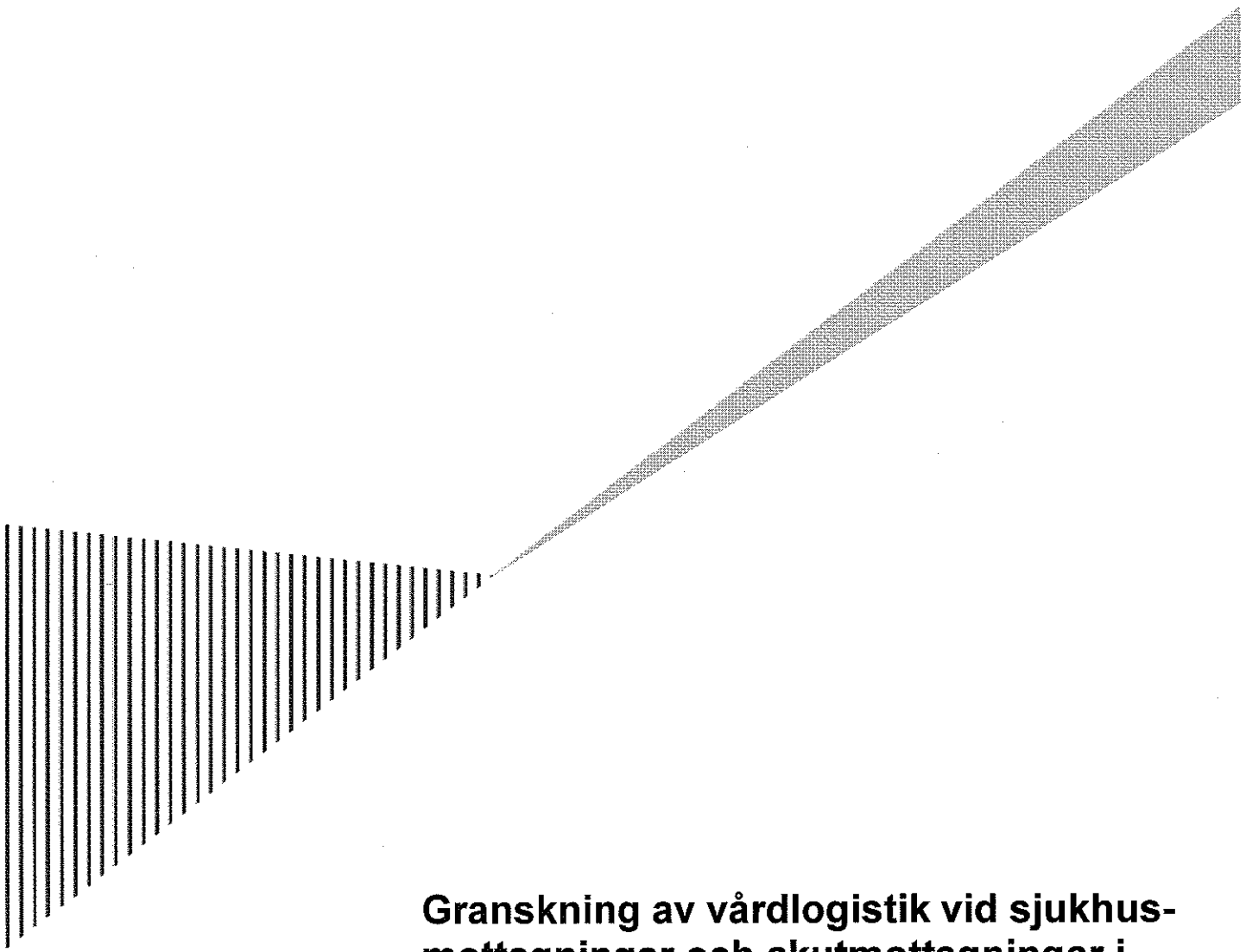
Dnr Rev 21-2009



Granskning av vårdlogistik vid sjukhus-mottagningar och akutmottagningar i Västra Götalandsregionen

Anders Hellqvist (Projektledare)
Sofi Larsson
David Augustsson
Conny Mathiesen
Vilhelm Rundquist

ERNST & YOUNG

Innehållsförteckning

Sammanfattning **2**

Syfte 2

Avgränsning 2

Metod 2

1. Inledning **5**

1.1. Bakgrund 5

1.2. Syfte 5

1.3. Avgränsning 5

1.4. Metod 5

2. Vårdlogistik och verksamhetsutveckling i svensk hälso- och sjukvård **6**

3. Mottagningarnas organisatoriska villkor **9**

4. Vårdlogistik och kapacitetsstyrning vid 8 mottagningar **9**

4.1. Matchning av kapacitet och efterfrågan 10

4.2. Användande av moderna logistiskprinciper 12

4.3. Lednings- och utvecklingskultur 13

5. Vårdlogistik och kapacitetsstyrning vid 4 akutmottagningar **15**

5.1. Matchning av kapacitet och efterfrågan 15

5.2. Användande av moderna logistikprinciper 17

5.3. Lednings- och utvecklingskultur 18

6. Utvecklingsstrategier och centrala resurser **20**

6.1. Södra Älvsborgs sjukhus - SÄS 20

6.2. NU-sjukvården 20

6.3. Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) 21

6.4. Skaraborgs sjukhus (SkaS) 21

7. Slutsatser och rekommendationer **23**

Sammanfattning

Ernst & Young har genomfört en granskning ett antal mottagningars sätt att arbeta med vårdlogistik. Ett av sjukvårdens uppdrag utöver att leverera kvalitativt god och patientsäker vård är att erbjuda tillgänglig vård. Västra Götalandsregionen har som ett långsiktigt strategiskt mål att sjukvården ska vara lättillgänglig och köfri. Tillgängligheten är beroende av flera olika faktorer. Vilka medicinska val görs? Finns det standards (vårdprogram/standardvårdplaner) och i så fall vilka? Hur mycket resurser finns tillgängliga? Hur planeras kapaciteten visavi aktuellt behov/efterfrågan? Hur är vårdlogistiken både inom och mellan enheter designad? Dessa är några av de viktigaste faktorerna som påverkar tillgängligheten.

Revisionen har önskat att närmare undersöka ändamålsenligheten i regionens arbete med att efterleva ambitionen om köfrihet. I linje med detta kommer två väsentliga komponenter i tillgänglighetsarbetet att granskas - kapacitetsstyrning och vårdlogistik.

Syfte

Syftet är att granska i vilken utsträckning kapacitetsstyrning och modern vårdlogistik utnyttjas eller övervägs för att skapa effektivitet och tillgänglighet inom sjukhusvården i Västra Götalandsregionen..

I den mån granskningen resulterar i uppslag till förbättring skall rekommendationer ges i rapporten.

Med vårdlogistik och vårdnära administration avses de administrativa och logistiska metoder som kan användas i patientnära sammanhang. En effektiv vårdlogistik kan skapa patientsäkerhet, frigöra tid för vårdpersonal samt påverka tillgängligheten.

Avgränsning

Granskningen är avgränsad till att enbart belysa vårdlogistiken inom ett antal utvalda mottagningar. Sjukhusmottagningar är ett slags nav kring vilket mycket av framför allt den planerade vården kretsar. Någon bild av hur vårdlogistiken fungerar i vårdkedje- eller processperspektiv innefattande alla funktioner i en vårdprocess ger denna granskning inte. Det är i huvudsak mottagningarnas interna processer som är föremål för uppmärksamhet.

Metod

Granskningen beskriver i vilken utsträckning de granskade mottagningarna arbetar utifrån modern vårdlogistik vilket beskrivs i avsnitt 3.

Vi har besökt 12 mottagningar (8 öppenvårdsmottagningar och 4 akutmottagningar) för att kartlägga de existerande arbetssätten och verksamhetsstyrningen. Vid besöken har intervjuer gjorts med chefer och relevanta nyckelpersoner i de studerade processerna. Därefter har samtliga konsulter gemensamt analyserat enheterna utifrån tre bedömningsperspektiv vilka bygger på den vedertagna kunskapsfront som idag är tämligen känd inom svensk sjukvårds utvecklingsarbete. De tre perspektiven är

- Enheternas matchning av kapacitet mot efterfrågan
- Enheternas användning av moderna logistikprinciper
- Enheternas lednings- och utvecklingskultur

Dessutom har intervjuer genomförts med ansvariga för verksamhetsutvecklingen vid de fyra sjukhusen.

Resultat

Sammanlagt 12 mottagningar har värderats utifrån de tre perspektiven matchning, logistikprinciper och utvecklingskultur, vilket innebär 36 olika bedömningar. Av dessa fick mottagningarna vid 14 bedömningspunkter värderingen 3 eller 4, vilket innebär "tämligen utvecklat eller exemplariskt". Vid de övriga 22 bedömningspunkterna värderades enheternas arbete med vårdlogistik till 2 ("i någon grad") eller 1 ("obefintligt").

