operationssal

Operationscentrumen har genom den rörliga delen ett incitament att minimera bytestider och strykningar för att därigenom få en större andel debiterbar knivtid per sal. I praktiken innebär modellen dock inget tydligt incitament för att öka kostnadseffektiviteten eftersom ett eventuellt underskott vid operationscentrumen hanteras med justerade priser kommande period. De opererande klinikerna å sin sida har ett incitament att utnyttja den tilldelade salstiden effektivt eftersom de i det nya ersättningsystemet har en prestationsersättning.

## **2.3. Sjukvårdsområdenas styrning**

### **2.3.1. Länssjukhuset Ryhov**

Sjukvårdsdirektören genomför resultatdialoger med respektive verksamhetschef två gånger per år. Vid dessa tillfällen analyseras bland annat väntetider och verksamheterna presenterar uppföljningsparametrar utifrån sina respektive verksamheter. Dessutom redogör verksamhetschefen för prognoser vad gäller verksamhet och ekonomi.

Styrningen på taktisk och operativ nivå sker enligt den tidigare beskrivna modellen med operationsråd och koordinatormöten.

I verksamhetsplanen för 2014 framgår att sjukhuset initierat två projekt i syfte att utreda förutsättningarna att överföra operationer från operationscentrum till en poliklinisk avdelning som kirurgkliniken driver. Det ena projektet gäller operationer inom urologi och kvinnosjukvård och det andra öron-näsa-hals. Det förra har stannat upp och de mål som formulerades är inte uppnådda. Det andra projektet, öron-näsa-hals-operationer beskrevs ovan i avsnitt 2 och medför en betydande minskning av operationer vid operationscentrum.

I verksamhetsplanen 2014 anges i anslutning till produktions- och kapacitetsplanering att "samliga opererande verksamheter genomför produktionsplanering och produktionsstyrning". Kapacitetsplanering utifrån en framtagna produktionsplan genomförs under första tertiet med ortoped- och reumatologkliniken samt öron- näs- och halskliniken. Under andra tertiet genomförs motsvarande kapacitetsplanering med kirurgkliniken". Produktionsplaneringen ska enligt planerna bland annat innebära att de opererande enheterna ska samplanera med operationscentrumet i 4+4 veckorsperioder. Detta är ännu inte etablerat.

De intervjuade vid operationscentrum uppger att de ser av effekterna av satsningen på produktionsplanering i ett hårdare tryck från de opererande klinikernas sida. De operationsprogram som läggs upp blir ambitiösare.

För närvarande finns det en brist på operationssjuksköterskor.

Ombyggnad och upprustning av operations- och intensivvårdsavdelning är förestående i den projektering som pågår.

Länssjukhuset Ryhov opererar betydligt större volymer än de två övriga sjukhusen. Exempelvis gör ÖNH fler operationer än de övriga gör tillsammans. I och med att det är ett länssjukhus görs också de mer avancerade operationerna vid Ryhov.

I sjukvårdsområdets verksamhetsplan finns följande parametrar som har en tydlig koppling till operationsverksamhetens effektivitet:

- ▶ Faktisk väntetid till behandling (60 dagar)
- ▶ Antal vårdskador/1000 invånare
- ▶ Rökning inför operation
- ▶ Andel genomförda utvecklingsarbeten

Väntetidsläget början av maj 2014:

Kirurgi: 28 % har väntat längre än 60 dagar

ÖNH: 7 % har väntat längre än 60 dagar

### **2.3.2. Värnamo sjukhus**

Sjukvårdsområdets operationsverksamhet styrs i den ordinarie strukturen med operationsråd och koordinatormöten. Handlingsplaner och resultatdialoger är även här de formella styrkomponenterna. Sjukvårdsdirektören, som är nytillträdd, har ambitionen att utveckla styrningen av operation utifrån olika nyckeltal och genomlysning av verksamheten. Planer finns att genomlysna de olika operationsprocesserna och aktivt jämföra med andra jämförbara enheter i landet. Idag finns inget övergripande effektivitetsmål för operationsverksamheten.

Sjukhuset håller på att bygga nya operationslokaler vilka planeras vara användbara 2019.

Kompetensförsörjningsläget är, med undantag för intensivvårdssjuksköterskor, gott enligt intervjuade chefer.

