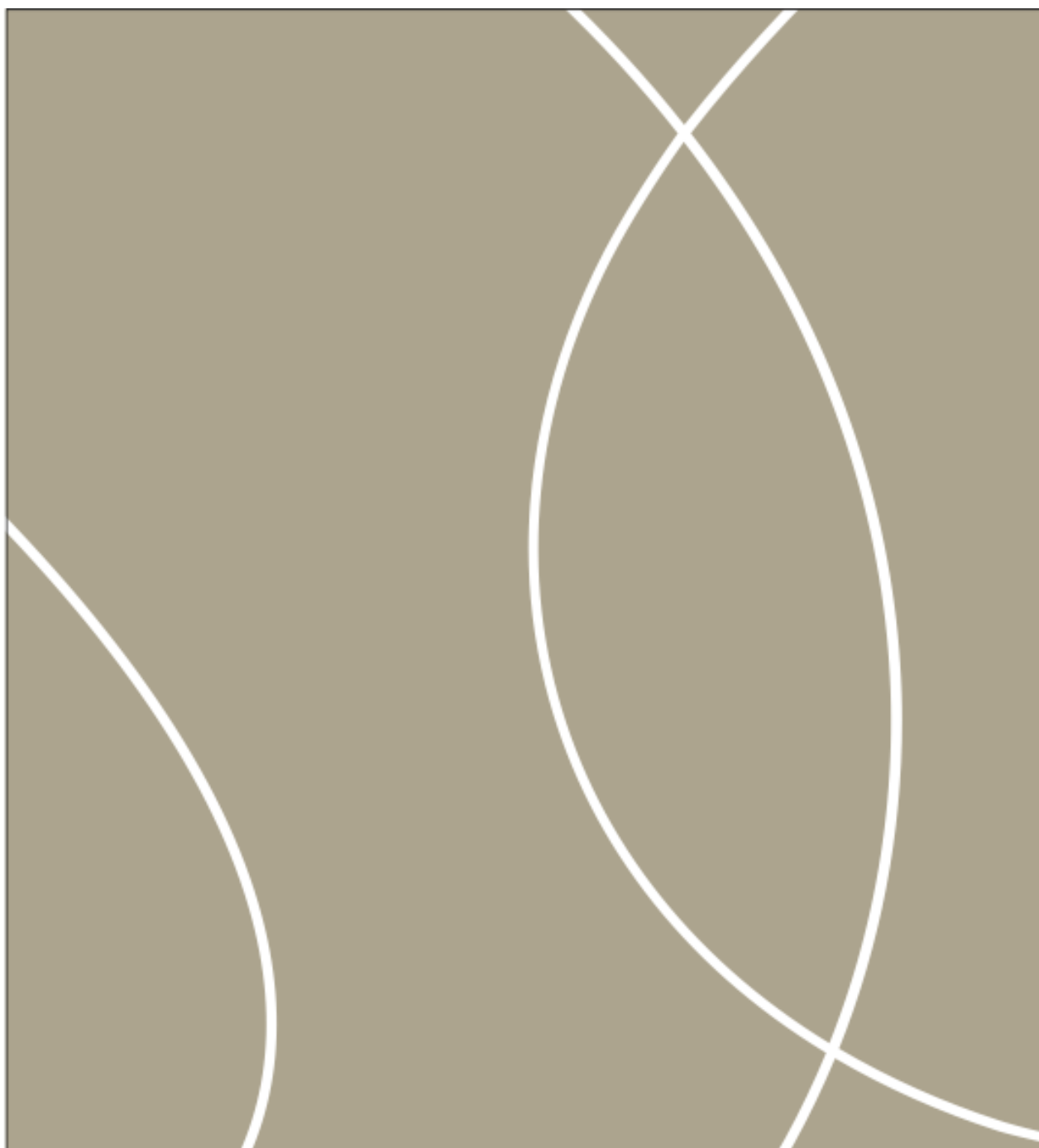


Leda för tillgänglighet

33 förändringskoncept för bättre flyt och ökad tillgänglighet i hälso- & sjukvården



