

Landstinget Dalarna

Granskning av processtyrning inom hälso- och sjukvården - Höftprocessen

Anders Hellqvist
Anders More

Ernst&Young

Juni 2010

Innehåll

1. Sammanfattning	II
2. Inledning.....	1
2.1. Bakgrund	1
2.2. Syfte och avgränsning	1
2.3. Revisionsfrågor	1
2.4. Metod	1
3. Processtyrning – en begreppsprecisering.....	2
3.1. Organisering utifrån processer	2
3.2. Modern vårdlogistik	2
3.3. En komponent i integrerad styrning.....	3
4. Processen för höftproteser i Falun och Mora	4
4.1. Patienten tar kontakt med primärvården för utredning	
4	
4.2. Primärvården remitterar till specialist.....	5
4.3. Remissbesök hos specialist	6
4.4. Förberedelse för operation.....	6
4.5. Operation.....	7
4.6. Mobilisering på avdelning.....	8
4.7. Eftervård.....	8
5. Klinikernas kapacitet och resursutnyttjande	11
6. Jämförelseobjekt – Oskarshamn och Hässleholm.....	13
7. Synpunkter från nyligen opererade patienter	16
7.1. Patientintervjuer elektiva höftoperationer Mora	16
7.2. Patientintervjuer elektiva höftoperationer Falun.....	17
7.3. Kommentar.....	17
8. Slutsatser	19

1. Sammanfattning

Revisorerna ser det som angeläget att granska hur hälso- och sjukvården arbetar med att förändra och effektivisera verksamheten genom att tillvarata de senaste rönen och den senaste utvecklingen inom området processtyrning.

Föreliggande granskningsrapport utgör en andra del i ett granskningsprojekt där den första delen granskade den övergripande processtyrningen i landstinget. Revisorerna har i denna andra del valt att genomföra en granskning av processtyrningen på operativ nivå. För detta ändamål har processen för planerade höftproteser valts som granskningsobjekt.

Syftet med granskningen är att bedöma om landstingets arbete med utveckling av hälso- och sjukvårdens interna arbetsprocesser och logistik är ändamålsenligt och effektivt.

I denna gransknings första del¹ konstaterades att processtyrning och vårdlogistik inte har haft en framträdande plats i landstingets styrning. På verksamhetsnivå fanns exempel på god vårdlogistik och god matchning av kapacitet och efterfrågan men landstinget har ingen gemensam strategi för att ta vara på de utvecklingsmöjligheter som finns.

Granskningen av vårdprocessen för planerade höftproteser styrker den slutsats som drogs i första delen. Vid båda ortopedkliniker har flera positiva åtgärder vidtagits för att få ett så effektivt flöde som möjligt utifrån de lokala förutsättningarna. Patientintervjuerna pekar tydligt på att innehållet i vården är mycket uppskattat.

Emellertid finns det alltså en utvecklingspotential just för denna jämförelsevis lättplanerade och standardiserbara vårdprocess. Flera av utvecklingsmöjligheterna ligger i samspelet mellan ortopedkliniker, vårdcentralerna, sjukgymnastiken och operationsresurserna. För att en processtyrning utifrån modern vårdlogistik ska kunna äga rum krävs en styrning och ledning på alla nivåer. Verksamhetschefer och andra ansvariga på verksamhetsnivå behöver stödjas av en utvecklingskultur, expertkompetens och ett lärande som sträcker sig över klinikernas gränser. Ansvar för att verksamheten bedrivs på ett optimalt och effektivt sätt ligger inte endast på verksamhetschefer utan i organisationen som helhet.

Landstinget i Dalarna har en möjlighet att i flera avseenden skapa en utvecklingskultur och en styrning som stödjer verksamhetens operativa chefer i större utsträckning än vad fallet är idag. Exempel på sådana åtgärder kan vara fler styrparametrar om processeffektivitet i en integrerad styrning, processledningsroller samt en kompetensuppbyggnad inom vårdlogistik och köproblematik.

¹ Rapporten antogs av revisionen i januari 2010

Rekommendationer

Utifrån vad som framkommit i granskningen och utifrån jämförelser med ortopedklinikerna i Oskarshamn och Hässleholm ges landstinget och klinikerna följande rekommendationer.