Mottagningarnas vårdlogistik

Ett framträdande drag är att Skaraborgs sjukhus (SkaS) utmärker sig på ett positivt sätt. När det gäller de aspekter som denna granskning avser har alla tre enheter inom SkaS visat sig svara upp tämligen väl mot de principer som finns inom modern vårdlogistik. Den enskilda enhet som fick den mest positiva bedömningen var emellertid ortopedkliniken vid SÄS i Borås. Samma sak gällde där.

Akutmottagningarnas vårdlogistik

Akutmottagningarna tycks vara mer i framkant än öppenvårdsmottagningarna när det gäller vårdlogistik. Utifrån Ernst & Youngs erfarenhet från många akutenheter i landet tycks akutenheterna i Västra Götaland ha anammat en hel del av de arbetssätt som har kommit att bli verkningsfulla inom akutvården.

Sammantagen bedömning av de 12 granskade enheterna

Det sammantagna resultatet är att det finns en hel del kvar att göra för att sjukvårdsarbetet ska stödjas av en smidig logistik. Även bedömningen tre innebär att det finns flera steg att ta för att ligga i paritet med de främsta enheterna inom sjukvården.

Vissa brister är av grundbultskaraktär. Vid intervjuerna med de utvecklingsansvariga vid samtliga fyra sjukhus ställdes frågan hur många läkarscheman som i egentlig mening lades utifrån en analys av efterfrågan den närmaste schemaperioden. Svaret var nedslående. I den mån som det fanns kunskap om detta var svaret att det endast förekommer några fåtal föredömliga exempel vid respektive sjukhus.

Samtliga sjukhus bör förstärka arbetet med vårdlogistik så att alla enheter svarar upp minst emot bedömningen 3. En sådan satsning kan ge mycket positiva återverkningar på tillgängligheten.

Svag betoning på vårdlogistikens kärna

Det normativa inslaget från sjukhusens utvecklingsenheter berör nästan uteslutande hur förbättringsarbete bör bedrivas, förankras, uppmuntras, stödjas, planeras och följas upp. I princip inga normativa ställningstaganden görs när det gäller själva kärnan eller "hårdvaran", nämligen vad som kännetecknar en effektiv verksamhet som exempelvis träffsäker tidbokning, köeliminering eller värdeskapande arbete. Skövde utgör ett undantag, om än litet, på denna punkt. Möjligen finns det för regionen skäl att ompröva detta förhållningssätt.

Utvecklingsenheterna rekommenderas att överväga att inte enbart vara normativa när det gäller hur ett förändringsarbete bör bedrivas utan även i hur produktion och kapacitet bör styras och vad som kännetecknar en ideal process. Det innebär inte på något sätt att verksamheten ska styras centralt utan innebär att vägen fram till ett lokalt framgångsrikt arbetssätt kan bli mycket kortare.

Regionens ambition om köfri vård

Granskningen reser stora frågetecken kring det faktum att regionen samtidigt med målet köfrihet. En enhet som arbetar helt utifrån modern vårdlogistik har som verksamhetsmål att undvika köbildning av de skäl som beskrivits tidigare i rapporten. I det perspektivet är det anmärkningsvärt att de allra flesta av de granskade enheterna, även vissa utvecklingschefer, tycks styra mot att klara väntetider på 90 dagar och i värsta fall 180 dagar till behandling. Än mer anmärkningsvärt blir det vid beaktande av att regionens strategiska mål är att erbjuda en köfri sjukvård. En patient som får vänta 85 dagar på en undersökning anser knappast att vården är köfri. Detta faktum bör ses som en indikator på att sjukhusen fortfarande har en lång väg kvar till att arbeta efter modern vårdlogistik.

Regionen bör göra allvar av sin ambition att skapa en köfri vård. Det är inte säkert att det går att nå dit, det finns flaskhalsar i alla system. Poängen är att köeliminering bör vara en central aspekt av verksamhetsstyrningen. Vinsterna är stora även om inte målet nås fullt ut. Vårdgarantin är därvidlag olämplig som utgångspunkt för vårdens målsättningar.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Ett av sjukvårdens uppdrag utöver att leverera kvalitativt god och patientsäker vård är att erbjuda tillgänglig vård. Västra Götalandsregionen har som ett långsiktigt strategiskt mål att sjukvården ska vara lättillgänglig och köfri. Tillgängligheten är beroende av flera olika faktorer. Vilka medicinska val görs? Finns det standards (vårdprogram/standardvårdplaner) och i så fall vilka? Hur mycket resurser finns tillgängliga? Hur planeras kapaciteten visavi aktuellt behov/efterfrågan? Hur är vårdlogistiken både inom och mellan enheter designad? Dessa är några av de viktigaste faktorerna som påverkar tillgängligheten.

Revisionen önskar närmare undersöka ändamålsenligheten i regionens arbete med att efterleva ambitionen om köfrihet. I linje med detta kommer två väsentliga komponenter i tillgänglighetsarbetet att granskas - kapacitetsstyrning och vårdlogistik.

1.2. Syfte

Syftet är att granska i vilken utsträckning kapacitetsstyrning och modern vårdlogistik utnyttjas eller övervägs för att skapa effektivitet och tillgänglighet inom sjukhusvården i Västra Götalandsregionen..

I den mån granskningen resulterar i uppslag till förbättring skall rekommendationer ges i rapporten.

1.3. Avgränsning

Granskningen är avgränsad till att enbart belysa vårdlogistiken inom ett antal utvalda mottagningar. Sjukhusmottagningar är ett slags nav kring vilket mycket av framför allt den planerade vården kretsar. Någon bild av hur vårdlogistiken fungerar i vårdkedje- eller processperspektiv innefattande alla funktioner i en vårdprocess ger denna granskning inte. Det är i huvudsak mottagningarnas interna processer som är föremål för uppmärksamhet.

1.4. Metod

Med vårdlogistik och vårdnära administration avses de administrativa processer och logistiska metoder som kan användas i patientnära sammanhang. En effektiv vårdlogistik kan skapa patientsäkerhet, frigöra tid för vårdpersonal samt påverka tillgängligheten.

Granskningen beskriver i vilken utsträckning de granskade mottagningarna arbetar utifrån modern vårdlogistik vilket beskrivs i avsnitt 3.

Vi har besökt 12 mottagningar (8 öppenvårdsmottagningar och 4 akutmottagningar) för att kartlägga de existerande arbetssätten och verksamhetsstyrningen. Vid besöken har intervjuer gjorts med chefer och relevanta nyckelpersoner i de studerade processerna. Därefter har samtliga konsulter gemensamt analyserat enheterna utifrån de bedömningskriterier som presenteras i avsnitt 4.

Dessutom har intervjuer genomförts med ansvariga för verksamhetsutvecklingen vid de fyra sjukhusen.

2. Vårdlogistik och verksamhetsutveckling i svensk hälso- och sjukvård

Utveckling av hälso- och sjukvården har alltid pågått och därtill med en ganska hög utvecklingshastighet. Vid en jämförelse mellan en ordinär vårdavdelning vid en specialistklinik idag och för 15 år sedan är skillnaderna slående. Dagens inneliggande patienter är betydligt sjukare och mer vårdkrävande, inte för att sjukvården blivit sämre utan för att många av de som idag vårdas på sjukhus inte hade överlevt för 15 år sedan. Samtidigt har antalet vårdplatser vid svenska sjukhus hela tiden minskat, främst därför att moderna behandlingsmetoder gjort det möjligt att behandla sjukdomar utan långvarig sjukhusvistelse. Den medicinska utvecklingen fortsätter.

Fram till 90-talets början var utvecklingsarbetet till allra största del fokuserat på det medicinska innehållet. Under 1990-talet formades en annan utvecklingsinriktning som kom att ha sitt fokus på patientflöden och processer där olika aktiviteter knyts samman, samordnas och koordineras. Några av skälen till denna utveckling mot vårdlogistik är den ökade specialiseringen som gjort sjukvården mer komplex men även den ökande problematiken beträffande tillgängligheten har haft betydelse.

I relation till andra verksamheter i samhället är emellertid sjukvårdens betoning på utveckling av processer och logistik fortfarande ganska svag. Fokus för utveckling är alltjämt produktionen (i detta fall behandlingsmetoder).

Behovet av ett effektivt resursutnyttjande har sedan 1990-talets början varit en stor fråga för sjukvården vilket gjort att man sökt verktyg för att effektivisera verksamhetens processer. En mängd olika modeller med det gemensamma syftet att komplettera den funktionsbaserade sjukvårdsorganisationen med en processinriktning tillämpades under 90-talet ofta med stark koppling till begreppet kvalitet. TQM (Total Quality Management), QUL (Kvalitet, utveckling, ledarskap) samt "Kvalitet till er tjänst" är några modeller som blivit väl kända men inte alltid tillämpade fullt ut. Beskrivning och förbättringar av olika processer var en kärna och många arbetsgrupper har ritat processkartor med Post-It-lappar under åren.

