Hälso- och sjukvårdsnämnden

VÄSTERBOTTENS
LÄNS LANDSTING
Inkom: 2015 -10- 27
Dnr:

Granskning av hur operationsresurser används

Positiv iakttagelse är att det på tjänstemannanivå pågår en rad åtgärder för att effektivisera nyttjandet av landstingets operationsresurser. Bland annat har en ny organisation och nya funktioner skapats för att öka länssamordningen och nyttjandet av operationsresurserna. Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver emellertid utveckla sin styrning och uppföljning över området. Nedan sammanfattar vi några av granskningens viktigare iakttagelser:

- Hälso- och sjukvårdsnämnden har i sin styrning endast angett övergripande riktlinjer för hur operationsresurserna ska utvecklas. Utöver mål för tillgänglighet finns det inga mål som är konkreta eller tidsatta. För styrningen och utvecklingen av operationsresurserna i landstinget saknas en sammanhållen strategi. De beslut och direktiv som finns hittar man i olika dokument på olika nivåer i landstinget.
- Granskningen identifierar att det finns vinster att göra genom att föra över inneliggande operationer till dagkirurgi eller operationer på mottagningar.
- Det är delvis oklart vilka roller länets tre sjukhus ska ha. Detta gäller främst vilken roll Skellefteå lasarett ska ha.
- Tillgängligheten till operation för vissa specialiteter skiljer sig markant mellan länets sjukhus.
- Arbetet med att utveckla produktions- och kapacitetsplanering går långsamt.
- Statistik från operationsplaneringssystemet används inte i tillräcklig omfattning för att analysera och följa upp operationsverksamheten.

Rekommendationer

Mot bakgrund av granskningens iakttagelser lämnar vi följande rekommendationer till hälso- och sjukvårdsnämnden.

- Formulera tydligare krav och målsättningar för operationsresurserna. Säkerställ att det finns en sammanhållen strategi för hur verksamheterna ska arbeta och utvecklas. Av strategin bör det bland annat framgå vilka roller de olika sjukhusen ska ha.
- Utveckla uppföljningen. Ställ exempelvis krav på att landstingsdirektören återkommer till nämnden med en skriftlig utvärdering av hur operationsverksamheten fungerar.

Västerbottens läns landsting
Landstingshuset, Köksvägen 11, 901 89 Umeå
Telefon: 090-785 00 00, telefax: 090-13 68 82
E-post: landstinget@vll.se Org.nr: 232100-0222
VAT-nr: SE232100022201 Bankgiro 5728-3061

- Säkerställ att verksamheterna tar till vara de möjligheter som finns när det gäller att föra över inneliggande operationer till dagkirurgi eller operationer på mottagningar.
- Säkerställ att arbetet med att utveckla produktions- och kapacitetsplanering blir systematiskt. Ställ krav på att landstingsdirektören återkommer till nämnden med en rapport om hur det går med arbetet att utveckla produktions- och kapacitetsplanering.
- Säkerställ att chefer, controllers m.fl. i högre grad nyttjar operationsplaneringssystemets möjligheter att ta fram nyckeltal m.m. i syfte att utveckla analyser och uppföljning av hur operationsresurserna används.

Vid revisorernas överläggning den 26 oktober 2015 beslöt revisorerna enhälligt att ställa sig bakom slutsatser och rekommendationer i detta missiv. Missiv och underliggande rapport (nr 8/2015) lämnar revisorerna för yttrande till hälso- och sjukvårdsnämnden. Yttrande med uppgifter om verkställda och planerade åtgärder ska lämnas till revisionskontoret senast den 12 februari 2016.

För landstingets revisorer

Christer Fessé
Ordförande

Bert Öhlund
Vice Ordförande

LANDSTINGSREVISIONEN

Granskning av landstingets operationsverksamhet

Rapport nr 08/2015

VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING

Oktober 2015

Anders Hellqvist och Kristoffer Kentää, EY

Diarienummer: REV 39:2-2015

Revisionsrapport 2015

Västerbottens läns landsting

Granskning av operationsresursernas utnyttjande

Building a better working world

Innehåll

Innehåll 0

Sammanfattning 2

1 Inledning 1

Bakgrund 1

1.1 Syfte 1

1.2 Avgränsningar 2

1.3 Ansvarig styrelse/nämnd 2

1.4 Revisionskriterier 2

1.5 Metod 2

2 Organisation och uppdrag 3

2.1 Organisering av operationsresurserna och de opererande specialiteterna 4

2.2 Organisering på sjukhusnivå 5

2.3 Övergripande effektiviseringsåtgärder av operationsverksamheten 6

2.4 Kommentarer utifrån revisionsfrågorna 7

3 Produktion, tillgänglighet och samordning i länet 8

3.1 Tre olika operationstyper 8

3.2 Utveckling av dagkirurgi (polikliniska operationer) 9

3.3 Samordning i länet – vilka operationer ska göras var? 10

3.4 Tillgängligheten för operationer vid de tre sjukhusen varierar 11

3.5 Kommentarer utifrån revisionsfrågorna 13

4 Operationsprocessen vid de tre sjukhusen 13

4.1 Norrlands universitetssjukhus – Centraloperation 14

4.2 Lycksele lasaretts operationsavdelning 14

4.3 Skellefteå lasaretts operationsavdelning 15

4.4 Processutveckling 15

4.5 Kommentarer utifrån revisionsfrågorna 18

5 Uppföljning på operativ av operationsverksamheten 18

5.1 IT-stöd för planering 19

5.2 Uppföljning på operativ nivå 19

5.3 Uppföljning på politisk nivå 19

5.4 Kommentarer utifrån revisionsfrågorna 20

6 Slutsatser **22**

6.1 Sammanfattande slutsatser och bedömning 24

Bilaga 1 Intervjuade funktioner **27**

Bilaga 2 Statistik över andelen strukna operationer **28**

Sammanfattning

EY har på uppdrag av landstinget revisorer genomfört en granskning av operationsresursernas användning. Syftet med granskningen är att ge revisorerna underlag för att bedöma om Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) säkerställt att landstingets operationsresurser nyttjas på ett effektivt sätt.

Väntetiderna till operation är för flera specialiteter bekymmersamt långa. Orsaken till detta står inte enbart att finna i utnyttjandet av operationsresurserna. Problemet bör betraktas ur ett helhets- och ur ett flödesperspektiv innefattande kapacitet för nybesök, preoperativa bedömningar, förberedelser, operation, medelvårdtider, vårdplatstillgång m.m. En viktig och central aspekt i sammanhanget är emellertid flödet och resursanvändningen av landstingets samlade operationsresurser vilket denna granskning är avgränsad till.

Den sammantagna bedömningen i granskningen är att Hälso- och sjukvårdsnämnden inte i tillräcklig grad har säkerställt att landstingets operationsresurser används på ett effektivt sätt.

Ett antal åtgärder är vidtagna och bedöms vara ändamålsenliga för att skapa bra förutsättningar för effektivitet. De opererande verksamheterna är samlade huvudsakligen i verksamhetsområdet Kirurgi men även inom verksamhetsområdet Regionvård. Den nya organisationen, som är ett år gammal, har skapat ett länsövergripande ansvar och uppdrag till verksamhetsområdeschefen. Den beslutsstruktur som tidigare inte fanns är därmed etablerad för att fatta beslut på landstingsövergripande nivå. Dessutom har nya ledningsforum med rätt aktörer och adekvata uppdrag formats, främst operationsrådet. En länskoordinatorfunktion är inrättad och bedöms vara en viktig komponent för att styra operationerna till ledig kapacitet. Ett flertal initiativ har tagits och pågår för att utnyttja fördelar med koncentration av vissa operationstyper och det görs i ett länsperspektiv, framför allt vid Lycksele. Ett förbättringsarbete för att stärka arbetsmiljö och produktivitet har skett och pågår vid NUS Operationscentrum genom bland annat sektoriseringen.

Skälen till bedömningen trots dessa förbättringar är följande:

- Den strategi som ska vägleda det fortsatta utvecklingsarbetet är inte sammanhållen och dokumenterad vilket vore en styrka. Strategin får läsas ur ett antal olika pusselbitar som inte helt hänger ihop.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden har i sin styrning endast angett vilka riktlinjer och filosofier som ska användas som utgångspunkter. Utöver mål för tillgänglighet finns det inga målsättningar som är konkretiserade och inte heller tidsatta vad avser måluppfyllelse.
- Granskningen har identifierat områden där vinster med överföring till dagkirurgi och till mottagningsoperationer alltjämt finns att vinna och landstingsfullmäktige har angett detta som ett centralt utvecklingsområde.
- Vilken roll de olika sjukhusen ska ha i länssystemet är delvis oklart. Det gäller framför allt vilken roll Skellefteå lasarett ska ha. Strategin som framkommer i granskningen för att få detta till stånd är att det ska falla ut av en fortsatt dialog och att det ska växa fram. Eftersom gränsdragningsfrågan mellan Skellefteå lasarett och Norrlands universitetssjukhus har funnits i många år är bedömningen att framgången av en sådan strategi är tveksam. Hälso- och sjukvårdsnämnden tar inte heller ställning i frågan.
- Tillgängligheten för vissa specialiteter skiljer sig markant mellan sjukhusen.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden använder sig i sin uppföljning endast av tillgänglighetsmåtten som indikator för hur effektivt operationsresurserna används. Tillgängligheten är ett viktigt mått men vi bedömer det som otillräckligt.

Tillgängligheten kan vara god fastän resurserna används ineffektivt. Definitionen av tillgänglighet bygger dessutom på vårdgarantins gränser samt den tidigare kömiljardens gränser. En modern styrning bör bygga på en strävan efter flöde med så liten väntan som möjligt.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen ges Hälso- och sjukvårdsnämnden följande rekommendationer:

- Formulera tydligare målsättningar avseende utvecklingen av operationsresurserna för att på så sätt ge chefer på olika nivåer bättre stöd i att fatta beslut i olika frågor samt arbeta med förankringsarbete i organisationen. Bedömningen är att den nya organisationen inte utnyttjas i tillräcklig grad.
- Säkerställ att de kvarvarande möjligheterna till koncentration och poliklinisering tas tillvara och att utvecklingen pågår.
- Utforma en tydligare strategi för vilken roll Skellefteå lasarett ska ha i länssammanhanget.
- Överväg att göra en systematisk flaskhalsanalys för att se hela systemet och identifiera vilka flaskhalsar inom operationsverksamheten som kan vidgas.
- Säkerställ att utvecklingen av produktionsplaneringen blir systematisk i alla verksamheter. Utvecklingsprocessen i landstinget generellt och inom Verksamhetsområde Kirurgi hakar för närvarande inte i varandra vilket medför fördröjning och utveckling av "hemmagjorda lösningar". Operationsplaneringsfunktionerna inom operatörsklinikerna bör bli produktionsplaneringsfunktioner d.v.s. att de arbetar med hela flödet. Framgångsrika exempel finns inom verksamhetsområde Kirurgi.
- Säkerställ att operationsplaneringssystemets stora möjligheter till uppföljning och analys utnyttjas av chefer och controllers på bred front. Arbetet med att göra definitioner och registreringar enhetliga bör prioriteras. Det bör inte vara en central funktion som har denna överblick och kunskap utan ett verktyg för alla chefer. Även nämnden skulle kunna ta del av vissa nyckeltal.

