



*SAMMANSTÄLLNING*

---

# Hållbar tillgänglighet – nästa utmaning!

Sammanställning av landstingens/regionernas nominerade bidrag till seminarium 6 maj 2010 i Stockholm

## Finalisternas egen beskrivning

### Bilaga 1 Jämtland

”Tid i tid utan väntetid” - ÖNH-mottagningen Östersunds sjukhus

#### **IGÅR**

##### **Presentation:**

- \* Kort fakta om ÖNH-mottagningen.
- \* Bakgrund och orsak till att projektet startade.
- \* Genomförandet av projektet.

#### **IDAG**

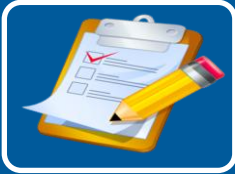
##### **Hållbar tillgänglighet**

**Övergripande - Struktur i arbetet med rutiner, pm osv.**



## Resurser

- Engagerade medarbetare.
- Aktivt ledarskap med mandat att fatta beslut.



## Koll på läget

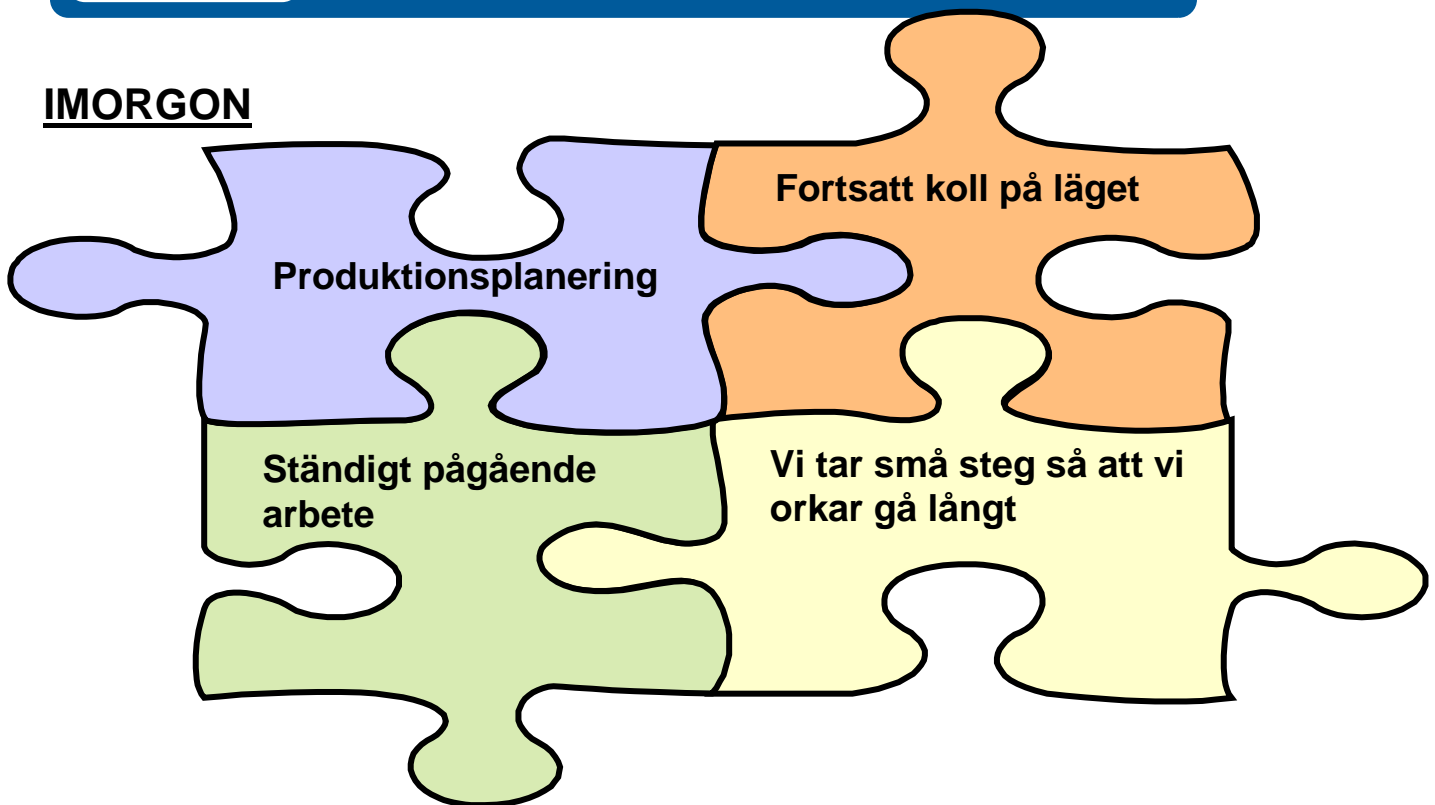
- Vi tar reda på hur det verkligen är.
- Idag vet vi - igår trodde vi.
- Ser framåt och har "bakåt" som referens.