I sjukvårdsområdets verksamhetsplan finns följande parametrar som har en tydlig koppling till operationsverksamhetens effektivitet:

- ▶ Faktisk väntetid till behandling (60 dagar)
- ▶ Antal vårdskador/1000 invånare
- ▶ Rökning inför operation
- ▶ Andel genomförda utvecklingsarbeten
- ▶ Vårdrelaterade infektioner

Väntetidsläget början av maj 2014:

Kirurgi: Ca 30 % har väntat längre än 60 dagar

ÖNH: I stort sett har alla väntat mindre än 60 dagar

### **2.3.3. Högländssjukhuset**

Strukturen är densamma som vid de två övriga sjukvårdsområdena. En "operationsstrategigrupp" tillsattes av nuvarande förvaltningschef när denne tillträdde. Gruppens uppdrag är att långsiktigt planera sjukvårdsområdets operationsprocesser. Behov ska identifieras, prioriteringar ska föreslås och en utvecklingsplan ska tas fram. Gruppen, som deltagarmässigt är samma som operationsrådet, leds av verksamhetschefen för operationscentrum. Utkomsten av gruppens arbete uppges av ordföranden hittills ha varit begränsat dels beroende på brist på operationssjuksköterskor dels på grund av ledningsmässiga problem. Ett resultat av gruppens arbete är dock att ett ökat salsutnyttjande planeras genom att vissa fredagar avdela en operationssal för enbart dagkirurgiska ingrepp, med erfarna operatörer och med i övrigt friska patienter. Detta förutsätter dock att bristen på operationssköterskor blir löst.

Specialsatsningar har genomförts för exempelvis att arbeta bort köer för barnoperationer samt införande av specialteam för gallor och karpaltunnlar.

Kirurgkliniken och ÖNH-kliniken styr och koordinerar verksamheten gentemot operationscentrum enligt den ovan beskrivna principen med koordinatörer.

I Högländssjukhusets verksamhetsplan finns följande parametrar som har en tydlig koppling till operationsverksamhetens effektivitet:

- ▶ Faktisk väntetid till behandling (60 dagar)
- ▶ Antal vårdskador/1000 invånare
- ▶ Rökning inför operation
- ▶ Andel genomförda utvecklingsarbeten
- ▶ Vårdrelaterade infektioner



Väntetidsläget början av maj 2014:

Kirurgi: 28 % har väntat längre än 60 dagar.

Väntetidsläget ÖNH: 7 % har väntat längre än 60 dagar.

### 3. Styrning och utveckling av operationsprocessen

Operationscentrumens effektivitet och produktivitet är starkt beroende av samverkan med de opererande klinikerna. Vissa delprocesser styrs av operationscentrumen och andra delprocesser påverkas av både operatörsklinikernas och operationscentrumens sätt att arbeta.

#### 3.1. Operationsplanering

De koordinatormöten som beskrivits tidigare uppges vara centrala för den operativa planeringen. Utifrån den opererande klinikens prioriteringar och planering av programmet sammanställs den kommande veckans operationsprogram i koordinatormötet. Bedömningen av hur många operationer som ska hinnas med på den aktuella salen görs av operatörskliniken som då har kallat patienterna. Vilka som gör bedömningen av hur salarna kan "packas" varierar mellan sjukhus och specialiteter.

Av intervjuerna framkommer att personalen på operationscentrumen, främst vid Höglandets sjukhus, anser att operatörerna emellanåt är alltför optimistiska i sin tidplanering och "packar" salen för tätt. Konsekvensen blir då att antingen att operationen får strykas eller att operationspersonalen får arbeta övertid. Från operatörsklinikerna uppges att å andra sidan att "tappet" vid luncherna blir för stort och utgör en av flera orsaker till att programmet inte håller. Ett problem som de intervjuade Operationscentrum vid Höglandet framhåller är att de inte alltid får veta om det kommer att vara med någon kandidat i undervisningssyfte vid operationen. Detta försvårar planeringen.

Koordinatormötena har inneburit en förbättring av planeringsprocessen enligt intervjuerna, framför allt underlättar det planeringen för operationscentrumen. Landstinget uppfattas emellertid av de intervjuade som omodernt och i första hand beroende på att landstinget ännu inte har något fungerande operationsplaneringssystem. Ett operationsplaneringssystem kan bland annat ge relevant input för packandet av salarna. Den aktuella operatörens genomsnittliga tid för de senaste tio operationerna kan exempelvis användas för att få realistiska bedömningar vid planering. Dessutom kan ett planeringssystem enkelt ge data för utveckling samt vara till stor hjälp för att styra flödet i realtid.