Sveriges Kommuner och Landsting

118 82 Stockholm • *Besök* Hornsgatan 20

Tfn 08-452 70 00 • *Fax* 08-452 70 50 • info@skl.se • www.skl.se

Upplysningar om rapportens innehåll lämnas av:
vardgaranti@skl.se

Författare: Carina Svensson

Innehåll

Innehåll	3
Förord	4
Strategi: Ändra systemet	5
1. Gör flera arbetsmoment parallellt.	5
2. Utarbeta och använd "protokoll" för vanligt förekommande problem.....	5
3. Minimera antalet moment och inblandade personer i processen.....	6
4. Synkronisera olika insatser.	6
5. "Dra till sig" i stället för att "trycka ifrån sig".....	7
6. Minska avståndet mellan olika steg i processen.	7
7. Automatisera när så är möjligt.	7
8. Skapa förståelse för systemet.....	8
9. Skapa fler arbetsstationer.	8
10. Använd personer med specialkompetens till det de är bra på.....	8
11. Förändra interna steg och åtgärder i processen till externa.	9
12. Tydliggör ansvarsfördelningen.....	9
13. Minska variationerna i medicinsk praxis.	9
14. Var tydlig i prioriteringen	9
15. Rätt kompetensmix.	10
16. Riv de organisatoriska reviren.	10
17. Planera löpande.....	10
<i>Strategi: Påverka efterfrågan.....</i>	<i>11</i>
18. Begränsa det varu- och instrumentsortiment som används.	11
19. Aktiv expektans kan minska efterfrågan	12
20. Samordna mottagningsbesök.....	12
21. Standardisera.....	13
22.Triage - korrekt bedömning och handläggning från början.....	13
23 Praktisera kunskapsbaserad medicin.	13
24 Flytta efterfrågan.....	14
25.Förebygg efterfrågan.	14
26. Främja egenvård och engagera patienten mer i sin egen vård och behandling. ...	14
<i>Strategi: Balansera efterfrågan och utbud.</i>	<i>15</i>
27. Förutse efterfrågan med större säkerhet.	15
28. Jämna ut arbetsbelastningen.....	15
29. Anpassa bemanningen efter förutsägbara behov.....	16
30. Identifiera och avlägsna flaskhalsar.....	16
31. Arbeta ikapp "ryggsäcken".	17
32. Använd befintliga resurser flexibelt.	17
33. Ha alternativa handlingsmöjligheter i beredskap om planeringen spricker.	17

Förord

Hälso- och sjukvårdens tillgänglighet är en fråga som tilldrar sig stort intresse - inte bara i Sverige utan i hela västvärlden och på alla nivåer; från den enskilda patienten som väntar på en undersökning eller behandling till de politiskt ansvariga på nationell nivå. Oavsett vilket hälso- och sjukvårdssystem som råder är tillgänglighetsproblem vanligt förekommande. Anledningarna är många och växlar över tid, det finns sällan enkla lösningar att tillgripa och framför allt aldrig en lösning på alla problem, varför ett systematiskt utvecklings- och förbättringsarbete på många fronter är nödvändigt.

Sveriges Kommuner och Landsting har under de senaste 5 - 10 åren initierat, drivit och medverkat i en rad olika projekt och aktiviteter som syftar till att väcka intresse för området förbättringskunskap samt att tillsammans med personal från vårdens olika nivåer öka förmågan att driva och/eller stödja ett konkret patientfokuserat förbättringsarbete.

Tillgänglighetsaspekter finns med i nästan allt förbättringsarbete, men i vissa sammanhang är det mer tydligt uttalat som t ex i de Genombrottsprojekt som Sveriges Kommuner och Landsting och flera landsting drivit. För att inte alla ska behöva uppfinna hjulet på nytt har vi på Sveriges Kommuner och Landsting använt och refererat till förändringskoncept, som ursprungligen hämtats från boken "The Improvement Guide" av Langley, Nolan och Nolan m fl och som också utgör basen i Breakthrough Series Guide "Reducing Delays and Waiting Times Throughout the Healthcare System" från IHI i Boston. I föreliggande PM återfinns således förändringskoncept från dessa böcker kompletterade med några koncept, som baseras på erfarenheter från svenska förhållanden.

Förändringskoncepten är grupperade i tre strategier;

- Ändra systemet
- Påverka efterfrågan
- Matcha kapacitet och efterfrågan

Stockholm i april 2008

Strategi: Ändra systemet

Nästan allt som görs inom hälso- och sjukvården är resultatet av en process. Hur flyter arbetet i dessa processer? Hur ser planeringen ut för att arbetet ska flyta bra? Är de olika stegen i processen arrangerade och prioriterade ur patientens perspektiv och för att ge bästa möjliga resultat till lägsta möjlig kostnad? Hur kan vi ändra flödet så att processen verkligen blir som vi vill att den skall vara? De följande förändringskoncepten kan både underlätta analyser och förbättringar av flödet i hälso- och sjukvården. Det senare inte minst viktigt om man vill reducera process-tider och få bort onödiga väntetider, vilket är ett starkt önskemål både från dem vården är till - patienterna och deras närstående men också för den personal som arbetar i vården, för vilka väntande patienter blir ett stressmoment.

1. Gör flera arbetsmoment parallellt.

Istället för att göra olika moment efter varandra kan de göras samtidigt.