## Mål och mått

- Öppen redovisning av **våra** egna mått. Resultattavla.
- Aktiva dagliga diskussioner om mål och mått.

## IMORGON



## Bilaga 2 Norrbotten

### Ett helhetsgrepp med målet ”en tid i handen”

**Arbetet med att nå god tillgänglighet i division Opererande specialiteter bygger på ett helhetskoncept som involverar många små åtgärder tillsammans med ett antal övergripande strukturella grepp. Detta har i mindre omfattning kompletterats av kortsiktiga åtgärder för att ”korta köer”.**

Grundkonceptet bygger på länstanken: länets samlade resurser ska nyttjas på ett optimalt sätt för att ge god och likvärdig vård för alla norrbottningar. Det innebär att verksamheten styrs utifrån länets behov och inte enskilda sjukhus/enheters önskemål om att bedriva viss typ av verksamhet. Det ställer stora krav på samarbete och samplanering mellan olika orter. Fem av sex verksamhetsområden inom divisionen är idag länskliniker och operativ verksamhet bedrivs vid samtliga fem sjukhus i länet.

Länstanken innebär också att både patienter och personal kan fördelas mellan olika enheter. Det betyder att patienterna garanteras vård vid något av länets sjukhus, det behöver inte vara det som ligger geografiskt närmast. För norrbottningarna kan det innebära resor på åtskilliga tiotals mil inför t ex en operation. Medarbetarna är också rörliga mellan de enheter inom länskliniken där behov och utrymme finns. En läkare kan t ex ha sin huvudsakliga arbetsplats vid Sunderby sjukhus men tidvis arbeta vid ett annat sjukhus. Mottagningsbesök kan genomföras vid ett sjukhus och operation vid ett annat.

För att rörligheten av patienter och personal ska fungera mellan orterna krävs att rutiner, material, bedömningar/prioriteringar, medicinteknisk utrustning osv, fungerar på ett likartat sätt. Därför har verksamheterna i relativt stor omfattning under flera år arbetat med att skapa länsövergripande rutiner och arbetssätt.

Rörlighet av personal och patienter är inget mål i sig. När det är möjligt förflyttas istället arbetsuppgifter mellan orterna med hjälp av olika tekniska lösningar. Exempelvis används digital diktering i ett länsperspektiv inom flera verksamheter så att diktat skrivs av samtliga sekreterare i länet. Grunden för detta är också en väl fungerande och heltäckande IT-infrastruktur och ett gemensamt vårdadministrativt system; VAS. På så sätt kan även telefonrådgivning och bokning rotera mellan orterna inom en klinik.

Det inre förbättringsarbetet bygger på att verksamheten idag genomsyras av en slags ”förbättringskultur”. Framförallt är cheferna i divisionen bärare av detta synsätt. Ledarskapets betydelse kan för övrigt inte nog betonas. En rad olika konkreta förbättringsarbeten har gjorts under åren och görs fortlöpande för att t ex effektivisera mottagningsverksamheten (patienter bokar inom nästan alla verksamheter tid själva), minimera antalet besök, förbättra processen kring remissbedömning, omfördela arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper, utforma tydliga handläggningsöverenskommelser med primärvården osv osv.