Landstingets strategi är för närvarande att invänta till dess att en operationsmodul är utvecklad inom ramen för det journalsystem (Cosmic) som används. Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören har den utvärdering som S:t Görans sjukhus gjort alldeles nyligen resulterat valet att gå vidare med Cosmiclösningen. Landstinget har inväntat den utvärderingen och det sannolika är därför enligt hälso- och sjukvårdsdirektören att landstinget går på samma linje eftersom det tar lång tid att upphandla ett annat alternativ.

Inom ramen för den tidigare nämnda Kapacitetsgruppen har representanter från opererande kliniker tillsammans med representanter från operationscentrumen ett uppdrag att göra en SWOT-analys av en planeringsmodell där operationscentrumen har en mer central roll i operationsplaneringen än idag. I arbetet görs analyser av arbetssätt vid tre

andra sjukhus. Arbetet har ännu inte resulterat i någon bedömning eller i något ställningstagande.

### 3.2. Styrning av det dagliga flödet på operationscentrumen

Det finns några nyckeltal som är vedertagna för att följa upp operationsprocesser.

<b>Starttider</b>	I vilken utsträckning startar den första operationen på dagen vid respektive sal enligt planen? Detta påverkar salsutnyttjandet och i förlängningen produktiviteten. Är beroende av att operatören är på plats i tid.
<b>Bytestider</b>	Hur lång tid tar det att ställa om en sal mellan två operationer? Instrument ska samlas ihop och föras ut till diskning och sterilisering, salen ska städas, nya instrument ska förberedas m.m.
<b>Omhändertagandetid (salsutnyttjande)</b>	Hela ledtiden från att anestesipersonalen tar emot patienten på operationssalen till dess att patienten lämnar salen. Den s.k. <b>knivtiden</b> är en delmängd av denna tid vilket gör att operatörens erfarenhet och individuella arbetssätt påverkar operationens längd. Denna tid används för att mäta hur stor andel av tiden som salen används för operationer.
<b>Strykningar</b>	Operationer kan strykas av olika skäl. Patientens hälsotillstånd kan hastigt ha försämrats och därför kan inte operationen genomföras som planerats. Bland annat drabbar detta ÖNH. Barn som ska opereras blir ofta förkylda med påföljd att operationen måste ställas in.  Det som är av intresse i detta nyckeltal är de undvikbara strykningarna. Bristande utredning av patientens tillstånd, strykning p.g.a. för tät packning av salen eller strykning p.g.a. att operatören måste prioritera annat, kan vara sådana undvikbara orsaker.
<b>Andel overtid för operationspersonalen</b>	I den mån overtiden sker på grund av att operationsprogrammet "spricker" kan det på längre sikt minskas med ändrad planering.

Definitionen av dessa uppföljningsparametrar varierar något mellan sjukhusen vilket bland annat medfört att länets tre sjukhus inte jämför sina nyckeltal. Det ska också påpekas att det finns många fler parametrar som styr den inre effektiviteten på operationscentrum.



Situationen vad gäller tre av parametrarna ser ut så här enligt den statistik som tillhandahållits av operationscentrumen:

	Startider	Bytestider (knivpaustid)	Omhändertagandetid (Beläggning)
Jönköping (KIR)	Mål: 8.55 (Dagkirurgi 08.30) Pendlat mellan 9:05 – 9.20	Mål: 1.30 tim (Dagkirurgi 45 min.) Pendlat mellan 1.50 – 2.10 Målvärdet har inte klarats	Mål: 80 % Pendlat mellan 80 - 110 %
Jönköping (ÖNH/Ögon/KÄK)	Mål: 8.45 Pendlat mellan 8.45 – 9.00	Mål: 1.15 tim Pendlat mellan 1.20 – 1.45	Mål: 80 % Pendlat mellan 55 – 80 % 2014 runt 80 %
Höglandet (KIR)	Ca 50 % startade inom måltiden 8.30 ( resp 9.30 onsd) OBS! Alla specialiteter	Följs inte kontinuerligt	76 %
Höglandet (ÖNH)	Se ovan.	Följs inte kontinuerligt. Vid manuell beräkning vid granskningstillfället 1:20	87 %
Värnamo (KIR)	Målet är starttid 08.30 men utfallet följs inte upp.	Målet är 45 minuter men uppfylls inte.	Följs ej upp kontinuerligt.
Värnamo (ÖNH)	Vårdenhetschef ÖNH uppger att starttid för barn är 09.00 vilket oftast uppfylls.	Vårdenhetschef uppger att max 4 barn opereras mellan kl 09-12.	