Det är ofta möjligt att starta olika arbetsmoment samtidigt. Detta gäller speciellt när flera grupper eller personer i organisationen är inblandade i processen. När man upptäcker att "alla väntar på alla", finns det förmodligen skäl att pröva parallella processer.

Exempel

Vid registrering/inskrivning får patienterna enbart den information som är nödvändig för att undersökning eller behandling skall kunna påbörjas. Ytterligare information inhämtas eller ges under själva undersökningen/behandlingen eller om/när det uppstår väntetider under själva besöket.

Planering av utskrivning efter en operation påbörjas samtidigt som själva operationen planeras. Hjälpmiddel som man vet att patienten kommer att behöva efter operationen kan ordnas i förväg, så att allt finns på plats när det är dags för hemgång.

2. Utarbeta och använd "protokoll" för vanligt förekommande problem.

Utveckla olika omhändertaganderutiner för olika patientkategorier.

Patienter till en och samma mottagning har olika behov. Vissa kräver omfattande insatser, medan andra behöver hjälp med något som är snabbt avklarat. I vissa fall är det utom allt tvivel att en patient som inkommer måste röntgenundersökas före läkarbedömning etc.

Exempel

En akutmottagning arbetar med en slags "snabbkassa" för patienter med enklare åkommor. Det går till så att den person som registrerar patienten bedömer om patientens problem går att lösa snabbt. Det kan t ex röra sig om ett sår som behöver sys med ett par stygn eller liknande. Patientens journal/handlingar markeras på särskilt sätt så att läkarna lätt kan se att det finns en sådan patient i väntrummet. När det uppstår en lucka i behandlingen av en svårare medtagen patient - t ex avvaktan på ett provsvar - tar läkaren hand om "snabbkassan".

3. Minimera antalet moment och inblandade personer i processen.

Ju fler moment och inblandade personer det är, desto längre total tid tar det sannolikt och risken för dubbelarbete och att något ska gå fel ökar.

Exempel

En patient som inkommer med en uppenbar fraktur remitteras direkt till röntgen av mottagande sjuksköterska, istället för att sjuksköterskan först skall kalla på en kirurg som tittar på patienten och ordinerar röntgenundersökning. I de fall det är uppenbart att patienten skall opereras förs patienten direkt från röntgenavdelningen till vårdavdelning alternativt operationsavdelningen, istället för åter till akutmottagningen.

Patienter som vårdats på en klinik och är kända där kan vända sig direkt till samma klinik om nytt vårdbehov uppstår istället för att först tvingas passera akutmottagningen.

4. Synkronisera olika insatser.

Tidsplanera alla steg i en process och fastställ t ex en klart definierad starttidpunkt till vilka andra insatser i processen måste synkroniseras.

Exempel

Om det gäller starttid för operation - den tidpunkt när kirurgen startar (incision time) - fastställs alla nödvändiga förberedelsemoment synkroniserat med denna fastställda tid.

Gäller det planerat besök på mottagning bör både berörd personal och patient informeras om vad som avses med den bestämda tiden. Skall patienten träffa vårdgivaren då, måste förberedande moment i form av t ex registrering och betalning vara avklarade tidigare. Informera patienten om hur lång tid besöket kan beräknas ta och vad som kommer att hända.

5. "Dra till sig" i stället för att "trycka ifrån sig".

Utveckla rutiner som gör att nästa led i vårdprocessen drar patienten till sig, snarare än att föregående led trycker patienten ifrån sig.

Exempel

Istället för att en akutmottagning måste ringa runt och jaga vårdplatser för patienter som måste läggas in, rapporterar alla avdelningar till akutmottagningen så fort de har ledig plats.

Ädel-reformen kan sägas bygga på denna metod, eftersom betalningsansvaret för färdigbehandlade patienter, skulle motivera kommunerna att snabbt "ta hem" sina patienter.

Patienter som skrivs ut från slutenvård ges i direkt anslutning till utskrivning en tid för återbesök på mottagningen. Detta istället för att patienten själv skall kontakta mottagningen för att beställa tid.

6. Minska avståndet mellan olika steg i processen.

Funktioner som har nära samband med varandra kan flyttas närmare varandra, för att underlätta kommunikation och minska behovet av förflyttningar för såväl patienter som personal.

Exempel

Ett akutsjukhus flyttade röntgenlaboratoriet till akutmottagningen för att snabbare kunna undersöka akutpatienter.

En kvinnoklinik har samlokalisert öppenvård, akutvård och slutenvård, vilket gör att såväl personal som lokal och andra resurser kan utnyttjas mer flexibelt.