Överväg att göra systematiska jämförelser med andra landstings operationsverksamheter. Det kan bland annat användas för att sätta mål enligt den första rekommendationen.
Korta svar på granskningens revisionsfrågor finns på sidan 21.

1 Inledning

Bakgrund

Landstingets revisorer har i granskningsplanen för år 2015 beslutat att genomföra en granskning av om hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att gemensamma operationsresurser nyttjas på ett effektivt sätt.

Operationscentrum på Norrlands universitetssjukhus (NUS) har under ett flertal år haft problem att möta specialistenheternas behov av operationstid. En konsekvens av detta är att operationer förskjutits i tid och att flera av specialiteterna har haft svårt att klara målen för tillgänglighet. År 2013 delades dåvarande operationscentrum upp i de två basenheterna *operationscentrum* respektive *centrum för intensiv och postoperativ vård*. Ett syfte med omorganiseringen var att underlätta styrningen av verksamheten.

I landstingets årsredovisning för år 2014 kan man läsa att man arbetat med att öka länssamordningen och maximera nyttjandet av länets operationsresurser. Enligt årsredovisningen har kapacitets- och produktionsplanering varit en prioriterad metod för att effektivisera nyttjandet av operationsresurserna. Av årsredovisningen framgår också att det på NUS pågått försök i samarbete mellan Operationscentrum och specialistenheter att hitta resurseffektiva arbetssätt med hjälp av en ökad sektorisering.

1.1 Syfte

Syftet med granskningen är att ge revisorerna underlag för att bedöma om Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) säkerställt att landstingets operationsresurser nyttjas på ett effektivt sätt.

För att uppnå syftet med granskningen har följande delfrågor besvarats:

- Har hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att det för styrningen av operationsresurserna finns en dokumenterad strategi?
- Har hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att det för länssamordningen av operationsresurserna finns en lämplig organisering?
- Har hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att det för samordningen mellan specialistenheter och operationsenheter finns en lämplig organisering?
- Har hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att det för samordningen av operationsresurserna finns lämpligt systemstöd?
- Har hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att kapacitets- och produktionsplanering är en metod som använts i arbetet med att effektivisera nyttjandet av operationsresurser?
- Har hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att sektorisering är en metod som använts i arbetet med att effektivisera nyttjandet av operationsresurser?
- Har hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att det för operationsverksamheten finns system och metoder för att följa upp om operationsresurser används effektivt?
- Har Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att utveckling mot poliklinisering av operationer sker i lämplig omfattning?

- Har hälso- och sjukvårdsnämnden med hjälp av uppföljning hållit sig informerad om operationsresurserna nyttjas på ett effektivt sätt?
- Har hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit åtgärder i händelse av att nämndens uppföljning visar att operationsresurserna inte nyttjas på ett effektivt sätt?

1.2 Avgränsningar

Granskningen avgränsas på processnivå till att omfatta bukkirurgi och ortopedi vid de tre akutsjukhusen.

1.3 Ansvarig styrelse/nämnd

Hälso- och sjukvårdsnämnden.

1.4 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterier kan hämtas från lagar och förarbeten, föreskrifter och interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut. Revisionskriterier kan även utgöras av vedertagen praxis eller etablerad kunskap inom området.

I denna granskning utgörs revisionskriterierna av:

- Landstingets budget 2015 samt budget och landstingsplan 2012-2015
- EY:s erfarenhet och kunskap inom det aktuella området

1.5 Metod

Granskningen är genomförd via intervjuer med nyckelpersoner som chefer och controllers samt dokumentstudier. Dessutom har kortare samtal och mailkonversation genomförts med en rad aktörer vilket framgår av bilaga 1.

2 Organisation och uppdrag

I landstingsplanen 2012 - 2015 ger fullmäktige styrelsen och nämnder i uppdrag att bedriva ett effektiviseringsarbete. Bland annat beskrivs att nationella jämförelser visar att landstinget har "ett relativt stort utbud av åtgärder som antingen bör upphöra eller reduceras". Ett exempel på detta som nämns är operationer. Det effektiviseringsarbete som fullmäktige i landstingsplanen beskriver riktas i första hand mot att minska kvalitetsbrister samt, när det gäller operationsverksamheten, att överföra operationer till dagkirurgi. En annan strategi som nämns i landstingsplanen är att "se över vårdens struktur för att uppnå största möjliga effektivitet" (s 33).

Hälso- och sjukvårdsnämnden anger i verksamhetsplanen för 2015 att "tillgängligheten för besök har sakta förbättrats men väntetider till åtgärder/operationer måste förbättras". Som en del i detta arbete anges att länets sjukhus arbetar med profilering. Norrlands universitetssjukhus (NUS) ska ha en inriktning mot profilområden inom högspecialiserad vård och akutsjukhusen i Lycksele och Skellefteå mot uppdelade och differentierade planerade ingrepp. "Det senare är en absolut förutsättning för att klara regionuppdraget och främja den fortsatta utvecklingen för alla sjukhus" (s 5).

Både landstingsplanen och Hälso- och sjukvårdsnämnden pekar därmed på behovet av effektivisering, bland annat genom strukturella åtgärder.

Hälso- och sjukvårdsnämnden är ansvarig nämnd för att operationsresurserna utnyttjas ändamålsenligt och utifrån kravet på god hushållning.

2.1 Organisering av operationsresurserna och de opererande specialiteterna

De opererande verksamheterna ingår i verksamhetsområdena Kirurgi och Regionvård. Se nedanstående bild (opererande verksamheter i fetstil).

Verksamhetsområde (VO) Kirurgi

Kirurgcentrum Umeå
Kirurgisk och ortopedisk klinik Skellefteå
Kirurgisk och ortopedisk klinik Lycksele
Ortopedisk klinik Umeå
Operationscentrum Umeå
Anestesi-operation-intensivvårdsavdelning Skellefteå
Anestesi- och intensivvårdsavdelning Lycksele
Kvinnoklinik Lycksele
Kvinnoklinik Skellefteå
Kvinnoklinik Umeå
Ögonklinik Lycksele
Ögonklinik Skellefteå
Ögonklinik Umeå
Akutsjukvården Västerbotten
Centrum för intensiv- och postoperativ vård Umeå
Öron-näsa-hals och käkkirurgiska kliniken Västerbotten

Verksamhetsområde (VO) Regionvård

Barn- och ungdomscentrum Västerbotten
Neurocentrum Umeå
Arbets- och beteendemedicinskt centrum
Cancercentrum Umeå
Avancerad hemsjukvård Västerbotten
Hjärtcentrum Umeå
Bild- och funktionsmedicin Västerbotten
Centrum för medicinsk teknik och strålningsfysik Västerbotten
Laboratoriemedicin Västerbotten
Hand- och plastikkirurgiska kliniken Umeå

Verksamhetsområde Kirurgi leds av en verksamhetsområdeschef som till sitt förfogande har en ledningsgrupp bestående av samtliga verksamhetschefer samt HR-konsult och controller.

Vid respektive sjukhus fanns det fram till år 2014 en operationsstyrelse och i dessa styrelser planerades bland annat salstilldelning inför varje termin. Operationsstyrelserna är från och med 2015 ersatta av ett operationsråd enligt beslut av landstingsdirektören 2014-09-01. Operationsrådet ska arbeta med samma typ av frågor som de tidigare operationsstyrelserna men i ett länsövergripande perspektiv. Rådet består av:

- VO-chef för Kirurgi (ordf.)
- VO-chef Regionvård
- Chefsassistent VO-kirurgi
- Länskoordinator
- Verksamhetschefer (och/eller medicinskt ledningsansvarig läkare) för de opererande verksamheterna i länet samt Barn- och ungdomscentrum.

Det innebär att även Hjärtcentrum, Hand- och plastikkirurgiska kliniken och Neurocentrum ingår i Operationsrådet fastän de ingår i Verksamhetsområde Region.

Operationsrådets uppdrag är "att besluta i frågor av övergripande och strategisk natur som berör operativa resurser i VLL"[1]. De huvudsakliga uppgifterna är:

- Årligen besluta om justering av huvudplaner för produktionsplanering.
- Föra upp väntetidsstatistik för kirurgiska åtgärder inom länet, och vid behov besluta om omfördelning av operationsresurser mellan verksamheter inom länet.
- Följa upp beslutade nyckeltal för nyttjande av operationsresurserna inom VLL och vid behov besluta om nödvändiga åtgärder för att säkerställa ett effektivt resursutnyttjande utifrån dessa nyckeltal.
- Fastställa föreslagna standarder för pre-, peri- och postoperativ handläggning vid postoperativa åtgärder.

En skillnad mellan de tidigare operationsstyrelserna och operationsrådet är att det nu finns en chef som kan fatta beslut oavsett om det råder konsensus eller inte mellan de kliniker som ingår i VO kirurgi. Beslut som innebär betydande ekonomiska konsekvenser beslutas av landstingsdirektör. VO-chefen för kirurgi uppger att det råder ett bra klimat i operationsrådet och att inga beslut har behövts fattas utan konsensus.

Chefen för VO-kirurgi beskriver att uppdraget för denna nya chefsnivå, utöver det standardiserade och formella uppdraget, är att genomföra en förändringsprocess som ska leda till en samordnad "infrastruktur" och en samsyn i ledningskulturen om det länsövergripande uppdraget.

2.2 Organisering på sjukhusnivå

Vid de tre sjukhusen ser organiseringen ut på olika sätt, delvis beroende på sjukhusets storlek. Det finns operationsavdelningar vid alla tre sjukhusen som organiserar operationssalar, operationsinstrument, steriliseringsutrustning och anestesiutrustning. Den kompetens som är knuten till operationsavdelningarna är anestesiläkare, anestesisjuksköterskor och operationssjuksköterskor. Den formella organisationen framgår av nedanstående tabell.