Under senare delen av 90-talet växte två andra koncept fram inom svensk hälso- och sjukvård. "Genombrottsmetoden" var en av dåvarande Landstingsförbundet rekommenderad metod för utveckling och fokus på tillgänglighetsskapande åtgärder blev ännu tydligare. I samma period etablerades begreppet "Bra mottagning" vilket i många delar var en konceptualisering av genombrottsmetodiken just på mottagningsverksamhet, d.v.s. sjukhusmottagningar och vårdcentraler. Några av ledstjärnorna i dessa modeller var och är:

- Utgå från patientens behov
- Bygg på personalens kunskap om det vardagliga arbetet
- Gör dagens arbete idag – inte sedan
- Mät, beskriv, analysera och testa i liten skala
- Anpassa kapaciteten efter behovet
- Ta bort aktiviteter som inte tillför kunden/patienten något värde

I den retorik som finns kring verksamhetsutvecklingsmodellerna återkommer några grundläggande värderingar och axiom. Ledningen måste vara engagerad och pådrivande och medarbetarna måste vara delaktiga och få kunskap om förbättringsarbete.

Lean production har under den ovan beskrivna perioden från 1990 kommit att bli en av de managementfilosofier som vunnit starkt gehör inom den tillverkande industrin. Ursprungligen kommer konceptet och den tillhörande begreppsapparaten till stora delar från Toyotas företagsfilosofi. Under de senaste åren har också Lean production rönt stort intresse inom svensk sjukvård. Bland annat bedriver Universitetssjukuset i Lund ett omfattande utvecklingsarbete benämnt Lean Healthcare.

Alla de ovan beskrivna koncepten innehåller dels de redovisade axiomen dels ett antal logistiska principer som kan användas för att utveckla en verksamhet mot bättre effektivitet och därmed större arbetsglädje för personalen. Referensramen för den analys och bedömning som görs i nästföljande kapitel tar sin utgångspunkt i följande logistiska principer.

Eliminering av köer

Enligt modern logistik är köer eller väntan av alla slag ett fenomen som genererar aktiviteter och kostnader som inte skapar något värde för kunden/patienten. På samma sätt som ett lager kostar pengar så vill väntande patienter ha information om läget och hur deras besvär kommer att prioriteras i förhållande till andras. Lager måste struktureras och ha god ordning så man hittar. På samma sätt behöver en lång väntelista analyseras så personalen vet vilka som bör prioriteras o.s.v. Därför strävar en effektiv verksamhet efter att minimera köer och väntetider i första hand för patientens skull men också för att frigöra sig från icke värdeskapande arbete.

Att långsiktigt undvika köer förutsätter att verksamheten planeras efter en matchning av efterfrågan och kapacitet vilket i sin tur kräver information om båda dessa delar.

Ledtider

Starkt kopplat till köfokuseringen är begreppet ledtider. Genom att i verksamhetsstyrningen fokusera ledtider kan många vinster göras, inte minst för patienten. Ledtid avser den tid som förflyter från det att ett beslut fattas om en åtgärd (exempelvis en remiss eller acceptans av en remiss) tills dess att den är utförd. Det är bättre att exempelvis genomföra både provtagning och läkarbesök vid ett och samma tillfälle istället för att dela upp aktiviteterna i två tillfällen. Korta ledtider gynnar kvalitet, patientsäkerhet, ekonomi och arbetsglädje.

Standardisering

Ju mer man kan utveckla standards (riktlinjer) för hur arbetet skall gå till och vilka resurser som ska tas i anspråk desto större är möjligheterna att frigöra tid och säkerställa kvalitet. Dessutom kan möjligheterna till flexibilitet öka. Om en mottagning exempelvis inför standards för bedömning och tidbokning kan kvalitet säkras och tider bokas utan extra kommunikation. En standard kan också förbättra lärandet om medarbetarna för dialog kring eventuella förbättringar av riktlinjerna.

Flexibilitet

För att kunna balansera kapaciteten mot aktuell efterfrågan krävs att det finns flexibilitet i systemet. Ett besök kan ersättas med telefonsamtal, ett läkarbesök kan i vissa fall med fördel ersättas av ett sjuksköterskebesök. Antalet sökande patienter kan av olika skäl bli stort en viss vecka eller i slutet av veckan och då gäller det att kunna ställa om så att köer eller "ryggsäckar" inte skapas.

Resurssnål och träffsäker tidbokning

Genom att på olika sätt och i olika grad involvera patienten i att boka tider kan en större träffsäkerhet erhållas genom att båda parter väljer en tid som passar båda. Tidbokning på nätet, patienten ringer kort innan ett återbesök och får tid direkt och symptomstyrda besök är såda-

na exempel. Erfarenheterna är goda från sådana förändringar i svensk sjukvård, inte minst inom mottagningsverksamhet.

Det är dessa principer som bildar stomme i granskningen. Principerna är i denna tappning framtagna av Ernst & Young men som tidigare beskrevs finns de som kärnelement i de etablerade utvecklingskoncepten. Därför kan de ses som vedertagna. För ytterligare underlag och vidare läsning hänvisas till SKL:s hemsida under rubriken "Leda för tillgänglighet". Bland annat finns där ett dokument som heter "33 förändringskoncept för bättre flyt och ökad tillgänglighet i hälso- & sjukvården". När det gäller "Bra Mottagning" och "Lean Healthcare" finns det rikligt med litteratur, skrifter och artiklar som beskriver innehållet.

Det finns i granskningen också en stark koppling till socialstyrelsens vägledning till SOSFS 2005:12. Framför allt är det kraven på vård inom rimlig tid som är relevant men även kraven på effektivitet och patientsäkerhet. Denna vägledning betonar starkt vikten av att den professionella (medicinska) måste kombineras med "förbättringskunskap". Det senare handlar till stora delar om att bygga in kunskap om hur processerna (aktivitetsflödena) och logistiken kan förbättras.

3. Mottagningarnas organisatoriska villkor

De granskade öppenvårdmottagningarna ingår som avdelningar/vårdenheter i olika verksamhetsområden (kliniker). Varje mottagning har en mottagningschef som oftast är sjuksköterska. Vid mottagningen arbetar sjuksköterskor, undersköterskor och vissa andra yrkesgrupper som mer eller mindre arbetar enbart vid mottagningen. De allra flesta besök genomförs av läkare men i vissa fall har en del typer av besök överförts till sjuksköterskor eller i vissa fall undersköterskor. Läkarna har oftast mottagningsarbetet som en del i sitt arbete. Utöver mottagningsarbetet ska läkarna även svara för avdelningsvården, operationer och andra behandlingar samt olika typer av ronder. Detta gäller även akutmottagningarna.

Det är ganska sällsynt att de sjuksköterskor och undersköterskor som arbetar vid mottagningen också arbetar på andra ställen som exempelvis vårdavdelningar.

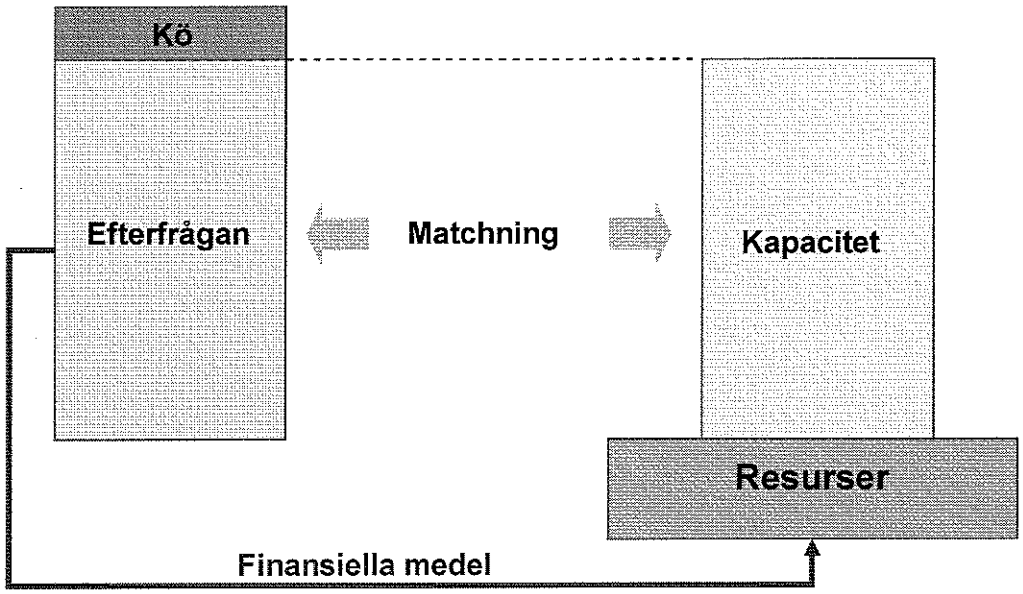
4. Vårdlogistik och kapacitetsstyrning vid 8 mottagningar

I detta kapitel görs en bedömning av hur fyra skopimottagningar och fyra ortopedmottagningar hanterar tillgänglighetskravet utifrån de resurser som finns. Vid ortopedmottagningarna genomförs remissbesök (nybesök) till framför allt läkare. Vid skopimottagningarna genomförs undersökningar med hjälp av endoskopiska instrument rektalt eller via strupen.