På en bröstmottagning samlas allt och alla som behövs för att vid ett och samma tillfälle diagnosticera bröstförändringar. Detta benämns i engelsk litteratur ibland "One stop shop"

7. Automatisera när så är möjligt.

Förbättra information, service och vårdprocesser genom att använda ny teknologi – telefonsvarare, fax, e-post eller interaktiva Internetlösningar.

Informationsöverföringen mellan vårdgivare och huvudmannagränser brukar vara särskilt problematisk. Hur kan ni förbättra flytet och underlätta arbetet för personal i nästa steg i patientens vårdprocess?

Exempel

Allt fler vårdcentraler använder internet och e-post som kommunikationsmedel, vilket ersätter en del fysiska möten.

Tillgängligheten förbättras genom att ett särskilt telefonnummer med telefonsvarare, där patienterna hela dygnet kan lämna meddelande t ex återbud används

Exempel från en annan bransch är Svensk bilprovning och deras system både för tidsbeställning (tidbokning via talsvar per telefon), inregistrering (kunden knappar in sig själv på stationen) och betalning.

8. Skapa förståelse för systemet.

Hjälp människor i organisationen att se att de är en del av ett större system, där de alla arbetar mot samma mål.

Exempel

En mottagning för gynekologiska hälsokontroller planerade sina program utan tidsmässig samordning med den klinik, som skulle ta emot de kvinnor som remitterades för fortsatt utredning och/eller behandling. Hälsokontroller genererar alltid patienter som måste följas upp, varför tidpunkter för kontrollerna måste matchas mot klinikernas möjlighet att ta emot patienterna om väntetiderna ska kunna hållas nere.

Kampanjer från specialistkliniker t ex för att få människor att granska sina leverfläckar bör planeras och genomföras i samarbete med andra berörda vårdgivare t ex vårdcentraler så att dessa inte överraskas av mängder av oroliga patienter som vill boka tider.

9. Skapa fler arbetsstationer.

Planera lokaler och utrustning så att de kan användas flexibelt.

Exempel

Istället för att blockera ett speciellt undersökningsrum för gynekologiska undersökningar, som endast används sporadiskt, samtidigt som det är brist på ”vanliga” undersökningsrum, utrustades alla rum så att de kan användas kontinuerligt.

10. Använd personer med specialkompetens till det de är bra på.

Låt personer med specialkunskap i huvudsak arbeta med det de är specialutbildade för, om det är just deras insatser som är flaskhalsen i processen.

Exempel

På en ögonklinik övertog specialutbildade sjuksköterskor uppgifter från ögonläkarna, vilket gjorde att fler patienter kunde tas emot av läkarna. Administrativ personal tog i sin tur över uppgifter som sjuksköterskorna tidigare hade gjort.

På flera kliniker frigjordes läkartid genom att vissa återbesök bokades in hos annan yrkeskategori istället för hos läkaren.

11. Förändra interna steg och åtgärder i processen till externa.

Granska alla åtgärder i vårdprocessen. Det som idag görs som ett steg i processen kanske kan göras på annat sätt, av någon annan eller inte alls.

Exempel

För att minimera vårdtiden i sluten vård kan vissa moment genomföras på mottagning före inläggningsdagen. Patienten kan då komma på operationsdagen istället för att skrivas in dagen före.

I samma syfte kan vissa åtgärder utföras i öppen vård - på mottagning eller i primärvården - efter vårdtillfället.

12. Tydliggör ansvarsfördelningen.

Nämn ansvarig person vid namn och funktion.

Använd inte "vi", "avdelningen" eller liknande när ansvarsförhållanden ska klargöras. Allas ansvar blir lätt ingens ansvar.

13. Minska variationerna i medicinsk praxis.

Medicinsk praxis varierar! Det är en viktigare förklaring till skillnader i resursutnyttjande än skillnader i befolkningens behov av sjukvård.

Sedan lång tid tillbaka är det känt att medicinsk praxis varierar mellan olika läkare, kliniker och orter. Genom att studera och diskutera enhetens medicinska praxis och jämföra med andra, får man ett underlag för en intern "konsensusdiskussion". Det handlar inte om att alla skall göra exakt likadant, utan att om minska variationerna i hur man tar om hand likartade sjukdomsproblem. Ofta framförs åsikten att det är i detta som den stora effektiviseringspotentialen finns.

14. Var tydlig i prioriteringen

Ta aktiv ställning till stillastående väntelistor.

I bland förekommer att kliniker har stillastående väntelistor för patienter som väntar på lågprioriterade ingrepp. En patient som idag sätts upp på en sådan väntelista riskerar att aldrig bli behandlad. Det är oetiskt att förespegla patienter en åtgärd som inte kommer att utföras. Ett tydligt och öppet ställningstagande till dessa väntelistor bör leda till att de avvecklas antingen genom att åtgärden utförs eller att man tydligt upplyser patienterna om att åtgärden inte kommer att utföras.