[1] Enligt den av VO-chefen upprättade uppdragsbeskrivningen

Sjukhus	Organisation för opererande verksamhet
Norrlands universitetssjukhus (NUS)	Totalt finns det 34 operationssalar vid NUS Operationscentrum är en egen klinik och disponerar 27 operationssalar bemannade med operationssjuksköterskor och narkospersonal. Två salar är stängda p.g.a. miljöproblem. Salarna finns utspridda på fyra geografiska platser som även bildar 4 sektorer som servar olika specialiteter. Hand- och plastikkirurgiska kliniken disponerar 3 egna salar med egna operationssjuksköterskor. Anestesipersonal erhålls från Operationscentrum. Hjärtcentrum/thoraxkirurgin disponerar 4 egna salar helt bemannade av egen personal och i ett separat planeringsflöde. Den postoperativa verksamheten, inklusive intensivvård, som vanligtvis ingår i operationscentrumen vid andra sjukhus är vid NUS organiserad som en klinik med en egen verksamhetschef, Centrum för intensiv och postoperativ vård. Operatörerna är organiserade i respektive specialistkliniker. Projektering pågår för att kunna öppna två ytterligare salar.
Skellefteå lasarett	Operation- anestesi- intensivvård (AN-OP-IVA) är en egen klinik med verksamhetschef. Kliniken disponerar 9 operationssalar. Operatörerna finns organiserade vid egna kliniker med verksamhetschefer. Operationsavdelningen har ingen separat sterilenhet vilket innebär att operationspersonalen får sköta den verksamheten.
Lycksele lasarett	All opererande verksamhet ingår i Kirurgkliniken. Operatörer och operationsresurser finns alltså i samma organisation till skillnad från i Skellefteå och vid NUS. Det finns en verksamhetschef för alla ingående delar. Operationsavdelningen som organiserar operationssköterskor och undersköterskor leds av en avdelningschef inom Kirurgkliniken. Narkossjuksköterskor, undersköterska och narkosläkare leds av verksamhetschefen för Anestesi/IVA/helikopter. 4 operationssalar finns idag. Eventuellt planeras för ytterligare en.

2.3 Övergripande effektiviseringsåtgärder av operationsverksamheten

Verksamhetsområdeschefens uppdrag är att utveckla operationsresurserna så att de används effektivt som en samlad resurs för hela länet. Enligt verksamhetsområdeschefen är arbetet mot en effektiviserad operationsverksamhet inriktat mot följande områden utöver införandet av operationsrådet:

- Koncentration av operationstyper till Lycksele och Skellefteå. Exempelvis ska höftplastiker och knäplastiker i första hand utföras i Lycksele och laparoskopiska galloperationer utföras i Skellefteå. (Se vidare avsnitt 3)
- Canceroperationer ska främst göras vid NUS. Detta är även en konsekvens av den nivåstrukturering som sker inom ramen för det regionala cancercentrumet (RCC).
- En länskoordinator är inrättad och uppdraget är att bland annat utifrån rådande väntetidsläge samordna operationsplaneringen vid de tre sjukhusen.
- Utvecklad produktionsplanering. Inför varje halvår ska varje specialitet inkomma med besöks- och operationsbehovet och tillgänglig kapacitet i form av operatörer och vårdplatser.

Länskoordinatorn har ett övergripande samordningsansvar i länet för patienter som omfattas av vårdgaranti och skall tillse att kirurgisk vård planeras inom länet så att kostnader för utomlänsvård minimeras. Patienten kan inte välja sjukhus eller stå kvar på väntelista vid hemsjukhuset.

Länskoordinatorn skall vidare tillsammans med planeringsansvariga sjuksköterskor organisera och utveckla samordningen så väntetiderna i länet utjämnas inom åtgärder och besök. Arbetet är inledningsvis inriktat mot ortopedi. Avstämning sker en gång i månaden då länskoordinatorn träffar planeringsansvariga för de tre sjukhusen.

En i sammanhanget relevant styråtgärd avser produktions- och kapacitetsplanering. I ett projektdirektiv från oktober 2014 beskrivs att syftet med projektet är "att skapa en helhetssyn och förbättrad planering för verksamheten vilket ska generera ett optimalt, patientfokuserat flöde och sunt resursutnyttjande". Med hjälp av ett för landstinget utvecklat koncept för planering är tanken att verksamheten ska bli mer patientfokuserad avseende bemanning och kapacitetsutnyttjande. Planering utifrån behov förväntas även påverka arbetsplatserna positivt genom en bättre överblick och kontroll av verksamheten.

Vid intervjuerna framkommer att de opererande resurserna ännu inte nåtts av det centrala projektets arbete med att utveckla metoderna. Flera opererande verksamheter har sedan tidigare utvecklat egna sätt att planera produktionen, bland annat operation vid Lycksele lasarett, ortopedi vid Skellefteå lasarett och NUS samt inom Kirurgicentrum vid NUS. I det landstingsövergripande projektet ska en analys göras av om dessa klinikers planeringsverktyg ska enligt projektbeskrivningen ersättas av ett gemensamt eller ej.

2.4 Kommentarer utifrån revisionsfrågorna

Bedömningen är att den nya organisationen med ett gemensamt verksamhetsområde för opererande verksamhet samt ett gemensamt operationsråd för hela länet är en ändamålsenlig ledningsorganisation. Beslut kan tas även om det inte råder konsensus.

Länskoordinatorfunktionen bedöms vara en adekvat åtgärd för att på ett operativt plan utnyttja resurserna över hela länet för patientens bästa. Det är tveksamt om resursen i nuvarande form räcker till för att omfatta hela den operativa verksamheten vilket är syftet. Nu är det ortopedin som samordnas. Arbetet med länskoordinering utgår idag främst för att bevaka att patienter inte får vänta längre än vårdgarantin. Ska denna funktion arbeta i linje med de ambitioner landstinget har med en välutvecklad produktionsplanering bör samplaneringen mellan sjukhusen arbeta för korta väntetider och ett bra resursutnyttjande oavsett vårdgarantin eller ej. Ambitionen bör med andra ord vara högre.

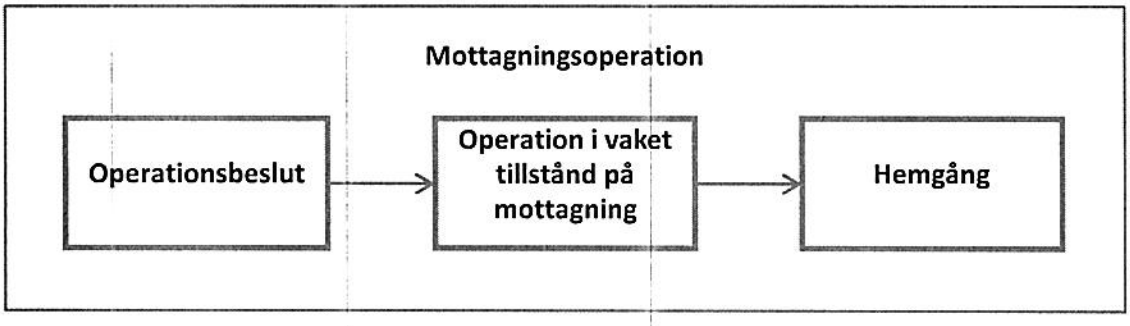
Det finns en strategi men den är inte sammanhållen utan består av ett antal dokument som beskriver operationsrådets och länskoordinatorns uppdrag, uppföljning via nyckeltal och

riktlinjer för produktionsplanering. Verksamhetsområdeschefens uppdrag är inte mer preciserat än i det generella chefuppdraget utan innehållet uppdraget växer fram i dialogen med landstingsdirektören.

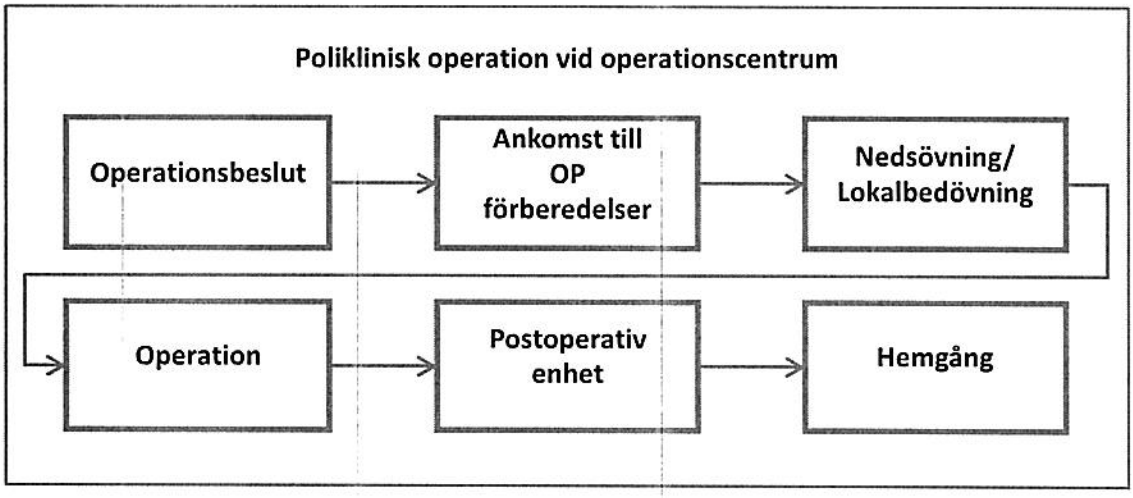
3 Produktion, tillgänglighet och samordning i länet

3.1 Tre olika operationstyper

Operationer kan delas in i tre typer av operationer med olika resursåtgång, mottagningsoperation, polikliniska operationer och operationer med inneliggande patienter. Dessa beskrivs kortfattat nedan.

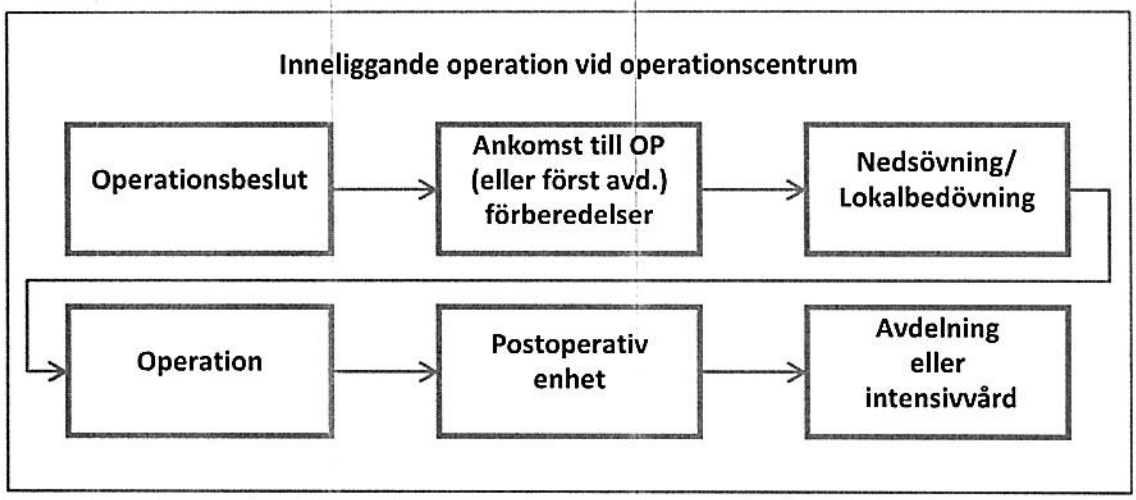


Vid lättare ingrepp kan operation genomföras vid en specialistkliniks mottagning. En restriktion är att patienten inte kan sövas vid denna typ av operation. En annan är att patienten ska kunna gå hem tämligen direkt efter operationens genomförande. För patientens del är mottagningsoperation betydligt enklare och smidigare än om operationen behöver genomföras på operationscentrum. Resurserna utnyttjas också bättre då ingen kapacitet behöver tas från operationscentrum där mer komplicerade ingrepp utförs.