Tillgänglighet kan skapas på två sätt. För det första är tillgängligheten beroende av *mängden resurser.* Resurser kan vara finansiella, personella, tekniska och kompetensmässiga. Vissa resurser är mer eller mindre givna medan andra resurser är beroende av förmågan att attrahera resurser. En mottagning kan exempelvis påverka potentiella medarbetares vilja att söka sig till mottagningen.

För det andra är tillgängligheten avhängig hur väl mottagningarna lyckas använda sina resurser. Beroende på hur mottagningens resurser organiseras, administreras och koordineras skapas olika stor *kapacitet.*

I denna granskning är det framför allt kapacitetsstyrningen – *dvs. hur man lyckas skapa kapacitet / tillgänglighet med befintliga resurser* - som är föremål för uppmärksamhet. Hur skapas kapacitet med produktionsplanering och logistiska principer och hur matchas kapaciteten mot efterfrågan? Resonemanget illustreras i nedanstående figur:



Analysen av de åtta mottagningarna och de fyra akutmottagningarna görs utifrån tre perspektiv:

- Matchning av efterfrågan[1] och kapacitet
- Användande av logistiska metoder
- Lednings- och utvecklingsklimat

4.1. Matchning av kapacitet och efterfrågan.

För att bedöma mottagningarnas sätt att matcha sin kapacitet mot efterfrågan har vi försökt få en bild av enheterna utifrån nedanstående frågor:

- I vilken mån planerar de granskade mottagningarna sin verksamhet utifrån hur mycket kapacitet som krävs för att möta den rådande efterfrågan?
- Finns underlag för bedömning av efterfrågan och kapacitet?
- Används informationen?
- Finns strategier för att påverka efterfrågan? Exempelvis kan patientärenden av administrativ karaktär minimeras genom effektiv administration. Vidare kan övervägande göras om fysiska besök kan ersättas med telefonsamtal, om frekvensen av återbesök kan ändras och om kontroller kan förändras för att därigenom påverka efterfrågan.
- Planeras resurserna efter denna information?
- Har mätningar gjorts?
- Finns det uppdaterad information om eventuella listor med väntande patienter?

[1] Vanligtvis görs en distinktion mellan behov (patientens behov i en professionell bedömning) och efterfrågan (patientens sökorsak). Här är efterfrågan vald eftersom en mottagning måste kunna hantera och styra alla patientens efterfrågade tjänster oavsett om de kan anses vara relevanta eller om de bör mötas med annan vårdinstans eller kompetens. Mottagningens kapacitet bör klara av alla ärenden på ett adekvat sätt genom egna åtgärder eller hänvisning.

- Har eventuella köer brutits ner i kapacitetstermer? Denna och föregående punkt är mycket väsentlig. Erfarenheter från sjukvården är att den "kö" av väntande patienter kan te sig mycket stor och betungande då detaljerad kunskap om hur kön ser ut saknas. När kön väl analyserats och översatts till hur mycket mer kapacitet som skulle ha behövts för att köerna skulle uteblivit visar det sig nästan alltid att kapacitetsbristen varit mycket mindre än man föreställt sig.
- Finns det en strävan att utveckla mottagningarnas förmåga att möta efterfrågan med rätt åtgärd?

Resultatet av granskningen avseende mottagningarnas förmåga att matcha kapacitet mot efterfrågan visas i tabell 1:

Mottagning	Matchning
Ortopedimottagning Borås (SÄS)	4
Ortopedimottaning Skövde (SkaS)	3
Ortopedimottagning Mölndal (SU)	1
Ortopedemottagning Uddevalla (NÄL)	2
Skopimottagning Borås (SÄS)	2
Skopimottagning Skövde (SkaS)	3
Skopimottagning Sahlgrenska (SU)	2
Gastrokopimottagning Trollhättan (NÄL)	1

Tabell 1: Bedömning av mottagningarnas matchning av kapacitet och efterfrågan.
1=Obefintligt 2=I någon grad 3=Tämligen utvecklat 4= Exemplariskt

Tre mottagningar utmärker sig i bedömningen av matchningsförmågan, ortopedimottagningen i Borås och Skövde samt skopimottagningen i Skövde. Mottagningen i Borås gör kontinuerligt mätningar och uppskattningar av hur stor efterfrågan kan komma att bli den närmaste perioden. Dessutom översätts dessa prognoser i i kapacitetstermer vilket innebär att mottagningen hela tiden vet vad man hinner med och inte hinner med samt hur stor kapacitet som kommer att behövas eller som kommer att saknas. Vidare har mottagningen brutit ner kapacitetsbehovet på individnivå för läkare och man arbetar efter målvärden för hur många besök som bör klaras av per individ för att verksamheten ska ligga i balans med efterfrågan. Kapacitetsbehovet planeras utifrån ett antal nivåer med olika hög efterfrågan (flöde). Bedömningen exemplarisk är gjord eftersom den ständigt aktuella medvetenheten om efterfrågan och kapacitet präglar styrningen. I den mån mottagningen har problem med tillgänglighet eller annat beror det i så fall inte på att styrningen inte har ett tydligt matchningsinslag. Just vid granskningstillfället har mottagningens möjligheter att matcha efterfrågan och kapacitet beskurits något eftersom det nya IT-stödet inte klarar av att ge en bild av efterfrågan och kapacitet bakåt i tiden, vilket är viktigt för att kunna analysera förändringar.

Även ortopedimottagningen och skopimottagningen i Skövde har en uttalad strategi att beskriva efterfrågan och kapacitet samt att matcha dessa båda för att undvika köer som genererar extra administration.

Skopimottagningen i Skövde har dessutom tagit ett större systemgrepp för att bättre matcha kapaciteten mot den aktuella efterfrågan. Patienter hänvisas vid eventuell köbildning till närmaste skopimottagning inom SkaS men på annan ort. Ett liknande utvecklingsarbete pågår också inom endoskopiverksamheten inom NÄL. Gemensam väntelista är på gång och remissprocessen har varit föremål för analys och utveckling i syfte att korta ledtider.

Skillnaden mellan dessa tre mottagningar är hårfin men ortopedimottagningen i Borås bedöms ha den mest utvecklade, aktuella och systematiska matchningen av dem.

Ortopedimottagningen i Uddevalla samt skopimottagningarna vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) och i Borås (SÄS) har bedömts arbeta i någon grad efter en matchningsprincip. Av dessa är Uddevalla den enhet som ligger närmast bedömningen 3.

Vid ortopedimottagningen i Mölndal (SU) samt skopimottagningen i Trollhättan (NÄL) styrs inte verksamheten i någon nämnvärd utsträckning utifrån efterfrågan och verksamhetsdataunderlaget är bristfälligt och används i liten utsträckning. Styrningen präglas inte av att styra kapaciteten utan verksamhet bedrivs utifrån den resurs som finns tillgänglig. Det finns ingen systematik i ambitionen att eliminera köer.

Alla mottagningar med bedömningen 1 eller 2 bedöms ha stora möjligheter till förbättring med en systematiskt produktionsstyrning där uppskattningen av efterfrågan och kapacitet bildar utgångspunkten. Bristerna vid ortopedmottagningen i Mölndal ska ses mot bakgrund av dels den större omstrukturering som skett inom Sahlgrenska dels den kritik som Socialstyrelsen riktat mot patientsäkerheten. Därför har ledningens energi de senaste åren riktats mot akutflödet och kring matchningsfrågor för hela verksamheten inklusive operation. Bland annat är läkarschemat föremål för översyn och anpassning till produktionsbehovet. Detta arbete har dock ännu inte nått själva mottagningens flöden och produktionsplanering.

Det ska tilläggas att vi som granskare har fått uppfattningen att mottagningarnas planeringsförutsättningar är lite olika beroende på ledning och organisation. Gemensamt för alla, inklusive akutmottagningarna, är att läkarresursen måste planeras i samverkan med andra enheter och kliniker och de olika sjukhusen har hunnit olika långt i förmågan att planera utifrån processerna istället för att planera utifrån de organisatoriska stuprören.

4.2. Användande av moderna logistiskprinciper

Det andra perspektivet för bedömning är i vilken utsträckning mottagningarna systematiskt använder sig av eller har övervägt att använda de logistiska principerna på ett eller annat sätt. Frågor som är relevanta i en sådan bedömning är:

- Finns kunskap om metoderna och principerna?
- Har dessa översatts till det lokala sammanhanget?
- Har experiment gjorts och har dessa utvärderats och resulterat i nya rutiner?
- Utgår det systematiska arbetssättet från att undvika köbildning i olika processer för att därigenom minimera administration och icke värdeskapande arbete?

Det bör betonas att bedömningen inte görs utifrån en bestämd uppfattning av på vilket sätt principerna ska användas utan endast om medvetenheten finns och om den aktuella mottagningen övervägt eller prövat principerna. Bedömningen av mottagningar utifrån detta perspektiv visas i tabell 2 nedan.