De strukturella åtgärderna bygger på grundfilosofin om att skilja på akut och planerad verksamhet. Detta ledde år 2005/2006 till bildandet av två elektiva enheter: Piteå sjukhus för elektiv ortopedi och Kalix sjukhus för elektiv volymkirurgi (bräck, gallor och varicer). Detta har medfört en effektiv verksamhet med goda medicinska resultat och hög tillgänglighet. Samtliga verksamhetsområden arbetar med produktionsplaner som grund för resursstyrning och konkret schemaplanering. Produktionsplanerna bryts ned per månad, sjukhus och typ av verksamhet (t ex nybesök, återbesök, öppenvårdsoperationer, typ av slutenvårdsoperation osv).

Så kallade kökortningsinsatser ses som ett komplement men ingen långsiktig lösning för god tillgänglighet. Sådana insatser har gjorts inom många verksamheter men förekom i större omfattning år 2006 – 2007 inom ortopedin. På senare år har insatserna främst handlat om obesitaskirurgin.

Nästa utmaning är nu att kunna erbjuda samtliga patienter med beslut om åtgärd ”en tid i handen” direkt vid mottagningsbesöket. Det målet ska uppnås i samtliga verksamheter senast år 2012.

**Hans Rönnkvist, Veronika Sundström, Anna Pohjanen, Michael Dahlberg**

## Bilaga 3 Skåne

### Bräck- och gallveckor Produktionsplanering för operation Centralsjukhuset Kristianstad – Region Skåne

Centralsjukhuset (CSK) hade 2006 långa köer till bräck- och galloperationer – fjärde längsta väntetiden i Sverige. Hösten 2008 fick CSK möjlighet att samarbeta med en privat leverantör då en kösatsning för obesitaskirurgi genomfördes som bl a innebar att medarbetare från sjukhuset under åtta veckor arbetade för den privata aktören. Man lärde sig därmed vinsterna med "fast track" kirurgi. Intresset för att införa det nya arbetssättet på sjukhuset, i den offentliga vården, var stor hos personalen och sjukhusledningen gav personalen sitt fulla stöd. Sommaren 2009 kunde sjukhusledningen konstatera att köerna inom basal kirurgi var på väg att försvinna efter att ett nytt arbetssätt införts i projektform våren 2009.

#### Bakgrund

2004 påbörjade Region Skåne ett blocköverskridande utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården – Skånsk Livskraft – bl a med fokus på planerade operationer. Arbetet förde med sig övergång från anslagsfinansiering till uppdrags- och intäktsstyrning vilket innebar början till en omfattande attitydförändring inom sjukvården. CSK hade under anslagstiden skaffat sig besvärande köer inom basal kirurgi, 18 månaders kö, den fjärde längsta i Sverige. 2006 får CSK sina första uppdrag inom opererande specialiteter men fördelar inte uppdragen till verksamheterna det första året. 2007 startar CSK med uppdragsdiskussioner tillsammans med opererande specialiteter och börjar produktionsplanera operationsvolymerna på årsbasis.

#### Inspiration

Hösten 2008 görs en kösatsning på CSK som innebär att en privat entreprenör kontrakteras för att genomföra GBY-operationer på CSK. Entreprenören hyr operationssalar och vård- och operationspersonal från CSK arbetar delar av tid hos entreprenören. Nytt arbetssätt och logistik väcker intresse hos sjukhusledning och personal som ställer sig frågan: "Hur kan vi på CSK dra nytta av vad vi lär oss här?"

#### 2009 startar projekt "Bräck- och gallveckor"

Projektarbetet med bräck- och gallveckor innebar att verksamheten renodlades så att samma team opererade enbart t ex ljumskbräck under en intensiv vecka utifrån ett standardiserat arbetssätt. Innan projektet startade gjordes en grovskiss över hur arbetet skulle läggas upp. Efter genomgången förändrades salsteamens sammansättning, men framför allt beslutade man att kirurgen under bräck- och gallveckorna skulle vara bunden till operationssalen och dess patienter hela veckan utan annat kringarbete. Operationsteamet fick en tilldelad volym på ca 200 patienter som skulle opereras under 9–10 veckor våren 2009. Teamet beslutade själv hur veckovolymen skulle delas upp och den fördelades med 24 bräckoperationer/vecka och 16 galloperationer/vecka. Varje dag när operationerna var av-

klarade hade teamet en reflektionsstund då man pratade om hur dagen varit och vad som kunde förbättras. En av morötterna för personalen under veckorna var att de fick gå hem när de var klara med veckans planerade operationer.