Polikliniska operationer (dagkirurgi) genomförs vid planerade ingrepp som kräver nedsövning eller mer avancerad lokalbedövning men där patienten inte behöver stanna över natten.

Fördelen med polikliniska operationer är att patienten går hem samma dag och inte behöver utnyttja en vårdplats.



Vid de mest komplicerade operationerna och där patientens tillstånd inte tillåter hemgång samma dag genomförs s.k. "inneliggandekirurgi". Då vårdas patienten på en avdelning efter att operationen är genomförd.

3.2 Utveckling av dagkirurgi (polikliniska operationer)

Utvecklingstrenden nationellt och internationellt är att fler och fler operationer genomförs som polikliniska operationer och som mottagningsoperationer. Operationsmetoder, användande av robotar och förbättrade narkos- och lokalbedövningsmetoder gör denna utveckling möjlig. Förutom patientens vinster med snabbare återhämtning och mindre tid på sjukhus är detta mer kostnadseffektivt då det medför minskat behov av vårdplatser och operationscentrums resurser. Dock kan dagkirurgiska operationer kräva längre tid på postoperativ enhet.

Inom de två granskade verksamheterna, bukkirurgi och ortopedi, sker denna utveckling kontinuerligt. Det är chefen för verksamhetsområde kirurgi som i sin roll ska ange inriktning mot ökad poliklinisering genom att bland annat stödja förbättringsarbeten. Verksamhetscheferna har i uppdrag att följa utvecklingen av nya metoder vilka operationsrådet fortlöpande kan besluta om att införa.

Enligt både verksamhetsområdeschefen och chefen för Kirurgicentrum vid NUS så är utvecklingen mot poliklinisering långt gången inom kirurgin relativt de metoder som nu används. Vid NUS är det endast små grupper av operationer kvar att förändra. Exempelvis skulle vissa bröstcanceroperationer kunna göras polikliniskt om patienthotell kunde utnyttjas vilket för närvarande inte är fallet. I Skellefteå skulle fler polikliniska operationer kunna göras men det förutsätter tillgång till vårdplatser som patienterna kan vistas på innan hemgång samma dag. Nu används den postoperativa avdelningen för detta men den kapaciteten räcker inte utan utgör en flaskhals för att öka andelen polikliniska operationer. En ombyggd postoperativ avdelning med fler platser är planerad till 2017 – 2018.

Det finns även möjligheter att överföra operationer från inneliggande till dagkirurgi. Som ett exempel utförs cirka hälften av de laparaskopiska (titthålsoperationer) gallstensoperationerna i Skellefteå dagkirurgiskt. Jämfört med riket i övrigt är 50 procent en låg andel.

Inom **ortopedin** är utvecklingen också kontinuerlig och pågående. De operationer som görs för inneliggande patienter är höft- och knäledsoperationer (proteser och frakturer), ryggoperationer, axeloperationer samt komplicerade fotoperationer. För dessa operationer finns det idag inga uppenbara möjligheter att utföra dem med dagkirurgi. Däremot finns det enligt verksamhetschefen för ortopedi vid NUS en betydande möjlighet att utföra lättare operationer vid mottagningen om det fanns en sal att utnyttja. Så är inte fallet nu. Exempelvis skulle enklare handoperationer kunna göras på mottagningen i både Lycksele och Skellefteå men utförs idag på operation. Avdelningschefen för operation i Lycksele ser dock en fördel i att dessa handoperationer sker på operationssal eftersom operationssköterskor kan utnyttjas samt att sterilförhållanden bättre kan säkerställas.

3.3 Samordning i länet – vilka operationer ska göras var?

Det pågår en process där de tre sjukhusen ska utgöra en gemensam resurs och planeringsmässigt betraktas i ett helhetsperspektiv. Som tidigare nämnts koncentreras de flesta canceroperationerna till NUS efter ställningstagande i det regionala cancercentrumet RCC. Då längre väntetider uppstår genomförs enstaka canceroperationer i Skellefteå.

Samtidigt har ett antal standardiserade operationstyper koncentrerats till Lycksele respektive Skellefteå. De tydligaste exemplen på denna utveckling är byte av höftleder som till största delen utförs i Lycksele med operatörer från främst Lycksele men även från NUS. År 2014 utförde Lycksele lasarett 301 primära[2] höftledsoperationer medan Skellefteå lasarett utförde 113. Vid NUS genomförs endast komplicerade höftledsoperationer och reoperationer av höftleder. Avsikten är att även primära knäproteser ska koncentreras till Lycksele. Idag görs bara enstaka knäoperationer i Lycksele.

Även lättare operationer i större volymer inom Kvinnoklinikerna har flyttats från NUS till Lycksele.

I denna rörelse mot koncentration är strategin att även läkarbesöket före operation ska ske i Lycksele så att hela patientprocessen sker på samma sjukhus som utför operationen.

När det gäller kirurgi har följande operationer koncentrerats:

- Alla fetmaoperationer (obesitas) utförs i Lycksele
- Alla gallstensoperationer vid NUS har flyttats till Skellefteå (d.v.s. patienter från kustområdet)
- Ljumskbråck opereras i Lycksele för Umeå och Lyckselepatienter samt i Skellefteå
- Bröstcancer opereras främst vid NUS och i viss utsträckning i Skellefteå, då väntetiderna är långa

Enligt chefen för Kirurgicentrum vid NUS är intentionen att flytta fler enklare operationer till Skellefteå, bland annat operationer av dagkirurgiska operationer av malignt melanom och strumaoperationer. Huruvida detta kommer att ske är oklart och det finns olika uppfattningar om vad som är lättare operationer. Diskussionen mellan NUS och Skellefteå om dessa lättare operationer är sammanflätad med diskussionen om andra operationer och vilken kapacitet man ska planera för vid lasarettet i Skellefteå. Vid både NUS och Skellefteå är vårdplatser i dagsläget en flaskhals när det gäller operationer av inneliggande patienter.

---

[2] Primära betyder att det är första gången som patienten opereras för byte av höftled. Vissa av dessa måste opereras igen – "reoperationer", oftast på grund av att protesen lossnar. Även infektioner vid den första operationen kan vara orsaken.

Vårdplatsbristen beror enligt de intervjuade både på begränsade ekonomiska resurser och svårigheter att rekrytera sjuksköterskor till avdelningarna.

Enligt de intervjuade flyter arbetet med att koncentrera operationer till färre sjukhus samt samverkan i övrigt lättare mellan NUS och Lycksele lasarett. Lyckesele lasarett är minst i länet och har ett tydligt behov att behålla och kanske utöka sitt uppdrag för att därigenom kunna vara ett sammanhållet sjukhus som kan attrahera personal. Frågan om var de lättare och svårare operationerna ska utföras blir relativt okomplicerad i dialogen mellan NUS och Lycksele lasarett. Eftersom Skellefteå lasarett är ett större sjukhus är det inte lika självklart vilka operationer som anses kunna utföras i Skellefteå respektive vid NUS. Hur denna strategi ska se ut påverkar i hög grad hur klinikerna i Skellefteå ska planera rekryteringen av specialister.

Vare sig chefen för verksamhetsområde kirurgi eller landstingsdirektören tar ställning i denna fråga. Hur fördelningen av operationerna ska se ut framgent mellan NUS och Skellefteå lasarett får växa fram i diskussionerna på verksamhetsnivå.

För de patienter som behöver operationer som utförs vid flera sjukhus är tanken att den tidigare nämnde länskoordinatorn samordna länets resurser för bästa väntetid. Utifrån de rådande väntetiderna, vilka analyseras varje månad, styrs operationerna inom ortopedin till det ställe där väntetiderna är kortast. Detta gäller än så länge endast de patienter som annars riskerar att närma sig gränsen för vårdgarantin, d.v.s. patienter som riskerar att få vänta längre än 90 dagar på operation.

Ambitionen är att det ska finnas en gemensam väntelista för hela länet men det går idag inte på grund av tekniska skäl utan sammanvägningen av de tre väntelistorna får ske manuellt. Enligt chefen för Kirurgcentrum vid NUS pågår just nu ett pilotprojekt med att skapa en gemensam väntelista för urologin som brottas med väldigt låg tillgänglighet.

3.4 Tillgängligheten för operationer vid de tre sjukhusen varierar

Tillgängligheten till operationer i landstinget är generellt problematiskt låg. En av orsakerna är enligt de intervjuade brist på vårdplatser och sjuksköterskor. Operatörer är i de flesta fall inte den flaskhals som gör att tillgängligheten är låg. Från att ha legat på cirka 80 procent mellan 2011 och 2013 har andelen patienter som fått sin operation inom vårdgarantins 90 dagar sjunkit till under 70 procent under 2014 och 2015.

Väntetiderna mäts vid respektive sjukhus och ser ut på följande sätt.

Översiktlig måluppfyllelse av vårdgarantin operation/åtgärd Maj 2015	
Landsting/Sjukhus	Måluppfyllelse vårdgarantin
Sverige	83 %
Västerbotten	69 %
Lycksele Lasarett	83 %
Norrlands Universitetssjukhus Umeå	64 %
Skellefteå lasarett	81 %

Väntetiderna till nybesök till ortopedi och allmän kirurgi är 2015 87 respektive 97 procent. Det är alltså inte i första hand tillgängligheten till mottagningsbesök som är flaskhalsen. Ett undantag är urologi där andelen som fått besök inom 90 dagar är 55 procent.