Mottagning	Användande av moderna logistikprinciper
Ortopedimottagning Borås (SÄS)	3
Ortopedimottagning Skövde (SkaS)	3
Ortopedimottagning Mölndal (SU)	2
Ortopedemottagning Uddevalla (NÄL)	2
Skopimottagning Borås (SÄS)	2
Skopimottagning Skövde (SkaS)	3
Skopimottagning Sahlgrenska (SU)	2
Gastroskopimottagning Trollhättan (NÄL	2

Tabell 2: Bedömning av mottagningarnas användande av modern logistik.
1=Obefintligt 2=I någon grad 3=Tämligen utvecklat 4= Exemplariskt

Även i detta bedömningsperspektiv utmärker sig de två mottagningarna i Skövde samt ortopedmottagningen i Borås. De tre enheterna använder sig av och har övervägt ett flertal av de logistiska principerna. Preliminärbokning av tider undviks för att minska felhanteringen, bokningsadministrationen har flyttas till administratör för att frigöra sjuksköterskетid, standardmall används för telefonrådgivning, åtgärder för att minska variationer i efterfrågan och produktion, kallelse och tid direkt vid mottagning, uppföljning av uteblivna patienter samt dokumentationsmallar.

Bland dessa mottagningar finns också exempel på där man samplanerar scheman för olika yrkesgrupper för att på så sätt utnyttja resurserna vid samma tillfällen, något som är mycket basalt och som borde vara en självklarhet i alla produktionssystem.

Ingen av mottagningarna har prövat någon form av patientaktiv bokning där patienten själv ansvarar för att nya tider bokas via Internet eller på annat sätt. Det vanligaste är att patienten får en kallelse hemskickad alternativt får med sig en tid föregående besök. Däremot har Sahlgrenska sjukhuset etablerat ett system "Ortopedi direkt" som innebär att all bokning av remissbesök sker vid ett call-center vilket möjliggör bättre överblick och bättre möjligheter till att öka träffsäkerheten i tidbokningen. Dessutom frigörs administrativ tid för sjuksköterskor vid mottagningen. För att denna förändring ske resultera i en mer träffsäker tidbokning och i en bättre matchning av personalresurser återstår dock att se.

Samtliga mottagningar börjar höstarna med en kö som sedan präglar verksamheten en bra bit in på hösten eller hela året. Bedömningen är att dessa sommareffekter skulle kunna minskas med en något annorlunda semesterplanering.

I styrningen av verksamheten har samtliga enheter ett fokus på huruvida gränserna för vårdgarantin klaras. Tillgängligheten definieras av huruvida vårdgarantin klaras eller ej. Vid skopimottagningen i Skövde mäts hur återbesöken påverkas av att nybesöken prioriteras för att klara vårdgarantin. En sådan mätning är ett bra sätt att skapa transparens i systemet. Transparens kännetecknar en modern vårdlogistik och synliggör effekterna av de val som görs.

4.3. Lednings- och utvecklingskultur

Den tredje bedömningsfaktorn i granskningen avser i vilken mån ledningen och personalen genomsyras av en systematisk utvecklingskultur bland annat med utgångspunkt i modern vårdlogistik och ständiga förbättringar. Bedömningen görs utifrån intervjuerna med ledningen och ett antal individer ur personalen. Vi har ställt frågor om vad som följs upp, vilka möten

som äger rum och vad som avhandlas på dessa möten o.s.v. Det ger en någorlunda bra bild av utvecklingsnivån dels av hela mottagningen men speciellt ledningen. Det har varit märkbart vid intervjuerna att vi vid vissa intervjuer har behövt förklara ganska noggrant vad vi menar med de olika logistikprinciperna medan andra genast förstått och börjat svara nästan innan vi hunnit ställa frågan färdigt.

Nedanstående frågor utgör bedömningsfaktorerna.

- I vilken utsträckning finns på mottagningen en uppmärksamhet på verksamhetsplanering och vårdlogistik bland både chefer och medarbetare?
- Genomförs experiment och försök med olika lösningar?
- Resulterar lärdomar från andra mottagningar i handling?
- Finns ett engagemang och en trygghet i förändringar och transparenta system?
- Planeras fortsätta förbättringar?

Mottagning	**Lednings-/ utvecklingskultur**
Ortopedimottagning Borås (SÄS)	4
Ortopedimottagning Skövde (SkaS)	4
Ortopedimottagning Mölndal (SU)	1
Ortopedemottagning Uddevalla (NÄL)	2
Skopimottagning Borås (SÄS)	2
Skopimottagning Skövde (SkaS)	4
Skopimottagning Sahlgrenska (SU)	2
Gastroskopimottagning Trollhättan (NÄL)	1

Tabell 3: Bedömning av mottagningarnas lednings- och utvecklingskultur.
1=Obefintligt 2=I någon grad 3=Tämligen utvecklat 4= Exemplariskt

Återigen är det samma mottagningar som utmärker sig. Bedömningen är att det vid tre enheter är starkt fokus på att hela tiden anpassa verksamheten mot efterfrågan genom att pröva olika förhållningssätt. Kännetecknande för dessa enheter är också att de vi intervjuat hade en mycket klar bild av sin verksamhets tillgänglighet, processer, flaskhalsar, samordningssvårigheter m.m. Cheferna har själva en tämligen god kunskap om modern vårdlogistik vilket genomsyrar arbetsplatsen.

Vid de enheter som fått lägre bedömningar rullar verksamheten på men det brister i det systematiska arbetet med att ifrågasätta arbetsfördelning, att göra verksamheten transparent (även på individnivå) och att överväga andra sätt att arbeta antingen genom egen erfarenhet eller på inspiration av andra.

5. Vårdlogistik och kapacitetsstyrning vid 4 akutmottagningar

Vårdlogistiken vid en akutmottagning skiljer sig från vanliga öppenvårdsmottagningar. All verksamhet är mer eller mindre akut men patientens problem måste lösas här och nu utan föregående planering. Inget av den tidbokningsadministration som förekommer vid de övriga mottagningarna finns vid akutmottagningarna. Akut verksamhet brukar likställas med ej planeringsbar och ställs i motsats till planeringsbar (elektiv). Det är en sanning med modifikation. Det specifika patientärendet är definitivt inte planeringsbart men på en aggregerad nivå är verksamheten i stor utsträckning planeringsbar. Antal besök är relativt konstant mellan åren, i varje fall är ökningstakten tämligen förutsägbar. Årstidsväxlingarna liksom belastningstopparna under veckor och under dagar är relativt kända och följer ett mönster vilket ur kapacitetsstyrningssynpunkt är viktigt att ha i åtanke.

De stora, dramatiska och komplicerade fallen då akutmottagningens ordinära planering och arbetsfördelning till viss del upphävs är emellertid ej planeringsbara vare sig på specifik eller på aggregerad nivå. Volymmässigt utgör dessa fall en liten del av verksamheten men organisationen måste vara rustad för att kunna ta hand om sådana situationer.

Gemensamt för akutmottagningarna i Västra Götalandsregionen är att beställaren har formulerat ett mål för den totala genomloppstiden (till hemgång eller inläggning) vid en akutmottagning till högst fyra timmar. Fyra timmar är alltså ett krav som alla ska uppfylla för att fullgöra sitt uppdrag gentemot beställaren.

De fyra granskade akutmottagningarna är bedömda utifrån samma tre perspektiv som de föregående öppenvårdsmottagningarna.

5.1. Matchning av kapacitet och efterfrågan

För att bedöma akutmottagningarnas sätt att matcha sin kapacitet mot efterfrågan har vi försökt få en bild av nedanstående frågor:

- I vilken mån planerar de granskade akutmottagningarna sin verksamhet utifrån hur mycket kapacitet som krävs för att möta den rådande efterfrågan?
- Finns underlag för bedömning av efterfrågan och kapacitet?
- Används informationen?
- Finns strategier för att påverka efterfrågan? För akutmottagningarnas del handlar det om huruvida analyser görs av vilken typ av problem som patienterna söker för och om andra vårdgivare skulle vara mer relevant, exempelvis primärvården.
- Planeras resurserna efter denna information?
- Genomförs mätningar av hur produktionen och efterfrågan ser ut?
- Har eventuella köer eller långa ledtider brutits ner i kapacitetstermer? Denna och föregående punkt är mycket väsentlig. Erfarenheter från sjukvården är att den "kö" av väntande patienter kan te sig mycket stor och betungande då detaljerad kunskap om hur kön ser ut saknas. När kön väl analyserats och översatts till hur mycket mer kapacitet som skulle ha behövts för att köerna skulle uteblivit visar det sig nästan alltid att kapacitetsbristen (exempelvis antal besök per dag och läkare) varit mycket mindre än man föreställt sig.
- Finns det en strävan att utveckla akutmottagningarnas förmåga att möta efterfrågan med rätt åtgärd?