Det kan konstateras att det i flera fall finns ett målvärde som inte uppnås. En annan reflexion är att det inte skett någon märkbar förbättring de sedan 2011 i statistiken. På vilka grunder målvärdena är satta har inte framkommit i granskningen, de har funnits sedan ett antal år tillbaka. I Värnamo anses det uppsatta målet på bytestider vara realistiskt av personalen på operationscentrum. Det bör också betonas att det delvis råder olika uppfattningar om vilka målvärdena är när det gäller bytestider och omhändertagandetider. Målvärdena är inte heller kända av operatörsklinikerna.

De intervjuade personerna både inom operatörsklinikerna och inom operationscentrumen anser att åtgärder har vidtagits för att förbättra effektiviteten i dessa avseenden men att det alltså finns utvecklingsmöjligheter. Även om det inte finns ett operations-

planeringssystem så kan denna typ av statistik tas fram för att analysera verksamheten.<sup>1</sup> Värnamo kan enkelt ta fram denna statistik medan Jönköping och Höglandet uppger problem med IT-stödet med konsekvensen att statistiken till viss del måste tas fram manuellt.

När det gäller strykningar och övertid 2013 har följande information inhämtats från de tre operationscentrumen:

	Strykningar av operationer	Övertid på grund av förlängda program
Ryhovs sjukhus	< 5 % Både undvikbart och icke undvikbart Dagkirurgi följer orsaker till strykningar varje dag.	Mäts inte. Överväger försök med ett op-lag som börjar senare på dagen för att undvika strykningar eller övertid i slutet av dagen.
Höglandssjukhuset	3,8 % Både undvikbart och icke undvikbart. Orsakerna dokumenteras. 20 % av de strukna skedde p.g.a. "tidsbrist operatör" inom kirurgi.	27 av 588 saldagar drog över planerad tid. Oklart hur mycket övertid detta genererade.
Värnamo sjukhus	4 %. Både undvikbart och icke undvikbart. Sällan p.g.a. salsbrist eller operatörsbrist	Mäts inte

De intervjuade både, vid operatörsklinikerna och vid operationscentrumen, anser att undvikbara strykningar inte är något stort problem men inga systematiska analyser görs som underlag för styrningen.

Vid **Länssjukhuset Ryhov** bedrivs enligt ledningen vid operationscentrum utvecklingsarbete i form av teamarbeten där olika operationsteam får ägna några dagar per år till att identifiera förbättringar. Dessa teamarbeten sker delvis tillsammans med den aktuella operatörskliniken, ibland inte. Bland annat pågår ett sådant projekt tillsammans med kirurgkliniken i syfte att förbättra ledtider. Studiebesök har bland annat gjorts i Hässleholm för att se vad som därifrån skulle kunna appliceras i Jönköping. Den koncentration av volymer som Hässleholm har när det gäller ortopedi finns emellertid inte i Jönköping varför det uppfattas som svårt att nå den produktiviteten per sal som Hässleholm uppnår. Operationscentrum och ÖNH besökte 2013 Aleris på Sabbatsberg för att studera tempo och dagkirurgi.

En annan idé som är föremål för övervägande vid operationscentrum i Ryhov är att etablera ett eftermiddagslag som går på vid lunchtid och jobbar senare på eftermid-

<sup>1</sup> Landstinget använder ett system som kallas META Vison för denna typ av vårddata

dagen. Tanken är att det då skulle gå att undvika det tapp som sker vid lunchtid samt att minska risken för strykningar och övertid.

Vid **Höglandets sjukhus** har det tidigare beskrivna arbetet med att avsätta en sal till dagkirurgiska operationer pågått och prövas för närvarande. I övrigt har utvecklingsarbetet enligt verksamhetschefen vid operationscentrum hämmats av bristen på operationsskoterskor och av den begränsade kapaciteten vid uppvakningsenheten. Uppvakningsenheten blir hårdare belastad vid ökad produktion.

Vid **Värnamo sjukhus** arbetar man enligt intervjuerna fortlöpande med att förbättra flödet vid operationerna. Det tidigare beskrivna projektet med "lightoperationer" löper vidare och koncentreras till vissa dagar i veckan. De arbetar ofta med en s.k. korridor-skoterska (narkossjukskoterska) som hjälper till att förbereda m.m. för att flödet ska fungera effektivt.