Vissa kliniker har infört gruppmottagning för specifika diagnoser. I Umeå på ortopedkliniken finns det t.ex. gruppmottagning för patienter till dagkirurgiska operationer (fot/axel/mjukdelsknä). Då kan 30-45 patienter bedömas på en och samma dag. Det finns en speciell frågedoktor i korridoren som de undersökande läkarna kan stämma av med vid tveksamheter. Sjukgymnaster finns på plats för att informera och bedöma patienterna. Det har varit effektivt och väntetiden till första bedömning har minskat markant.

Liknande finns för bedömning till ljumskbråcksoperationer i Lycksele. Då kommer patienterna i grupp för gemensam informationsgenomgång, beslut om operation och narkosbedömning. Även här har väntetiden kunnat minskas.

Canceroperationer går alltid före elektiva, ej livsavgörande ingrepp. Därför mäts inte specifika cancerdiagnoser på webbplatsen väntetider i vården då dessa skall prioriteras. Nedan finns exempel på vanliga diagnoser inom områdena ortopedi och kirurgi.

Västerbottens läns landsting	
Ortopedi	**Måluppfyllelse vårdgarantin Operation/åtgärd Maj 2015**
Axelled (protes)	50 %
Höftled (protes)	90 %
Knäled (protes)	83 %
Hand, nervinklämning (karpaltunnel)	93 %
Kirurgi	
Gallsten	97 %
Ljumskbråck	95 %
Magsäck eller tarm, vid övervikt	100 %
Ändtarmssjukdom	77 %
Kirurgi övriga	90 %

Nedan finns exempel på områden där Västerbotten ligger sämre till än riket i övrigt och det finns en stor skillnad mellan sjukhusen.

Måluppfyllelse vårdgarantin Operation/åtgärd Maj 2015				
	Prostataförstoring	Urologi övriga	Öron, Näsa och hals övriga	Framfall
Västerbotten	40 %	51 %	48 %	63 %
Lycksele lasarett	100 %	100 %	utförs ej	100 %
NUS	19 %	39 %	46 %	58 %
Skellefteå	96 %	87 %	86 %	100 %

Inom urologin uppfylls endast 19 procent av prostataförstoringsoperationerna inom vårdgarantin på NUS medan 96 procent och 100 procent uppfylls på Lycksele respektive Skellefteå sjukhus. Prostatacancer opereras endast vid NUS vilket delvis kan förklara att väntetiderna för prostataförstoringar blir lidande. Som nämnts tidigare startas nu ett pilotprojekt för att skapa en gemensam väntelista för urologipatienter. Projektet är i startfasen och det återstår tekniska problem att lösa eftersom information måste användas både från journalsystemet och från operationsplaneringssystemet.

För de diagnoser som det uttryckligen skett en koncentrering av; som höftleder, ljumskbråck, magsäck eller tarm vid övervikt och gallsten väntetiderna korta mätt utifrån vårdgarantin.

3.5 Kommentarer utifrån revisionsfrågorna

Tillgängligheten överlag är problematiskt låg för operation/åtgärd i landstinget. Det gör att det är av yttersta vikt att operationsresurserna organiseras och styrs för bästa resursutnyttjande. Denna granskning avser just operationsresurserna och i vilken mån dessa resurser optimeras. För att tillgängligheten ska påverkas krävs att hela flödet från mottagningarna till hemgång efter vårdavdelning analyseras och utvecklas. Det är vad Hälso- och sjukvårdsnämnden anger i verksamhetsplanen 2015; "ett antal vägledande principer, baserade på kunskap om Lean, bildar utgångspunkt för arbetet" (s 6). Enligt Leankonceptet är det centralt att inte bara fokusera på maximalt resursutnyttjande utan att hela processen flyter utan köbildning och långa passiva tider. Som beskrivs i nästa avsnitt är det inte bara operationsavdelningarna som är flaskhalsar i vårdprocessen för patienter som ska opereras, utan framför allt vårdplatser.

De stora skillnaderna i tillgänglighet för prostataförstoringarna mellan NUS och de övriga sjukhusen bör jämnas ut för patienternas bästa. Försöken att skapa en gemensam väntelista är sannolikt en åtgärd som kan underlätta detta men även att det finns operatörer som kan genomföra operationerna i Skellefteå.

Granskningen visar att polikliniseringen av operationer har varit en pågående process och i många fall genomförts så långt det är lämpligt. Detta ligger i linje med de strategiska utgångspunkterna som landstingsfullmäktige formulerat. Emellertid finns det alltjämt ett behov av att fortsätta den utvecklingsprocessen, både när det gäller övergången till dagkirurgi och operationer vid mottagningarna. Eftersom brist på vårdplatser är ett problem är det extra angeläget. Bara genom en snabb genomgång har vi kunnat identifiera flera operationstyper som med fördel skulle kunna flyttas från operation till mottagningar. Exempelvis utgör antalet enklare handoperationer en ganska stor del av operationerna i Lycksele och Skellefteå och en överföring till mottagning skulle kunna frigöra kapacitet.

4 Operationsprocessen vid de tre sjukhusen

I detta avsnitt beskrivs hur operationerna planeras och genomförs vid respektive sjukhus. Planeringen sker dels på lång sikt (terminsvis eller årsvis) samt på kort sikt (veckoplaneringen). Planeringen mellan operationsavdelningarna och operatörsklinikerna är central för vårdprocessen.

4.1 Norrlands universitetssjukhus – Centraloperation

De 25 operationssalarna är uppdelade i fyra sektorer indelade efter kroppens delar:

- Huvud (neurokirurgi och käkkirurgi)
- Rörelseorganen (ortopedi exkl. handkirurgi)
- Buk
- Övrigt

Tidigare arbetade operationssjuksköterskor och narkossjuksköterskor över hela eller stora delar av dessa fyra områden. På grund av en längre tids indikationer på dålig arbetsmiljö, med bland annat hög personalomsättning, infördes 2014 dessa sektorer. Syftet är att personalen ska kunna känna sig tryggare genom att bygga sin kompetens inom ett av dessa fyra områden. Ett annat syfte är att genom bättre planerade processer inom varje sektor öka produktiviteten. Personalomsättningen har minskat markant under senaste två åren. Produktiviteten har enligt verksamhetschefen för Centraloperation förbättrats bland annat genom att ett stort antal operationer har flyttats från jourtid till dagtid.

De olika specialiteternas tilldelning av operationssalar görs i operationsrådet årsvis. Fördelningen bygger på verksamheternas produktionsplanering och ska lämnas in till VO-chefen inför fastställandet. Under pågående verksamhetsår har VO-chefen befogenhet att besluta om justeringar i denna plan utefter uppkomna förändringar av behov eller tillgång till operatörer m.m. Enligt intervjuerna har det i praktiken inte gjorts några omfördelningar under produktionsårets gång.

De olika specialiteterna har kommit olika långt i sin produktionsplaneringmetodik. Vissa utgår helt enkelt från förra årets produktion medan andra har mer aktuella underlag som även inbegriper mottagningsbesök och vårdplatser.

På operativ nivå sker planeringen mellan Centraloperation och operatörsklinikerna i tvåveckorscykler vilket förutsätter att operatörsklinikernas läkarscheman läggs minst 8 veckor framåt, vilket i de flesta fallen fungerar. Representanter för Operationscentrums sektorer träffar varje torsdag planeringsansvariga från operatörsklinikerna för att planera den kommande veckans operationsprogram i detalj. Vid sektor BUK (d.v.s. kirurgi) har man även på tisdagar infört en träff mellan operationsresurserna och operatörskliniken där kommunikation sker kring frågor på något längre sikt. Eventuella förändringar kan då signaleras och åtgärdas vid detta möte. Tisdagsmötena har funnits sedan två år och har enligt intervjuad avdelningschef förbättrat flödet och gjort planeringen mer hållbar.

När det gäller samverkan med den postoperativa planeringen har den nya organisationen medfört vissa nackdelar som fortfarande återstår att lösa. Ansvarsförhållanden för den preoperativa processen behöver förtydligas eftersom de som utför arbetet finns på Operationscentrum medan läkare på den postoperativa enheten har ansvaret. Den postoperativa kliniken behöver även enligt verksamhetschefen vara mer delaktig i veckoplaneringen för att kunna dimensionera arbetet. Idag förutsätts det att det ska finnas postoperativ kapacitet men den postoperativa enheten får använda tradition eller historiska data för att dimensionera bemanning av postoperativ verksamhet.

4.2 Lycksele lasaretts operationsavdelning

Den strategiska planeringen sker i operationsrådet enligt tidigare beskrivning ovan.

I Lycksele är det kirurgkliniken som lägger operationsschemat. Narkosen får anpassa sig efter det schema som är lagt. Det har förekomit kommunikationsmissar där kirurgen eller

kvinnoklinken haft en planeringsdag utan att meddela detta tydligt så att narkosen kan anpassa sin personal för dagen.

Planeringen till operation sker ca 4 veckor innan av operationsplanerare där de får ta hänsyn till att vissa läkare gör både kirurgiska och ortopediska ingrepp och inte kan vara på två salar samtidigt. Den långsiktiga planeringen utgår från föregående års produktion. De har ökat lite för varje år. Nästa år planerar de även att öppna ytterligare en operationssal där det är tänkt att utföra i första hand ortopediska operationer.

4.3 Skellefteå lasaretts operationsavdelning

Salsfördelningen på sjukhuset görs av avdelningschefen på operation utifrån operatörsklinikernas produktion. Operationssalar är ingen bristresurs i Skellefteå vilket gör att själva salsplaneringen är enkel att göra och få förändringar behöver göras i grundtilldelningen. Däremot finns det problem att stoppa in operationer då ändringar i programmen uppstår beroende på att rutinerna och kommunikationen vid ändringar inte fungerar tillräckligt bra. Även om vissa av de opererande klinikerna har en välutvecklad produktionsplanering brister överblickbarheten i planeringen enligt verksamhetschefen för Anestesi/operation/IVA.

4.4 Processutveckling

Verksamhetsområdet Kirurgi och dess ledningsgrupp utgår ifrån vissa grundläggande principer för hur processerna ska kunna förbättras och effektiviseras. Nedanstående bild visar de grundläggande komponenterna i den produktions- och kapacitetsplanering som strävan är att förverkliga men som ännu inte är på plats i alla delar.

De utvecklingsområden som är definierade av ledningsgruppen är bland annat:

- Operationsstyrelsernas övergång till operationsrådet
- Förbättrade rutiner före operation
- Fler operationer utanför Operationscentrumen
- Bättre flöden för volymoperationer
- Kortare bytestider mellan operationer

- Tidigare start för första operation på morgonen
- Separera akutflödet från den planerade verksamheten

Det finns vid varje sjukhus utvecklingsprojekt och arbeten som pågår i olika omfattning varav den ovan beskrivna sektoriseringen. Det är framför allt Operationscentrum vid NUS som har omsatt denna lista till en handlingsplan för arbetet hösten 2015.