Resultatet av granskningen vad avser mottagningarnas förmåga att matcha kapacitet mot efterfrågan visas i tabell 4:

Akutmottagning	Matchning
Akutmottagning Borås (SÅS)	2
Akutmottagning Skövde (SkaS)	2
Akutmottagning Mölndal (SU)	2
Akutmottagning Trollhättan (NU)	2

Tabell 4: Bedömning av akutmottagningarnas matchning av efterfrågan och kapacitet. 1=Obefintligt 2=I någon grad 3=Tämligen utvecklat 4= Exemplariskt

Samtliga akutmottagningar har givits bedömningen 2, d.v.s. matchning av efterfrågan och kapacitet sker i någon grad. Anledningen till att ingen akutmottagning når upp till 3 eller 4 är att läkarresursen inte i någon större utsträckning är koordinerad med akutmottagningen för att matcha efterfrågan. Ingen av akutenheterna har anställda akutläkare (tidigare har bl.a. SkaS haft två akutläkare men de har slutat). Det innebär att läkarna har sin "hemvist" på andra kliniker inom sjukhuset vilket i samtliga fall orsakar svårigheter att koordinera arbetstider med den övriga verksamheten på akutmottagningarna.

Koordineringen av läkarnas bemanning på akutenheterna är av mycket stor betydelse för verksamhetens möjligheter att undvika köer. Alla akutenheter vittnar om att köbildningar mitt på dagen ofta hänger kvar och präglar verksamheten på eftermiddagen och på kvällen. Anledningen till köbildningen är bl.a. att medicinska beslut (läkarbeslut) fattas för sent på dagen och att lunchen infaller när besöksintensiteten är som störst under dagen. Köeliminering är mycket centralt i styrningen utifrån modern vårdlogistik. Om en enhet lyckas "suga upp" alla inkommande jobb (i detta fall akutpatienter) direkt när de uppträder kan en hel del extraarbete undvikas (d.v.s. icke värdeskapande aktiviteter).

Om bedömningen i detta perspektiv hade begränsats till den formella akutenheten med de anställda sjuksköterskorna och undersköterskorna skulle samtliga enheter erhålla en trea eller i något fall en fyra. Akutmottagningarna har stor tillgång till och analyserar statistik över inflödet av patienter. Akutmottagningen i Trollhättan för dessutom ibland egen "pinnstatistik" för att följa upp hur efterfrågan ser ut. Bilden av efterfrågan är således mycket god och har resulterat i olika sätt att matcha. Sjuksköterskor och undersköterskor har anpassat sina scheman efter hur dygnsvariationerna ser ut.

Statistik över var patienterna kommer ifrån finns inte överallt alternativt används inte i styrningen. Vid akutmottagningen i Skövde görs emellertid uppföljningar av varifrån patienterna kommer, via remisser, ambulans, primärvården, sjukvårdsrådgivningen m.m. Vid akutmottagningen i Trollhättan finns upplevelsen att ett betydande antal patienter hamnar på akutmottagningen i onödan på grund av tillgänglighetsproblem i kommunsjukvården eller i primärvården. Flera enheter försöker via triagefunktionen[2] hänvisa patienter antingen till primärvården eller till subakuta enheter inom respektive sjukhus då det bedöms som rimligt. Besöksfrekvensen till akutmottagningarna påverkas till viss del av förekomsten av alternativa vårdinstanser som exempelvis primärjourer. Akutmottagningen i Skövde har noterat en ök-

[2] Traige kommer från franskan och betyder "sortera". **Triage** är en process för att sortera och prioritera patienter med utgångspunkt från anamnes och symptom. Syftet är att de mest allvarliga eller brådskande fallen ska behandlas först.

ning av akta fall och detta antas hänga samman med att den tidigare sjukhusanknutna primärvårdsjouren lades ner för några år sedan.

Vid akutmottagningen i Mölndal (SU) pågår ett arbete med att ge äldre patienter direkttider till vårdcentral för att på så sätt undvika besök vid akutmottagningen.

5.2. Användande av moderna logistikprinciper

I detta perspektiv bedöms i vilken utsträckning akutmottagningarna systematiskt använder sig av eller har övervägt att använda de logistiska principerna på ett eller annat sätt. Bland annat är det köeliminering, ledtider, flexibilitet, standardisering som är relevanta logistikprinciper för akutmottagningar. Frågor som är relevanta i en sådan bedömning är:

- Finns kunskap om metoderna och principerna?
- Har dessa översatts till det lokala sammanhanget?
- Har experiment gjorts och har dessa utvärderats och resulterat i nya rutiner?
- Utgår det systematiska arbetssättet från att undvika köbildning i olika processer för att därigenom minimera administration och icke värdeskapande arbete?

Akutmottagning	Utnyttjande av moderna logistikprinciper
Akutmottagning Borås (SÄS)	3
Akutmottagning Skövde (SkaS)	3
Akutmottagning Mölndal (SU)	3
Akutmottagning Trollhättan (NU)	3

Tabell 5: Bedömning av akutmottagningarnas användande av moderna logistikprinciper. 1=Obefintligt 2=I någon grad 3=Tämligen utvecklat 4= Exemplariskt

Samtliga granskade akutmottagningar bedöms ha en ganska god kunskap om de olika logistikprinciper som är relevanta för verksamheten. Det finns en god medvetenhet om var köbildningar uppstår och vilka flaskhalsar som orsakar dem. Ibland lyckas köerna elimineras, ibland inte. Vissa av flaskhalsarna kan dessutom ligga utanför mottagningens kontroll, exempelvis läkarresursen, röntgen och labmöjligheter.

Användandet av ledtider är stor och har en stor betydelse för hur verksamheten styrs. Följande ledtider används vid samtliga akutmottagningar:

- Tid till triage
- Tid till läkare
- Tid till lab
- Tid till röntgen
- Total genomloppstid

Vid Borås och Skövdes akutmottagningar var målet för den totala genomloppstiden ambitiösare satt än den gräns på fyra timmar som ges i beställningen.

Samtliga enheter har infört, har prövat eller överväger att flytta fram läkare långt fram i processen. Effekten blir bland annat att bedömningar görs och beslut fattas tidigare på dagen.

Vid akutmottagningen i Mölndal har man också noterat att antalet akuta inläggningar minskas när en läkare är med tidigt i processen. Akutmottagningen i Skövde har ambitionen att bemanna med läkare tidigt i processen men bristen på seniora läkare har gjort att det inte lyckats bli permanent.

När det gäller flexibilitet har inga speciella brister framkommit. Normalt sett är flexibiliteten vid en akutmottagning mycket stor vid dramatiska händelser. Under mindre dramatiska perioder (vilket är vanligast) är bedömningen att sjuksköterskor och undersköterskor arbetar tämligen brett över mottagningarnas linjer och eventuella delområden. Några inlåsningseffekter när det gäller vårdpersonalens flexibilitet har inte framkommit. Däremot har synpunkter framförts om att läkare inte rör sig mellan exempelvis kirurg och medicinlinjen i den utsträckning som kunde vara möjligt för att undvika köbildning. Utan att gå in i diskussionen om huruvida en läkare kan växla mellan de olika linjerna ger denna granskning ändå anledning att överväga om läkarflexibiliteten kan ökas, inte minst med tanke på vikten av att inte skapa köbildning under dagen.

De standardiseringar som präglar verksamheten gäller framför allt triageringen tidigt i processen. Det finns två varianter av triageringsmetoder (Manchester och METTS)[3]. Vissa har övergått, eller är i färd med att övergå till METTS vilket bland annat innebär en tidigareläggning av provtagningar. Utifrån bedömningen som görs av sjuksköterskan genomförs ett antal provtagningar standardmässigt för att vinna tid. Triageringen har ändrats i Borås efter analyser ur ett logistikperspektiv. Den triagering som gjordes av sjuksköterska först "vid luckan" skapade köer. Istället görs nu en bedömning och behandlingsplan av ett team inom 30 minuter. För de patienter som kommer med ambulans sker triagering i denna vilket också tagit bort köbildning inne på akuten. Triagering i ambulans sker även vid de övriga mottagningarna.

Alla granskade akutmottagningar har eller är på väg att få displayer, d.v.s. en tavla där alla kan följa hur många patienter som för närvarande finns på akuten och var de befinner sig någonstans i processen. Det gör att möjligheterna att på kort sikt matcha kapaciteten mot efterfrågan ökar.

5.3. Lednings- och utvecklingskultur

Den tredje bedömningsfaktorn i granskningen avser i vilken mån ledningen och personalen genomsyras av en systematisk utvecklingskultur med utgångspunkt i modern vårdlogistik och ständiga förbättringar. Bedömningen görs utifrån intervjuerna med ledningen och ett antal individer ur personalen. Vi ställt frågor om vad som följs upp, vilka möten som äger rum och vad som avhandlas på dessa o.s.v. Det ger en någorlunda bra bild av utvecklingsnivån dels av hela akutmottagningen men speciellt ledningen. Det har varit märkbart vid intervjuerna att vi vid vissa intervjuer har behövt förklara ganska noggrant vad vi menar med de olika logistikprinciperna medan andra genast förstått och börjat svara nästan innan vi hunnit ställa frågan färdigt.

Nedanstående frågor utgör bedömningsfaktorerna.

- I vilken utsträckning finns på akutmottagningen en uppmärksamhet på verksamhetsplanering och vårdlogistik bland både chefer och medarbetare?
- Genomförs experiment och försök med olika lösningar?