En vanlig situation när det gäller operationsverksamhet är att de opererande klinikerna utifrån sitt perspektiv uppfattar att bytestiderna är för långa. På motsvarande sätt brukar operationscentrumen utifrån sitt perspektiv uppfatta att operationer ofta inte startar i tid p.g.a. att operatören inte är på plats. Ju längre bytestiderna är desto större är sannolikheten att operatören förflyttar sig från operationscentralen. I denna granskning framkommer dessa perspektivberoende bilder av utvecklingsmöjligheterna vid Länsjukhuset Ryhov och vid Höglandssjukhuset. Alla betonar emellertid att det råder en positivt dialogklimat mellan operatörsklinikerna och operationscentrumen.

#### 4. Den landstingsgemensamma resursen för operation

De tre sjukhusen med sina respektive verksamheter är i grunden organisatoriskt självständiga enheter med varsitt befolkningsansvar. Undantag från den principen finns. Vissa patienter med mer komplicerade ingrepp opereras i Jönköping, obesitaspatienter opereras för närvarande enbart i Värnamo och rektalcancerpatienter opereras enbart i Jönköping. Ett annat undantag är att urologi har bildat en länsövergripande klinik. Det finns ett remissflöde i länet för urologin, rektalcanceroperationer och obesitasoperationer. I övrigt är det tre remissflöden.

I den mån som ett sjukvårdsområde opererar patienter från ett annat område sker detta genom överenskommelser inom ramen för de medicinska programgrupperna (MPG). Enligt intervjuerna finns det ingen systematik för denna samverkan i så motto att ett annat sjukhus ska ta över vid en viss köbildning. Den systematik som utvecklats när det gäller specialiteternas salsutnyttjande vid sjukhusen finns inte på länsnivå. Om en omfördelning ska kunna ske måste alla vara överens därom.

Det enda beslut om var operationer ska genomföras som fattats av landstingsdirektören via hälso- och sjukvårdsdirektören är att rektalcancerpatienter ska opereras i Jönköping. I övrigt sker all samverkan på sjukvårdsområdesnivå i överenskommelser mellan de opererande specialiteterna.

Av intervjuerna i granskningen framkommer att förändringar av den ovan beskrivna samordningen mellan sjukhusen är förestående. Det är oklart vad och i vilken omfatt-



ning. Landstinget beskrivs av flera som att vara i en slags brytpunkt. Operationsresurserna behöver i större utsträckning än tidigare betraktas som en gemensam resurs. Vissa typer av operationer kan komma att koncentreras till ett sjukhus. Formerna för denna utvecklade samverkan kommer att ske inom ramen för strategin att det ska finnas tre fungerande akutsjukhus.

Hälso- och sjukvårdsdirektören har ett uppdrag från landstingsdirektören att föra diskussioner med sjukvårdsdirektörerna, chefer för opererande specialiteter och operationscentrumen om möjligheterna att koncentrera vissa operationstyper till ett av sjukhusen för att bättre utnyttja landstingets totala kapacitet och kompetens.

## 5. Slutsatser och rekommendationer

Syftet med granskningen är att bedöma om landstingsstyrelsen säkerställt att operationsresurserna styrs och används på ett för patienten och resurshushållningen ändamålsenligt sätt.

Nedan beskrivs i komprimerad form svaren på revisionsfrågorna och de bedömningar som görs utifrån respektive revisionsfråga. Därefter redogörs för slutsatser och svar på den övergripande revisionsfrågan.

Revisionsfråga	Svar/bedömning
1 Har landstingsstyrelsen utformat en styrning som främjar ett effektivt utnyttjande av operationsverksamheten?	<p>Den styrning som sker idag bygger på en idé om styrning och utveckling i och från respektive verksamhet. Sjukhusområdesnivåerna och landstingsnivån har diffusa bilder av operationsverksamheternas effektivitet och produktivitet. Det finns inte heller någon tydlig eller systematisk efterfrågan på sådana bilder i de övre ledningsskikten.</p> <p>Styrningen är till stora delar traditionell och delvis omodern utifrån vedertagen kunskap om processutveckling och styrning utifrån aktiva uppföljningsparametrar.</p>
På vilken/vilka organisatoriska nivåer görs uppföljning av operationsverksamheten?	När det gäller effektivitet och produktivitet i operationsprocesserna görs uppföljning endast på verksamhetsnivån, d.v.s. av operationscentrumen.
Vilka parametrar följs upp och i vilken mån är uppföljningen aktiv, i meningen att åtgärder vidtas utifrån uppföljningens resultat?	<p>Förutom specifika mått som rökning före operation är det tillgängligheten som följs på sjukvårdsområdes- och landstingsnivå. Väntetider till de olika specialiteterna följs kontinuerligt även av landstingsstyrelsen.</p> <p>Vid avvikelse från målen ställs åtgärdskrav till sjukvårdsdirektörerna från hälso- och sjukvårdsdirektören.</p>