15. Rätt kompetensmix.

Genom att ha en bred personalkompetens ökar möjligheterna till flexibilitet. Fler kan "hugga i" där det behövs. Samtidigt ökar kontinuiteten sett ur patientens perspektiv. Detta till skillnad från att ha många olika individer med en mycket smal kompetens, vilket i sin tur innebär att några kan vara sysslösa, samtidigt som andra är överbelastade.

16. Riv de organisatoriska reviren.

Kom ihåg - verksamheten är till för patienternas skull.

Använd vårdplatser över avdelnings- och klinkgränser gemensamt t ex vid en hotande överbeläggning. Om det är oklart vad patienten lider av och till vilken specialitet patienten "hör", lägg in patienten där det finns plats och ta gemensamt ansvar för utredningen. Stimulera personalens flexibilitet. Belöna dem som flyttar på sig till andra avdelningar och kliniker. Låt inte svårt sjuka patienter bli Svarte Petter i spelet om att hålla klinikens budget i balans.

17. Planera löpande.

I stället för att "lägga remisser på hög" för senare planering av besök eller operationer bokas aktiviteten in direkt medan patienten är kvar på mottagningen.

Många kliniker planerar arbetet stötvis dvs. man avstår från direkt inplanering av den aktuella aktiviteten när man har patienten framför sig. Istället läggs remisser, återbesökslappar och operationsanmälningar på hög till planeringsmötet, nästa månads schema eller operationskonferensen. Ofta har den som beslutar om aktiviteten inget inflytande över planeringen. Detta i kombination med en stötvis planering leder till ojämn belastning i början och slutet av schemaperioden.

Detta system tillåter inte heller att sena återbud till operation - kanske i morgon - kan erbjudas en patient som idag besöker mottagningen. Direkt bokning av rutinbesök och rutinoperationer skulle innebära en bättre service till patienten, ge ett jämnare flöde i verksamheten och innebära ett bättre resursutnyttjande. Avancerade eller resurskrävande ingrepp planeras som tidigare i särskild ordning.

Annat sätt att lägga schema kan t ex vara rullande förlängning med en vecka i taget i stället för en hel månad och i kallelserutiner t ex att sex-månadaders kontrollbesök bokas på dagen fem månader efter föregående besök i stället för att alla bokas in den första eller sista i månaden

Strategi: Påverka efterfrågan

Mycket av det som görs i hälso - och sjukvården görs av tro och vana och skulle utan nackdel, men inte utan svårigheter, kunna förändras. Debatten om patienternas förväntningar och att informationen måste bli bättre, antyder ofta att det finns möjligheter att minska efterfrågan på sjukvård, vilket skulle kunna leda till bättre resursutnyttjande och bättre resultat. Faktiska försök att verkligen minska efterfrågan är sällsynta och de som finns bygger vanligtvis på mekanismer som remiss-tvång, differentierade avgifter och liknande.

En speciell sorts efterfrågan är den olika aktörer har på varandra i vårdprocesserna. Om det i en verksamhet inte finns någon konsensus om vilka metoder, instrument eller t ex läkemedel som ska användas i olika aktiviteter, behandlingar och processer kan komplexitetsgraden bli hur stor som helst till nackdel för dem som ska arbeta i verksamheten.

18. Begränsa det varu- och instrumentsortiment som används.

Fyll inte hyllor och förråd med artiklar, instrument och andra produkter t ex läkemedel, som används mycket sällan.

Många verksamheter lagerhåller ett stort antal artiklar som många gånger är nästan likvärdiga och ibland helt utbytbara. En sådan lagerhållning binder kapital, tar utrymme och **kostar tid att administrera**.

Uppdukning t ex inför en operation tar längre tid om varje kirurg har personliga preferenser och valmöjligheterna är många. Standardisera och begränsa sortimentet. Fastställ ett så litet antal olika ”galler” som möjligt. Reducera lagerhållning av sällan använda produkter. Träffa avtal med andra avdelningar och liknande om att **en** avdelning lagerhåller sällsynta men nödvändiga produkter. Ett komplett sortiment hjärtmediciner kanske finns på hjärtavdelningen men inte i varje medicinskåp. Ytterligare ett exempel är hantering av ren tvätt. Istället för att personalen skall ägna tid åt att packa upp linne och rena kläder i skåp, förvaras ren tvätt på samma vagnar som den levereras på.

Exempel

På ett sjukhus som var beroende av s k stafettläkare, fastställde verksamhetschefen vilka läkemedel och rutiner som skulle användas, efter att de insåg att det inte fanns fasta rutiner för någonting.