---

[3] METTS är en svensk vidareutveckling av Manchester-modellen. Skillnaden ligger i att METTS innefattar mer mätbara vitalparametrar, omhändertagandeprocesser och en standard för provatagningar.

- Resulterar lärdomar analyser eller från andra mottagningar i handling?
- Finns ett engagemang och en trygghet i förändringar och transparenta system?
- Planeras fortsätta förbättringar?

Akutmottagning	**Lednings-/ utvecklingskultur**
Akutmottagning Borås (SÄS)	3
Akutmottagning Skövde (SkaS)	3
Akutmottagning Mölndal (SU)	2
Akutmottagning Trollhättan (NU)	2

Tabell 6: Bedömning av akutmottagningarnas lednings- och utvecklingskultur.
1=Obefintligt 2=I någon grad 3=Tämligen utvecklat 4= Exemplariskt

Bedömningen är att akutmottagningen i Skövde är den enhet där utvecklingsorienteringen mot modern vårdlogistik är starkast. Inom enheten finns bland annat två halvtidsanställda verksamhetsutvecklare med utbildning i Six Sigma men även ledningen är mycket väloriente-rad i dessa frågor. Problemet tycks vara att det är svårt att involvera de läkare som tjänstgör på akutmottagningen. Även Borås har ett förhållandevis intensivt utvecklingsklimat orienterat mot de aspekter som denna granskning avser. En starkt bidragande orsak till att utvecklings-orienteringen fått kraft vid akutmottagningen i Borås är ett pågående projekt som stöds av en centralt anställd logistiker och att delar av personalen genomgått utbildning i Lean Healthca-re.

Vid de övriga två akutmottagningarna är utvecklingsintensiteten inte lika stark vad gäller in-riktningen mot modern vårdlogistik och omfattar inte så stora delar av personalen.

6. Utvecklingsstrategier och centrala resurser

Verksamhetsutveckling bedrivs i första hand lokalt vid respektive verksamhet. Oftast initieras och genomförs verksamhetsutvecklingen av den organisatoriska enheten mottagningen eller akutmottagningen. I vissa fall, exempelvis i Skövde har utvecklingsarbetet breddats utanför enheten antingen genom att inkludera fler likadana enheter eller genom att utgår från vårdprocessen.

För att få en bild av hur de gemensamma utvecklings- eller specialistresurserna ser ut vid respektive sjukhus har ansvarig funktion för utveckling intervjuats.

6.1. Södra Älvsborgs sjukhus - SÄS

I Borås (SÄS) präglas utvecklingsförutsättningarna av den s.k. SÄS-modellen vilket är ett koncept för att styra och följa upp utvecklingsarbetet, bland annat vad gäller vårdlogistik och kapacitetsstyrning. Vid SÄS i Borås finns också sedan ett antal år en stark ambition att processorientera styrningen av vården bland annat genom att tillsätta processägare och processteam för olika vårdprocesser. Sedan ett år finns vid sjukhuset även en logistiker inom verksamhetsutvecklingsstaben med uppdraget att stärka och marknadsföra logistikperspektivet på verksamhetens kärnprocesser. Ambitionen är att utgå från konceptet Lean Healthcare och kartlägga hur värde skapas[4] i de olika processerna.

Just denna logistikinriktade utvecklingssatsning är fortfarande i sin linda men planerna är att det till hösten ska finnas ett team på 10 personer med specifik kompetens att stötta verksamheten i denna utveckling. Analyser och kartläggningar kommer att göras utifrån de definierade processerna.

I dagsläget finns från centralt håll ganska mycket modeller för hur utvecklingsarbetet ska bedrivas, däremot finns inga speciella rekommendationer för hur en effektiv eller ideal process kan se ut eller vad som kan kännetecknа en sådan.

6.2. NU-sjukvården

NU-sjukvårdens centrala verksamhetsutvecklingsresurs består av en utvecklingssektion inom ledningsstaben där 5-6 heltidstjänster är inriktade mot att stödja och initiera verksamhetsutveckling gentemot verksamheten. Utvecklingssektionen, som funnits i drygt ett år, är i sitt arbete och uppdrag knutna till den processorientering som äger rum inom NU-sjukvården. Alla utom en av medarbetarna i sektionen har en bakgrund som sjuksköterska. En av medarbetarna en bakgrund som biomedicinsk analytiker.

Verksamhetens chefer och medarbetare (processteam) möter denna utvecklingsresurs genom utbildningar i processkunskap och strategin är att lokala utvecklingsarbeten ska växa fram som ett resultat av dessa utbildningssatsningar. Konceptuellt är strategin att inte strikt arbeta utifrån Bra Mottagning, Lean Production eller något annat koncept utan att genom en processyn och processtyrning plocka relevanta delar ur alla koncept. Utvecklingssektionen har stark betoning på ett faciliterande (understödjande) arbetssätt. Inga logistiska principer påbjuds och vad en ideal process är beskrivs ej för verksamheten. Tanken är att ge verk-

[4] Värdeskapande är ett begrepp som tillhör modern logistik och åsyftar de aktiviteter som bidrar till att lösa kundens problem. De aktiviteter som inte skapar värde betraktas som slöseri bör elimineras.

samhetens aktörer ett beskrivningsspråk. Därefter förväntas förbättringar att växa fram hos de som verkar i praktiken.

Ambitionen är att processerna ska vara kartlagda till år 2010 och att processteam i verksamheterna ska vara utsedda.

Just nu präglas eller påverkas utvecklingsverksamheten av det omstruktureringsarbete som pågår med att samordna sjukvården i Uddevalla och Trollhättan, både i positivt och negativt hänseende.

6.3. Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU)

Centralt placerade på sjukhusledningens stab finns en utvecklingsenhet med fyra tjänster vilka innehas av en ingenjör med inriktning mot kvalitetsarbete, en beteendevetare och två personer med sjuksköterskebakgrund. Dessa personer arbetar på olika sätt tillsammans med lokala verksamhetsutvecklare vid verksamhetsområdena samt med kvalitetscheferna vid sjukhusets olika områden (tidigare divisioner). Tillsammans med regionens centrala utvecklingsenhet CVU och Chalmers ges utbildningar i förbättringskunskap, exempelvis genombrottsmetoden.

Konceptet som det arbetas utifrån bygger på att kartlägga processer och att identifiera variationer och flaskhalsar. Sjukhuset vill inte göra någon tydlig anslutning till Lean, Six Sigma eller något annat koncept. I kvalitetsbokslutet som är disponerat efter Socialstyrelsens "God Vård" finns under rubriken "Vård inom rimlig tid" inga skrivningar om kapacitetsstyrning, vårdlogistik eller liknande utan domineras av huruvida sjukhuset klarar vårdgarantin eller ej.

Alla enheter som håller budget väljer själva om de vill arbeta aktivt med verksamhetsutveckling medan sjukhuset kan påbjuda utvecklingsarbete för de verksamhetsområden som inte håller budget.

För närvarande pågår rekrytering av "förändringsagenter" som på aktionsforskningsbasis ska förstärka det stöd som kan ges till enheterna i sitt utvecklingsarbete. Ambitionen är också att göra en tydligare profilering mot logistik i syfte att öka verksamhetens förmåga att utnyttja resurserna på bästa sätt.

6.4. Skaraborgs sjukhus (SkaS)

Vid Skaraborgs sjukhus finns sedan millenniumskiftet en utvecklingsresurs som arbetat på ett och samma sätt. Till skillnad från NU-sjukvården finns det bara ett par personer som arbetar centralt medan det finns cirka 25 personer som delar på 20 heltidstjänster för att lokalt stödja utvecklingsarbetet och driva projekt. Konceptuellt är Six Sigma[5] en viktig utgångspunkt vilket bl.a. innebär en betoning på att mäta och föra statistik över verksamhet och produktion. De verksamhetsutvecklare som arbetar centralt har en längre utbildning i Six Sigma (black belt) och alla lokala verksamhetsutvecklare har minst en endagsutbildning (white eller green belt).

Även här strävar sjukhuset efter att styra utifrån vårdprocesserna. I likhet med Sahlgrenska Universitetssjukhuset finns en samverkan med Chalmers tekniska högskola vilket bland annat inriktar sig mot kvalitetsarbete. Six Sigma är det teoretiska fundamentet i utvecklingsar-

---

[5] Six Sigma är ett utvecklingskoncept som i likhet med Lean härstammar från industrin, i detta fall Motorola. Målet är att nå besparingar genom att minska orsaker till defekter och variation i tillverkningsprocesser och affärsprocesser.

betet men SkaS använder sig också av tankegodset från Lean Healthcare i lokala utvecklingsarbeten.

Utvecklingsstrategierna är inkorporerade i sjukhusets ledningssystem. Där finns en mängd information om hur utvecklingsarbetet bör bedrivas och hur förändringar skall genomföras. Däremot finns ingen information om hur en effektiv och värdeskapande process skulle kunna se ut. Det enda substantiella kring effektiva processer som går att utläsa är att det oftast är kvalitetsmässigt och resursmässigt en fördel att försöka minska variationer i produktionsflödet. Att minska variationer finns även i andra koncept än Six Sigma men betoningen på detta är extra tydlig i Six Sigma-konceptet.