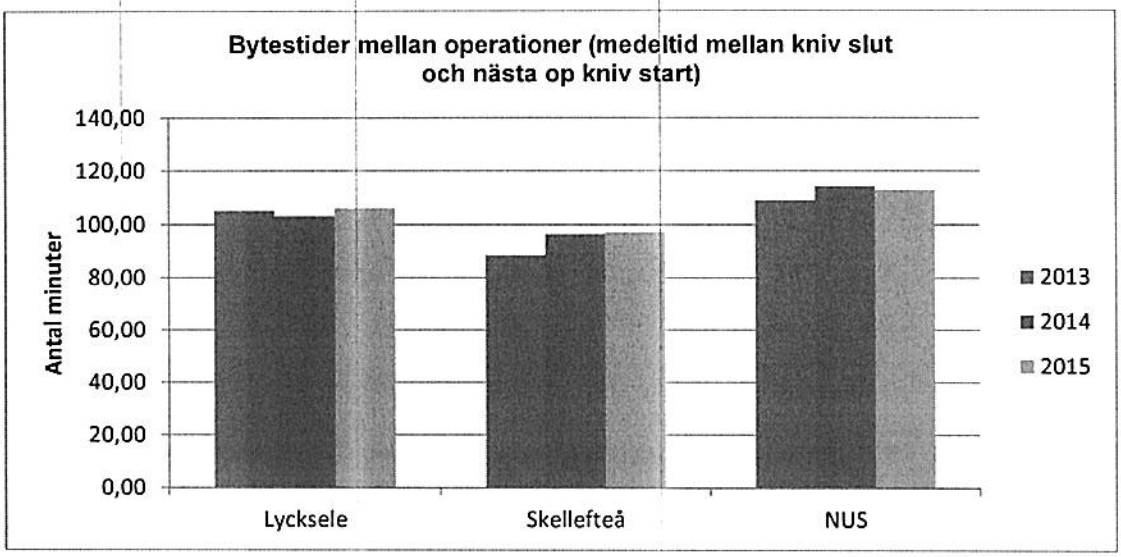
Ett sätt att mäta den inre effektiviteten är att se på en vanlig diagnos som utförs på alla tre sjukhusen och jämföra om det är någon skillnad mellan dessa och i övriga landet. I detta fall har vi valt att se närmare på höftprotesoperationer då det är en standardiserad operation som utförs på alla tre sjukhusen.

Höftprotesoperationer 2014			
	Lycksele	**Skellefteå**	**NUS**
Totalt antal utförda operationer	301	113	58
Antal utförda operationer en normal vecka	9-10	8	1,9
Antal disponibla salar/vecka	1-2	8	2
Antal op/dag/sal	2	2	2
Starttid	Kl. 09.00	Kl. 09.00	Kl. 09.30
Medelknivtid	75 min	75 min	100 – 110 min
Medelvårdtid på avdelning	4 dygn	4 dygn	2 – 3 dygn
Faktiska väntetider till operation i medel	12 veckor	16 veckor	Ca 12 veckor

De 58 operationer som utförs på NUS är mer komplicerade än de vid Lycksele och Skellefteå lasarett.

På samtliga sjukhus genomförs det 2 operationer/dag/sal. Det kan jämföras med att Oskarshamns sjukhus gjorde tre operationer/dag/sal och Hässleholms sjukhus 3 – 5 operationer/dag/sal 2010. En av anledningarna till detta är enligt intervjuerna att de inte kommer igång med operationerna förrän 09.00 och 09.30 på de olika sjukhusen. Då ligger de efter redan från start. Ur ett nationellt perspektiv är 2 operationer per dag och sal en låg siffra, speciellt för Lycksele och Skellefteå där möjligheterna till ett snabbare flöde är störst.

Vi har i denna rapport sammanställt data för bytestider och strykningsfrekvens.



Medelbytestiderna är längst på NUS. Det kan delvis förklaras med att det inte finns några förberedelserum utan patienten behöver förberedas direkt på sal samt att operationerna vid NUS är mer komplicerade och ofta kräver mer utrustning. Skellefteå ligger bäst till men en försämring ses de senaste åren. Lycksele har förberedelserum men däremot inte uppdukningsrum. Inga jämförelser med andra sjukhus eller landsting har gjorts.

När det gäller strykningar av operationer mäts detta kontinuerligt vid varje sjukhus. Måttet är definierat som de operationer som stryks efter klockan 17 dagen innan operation. Antalet strykningar varierar mellan de olika sjukhusen. På NUS var andelen strykningar 17 procent under perioden jan – maj 2015, vilket kan jämföras med 5 – 7 procent på de mindre sjukhusen i Skellefteå och Lycksele. Återbud och att patienten uteblev står för hela 32 procent av strykningarna på NUS och för 17 procent i Lycksele.

I granskningen har vi identifierat några flaskhalsar vid respektive sjukhus samt några angelägna förbättringsområden. Detta är ingen heltäckande kartläggning utan bör ses som exempel:

- Vid Lycksele lasarett och Skellefteå lasarett används uppvakningsavdelningen (postop) som vårdplats för dagkirurgiska patienter innan hemgång. Det innebär att postop ibland kan blir en flaskhals. I Skellefteå är detta ett av problemen för att öka den polikliniska verksamheten
- Fler polikliniska operationer skulle kunna utföras i Skellefteå om det fanns operatörer.
- Sterilverksamheten i Skellefteå sköts av operationspersonalen vilket drar resurser från operationskapaciteten.
- Även städningen av operationssalarna i Skellefteå utförs av operationspersonalen. Det är en tveksam arbetsfördelning vid en eventuellt högre beläggning av operationssalarna.
- Kirurgcentram kan idag inte nyttja de 7 salar de förfogar över hela vecka på grund av brist på personal.
- Vid NUS gör bristen på operationssjuksköterskor och även narkossjuksköterskor att grundbemanningen av de nu öppna salarna ligger precis i nivå med behovet för att hålla salarna öppna. Blir en person sjuk stryks i värsta fall hela dagsprogrammet vid den salen.
- Det finns fler exempel på sysslor som operationspersonalen gör som istället andra kompetenser skulle kunna utföra.

Sammantaget är det flera av intervjupersonerna som beskriver att de framsteg som tidigare gjorts på operativ nivå i olika utvecklingsprojekt tenderar att "falla tillbaka" till utgångsläget. En förklaring till detta som anges är personalomsättning vilket gör att förbättringarna måste underhållas bättre.

4.5 Kommentarer utifrån revisionsfrågorna

Granskningen visar att samordningen mellan operationsresurserna och operatörsklinikerna vid NUS och i Lycksele i flera avseenden fungerar tillfredsställande men att förbättringsmöjligheter finns. I Lycksele är den mindre och mer överblickbara organisationen en viktig förutsättning för samordningen men det sker kommunikationsmissar mellan de opererande klinikerna och operationsavdelningen och mellan operationsavdelningen och narkospersonalen.

Vid NUS har planeringen förbättrats i samband med sektoriseringen. Operatörsklinikerna har fått en tydligare enhet att samspela med. Samtidigt är salsutnyttjandegraden och andelen strukna operationer otillfredsställande och kan ha samband med bristande samordning. Den definition av strykningar, d.v.s. efter klockan 17:00 dagen innan, är satt så att det mycket väl kan finnas en stor del operationer som stryks tidigare men där det inte varit möjligt att planera in en annan operation. Vi bedömer att det finns ett behov av att mer systematiskt analysera hur stor andelen undvikbara strykningar är och som resulterar i outnyttjad salstid.

Vid Skellefteå lasarett bedömer vi att det faktum att det finns överkapacitet på operationsresurser i viss mån lett till att utveckling av samordning och planering inte utvecklats på ett tillfredsställande sätt. Den frågan hänger även ihop med frågan om vilken roll Skellefteå lasarett ska ha i systemet och hur operationsresurserna ska dimensioneras.

En analys av starttiderna vid de olika operationsavdelningarna framstår som önskvärd. Tidigare starttider skulle kunna öka kapaciteten och ha stor betydelse, speciellt för salar där längre operationer genomförs. Denna fråga är föremål för uppmärksamhet i VO-kirurgins ledningsgrupp enligt den dokumentation vi tagit del av men när resultat ska vara uppnått är oklart.

Produktionsplaneringen bygger fortfarande till stor del på historiska data, vilket oftast innebär förra årets produktion. Den metodik för produktionsplanering, vars utvecklings beskrivs som prioriterad av både budget och Hälso- och sjukvårdsnämnden, utvecklas i långsam takt. Det är fortfarande öar av kliniker som kommit långt och med olika metoder. Det arbete som bedrivs av landstingets utvecklingsenhet Memologen har ännu inte hakat i de opererande verksamheterna i någon väsentlig omfattning. Enligt chefen VO-Kirurgi har verksamhetsområdet försökt "vänta in" det landstingsövergripande projektet men känner samtidigt ett starkt behov av att driva på utvecklingen.

En modern produktionsplanering, oavsett metodik, bygger dels på aktuell produktionsinformation och aktuell tillgänglig kapacitet dels på en frekvent avstämning av produktionsplan och utfall (daglig styrning). Det är endast vissa verksamheter inom centraloperation som arbetar med daglig styrning. En ökad takt i utvecklingen av produktion- och kapacitetsplanering bedöms som angeläget.

5 Uppföljning på operativ av operationsverksamheten

Operationsverksamheten följs upp på olika sätt och i olika detaljeringsgrad genom styrkedjan från operationsavdelningarna till Hälso- och sjukvårdsnämnden.

5.1 IT-stöd för planering

En grundförutsättning för att kunna följa upp operationsverksamhet är att det finns ett IT-stöd för planering och uppföljning. De flesta landsting i Sverige har idag någon typ av operationsplaneringssystem, så även Västerbottens läns landsting. Systemet heter Orbit och i detta system går det att få ut en stor mängd uppföljningsparametrar eftersom det under planering och genomförande av operationerna fortlöpande dokumenteras i IT-stödet. Data från systemet rapporteras också till kvalitetsregister som exempelvis Svenska höftregistret.

När det gäller möjligheterna att följa upp verksamheten utgör tillgången till data inte någon begränsning för styrning vid de olika enheterna. Enligt chefen för VO Kirurgi finns det dock fortfarande problem när det gäller indata i systemet vilket gör länsövergripande analyser svåra att göra. Registreringar görs inte enhetligt i länet och produktionsobjekt definieras inte enhetligt. En arbetsgrupp är därför tillsatt för att utveckla en enhetlig infrastruktur vad gäller produktionsdata för operation.