19. Aktiv expektans kan minska efterfrågan

Allt behöver inte behandlas - det finns en naturlig läkningsprocess. Sätt bara upp patienter på väntelista som uppfyller indikationerna för den insats som planeras.

Exempel

Aktiv expektans har prövats bl a på barn med öroninflammationer för att minska risken för att antibiotikaresistenta bakteriestammar utvecklas. Patienterna erbjöds avgiftsfria återbesök istället för ett recept på antibiotika, vilket många nappade på. På kort sikt kan detta uppfattas som en ökad belastning på mottagningen, men på längre sikt har patienterna sannolikt lärt sig när de kan vänta några dagar innan de uppsöker sjukvården. Detta samtidigt som risken för antibiotikaresistens minskar, vilket i sig är en latent besparing.

En klinik som skrev brev till några av sina väntande patienter upptäckte att en stor andel av dem inte längre var i behov av eller önskade bli opererade. För snabba insatser kan alltså leda till att resurser används till sådant som läker ut av sig självt.

Det händer vidare att patienter sätts upp på väntelista för behandling ”för säkerhets skull” trots att både de själva och läkaren är tveksamma till behovet. Ett bättre alternativ är att ge patienten en ”fribiljett”, d v s löfte om att snabbt bli omhändertaganden om problemet kvarstår eller förvärras efter viss tid.

20. Samordna mottagningsbesök.

Verksamheten kan effektiviseras genom att patienten vid ett och samma besök erbjuds flera tjänster. Flera patienter kan ses samtidigt i s k gruppbesök.

Exempel

Patienter som besöker en mottagning genomgår de undersökningar som behövs vid ett och samma tillfälle istället för att återkomma flera gånger. Se även koncept 6 och exemplet med bröstmottagning.

Det finns exempel på s k ”single visit clinic” i England där neurologiska utredningar som förut tog månader och tre till fem besök för patienten, nu tar en dag.

Patienter som var aktuella för utprovning av hörapparat inbjöds tillsammans med sina anhöriga till informationsmöte om hörapparater. Detta ledde dels till att vissa patienter avstod dels att själva utprovningen gick fortare, därför att vissa frågor redan var avklarade och att patienterna och deras anhöriga visste hur det hela gick till.

Gruppinformation i samband med utskrivning förekommer också vid vissa BB-avdelningar. Detta ersätter inte all information och varje föräldrapar träffar också en barnmorska enskilt. Ryggskolor, astmaskolor, diabetesskolor, hypertoni-mottagningar etc är andra exempel på vanligt förekommande gruppaktiviteter.

21. Standardisera.

Fastställ rutiner och vårdprogram för vanligt förekommande problem. Genom att så långt möjligt tillämpa överenskomna rutiner och vårdprogram för olika patientkategorier spar man tid och resurser. Det kan gälla allt från akuta tillstånd till mer vardagliga hälsoproblem.

Exempel

En uppföljning av omhändertagandet av patienter med akut astma visade att i de fall behandlingen avvek från vårdprogrammet var det vanligast att patienterna underbehandlades. Det visade sig vidare att de patienter som underbehandlades hade längre total vårdtid på akutmottagningen och fler vårdtillfällen jämfört med de patienter som behandlades i enlighet med vårdprogrammet. Avvikelsen från vårdprogrammet ledde således till sämre vård för patienterna och större belastning på akutmottagningen.

22. Triage - korrekt bedömning och handläggning från början.

Den person som gör en första bedömning av patienten eller den inkomna remissen, måste ha kompetens och mandat att lotsa patienten eller remissen vidare i systemet. Det gäller även bedömning att remissen kommit fel och inte ska processas vidare.

Exempel

Remisser på patienter som av en specialistläkare bedömts vara i behov av en viss undersökning eller behandling, behöver inte ses av ytterligare en specialist för att konstatera det som står på remissen. Patienten bör kunna kallas direkt till den föreslagna åtgärden.

23 Praktisera kunskapsbaserad medicin.

Ifrågasätt ständigt gällande praxis. Baseras det som görs på aktuell kunskap eller bygger det på tradition?

Exempel

En öronklinik hade t ex långa väntetider för hörselkontroll av patienter, som behandlades med dialys. Rutinen infördes i dialysens barndom därför att man hade upptäckt tilltagande hörselnedsättning hos vissa dialyspatienter. Förbättrad dialys-teknik har gjort dessa problem sällsynta, men rutinkontrollerna fanns kvar. En överläggning mellan öronläkare och njurmedicinare reducerade väntelistan till noll på en eftermiddag.