Finns det vid respektive sjukhus en strategi och en styrning som säkerställer korta ledtider och effektivt kapacitetsutnyttjande?

Olika nyckeltal används på olika sätt och olika mycket vid de tre operationscentrumen. Det finns ingen gemensam definition av nyckeltalen för jämförelser mellan sjukhusen. Dessa vedertagna nyckeltal används i otillräcklig utsträckning för den kontinuerliga styrningen.

Operatörsklinikerna och operationscentrumen har olika bilder av vilka delar i operationsprocessen som är utvecklingsbara.

Sjukvårdsområdena har vaga bilder av hur effektiva de tre sjukhusens operationsprocesser är.

Det finns inga tydliga landstingsgemensamma strategier för utvecklingen av polikliniska operationer och avdelnings-/mottagningsoperationer. Framsteg görs sporadiskt och är aktörsberoende. I Jönköping bildas dock en fristående dagkirurgisk enhet för att stödja en utveckling av polikliniska operationer.

Identifiering av möjligheter att införa s.k. fast tracks görs inte systematiskt.

Planeringen av operationsprogrammen sker vid operatörskliniken. Precisionen i uppskattningen av tidsbehovet är enligt erfarenheter från andra sjukhus beroende av att flera aktörer involveras i denna bedömning. Detta skulle kunna ske med ett operationsplaneringsstöd.

Samordnas de gemensamma operationsverksamheterna på ett ändamålsenligt sätt?

Samordningen sker till allra största del genom frivilliga överenskommelser mellan de tre sjukvårdsområdena via de medicinska programgrupperna. Det finns bland flera intervjuade chefer en uppfattning av att operationsresurserna skulle kunna utnyttjas bättre med en intensifierad samordning mellan sjukhusen.

Dialog kring dessa möjligheter sker i flera forum.

Finns det ett fungerande systemstöd för en välfungerande planering av operationsverksamheten?

Nej. Det finns en stor frustration över det faktum att landstinget är ett av de få som ännu inte har ett fungerande operationsplaneringsstöd.

Enligt planerna kan ett fungerande system finnas på plats allra tidigast i slutet av 2015. Strategin är att utveckla detta inom det befintliga journalsystemet Cosmic.

Bedrivs ett fungerande utvecklingsarbete av operationsverksamheten vid de tre sjukhusen?

Vid varje operationscentrum pågår vissa förbättrings- eller teamarbeten utifrån kravet att utvecklingsarbete ska förekomma i alla verksamheter. Ibland sker dessa arbeten tillsammans med operatörsklinikerna.

Bedömningen är att organisationen står i ett slags vänteläge på grund av frånvaron av ett operationsplaneringsstöd. Ett mer intensifierat och samordnat utvecklingsarbete skulle kunna genomföras med den statistik som för närvarande finns utan att vänta på ett operationsplaneringsstöd. Den statistik som idag tas fram används inte aktivt i utvecklingsarbetet i tillräcklig utsträckning.

### 5.1. Sammanfattande slutsatser och bedömning

Svaret på den övergripande revisionsfrågan är att landstingsstyrelsen inte säkerställt att operationsresurserna används på ett ur resurssynpunkt effektivt sätt. Operationsverksamheten bedöms vara en tämligen ostyrd verksamhet. Med ostyrd menas att den både av landstingsledningen och av sjukvårdsdirektörerna i stort sett lämnas att utveckla sig själv utan någon närmare belysning i den formella styrningen. Det är i stort sett när väntetiderna för en specialitet blinkar rött i uppföljningen som aktivitet uppstår i styrsystemet.