- Båda klinikerna rekommenderas att gemensamt utreda möjligheterna och förutsättningarna för att klara 3 höftoperationer per dag och sal som normalt för primära höftproteser. En sådan åtgärd skulle tillsammans med en eventuell översyn av medelvårdtiderna kunna förbättra tillgänglighetsläget för höftproteser i Dalarna, inte minst med tanke på att köerna och väntetiderna är relativt konstanta över tiden.
- En gemensam strategi för matchning av efterfrågan och kapacitet bör utvecklas för landstingets båda kliniker. Lyckas ovan nämnda åtgärder att genomföras kommer endast ett fåtal patienter att behöva opereras på ”den andra orten”, men möjligheten är viktig. Dels gynnas patienten dels gynnas klinikerna. Anledningen till att klinikerna gynnas är att vinsterna med att ligga i balans med efterfrågan är stora eftersom köer drar administrativa resurser och att inga åtgärder riskerar att behöva göras två gånger. Om en kö börjar byggas upp krävs det ganska litet kapacitetsunderskott för att den snabbt ska växa till ett stort problem. Det omvända gäller också, d.v.s. att det ofta visar sig att det krävs en ganska liten kapacitetsökning för att kön inte ska uppstå.
- För att höftprocessen ortopedin i Dalarna ska drivas utifrån en modern processtyrning krävs att verksamheten i sin verksamhetsplanering istället för vårdgarantin har ”rätt ledtid för patienten” som målsättning.
- Landstingsdirektören rekommenderas att initiera en strategi för utveckling av en integrerad styrning med större fokus på processeffektivitet, organisatoriska arrangemang för processtyrning samt gemensam dialog och kompetensutveckling kring frågor om modern vårdlogistik.

Nedan följer svar på revisionens frågor.

1.1. Hur styrs aktiviteterna i höftprocessen och vilka är de organisatoriska villkoren?

Processens aktiviteter styrs i första hand av ortopedspecialisterna och klinikernas verksamhetsledning. Vid Falukliniken är ledaren för höftteamet tillika remissansvarig läkare central för styrningen av processen inom kliniken. Det finns ingen aktör som har något betydande mandat att bestämma hur processen skall se ut eller som har ett processägarskap över organisatoriska gränser. Dialog och samarbete är den organisatoriska koordineringsprincipen. Inom respektive klinik sker ömsesidig samordning mellan mottagning, läkargrupp och avdelning.

Sjukgymnasterna är organiserade i en och samma länsövergripande organisation och ingår alltså inte i klinikerna. Sjukgymnasterna arbetar mot olika kliniker och upprätthåller på så sätt en kontinuitet som gör att de kan sägas ingå i arbetslaget på kliniken. På samma sätt sker koordineringen med kompetenserna inom operation som också befinner sig i en annan organisation. I Falun finns det en central-

operation där alla slutenvårdsoperationer utförs. I Mora är förhållandet lite annorlunda på så sätt att kirurgkliniken driver operationssalarna med personal för både kirurgi och ortopedi medan ortopedkliniken driver mottagningen för både kirurgi och ortopedi.

1.2. Hur bedöms efterfrågan (hur många höftledsoperationer borde utföras)?

Kliniken i Falun har ett välutvecklat verktyg som gör att ledningen kontinuerligt har en god kontroll över inkommande remisser, produktion, produktionsmål, väntetider och väntetidsmål för både besök och operationer. Vid ortopedmottagningen har man räknat ut hur många besök som behöver genomföras varje vecka totalt för att klara vårdgarantin.

I Mora går klinikens styrning ut på att ligga i balans med efterfrågan. Riskerar patienter att vänta längre än vårdgarantin signaleras detta från mottagning till schemaläggare för läkare. Därigenom behöver inte kliniken ha någon djupare analys av balansen mellan efterfrågan och kapacitet.

När ledningen vid Morakliniken uppger att man inte har några köer åsyftas 90-dagarsgränsen. Väntetiden är 10 veckor till besök vilket måste betraktas som en för lång väntetid. I en långt driven vårdlogistik är all väntan betraktad som slöseri med resurser. Ledtiderna bör vara så korta som möjligt, d.v.s. efter att en åtgärd är beslutad är det alltid bättre att utföra den direkt än att skjuta upp den. Ledtiden bör dock inte vara kortare än vad som är bäst för kunden/patienten. Även om det kan finnas olika åsikter om vad rätt planeringstid är så vore en offensiv målsättning därför att sikta på rätt planeringstid istället för att ”klara vårdgarantin”. Noterbart i sammanhanget är att av de intervjuade patienterna var det förhållandevis lika många från Mora som från Falun som uttryckte irritation över väntetiderna.

Vid ortopedkliniken i Falun arbetar man enligt verksamhetschefen inte med sikte på vårdgarantin utan mot ett effektivt flöde med rätta ledtider. I styrningen har kliniken satt som mål att inga patienter ska vänta längre än tre månader och det målet sattes redan innan vårdgarantin och kömiljarden infördes. Baserat på alla intervjuer och styrdokument gör vi ändå bedömningen att styrningen i alltför stor utsträckning tar sikte på vårdgarantin. Klinikerna är i en mening underkastade det starka fokus på vårdgarantin som finns i landstingets styrning och som i sin tur är en effekt av den nationella styrningen.

1.3. Vilka faktorer påverkar ledtiden från patientens kontakt med sjukvården till ställd diagnos?

Innan diagnos och eventuellt operationsbeslut är fattat av specialist påverkas ledtiden av:

- Telefontillgänglighet i primärvården
- Tillgänglighet till sjukgymnast under utredningsfasen i primärvården
- Tillgänglighet till läkare på vårdcentral

- Tillgänglighet till röntgen för specialistremiss
- Remissbedömningsprocessen och remisskvaliteten
- Tillgänglighet till specialist för remissbesök

Av dessa faktorer visar granskningen att väntetider kan vara långa till sjukgymnast och till remissbesök. Vissa vårdcentraler har också väntetider till distriktsläkarbesök.