#### Köerna försvann

CSK arbetade bort sin kö till dagkirurgiska ljumskbräckoperationer och gick från väntelistor till planeringslistor. I och med att kön försvann kunde kliniken tillsammans med patienten bestämma när operationen skulle genomföras. Detta innebar ökad delaktighet för patienten.

#### Ökad effektivitet och kortare bytestider

Alla ingående moment under operationen mättes och blev underlag till förbättringsarbete. Effektiviteten ökade inne i operationssalen. Under en bräckvecka opererades 6–8 ljumskbräck om dagen istället för som tidigare omkring fyra. Gallveckorna gav lika bra resultat. Kombinationen av ett sammansvetsat team och ett modernt sätt att söva med kortverkande narkos där patienten vaknar snabbt kortade bytestiderna och ökade effektiviteten. Den nya metoden innebar att den patient som opererades 07.30 på morgonen under bräck- och gallveckorna kunde gå hem redan på förmiddagen.

#### Medarbetarperspektiv

I utvärderingen framkom att den personal som deltog i projektet kände tillfredsställelse i att ha helhetsansvar för alla delar i processen, samarbetet ökade och trots att tempot var högt så upplevde de inte någon stress.

#### Bra utbildning för ST-läkarna

Bräck- och gallveckorna har varit utomordentliga utbildningstillfällen för ST-läkarna som under en hel vecka tillsammans med en seniorkirurg fått intensivutbildning.

#### Vad hände sedan?

Projektet avslutades augusti 2009 och ingår nu i ordinarie verksamhet. Fler ingrepp är genomförda: åderbräck, navelbräck, steriliseringar (kvinnor) och skopiveckor. CSK fortsätter sitt utvecklingsarbete - nu inom slutenvården.

#### Kontakt

Sjukhuschef Ulf Kvist, ledningsstrateg Pia Lundbom.

#### Fakta

Centralsjukhuset Kristianstad är ett komplett akutsjukhus för 170 000 invånare i sex kommuner i nordöstra Skåne. CSK erbjuder vård inom samtliga discipliner som inte är koncentrerade till Skånes Universitetssjukhus. CSK har 2 200 medarbetare. Budgetomslutning 2009 var 1 602 mkr.

## Bilaga 4 Värmland

### Snabbare kontakt med psykiatrin!

#### *Kort resumé av vår presentation*

Divisionen har under lång tid haft problem med låg produktion och till vissa verksamheter även långa väntetider. Arbetet med att kunna erbjuda patienter snabb och säker vård har under året haft hög prioritet. För att kunna genomföra detta har vi synliggjort problemet, förändrat arbetssätt och kvalitetssäkrat väntelistorna genom att kontinuerligt följa flödena.

BUP har under året verkligen kraftsamlat och klarade vid årets slut att leva upp till den s k förstärka vårdgarantin. Detta möjliggjorde en köhanteringssatsning för att komma tillrätta med de långa väntetiderna till framförallt neuropsykiatrisk utredning samt att hitta en modell för långsiktig ökad tillgänglighet.

Division psykiatri har produktionsmålsättningar som är mycket ambitiösa, och som i sin förlängning oftast kräver en förändrad och mer genomtänkt, rationell produktionsorganisation. Detta har inneburit att produktionen har ökat och alla patienter får tid i god tid inom ramen för vårdgarantin. Produktionen och väntetiderna följs kontinuerligt upp via olika uppföljningssystem.

Genom förändrat arbetssätt, kvalitetssäkring utav väntelistor och flödesprocesser har vi kunnat öka tillgängligheten!

**Division psykiatri Emma Stenberg, Christina Sand**

## Bilaga 5 Västerbotten

### Tema: Väntetidsresan snart mot sitt slut? på Handkirurgmottagningen, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Våren 2004 gick vi in i ett förbättringsarbete tillsammans med Memeologen på Norrlands Universitetssjukhus för att förbättra tillgängligheten för nybesök till kliniken. Vid starten av projektet hade vi nästan 1200 patienter på väntelistan. Vi hade svårt att få in nybesök då mottagningarna var fullbokade med återbesök.