7. Slutsatser och rekommendationer

Föreliggande granskningsrapport syftar till att ge en bild i vilken utsträckning hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen arbetar utifrån modern vårdlogistik och kapacitetsstyrning. För ändamålet har studier gjorts vid 8 öppenvårdsmottagningar samt vid 4 akutmottagningar. Enheterna har bedömts utifrån tre perspektiv och resultatet sammanfattas i nedanstående tabell.

Mottagning	**Matchning**	**Utnyttjande av moderna logistikprinciper**	**Lednings-/ utvecklingskultur**
Ortopedimottagning Borås (SÄS)	4	3	4
Ortopedimottaning Skövde (SkaS)	3	3	4
Ortopedimottagning Mölndal (SU)	1	1	1
Ortopedemottagning Uddevalla (NU)	2	2	2
Skopimottagning Borås (SÄS)	2	2	2
Skopimottagning Skövde (SkaS)	3	3	4
Skopimottagning Sahlgrenska (SU)	2	2	2
Skopimottagning (Gastroskopi) Trollhättan (NU)	1	2	1
Akutmottagning	**Matchning**	**Utnyttjande av moderna logistikprinciper**	**Lednings-/ utvecklingskultur**
Akutmottagning Borås (SÄS)	2	3	3
Akutmottagning Skövde (SkaS)	2	3	3
Akutmottagning Sahlgrenska (SU)	2	3	2
Akutmottagning Trollhättan (NU)	2	3	2

Tabell 7: Bedömning av samtliga mottagningars kapacitetsstyrning och vårdlogistik.
1=Obefintligt 2=I någon grad 3=Tämligen utvecklat 4= Exemplariskt

Mottagningarnas vårdlogistik

Ett framträdande drag är att Skaraborgs sjukhus (SkaS) utmärker sig på ett positivt sätt. När det gäller de aspekter som denna granskning avser har alla tre enheter inom SkaS visat sig svara upp tämligen väl mot de principer som finns inom modern vårdlogistik. Vid samtliga besök har de besökande konsulterna noterat hur väl de intervjuade är insatta i de frågor som ställdes. De logistiska principerna är väl kända och behovet av matchning är en central utgångspunkt i styrningen. Den enskilda enhet som fick den mest positiva bedömningen var emellertid ortopedkliniken vid SÄS i Borås. Samma sak gällde där.

Uppenbart är att det stöd och den 10 år gamla utvecklingsinriktningen som SkaS arbetat utifrån har givit resultat. Att det är just Six Sigma som är metodiken spelar troligen mindre roll, sannolikt är det stabiliteten som är förklaringen. Den centrala resursen tillsammans med de lokala verksamhetsutvecklarna ger verksamhetscheferna ett bra stöd.

Akutmottagningarnas vårdlogistik

Akutmottagningarna tycks vara mer i framkant än öppenvårdsmottagningarna när det gäller vårdlogistik. Utifrån Ernst & Youngs erfarenhet från många akutenheter i landet tycks akut-

enheterna i Västra Götaland ha anammat en hel del av de arbetssätt som har kommit att bli verkningsfulla inom akutvården. Akutenheterna skiljer sig inte heller markant från varandra. Bedömningarna av akutenheterna är positiv med tanke på att i princip samtliga enheter uppvisar brister i integreringen av läkarresursen i produktionsplaneringen.

Sammantagen bedömning av de 12 granskade enheterna

Det sammantagna resultatet är att det finns en hel del kvar att göra för att sjukvårdsarbetet ska stödjas av en smidig logistik. Även bedömningen tre innebär att det finns flera steg att ta för att ligga i paritet med de främsta enheterna inom sjukvården.

Vissa brister är av grundbultskaraktär. Vid intervjuerna med de utvecklingsansvariga vid samtliga fyra sjukhus ställdes frågan hur många läkarscheman som i egentlig mening lades utifrån en analys av efterfrågan den närmaste schemaperioden. Svaret var nedslående. I den mån som det fanns kunskap om detta var svaret att det endast förekommer några fåtal föredömliga exempel vid respektive sjukhus.

En produktionsplanering som exkluderar styrningen av en kärnkompetens har mycket svårt att nå egentlig framgång i den sammanlagda kapacitetsstyrningen. Att lägga och optimera ett läkarschema låter sig inte göras på enkelt sätt eftersom läkaren vid ett sjukhus ska finnas på många ställen och i många olika delar av vården. Men desto större är anledningen att möta detta komplexa planeringsproblem med adekvata och moderna planeringsmetoder. Som tidigare har beskrivits är erfarenheterna från svensk sjukvård att en eliminering av köer kan göras med mycket mindre förändringar i kapacitetsstyrningen än vad som förefaller krävas vid en ytlig betraktelse.

Samtliga sjukhus bör förstärka arbetet med vårdlogistik så att alla enheter svarar upp minst emot bedömningen 3. En sådan satsning kan ge mycket positiva återverkningar på tillgängligheten.

Finns en rädsla inom sjukhusledningarna för att vara normativa när det gäller vårdlogistikens kärna?

En slutsats i granskningen är att de intervjuade utvecklingscheferna vid SÄS, SU och NU-sjukvården inte vill helt ansluta sig till något koncept av typen Lean Healthcare eller något annat utan istället vill plocka det bästa ur alla koncept. Motiveringen är att medarbetaren i kärnverksamheten inte ska tröttas ut med olika modebegrepp som kommer och går. Både NU-sjukvården och Sahlgrenska har processkartläggning och processorientering som centralt begrepp. Frågan är hur begripligt begreppet process är för den som huvudsakligen arbetar med patienter? Processbegreppet har använts i svensk sjukvård under minst 20 års tid men det är fortfarande bland många ett begrepp som man skakar på huvudet åt.

Tydligt är också att det normativa inslaget från utvecklingsenheterna nästan uteslutande berör hur förbättringsarbete bör bedrivas, förankras, uppmuntras, stödjas, planeras och följas upp. I princip inga normativa ställningstaganden görs när det gäller själva kärnan eller "hårdvaran", nämligen vad som kännetecknar en effektiv verksamhet som exempelvis träffsäker tidbokning, köeliminering eller värdeskapande arbete. Skövde utgör ett undantag, om än litet, på denna punkt. Möjligen finns det för regionen skäl att ompröva detta förhållningssätt.

Regionen och en del sjukhus är i färd med att rekrytera logistikkompetens i organisationen. Givet att dessa logistiker är professionella i den meningen att de samverkar med medarbetarna på golvet, bör de ges utrymme att påverka kapacitetsstyrningen och vårdlogistiken. En professionellt utvecklad samverkan mellan logistikkompetenser och medicinsk kompetens kan åstadkomma avsevärda förbättringar.

Utvecklingsenheterna rekommenderas att överväga att inte enbart vara normativa när det gäller hur ett förändringsarbete bör bedrivas utan även i hur produktion och kapacitet bör styras och vad som kännetecknar en ideal process. Det innebär inte på något sätt att verksamheten ska styras centralt utan innebär att vägen fram till ett lokalt framgångsrikt arbetssätt kan bli mycket kortare.

Vilken ambitionsnivå har egentligen regionen?

En enhet som arbetar helt utifrån modern vårdlogistik har som verksamhetsmål att undvika köbildning av de skäl som beskrivits tidigare i rapporten. I det perspektivet är det anmärkningsvärt att de allra flesta av de granskade enheterna, tycks styra mot att klara väntetider på 90 dagar och i värsta fall 180 dagar till behandling. Än mer anmärkningsvärt blir det vid beaktande av att regionens strategiska mål är att erbjuda en köfri sjukvård. En patient som får vänta 85 dagar på en undersökning anser knappast att vården är köfri. Detta faktum bör ses som en indikator på att sjukhusen fortfarande har en lång väg kvar till att arbeta efter modern vårdlogistik.

Om regionens sjukvård ska ta det strategiska målet "köfri vård" på allvar bör arbetet med modern vårdlogistik intensifieras och genomsyra styrningen och ledningen. Det är fullt möjligt och dessutom viktigt att våga styra och tänka i termer av att ta hand om patienternas problem när de uppstår och inte senare. En verksamhet som permanentar väntetider inom vårdgarantins gränser kan inte skörda effektivitetsfrukterna av att arbeta köfritt. Även om resurserna vid en specifik enhet vid en viss tidpunkt kan anses vara alldeles för små för att klara av efterfrågan finns det stora vinster med att få väntetiderna eller köerna att vara så korta som möjligt. Ledtider är mycket centralt i modern vårdlogistik och där har även de enheter som i denna granskning fått positiva bedömningar mycket kvar att utveckla.

Regionen bör göra allvar av sin ambition att skapa en köfri vård. Det är inte säkert att det går att nå dit, det finns flaskhalsar i alla system. Poängen är att köeliminering bör vara en central aspekt av verksamhetsstyrningen. Vinsterna är stora även om inte målet nås fullt ut. Vårdgarantin är därvidlag olämplig som utgångspunkt för målformuleringar i styrningen.