Ett annat problem är att de utdata som finns tillgängliga vid de olika planeringsmomenten har en eftersläpning på någon månad. Bortsett från den begränsningen går det att retrospektivt göra ett stort antal analyser av ledtider m.m. för lokala enheter. Systemet gör det även möjligt att öka precisionen i bedömningen av hur lång tid en operation tar. Systemet anger snittiden för de senaste 10 operationerna av samma typ som operatören gjort. Det ger ett bra underlag men viss handpåläggning krävs ändå då operationsprogrammen läggs.

5.2 Uppföljning på operativ nivå

VO-chefen för kirurgi har fastställt tre nyckeltal som ska följas varje månad av samtliga operationsavdelningar.

- **Salsutnyttjande** – faktisk tid när en sal är bemannad med en patient i relation till total tid då operationsavdelningen är öppen
- **Knivtid** – tid från operationens start till operationens slut. D.v.s. exklusive föreberedelser och efterarbete.
- **Strykningsfrekvens** – Planerad operation i operationssystemet som stryks senare än kl. 17.00 dagen innan planerad operationsstart.

De tre nyckeltalen ska rapporteras till VO-chefen varje månad och tas upp vid Operationsrådets sammanträden. Även verksamhetsområdets ledningsgrupp tar del av nyckeltalen men inte regelbundet. Nyckeltalen knivtid och strykningar finns även publicerade i ett s.k. "dashboard" på intranätet, tillgängligt för alla inom verksamhetsområdet.

I övrigt varierar användandet av nyckeltal för analys av operationsverksamheten stort mellan kliniker och sjukhus. I viss mån använder de olika verksamheterna nyckeltal för analyser i syfte att lösa identifierade problem som uppstår. Landstingsdirektören uppger att det tidigare fanns en person som var skicklig på att ta fram data ur systemen men efter att denna slutat har det blivit ett tapp när det gäller användandet av statistik och uppföljningsparametrar. Landstingsdirektören tar dock del av de ovan beskriva nyckeltalen.

Verksamhetscheferna rapporter till VO-chefen i s.k. verksamhetsdialoger vilket sker 3- 4 gånger per år. I mallstrukturen för dessa chefssamtal ingår personalfrågor och ekonomi men inga processrelaterade frågor. Sådana frågor kan avhandlas ändå vid behov.

VO-chefen Kirurgi har samma typ av dialoger med landstingsdirektören.

5.3 Uppföljning på politisk nivå

Hälso- och sjukvårdsnämnden är den ansvariga nämnden. Nämnden följer upp verksamheten i de två delårsrapporterna samt i årsredovisningen. I delårsrapport 1 2015

beskrivs att det råder vårdplatsbrist, främst inom kirurgi (d.v.s. bukoperationer), på grund av den allmänna neddragningen och sjuksköterskebrist. Vidare beskrivs arbetet med koncentration av gynekologiska och ortopediska operationer. De processrelaterade förbättringsarbeten som nämns är robotkirurgi, sektoriseringen vid NUS samt förkortade postoperativa vårdtider.

När det gäller väntetider är nämndens mål för operation/behandling att 30 procent av patienterna ska få detta inom 60 dagar. Resultatet var i april 46 procent och bedömningen att målet inte kommer att uppnås. Det finns inga uppföljningsparametrar som indikerar produktivitet eller effektivitet i operationsverksamheten förutom tillgänglighetsmåttet.

I årsredovisningen för 2014 beskriver Hälso- och sjukvårdsnämnden de långa väntetiderna för operation/årgärder i samband med svårigheten att rekrytera sjuksköterskor till vårdavdelningarna. Det senare främst på NUS. I övrigt finns det utöver tillgänglighetsstatistiken inga indikatorer på operationsverksamhetens produktivitet och effektivitet.

Som ett komplement till den information som nämnden får i samband med delårsrapporter och årsredovisning deltar VO-chefen för kirurgi under delar av nämndens sammanträden för att kunna svara på frågor kring verksamheten.

5.4 Kommentarer utifrån revisionsfrågorna

Bedömningen är att det finns en ändamålsenlig organisatorisk struktur för att skapa, analysera och vidta åtgärder utifrån den uppföljning som sker. Inrättandet av en verksamhetsområdeschef, ledningsgruppen och operationsrådet är relevanta chefsuppdrag forum för både länssamordning och utveckling av styrning av resursutnyttjandet vid sjukhusen. Det föreligger dessutom ändamålsenliga system och IT-förutsättningar för att följa upp och analysera operationsverksamheten men hur indata ska registreras och definieras behöver standardiseras.

När det gäller användandet av den statistik som finns tillgänglig i operationsplanerings-systemet är vår bedömning att detta inte används i tillräcklig omfattning. I de intervjuer och kompletterande samtal vi haft med chefer och controllers på olika nivåer är mönstret tydligt att de nyckeltal som kan sägas vara vanligt förekommenade i andra landsting inte finns på en hög medvetandenivå. Sannolikt beror detta delvis på att det tidigare hanterades av en person som blev specialist. Erfarenheter från styrning av liknande verksamheter är att både chefer och controllers har möjlighet och kunskap att ta fram sådan statistik och att detta är en naturlig del i styrningen och inte minst i produktionsplaneringen som landstinget säger sig prioritera.

Genom hela styrkedjan finns det få konkreta målsättningar som dessutom är tidsatta. Hälso- och sjukvårdsnämnden har formulerat uppdraget att effektivisera operationsverksamheten i generella ordalag och överlåtit till verksamheterna att driva och formulera målsättningar. Nämnden har därför svårt att identifiera avvikelser från målsättningar och vidta eller ställa krav på åtgärder. I nämndens protokoll tas mer konkreta frågor upp endast i samband med beslut om budget- eller extra medel.

Inte heller på verksamhetsområdesnivå är uppföljningen kopplad tid tidsatta mål. Frågan om vilken roll Skellefteå lasarett ska ha i länsperspektivet är inte kopplad till någon specifik strategi eller målsättning med tidplan. Denna fråga hänger därför i luften. En av konsekvenserna av detta är att operationsresurserna i Skellefteå inte har någon tydlig målbild för hur utveckling och dimensionering av verksamheten ska ske. Med tanke på att det i intervjuerna framkommer att det finns historiska och kulturella förklaringar till att samverkansförhållandena inte är optimala mellan Skellefteå lasarett och det de två andra

sjukhusen torde behovet av en tydligare inriktningsförklaring och handlingsplan på både politisk nivå och tjänstemannanivå vara att rekommendera.

Någon systematisk jämförelse med andra landsting och sjukhus används inte i styrningen vare sig på strategisk eller på operativ nivå, med undantag för öppna jämförelser. Men i öppna jämförelser finns inga parametrar som beskriver operationsverksamheternas effektivitet. Vi bedömer att det finns ett behov av externa jämförelser bland annat för att i större utsträckning kunna formulera målsättningar. Västerbottens läns landsting deltar inte i NYSAM:s nyckeltalsjämförelser för anestesi- och operationsverksamhet men där finns intressanta jämförelser att göra.

6 Slutsatser

Syftet med granskningen är att ge revisorerna underlag för att bedöma om Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) säkerställt att landstingets operationsresurser nyttjas på ett effektivt sätt.

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

Delfråga: Har Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt...	Svar
1 ... att det för styrningen av operationsresurserna finns en dokumenterad strategi?	Det finns en strategi i form av riktningsgivare och prioriterade områden, inte som ett tydligt sammanhållet dokument utan bestående av delar som landstingsdirektör och verksamhetsområdeschefen fastställt. Strategin innehåller inga konkreta målsättningar vars uppfyllelse är tidsatta. Undantaget är mål för tillgänglighet.
2 ... att det för länssamordningen av operationsresurserna finns en lämplig organisering?	Ja. Bedömningen är att chefsfunktioner och ledningsforum är etablerade på ett sätt som bedöms kunna ge goda förutsättningar för vidare utveckling och styrning. Det nya operationsrådet är centralt för att kunna arbeta framgångsrikt med samordning av länets resurser i ett helhetsperspektiv. Verksamhetsområdeschefen kan fatta beslut även om konsensus inte råder. Länskoordinatorfunktionen bedöms vara en adekvat funktion men det är en samordnande funktion som troligen behöver förstärkas och ges mer mandat när alla verksamheter ska omfattas. Nu arbetar koordinatorfunktionen enbart med ortopedi. Hjärtcentrum och hand- och plastikkirurgiska kliniken vid NUS ingår i operationsrådet vilket bedöms vara ändamålsenligt och nödvändigt eftersom dessa verksamheter ingår i Verksamhetsområde Regionvård.

3 ... att det för samordningen mellan specialistenheter och operationsenheter finns en lämplig organisering?	Vid Lycksele lasarett och vid NUS är organiseringen av planeringsforum och inblandade aktörer på operativ nivå fungerande men det finns alltjämt brister i kommunikationsprocesseran som kan förbättras. Förutsättningarna för samordningen vid NUS har förbättrats i och med indelningen i fyra sektorer. Vid Skellefteå lasarett finns det förbättringsmöjligheter när det gäller kommunikationen och samordningen mellan operationsavdelningen och de opererande klinikerna.
4 ... att det för samordningen av operationsresurserna finns lämpligt systemstöd?	Ja. Det finns ett operationsplaneringssystem som fungerar väl i planeringsfasen på kort sikt. Det finns viss frustration över att utdata är släpar efter någon månad. IT-stödet erbjuder stora möjligheter till att göra analyser med olika nyckeltal för operationsprocessen. Dessa möjligheter används dock i liten utsträckning. Bedömningen är att chefer och controllers i högre grad bör kunna ta ut statistik och använda det i analyser av produktivitet och effektivitet.
5 ... att kapacitets- och produktionsplanering är en metod som använts i arbetet med att effektivisera nyttjandet av operationsresurser?	Nej. Det finns definitivt kliniker som har arbetat framgångsrikt med produktions- och kapacitetsplanering. Men det återstår en hel del arbete innan Verksamhetsområde Kirurgi som helhet kan sägas arbeta med modern produktionsplanering. Det uppdrag som Memologen har att utveckla och implementera en generell modell eller verktyg för produktions- och kapacitetsplanering har inte hakat i de opererande verksamheterna. Arbetet är prioriterat av Hälso- och sjukvårdsnämnden och fullmäktige men det återspeglas inte i verksamheten.
6 ... att sektorisering är en metod som använts i arbetet med att effektivisera nyttjandet av operationsresurser?	Metoden att minska verksamhetsbredden för personalen vid Operationscentrum vid NUS används. Positiva effekter har noterats avseende planering och minska personalomsättning. Det råder dock en generell personalbrist vid operationscentrum för att kunna säkerställa en hög användning av operationssalarna.