Vårt mål var att alla patienter skulle erbjudas en första bedömning på handkirurgmottagningen inom 3 månader.

Med en rad olika åtgärder som vi kommer att berätta om lyckades vi med hjälp av genombrottsmetodik korta köerna på 2 år. Vägen dit har varit kantad av både med- och motgångar och många lärdomar som är viktiga att ta tillvara på för att få ett hållbart resultat. För att nå målet har vi jobbat med patientflödet externt och internt.

Vi har lärt oss att eftersträva balans mellan kapacitet och efterfrågan. Inremsflödet är ganska konstant, men resurserna hos oss varierar. Som exempel kan nämnas lägre bemanning sommartid vilket man måste ha en beredskap för och en plan att hantera detta. Att omvandla tro och känsla till något mätbart underlättar beslutsfattandet och utvärderingar och hjälper oss till hållbar tillgänglighet. Vi kan aldrig slå oss till ro utan ständigt arbeta för att ge patienterna hög kvalitet på sin resa genom vården.

## Bilaga 6 Västra Götaland

# Kontaktpunkten

## Från person till funktion

En centraliserad funktion för Hjärt-Kärl patienter på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Ett gemensamt telefonnummer och öppettider, dvs 07.30-17.00 måndag-fredag vilket motsvarar patienternas behov efter genomförd enkät.

Här får patienten hjälp med:

- Patientinformation
- Remissfrågor
- Tidbokning/ av-ombokning
- Sjuksköterskerådgivning
- Receptförnyelse
- Intygförnyelse
- Förmedla kontakt till läkare/sjuksköterska
- Synpunkter & klagomål

80 kontaktvägar har blivit en. Patienterna uppskattar den ökade tillgängligheten vilket visar sig i NKI (NöjdKundIndex) där Kontaktpunkten har 90-95% i frågorna tillgänglighet, servicegrad och bemötande .

Den centraliserade funktionen har även synliggjort problem i vårdflödet vilket möjliggör fortsatt förbättrings- och kvalitetssäkringsarbete. En utvidgning pågår nu för att Kontaktpunkten skall utöka ytterligare under 2010 med fler patientgrupper.

Varje år tar Kontaktpunkten mot ca 30.000 samtal, registrerar och bokar ca 15.000 remisser samt handhar ca 1.000 mail. Uppföljning sker veckovis av bland annat, antalet inkomna samtal, samtalslängd och antal tappade samtal. Dessa fakta ligger som underlag för att optimera bland annat bemanningen för att på bästa sätt möta patienternas behov.

Idag är väntetiden max 2 minuter i snitt och antal tappade samtal ligger på 4.2% av totalt antal inkomna samtal.

Remissbedömning, recept- och intygförnyelse sker av läkare som är organiserade i funktionsgrupper per specialitet. Funktionen som bedömer de inkommande remisserna samt åtgärdar recept- och intygförnyelse har tydliga måttal på hur snabbt åtgärden skall vara genomförd. 85% av totalt antal inkomna remisser bedöms inom 48 timmar. 90% av totalt inkomna recept- och intygförnyelse åtgärdas inom 48 timmar.

Kontaktpunkten har inneburit en mer patientfokuserad, säker och effektiv vård med hög tillgänglighet som även bidragit till att hålla vårdgarantin.

# Bilaga 7 Örebro

## Med fokus på långa köer är patientens väntetider över

### Bakgrund:

Inom Sektionen för Gastroenterologi Medicinska kliniken vid Universitetssjukhuset Örebro (USÖ) bedrivs arbete inom flera områden. Sektionen omfattar endoskopienheten och medicinmottagning 4, sistnämnda består av kolitmottagningen (för patienter med inflammatorisk tarmsjukdom) och mag-tarmmottagningen (för patienter med andra gastrointestinala eller hepatologiska sjukdomar). Läkarna som arbetar vid sektionen har därutöver ett betydande allmäninternmedicinskt åtagande vilket försvarar den långsiktiga planeringen. Endoskopienheten har sedan flera decennier haft långa köer till koloskopiundersökning och även väntetiderna för återbesök till medicinmottagning 4 har varit mycket långa. Vidare har det förelegat en bristande samverkan mellan enheterna och tidigare kösattsningar har enbart gett temporära förbättringar.