24 Flytta efterfrågan.

Styr över efterfrågan till en mindre belastad vårdgivare i systemet. I detta koncept gäller mer än i något annat koncept att se till helheten, så att förändringen inte resulterar i försämringar för patienten eller andra delar av systemet.

Exempel

Patienten hänvisas till distriktssköterskan istället för till kirurgmottagningen för att ta bort stygn eller göra annan uppföljning efter mindre ingrepp.

Patienten hänvisas till sin vårdcentral eller husläkare för uppföljning efter ett besök på akutmottagningen.

Återbesök görs hos arbetsterapeut istället för läkare efter enklare handoperationer.

Återbesök görs hos sjukgymnast efter okomplicerade knä- och höftplastikoperationer.

25. Förebygg efterfrågan.

Tillgodose behoven innan efterfrågan uppstår.

Exempel

Många telefonsamtal och akuta återbesök kan förebyggas om patienten informeras på ett bra sätt före undersökningen eller ingreppet.

”Det kommer att kännas värst tredje dagen efter operationen och Du kommer att ha svårt att äta, men det går över inom två dygn” ”Du kommer att ha blod i urinen upp till 12 dagar efter operationen. Det är helt normalt och Du behöver inte uppsöka läkare”.

26. Främja egenvård och engagera patienten mer i sin egen vård och behandling.

Detta är förmodligen det mest kraftfulla förändringskonceptet när det gäller att styra om efterfrågan. Många patienter kan och vill göra mycket själva bara de får lära sig hur de skall göra.

Exempel

Stödet till patienter med kroniska sjukdomar, bedöms av många ha en mycket stor förbättringspotential. Det kan t ex handla om underhållsmedicinering, vaksamhet mot försämringar eller tydliga riktlinjer vad som ska göras när olika tillstånd inträffar. Patienten med diabetes som själv doserar sitt insulin baserat på aktuellt blodsockerprov är bara ett exempel.

Erbjud besök eller kontakter när det passar patienten. Antingen kallelserutinerna är muntliga, skriftliga eller elektroniska minskar antalet uteblivna patienter, om patienten själv kan påverka tidpunkten, vilket i sin tur ökar effektiviteten i verksamheten.

Strategi: Balansera efterfrågan och utbud.

För att väntetider inte skall uppstå måste det råda balans i kapacitet och efterfrågan. Så fort efterfrågan är större än kapaciteten uppstår väntetider. Är kapaciteten större – vilket inte är något vanligt problem - sker kanske en indikationsglidning för olika undersökningar och behandlingar. Detta brukar kallas att utbudet styr efterfrågan.

Är det balans men ändå lång väntetid eller många som väntar, kan vissa punktsatser behöva göras för att bli av med vad som i dessa sammanhang brukar kallas "ryggsäcken".

En huvudregel som myntats av Mark Murray som är läkare med mångårig erfarenhet av förbättringsarbete är "Gör dagens arbete idag, så har Du tid att göra morgondagens arbete imorgon".

27. Förutse efterfrågan med större säkerhet.

Den viktigaste förutsättningen för att kunna balansera efterfrågan och utbud är att man känner till efterfrågans omfattning och variation över tid.

Exempel

En vårdcentral löste sina tillgänglighetsproblem genom att kartlägga den aktuella efterfrågan och därefter regelbundet varje vecka avsätta tid för att planera och prioritera nästkommande veckas mottagning.

Nya arbetsscheman - kallad Tvättstugemetoden - har införts på flera håll och innebär dels att fler personer är på plats när det krävs mer personal, dels att personalen själv sätter ihop sitt schema genom att inom vissa givna ramar boka in sig på pass när de önskar arbeta.

En klinik införde 5-dygnsvård (måndag –fredag) på en avdelning för patienter som bedömdes behöva korta vårdtider och kunde reducera personalbehovet helt på lördagar och söndagar.

28. Jämna ut arbetsbelastningen.

Påverka variationer i efterfrågan istället för att ständigt anpassa personalstyrkan till den aktuella efterfrågan.

Exempel

Patienter som skall kallas till kontrollbesök, boka in på tider, dagar och årstider när man vet att efterfrågan i form av akutbesök är mindre. Dessa patienter planeras in löpande, istället för att deras journaler samlas på hög och alla kallas samtidigt en gång per halvår. Ett tips från USA är att hålla måndagar, tisdagar och fredagar så fria från återbesök som möjligt, för att då ha kapacitet att ta nybesök.

Sjukskriv inte rutinmässigt alla patienter t o m en söndag, så att alla som behöver förnya sitt läkarintyg uppsöker akutmottagningen söndag kväll eller måndag morgon.

Förebygg strykningar i operationsprogrammet, så att inte operationspersonal går sysslolös samtidigt som köerna till operation växer.