Problemet med att endast använda tillgängligheten som indikator är att tillgängligheten kan vara god även om resurserna används ineffektivt. Det existerar ingen målbild för operationsverksamheten och hur den ska fungera. Det gäller både styrningen inom de tre sjukvårdsområdena och för landstinget som helhet. Det resulterar i otydliga bilder av hur effektiv verksamheten är och vilka utvecklingsmöjligheter som finns. Operationsprocessen är ett flöde som omfattar både operationscentrumen och operatörsklinikerna vilket gör att utveckling och styrning av operationsprocessen i större utsträckning bör ske gränsöverskridande än vad som är fallet idag.

Med tanke på operationsverksamhetens centrala betydelse för den somatiska vårdens funktion är det anmärkningsvärt att den är föremål för så lite uppmärksamhet i landstingets övergripande styrning.

Ovanstående bedömning gäller tillståndet som råder nu. Samtidigt pågår aktiviteter för att förbättra situationen.

- ▶ Enskilda förbättringar förekommer; "lightpatienter" i Värnamo samt polikliniseringen av operationer inom flera områden och specialdesignad uppvakningsenhet vid Länssjukhuset Ryhov, är sådana exempel.
- ▶ Inom ramen för kapacitetsgruppen pågår dialog om förändrade planeringsrutiner. Det är dock oklart hur långt detta arbete hunnit.
- ▶ Opererande kliniker har börjat "sälja ut" utnyttjade salar till andra som snabbt kan utnyttja kapaciteten och därmed öka resurseffektiviteten.
- ▶ Koordinatormöten har förbättrat planeringen av operationsprogrammen.
- ▶ Samtal förs på landstingsnivå om bättre samordning av de gemensamma resurserna
- ▶ Utbyte mellan sjukhusen för att klara väntetiderna sker i viss omfattning

- ▶ Utveckling vid respektive specialitet ska ske vid alla tre sjukhus för att kvalitetsersättning ska kunna erhållas i den nya ersättningsmodellen

Landstinget har skäl att rikta mer uppmärksamhet på hur operationsresurserna används. Ett ökat vårdbehov och kompetensförsörjningsproblem när det gäller operationssjuksköterskor är två viktiga skäl till detta. Det är därför viktigt att de dialoger och utvecklingsinsatser som nu pågår resulterar i konkret handling.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer:

- ▶ Landstingsstyrelsen rekommenderas att utveckla någon typ av parameter som indikerar hur resurseffektiv operationsverksamheten är. Det faktum att det finns ett sådant detaljmått som hur många som fått remiss till rökavvänjare före operation ger bilden av att landstinget följer det som går att enkelt mäta. Resten blir höljt i dunkel. Rökstopp före operation höjer definitivt kvaliteten men mäter inte operationsverksamhetens totala effektivitet.
- ▶ De tre sjukhusen rekommenderas att snarast gemensamt definiera de nyckeltal som ska användas för operationscentrumens inre effektivitet. Detta främst i utvecklingssyfte. Eftersom ledningssystemet och ersättningsmodellen stimulerar till gemensamma förbättringsarbeten ter sig jämförbara nyckeltal som en naturlig grund.
- ▶ Etablerandet av ett operationsplaneringsstöd bör få högsta prioritet. Ett av många skäl till det är att uppfattningarna om brister och utvecklingsmöjligheter hos operationscentrumen respektive specialistklinikerna då kan bygga på fakta i större utsträckning än idag.
- ▶ Identifieringen av möjligheterna till koncentration av operationer med stora volymer bör göras och i samband med detta bör även möjligheterna att införa s.k. fast tracks utredas..
- ▶ Implementeringen av produktionsplaneringsmetodik bör intensifieras. Införandet av produktionsplanering har i denna granskning uppgetts som en förbättring vid Länssjukhuset Ryhov. Vid den kartläggning av operationsverksamheten som revisorerna genomförde år 2011 framhölls även då att produktionsplanering höll på att introduceras.

Stockholm den 28 maj 2014

Anders Hellqvist och Ulrika Stränge

EY





## **Bilaga 1 Källförteckning**

- ▶ Landstingets budget och verksamhetsplan 2014 – 2016
- ▶ Sjukvårdsområdenas budget och handlingsplan för 2014
- ▶ Operationscentrumens (OP/IVA) budget och handlingsplan 2014
- ▶ Kirurgklinikernas och öron-näsa-halsklinikernas budgetar och handlingsplaner
- ▶ Statistik från OP/IVA vid alla tre sjukvårdsområdena
- ▶ Projektrapporter
- ▶ Protokoll från MPG-grupper