Den 1 mars 2007 initierades ett förbättringsarbete med målsättning att 1) väntetiderna för nybesök till koloskopiundersökning skulle vara < 3 månader 31 dec 2007, 2) planerat datum för "återbesök" till koloskopi, det vill säga kontroll koloskopier, får överskridas med < 3 månader, 31 dec 2008, 3) ökad samverkan mellan olika de enheterna skulle uppnås, 4) planerat datum för "återbesök" till medicinmottagning 4 skall överskridas med < 3 månader 31 december 2009, 5) förbättringsarbetet skall fortgå över tid och eventuell måluppfyllelse skall ej vara temporär.

### Metod

Terminsvis veckoplanering med jämn läkarbemanning infördes, personalresurser avseende övriga involverade professioner matchades till läkarbemanningen. Gemensamma indikationer för koloskopier inom landstinget utarbetades Gemensam remissgenomgång för svårbedömda remisser infördes varje fredag em, ofullständiga remisser och remisser med bristande indikation skickas i retur för kompletterande information respektive rekommendation om alternativ strategi. Efter gemensam ansökan tillsammans med övriga endoskopienheter i landstinget erhöles ekonomiska medel för temporär och begränsad kösattsning hösten 2007. "Återbesök vid behov" infördes för stabila patienter utan immunmodulerande eller biologisk behandling vid kolitmottagningen. Samtidigt utarbetades beslutstöd för sköterskor i telefon och tillgänglighet via telefon och internet utökades. 2' opinion av patienter med "irritable bowel syndrom" (IBS) infördes i samarbete med primärvården, vårdprogram för leversjukdomar och behandling med biologiska läkemedel vid inflammatorisk tarmsjukdom utarbetades, nationella riktlinjer för utbildning av endoskopister implementerades och efter dialog med sjukhusledningen nyttjades frigjorda löneutrymmen vid uttag av externt finansierad FoU tid för att hyra in externa skopister.

### Resultat

Väntetiderna för nybesök koloskopi har successivt sjunkit och sen jan 2008 har vi i princip hållit vårdgarantin (<3 mån) och sedan april 2008 tar vi även emot utomlänspatienter. Väntelistan för återbesök till koloskopi har successivt minskat och antalet patienter vars datum för inplanerade kontrollskopi överskridits med >3 månader har minskat från 443 till 1. Likväl har situationen vid medicinmottagning 4 förbättrats, nybesök får tid inom 3 månader och antalet patienter vars datum för inplanerat återbesök överskridits med >3 månader har minskat från >1500 till 28. Innan detaljschemat lägges tas aktuella väntelistor fram och prioritering mellan de olika verksamheterna utföres.

### Konklusion

Sedan initierandet av förbättringsarbetet har köerna till de olika verksamheterna minskat dramatiskt. Förändringarna har skett successivt och arbetet har gett bestående resultat. Förbättringsarbetet har gett upphov till nya frågeställningar och förändringsarbeten, exempelvis har vi under vintern genomfört så kallade fokus grupper för att få en ökad förståelse för hur våra patienter definierar och ser på begreppet tillgänglig.

## Bilaga 8 Östergötland

### Säkra och uppskattade operationer på gynekologisk mottagning ”MONARK”, frigör operationsutrymme på centraloperation.

#### Bakgrund/problem

På centraloperationsavdelningen i Linköping saknas sedan många år tillräckligt operationsutrymme och cancerkirurgin prioriteras. Efter en större central omorganisation 2004 hade kvinnor hemmahörande i Linköping tvingats åka 5 mil eller längre till kvinnokliniken i Motala för att genomgå små och större benigna gynekologiska operationer. Vi fann detta suboptimalt ur patientsynpunkt av många skäl. På Kvinnoklinikens mottagning i Linköping fanns en bra operationssal, projektvan personal och en mångårig rutin att göra mindre ingrepp som aborter, skrapningar, och koniseringar i lokalbedövning. Projektledaren hade stor vana vid propofolsedering och -anestesi. Idén föddes att studera om man kunde erbjuda även kvinnor, som antingen önskade eller behövde narkos vid sitt ingrepp, operation på mottagningen i Linköping.