29. Anpassa bemanningen efter förutsägbara behov.

Om man har gjort vad som går för att minska variationerna i efterfrågan, återstår det att anpassa bemanningen till de behov som oftast kan förutses. Kartlägg vilken personal som behövs och när över veckans alla dagar, dygnets alla timmar och årets alla veckor.

Exempel

Då man vet att telefonrådgivningen är hårt belastad när andra mottagningar är stängda, är bemanningen högre på kvällar och vissa helger än under vardagar.

Av erfarenhet vet man att efterfrågan ökar kraftigt på vissa semesterorter under semestersäsong. Under dessa perioder anställs därför extra personal och den ordinarie personalen undviker att ta ut planerade ledigheter.

Akuta frakturer är vanliga under vintersäsongen, varför det reserveras mer tid för akut vård periodvis.

30. Identifiera och avlägsna flaskhalsar.

En flaskhals i processen är varje steg som inte motsvarar den aktuella efterfrågan på just det steget. För att öka genomflödet måste dessa flaskhalsar identifieras, vidgas eller helt enkelt tas bort om det är möjligt. Tecken på flaskhals är att människor väntar eller att arbete hopar sig.

Exempel

En mottagning upptäckte att deras flaskhals var brist på undersökningsrum. Istället för att se fler rum som den enda lösningen, började de studera vilka moment i undersökningen, som måste göras i undersökningsrummet och vilka moment som kunde göras i andra utrymmen. De fann att många moment inte krävde undersökningsrummets utrustning och att de kunde frigöra rum, genom att bara göra det absolut nödvändiga i det som utgjorde flaskhalsen.

En annan mottagning gjorde samma upptäckt men märkte också att nyttjandet av rummen varierade kraftigt över dagens olika timmar. En sjukgymnastmottagning löste det problemet till viss del, genom att alla sjukgymnaster hade olika telefoni-

der och schemalagd tid för administrativt arbete. Vidare schemalades tjänstgöringen så att inte alla sjukgymnaster var på mottagningen samtidigt.

31. Arbeta ikapp "ryggsäcken".

Även om man hittar lösningar på att balansera utbud och efterfrågan, krävs det ofta extra insatser för att arbeta bort en ackumulerad kö ("ryggsäck").

Exempel

En klinik införde 'erfarna fredagar'. Med det avsågs att klinikens mest erfarna team opererade dessa dagar, vilket innebar att de hann mer än vanliga dagar på kliniken.

En klinik hade extra mottagning ett bestämt antal lördagar under en viss period. Ofta krävs det **tillfälligt** extra resurser för att arbeta undan ryggsäcken. För en kvarstående förbättring krävs sannolikt samtidiga systemförändringar. I samma ögonblick som en uppgift skjuts upp till någon kommande dag, vecka eller månad har man börjat bygga upp en ny "ryggsäck".

32. Använd befintliga resurser flexibelt.

Låt det inte uppstå köer i en del av systemet om det samtidigt finns ledig kapacitet i en annan del.

Exempel

Specialistresurser anlitas även för okomplicerade fall, om de tillfälligt har överkapacitet och efterfrågan är hög.

Sjukhusledningen beslöt att en speciell klinik enbart skulle ta hand om akuta patienter under en viss period. Klinikens akutverksamhet omfattade cirka 30 procent av klinikens hela verksamhet, men beslutet blev att reducera personalen med 50 procent under den aktuella perioden. Detta fick till följd att man fick en överkapacitet på 20 procent som man trots beslutet kunde använda för att kalla in väntande - icke akuta - patienter.

33. Ha alternativa handlingsmöjligheter i beredskap om planeringen spricker.

Trots planering kan det uppstå oförutsedda situationer, som orsakar förseningar och väntetider. Utarbета en plan för hur Ni skall handla om någon i personalgruppen ringer på morgonen och meddelar att han är sjuk eller måste vara hemma hos sjuka barn.

Exempel

En mottagning hade som rutin att alltid ha ett kort morgonmöte på stående fot innan de första patienterna för dagen kom. Framkom att något oförutsett hänt hjälpte alla till att lösa situationen. Patienterna i väntrummet informerades och snabba återbesök klarades av, medan andra erbjöds ny tid om de inte ville vänta.

Inbokade patienter senare under dagen kontaktades och erbjöds tid en annan dag. Ingen patient skulle behöva vända i dörren för att en personal var sjuk. Alla arbetade 'över' tills dagens patienter var avklarade.



Sveriges
Kommuner
och Landsting

118 82 Stockholm • *Besök* Hornsgatan 20
Tfn 08-452 70 00 • *Fax* 08-452 70 50
info@skl.se • www.skl.se