7 ... att det för operationsverksamheten finns system och metoder för att följa upp om operationsresurser används effektivt?	Operationsplaneringssystemet erbjuder stora möjligheter. Verksamhetsområdeschefen för kirurgi har fastställt tre standardnyckeltal som ska användas av alla regelbundet. Bedömningen är emellertid att användandet av statistik och nyckeltal bör vara mer utnyttjat bland chefer och controllers. Det finns flera lämpliga nyckeltal för operationsverksamhet och det gäller att analysera dem tillsammans och använda det regelbundet. Innan analyser kan göras på länsnivå krävs dock att registreringar och definitioner görs enhetliga. En arbetsgrupp är tillsatt för ändamålet. Det görs inga systematiska jämförelser med andra landsting eller sjukhus.
8 ... att utveckling mot poliklinisering av operationer sker i lämplig omfattning?	Till stora delar har poliklinisering (d.v.s. användandet av dagkirurgi) skett. Granskningen visar dock att det alltjämt finns möjligheter att minska antalet operationer för inneliggande patienter. Det är angeläget att dessa möjligheter tillvaratas med tanke på det problematiska läge som gäller avseende ekonomi och tillgänglighet.
9 Har Hälso- och sjukvårdsnämnden genom uppföljning hållit sig informerad om operationsresurserna nyttjas på ett effektivt sätt?	Den enda systematiska uppföljningen av hur effektivt operationsresurserna utnyttjas är uppföljningen tillgängligheten till operation/åtgärder. Detta mått är en indikator på om målet tillgänglighet uppnås men det säger ingenting om effektiviteten i resursanvändningen. Landstingsdirektören och VO-chefen Kirurgi närvarar vid sammanträden och kan svara på frågor. I protokollen från 2015 finns inga noteringar som tyder på att resursutnyttjandet varit på agendan. I delårsrapporter och årsredovisning beskrivs vilka utvecklingsåtgärder som pågår i generella termer.
10 Har hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit åtgärder i händelse av att nämndens uppföljning visar att operationsresurserna inte nyttjas på ett effektivt sätt?	Nej. Eftersom uppdraget till verksamheten är formulerat i så generella ordalag utan tydliga och tidsatta mål är det svårt att konstatera avvikelser från målet. Avvikelse kan konstateras vad gäller tillgänglighetsmålet men det har inte föranlett nämnden att ställa krav på åtgärder eller handlingsplan vad avser effektivitet i operationsresurserna.

6.1 Sammanfattande slutsatser och bedömning

Väntetiderna till operation är för flera specialiteter bekymmersamt långa. Orsaken till detta står inte enbart att finna i utnyttjandet av operationsresurserna. Problemet bör betraktas ur ett helhets- och ur ett flödesperspektiv innefattande kapacitet för nybesök, preoperativa bedömningar, förberedelser, operation, medelvårdtider, vårdplatstillgång m.m. En viktig och central aspekt i sammanhanget är emellertid flödet och resursanvändningen av landstingets samlade operationsresurser vilket denna granskning är avgränsad till.

Den sammantagna bedömningen i granskningen är att Hälso- och sjukvårdsnämnden inte i tillräcklig grad har säkerställt att landstingets operationsresurser används på ett effektivt sätt.

Ett antal åtgärder är vidtagna och bedöms vara ändamålsenliga för att skapa bra förutsättningar för effektivitet. De opererande verksamheterna är samlade huvudsakligen i verksamhetsområdet Kirurgi men även inom verksamhetsområdet Regionvård. Den nya organisationen, som är ett år gammal, har skapat ett länsövergripande ansvar och uppdrag till verksamhetsområdeschefen. Den beslutsstruktur som tidigare inte fanns är därmed etablerad för att fatta beslut på landstingsövergripande nivå. Dessutom har nya ledningsforum med rätt aktörer och adekvata uppdrag formats, främst operationsrådet. En länskoordinatorfunktion är inrättad och bedöms vara en viktig komponent för att styra operationerna till ledig kapacitet. Ett flertal initiativ har tagits och pågår för att utnyttja fördelar med koncentration av vissa operationstyper och det görs i ett länsperspektiv, framför allt vid Lycksele. Ett förbättringsarbete för att stärka arbetsmiljö och produktivitet har skett och pågår vid NUS Operationscentrum genom bland annat sektoriseringen.

Skälen till bedömningen trots dessa förbättringar är följande:

- Den strategi som ska vägleda det fortsatta utvecklingsarbetet är inte sammanhållen och dokumenterad vilket vore en styrka. Strategin får läsas ur ett antal olika pusselbitar som inte helt hänger ihop.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden har i sin styrning endast angett vilka riktlinjer och filosofier som ska användas som utgångspunkter. Utöver mål för tillgänglighet finns det inga målsättningar som är konkretiserade och inte heller tidsatta vad avser måluppfyllelse.
- Granskningen har identifierat områden där vinster med överföring till dagkirurgi och till mottagningsoperationer alltjämt finns att vinna och landstingsfullmäktige har angett detta som ett centralt utvecklingsområde.
- Vilken roll de olika sjukhusen ska ha i länssystemet är delvis oklart. Det gäller framför allt vilken roll Skellefteå lasarett ska ha. Strategin som framkommer i granskningen för att få detta till stånd är att det ska falla ut av en fortsatt dialog och att det ska växa fram. Eftersom gränsdragningsfrågan mellan Skellefteå lasarett och Norrlands universitetssjukhus har funnits i många år är bedömningen att framgången av en sådan strategi är tveksam. Hälso- och sjukvårdsnämnden tar inte heller ställning i frågan.
- Tillgängligheten för vissa specialiteter skiljer sig markant mellan sjukhusen.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden använder sig i sin uppföljning endast av tillgänglighetsmåtten som indikator för hur effektivt operationsresurserna används. Tillgängligheten är ett viktigt mått men vi bedömer det som otillräckligt. Tillgängligheten kan vara god fastän resurserna används ineffektivt. Definitionen av tillgänglighet bygger dessutom på vårdgarantins gränser samt den tidigare kömiljardens gränser. En modern styrning bör bygga på en strävan efter flöde med så liten väntan som möjligt.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen ges Hälso- och sjukvårdsnämnden följande rekommendationer:

- Formulera tydligare målsättningar avseende utvecklingen av operationsresurserna för att på så sätt ge chefer på olika nivåer bättre stöd i att fatta beslut i olika frågor samt arbeta med förankringsarbete i organisationen. Bedömningen är att den nya organisationen inte utnyttjas i tillräcklig grad.
- Säkerställ att de kvarvarande möjligheterna till koncentration och poliklinisering tas tillvara och att utvecklingen pågår.
- Utforma en tydligare strategi för vilken roll Skellefteå lasarett ska ha i länssammanhanget.

- Överväg att göra en systematisk flaskhalsanalys för att se hela systemet och identifiera vilka flaskhalsar inom operationsverksamheten som kan vidgas.
- Säkerställ att utvecklingen av produktionsplaneringen blir systematisk i alla verksamheter. Utvecklingsprocessen i landstinget generellt och inom Verksamhetsområde Kirurgi hakar för närvarande inte i varandra vilket medför fördröjning och utveckling av "hemmagjorda lösningar". Operationsplaneringsfunktionerna inom operatörsklinikerna bör bli produktionsplaneringsfunktioner d.v.s. att de arbetar med hela flödet. Framgångsrika exempel finns inom verksamhetsområde Kirurgi.
- Säkerställ att operationsplaneringssystemets stora möjligheter till uppföljning och analys utnyttjas av chefer och controllers på bred front. Arbetet med att göra definitioner och registreringar enhetliga bör prioriteras. Det bör inte vara en central funktion som har denna överblick och kunskap utan ett verktyg för alla chefer. Även nämnden skulle kunna ta del av vissa nyckeltal.
- Överväg att göra systematiska jämförelser med andra landstings operationsverksamheter. Det kan bland annat användas för att sätta mål enligt den första rekommendationen.

Stockholm den 26 oktober 2015

Anders Hellqvist	Kristoffer Kentää
Certifierad kommunal revisor	Konsult

Bilaga 1 Intervjuade funktioner

Landstingsdirektör

Chef verksamhetsområde kirurgi

Verksamhetschefer Kirurgcentrum och Ortopedi NUS

Verksamhetschef Operationscentrum NUS

Verksamhetschef Centrum för intensiv och postoperativ vård, NUS

Avdelningschef sektor kirurgi vid Centraloperation NUS

Verksamhetschef Kirurgisk och ortopedisk klinik Lycksele lasarett

Avdelningschef operation Lycksele lasarett

Verksamhetschef Anestesikliniken Lycksele lasarett

Verksamhetschef Kirurgisk och ortopedisk klinik, Skellefteå lasarett

Verksamhetschef Anestesi/Operation/IVA, Skellefteå lasarett

Avdelningschef operationsavdelningen, Skellefteå lasarett

Controller vid landstingets ekonomistab

Länskoordinator

Väntetidssamordnare

Kortare samtal har även skett med åtta operationsplanerare, avdelningschefer och controllers. Även dessa personer har fått utkastet för faktakontroll

Bilaga 2 Statistik över andelen strukna operationer

Strykningar vid de olika sjukhusen i Västerbottens län			
	NUS	Skellefteå	Lycksele
Strykningar av operationer i procent 2014	15,2 %	5,8 %	8 %
Strykningar av operationer i procent perioden jan – maj 2015	17 %	5 %	7 %
Vanligast förekommande orsaker till strykningar jan - maj 2015	Återbud, vill bli opererad på annan dag och vill ej bli opererad 20 % Ändrad op-indikation, op-indikationen försvagats och att op indikation saknats 15 % Uteblev 12 %	Ändrad op-indikation/op-indikation försvagats 20,2 % Annan sjukdom/skada 14,9 % Medicinsk ej färdigutredd 10,6 % Återbud 9,6 % Annan op ges företräde 7,4 % Uteblev 4,2 %	Ändrad op-indikation och att op-indikationen försvagats 30 % Annan op ges företräde 14 % Återbud och vill bli opererad på annan dag 9 % Uteblev 8 %
Hur de jobbar för att undvika strykningar?	Varje torsdag träffas op-planerare, medicinska chefer, anestesin, avdelningschef, postop för att gå igenom veckan som varit och veckan som kommer. Här tas även strykningar upp.	Varje torsdag träffas driftledare Op, avdchef Op, op-planerare från opererande enheter samt v-chefer från opererande enheter och Op/Anestesi. Genomgång av föregående och kommande veckas op-program. Vid sjukdom bland operationspersonalen får sterilens personal, avd chefer och personal från entrézon utöver sina ordinarie arbetsuppgifter gå in på sal.	Varje måndag eftermiddag hålls opmöte där veckan som varit gås igenom och veckan som kommer. Där tas strykningar upp och det diskuteras hur dessa kan förhindras.