#### Mål/genomförande

Under 2007 förbereddes projektet ”MONARK” (MOttagningsoperation i NARKos) med riskanalys, budgetering, rekrytering och en informationsstrategi omfattande personalen på KK, narkoskliniken och privatpraktiserande gynekologer. Projektledningen skedde enligt MIPS-modellen för målinriktad projektstyrning. En narkosköterska anställdes. Nya patientinformationsmaterial och rutiner skapades. Verksamheten begränsades till små ingrepp med förväntad operationstid kortare än 15 minuter.

Väntelistesystemet avskaffades inom ramen för projekten och patienten fick optid och muntlig och skriftlig information om operationen direkt vid mottagningsbesöket.

Det nya med arbetssättet är att gynekologerna själva ansvarar för att selektera friska patienter utan att konsultera narkosläkare. Basen för smärtlindringen är lokalanestesi men patienten får Propofol av narkosköterska tills hon somnar men andas själv. Patienten övervakas av narkosköterskan till hon är helt vaken och går sedan hem efter någon timmes vila. Operatören är ansvarig för patientens hälsa under operationen.

Under 2008 utvecklades andra delen av projektet, ”stora MONARK”, i samarbete med anestesi-kliniken. Syftet var att studera om man kunde göra även mer omfattande operationer mot t ex inkontinens, förlossningsskador och framfall på mottagningen. Projektet innefattade en randomiserad studie av olika typer av patientkontrollerad sedering i samarbete med anestesi-kliniken. En operationsköterska anställdes på kvinnokliniken.

#### Resultat/uppföljning

”Lilla MONARK”: Under 2008 opererades 353 patienter, dvs. cirka 8 per operationsdag. Under samma tid opererades 200 patienter på mottagningsoperation i enbart lokalbedövning, oförändrat sedan föregående år. Mindre än en patient per månad hade hälsoproblem så allvarliga att hon ansågs behöva centraloperationsavdelningens resurser och alla dessa kunde identifieras redan vid operationsplaneringen. Man utvärderade förekomsten av perioperativa komplikationer. Patienterna följdes upp med ett standardiserat frågeformulär per telefon dagen efter operation avseende smärta, illamående, blödning, upplevelse av operationen och behov av mer information. Inga narkosrelaterade komplikationer uppstod. Patienterna var nöjda. Personalen upplevde arbetet som givande. En hel operationsdag per vecka på centraloperationsavdelningen kunde frigöras till tung kirurgi. Projektet permanentades och fortgår framgångsrikt på tredje året med fortsatt goda resultat.

”Stora MONARK”: Under 2009 kunde samtliga 199 patienter opereras inom 3 månader. Alla operationer registrerades i det gynekologiska operationsregistret och inga allvarliga komplikationer noterades. 85% av kvinnorna gick hem operationsdagen. Inga patienter behövde strykas på grund av personal- eller lokalbrist. Ytterligare en operationsdag per vecka på Centraloperationsavdelningen frigjordes.

Med 3 operationsdagar på kvinnokliniken mottagning finns nu även utrymme för halvakuta mindre ingrepp som på så vis inte behöver äventyra tillgängligheten på centraloperation. Tre vetenskapliga arbeten är under författande. Projektet har fått efterföljare i Motala och Norrköping och den numera permanentade verksamheten fortsätter i Linköping. Ortopedkliniken och lungkliniken har inspirerats till liknande projekt.

### **Sammanfattning**

Vi har skapat en säker och effektiv verksamhet med stort personalinflytande som utgår ifrån patientens behov. Projektet har frigjort värdefull högkvalificerad operationstid och bidragit till att lätta på köerna inom ortopedi i Motala och gynecancerkirurgi i Linköping. Operationskostnaderna för kvinnokliniken har minskat betydligt som en bieffekt.