1.4. Hur ofta backar processen p.g.a. exempelvis ofullständiga remisser?

Klinikerna för ingen exakt statistik över detta med undantag av återskickade remisser p.g.a. exempelvis bristande utredning. Båda kliniker uppger att det är endast ett fåtal remisser som "vänds" tillbaka. Problemen är störst vid vårdcentraler med stort inslag av hyrläkare. Höftremisser tillhör dock den remisstyp som är behäftad med minst problem. Bedömningen är att remisskvaliteten kan förbättras i viss mån men att remisser som skickas tillbaka inte är ett väsentligt problem.

1.5. Hur fungerar samverkan mellan de i diagnosprocessen involverade aktörerna?

Samverkan mellan vårdcentraler och specialistkliniker då inslaget av hyrläkare kan ibland vara problematiskt när det gäller följsamhet till riktlinjer för remisser. Ortopedkliniken i Falun ser enligt verksamhetschefen inga problem med remissförfarandet från primärvården när det gäller höftremisser men från vårdcentralernas sida uttalas ett behov av närmare samverkan med ortopedin som helhet.

I övrigt finns det etablerade arenor för samverkan både mellan yrkesgrupper och organisatoriska enheter. Bedömningen är emellertid att samverkan mellan operatörsklinikerna och operationsenheterna skulle kunna resultera i tydligare gemensamma målsättningar för produktionsmål och produktivitet.

1.6. I vilken utsträckning planeras personalresurserna efter efterfrågan/behov?

Bemanningsplanering och schemaläggning sker på ett traditionellt sätt. Variationerna i besök under veckorna kan ibland vara ganska stora. Då patienter riskerar att passera tre månaders väntetid till besök vidtas åtgärder schemamässigt för att undvika längre väntetid. Bedömningen är därför att personalresurserna vid de båda ortopedklinikerna i större utsträckning än idag kan planeras utifrån en bild av behovet samt att synkroniseringen mellan yrkesgrupper kan förbättras.

1.7. Hur väl är processen designad för att nå korta ledtider?

I några avseenden har klinikerna utvecklat arbetssätt som förkortar patientens väg till operation och rehabilitering. Samverkan mellan specialistklinik och primärvård i Moraområdet samt gruppbesök inför operation är sådana exempel. De väntetider som idag finns beror i första hand på produktionskapaciteten när det gäller operationer.

Bedömningen är att fokuset på ledtider kan stärkas och därmed med olika åtgärder nå en balans mellan efterfrågan och kapacitet. Med bland annat åtgärder för att klara fler operationer per dag och så finns stora möjligheter att hitta en balans mellan efterfrågan och kapacitet på ett sådant sätt att höftprocessens ledtider är de som är bäst för patienten, d.v.s. rätt ledtid. Kliniken i Mora har gått från ett läge med långa väntetider för höftproteser till ett läge med balans mellan kapacitet och efterfrågan när det gäller det egna befolkningsunderlaget och har därmed åtnjutit de administrativa vinsterna med att slippa hantera långa köer.

Ledtiderna till röntgen är i stort sett mycket korta och röntgenundersökningarna utgör ingen flaskhals i den granskade processen vilket är centralt i ortopediska vårdprocesser. Bedömningen är att de två fall av irritation över väntetider till röntgen i Moraområdet som framkom i patientintervjuerna inte är kännetecknande för helheten.

1.8. Vilken kontinuitet upplever patienterna i processen?

De patientenkäter som är genomförda tyder på att innehållet i vården upplevs som mycket positivt och att patienterna är mycket nöjda. Ingen patient uppger att det brustit i kontinuiteten eller att de fått träffa alltför många olika personer under vårdtiden. Av de 26 intervjuade patienterna var det 7 som upplevde det besvärande med väntetiderna och i några fall hade patienterna fått ägna energi åt att på olika sätt ta sig fram i systemet.

1.9. Hur påverkas styrningen av den aktuella processen av övergripande styrsystem?

Utöver uppföljningen av vårdgarantin finns det väldigt lite i landstingets övergripande styrning och uppföljning som stödjer en utveckling av processtyrningen och vårdlogistiken. All utveckling och styrning sker på klinikernas egna initiativ. Det finns på landstingsnivå inga uppföljningsparametrar för processeffektivitet eller produktivitet och inslaget av utvecklingsfrågor avseende vårdlogistik är näst intill obefintligt på ledningsarenorna vilket den första delen av granskningen visade. Däremot träffas ledningspersoner på verksamhetsnivå regelbundet tillsammans med bl.a. biträdande landstingsdirektör varje månad i olika sammanhang för att följa produktionsutvecklingen och resursläget. De båda granskade ortopedklinikerna har även produktionsstatistik i form av beläggningsgrad och salsutnyttjande och även produktionsstatistik.

Vi finner det anmärkningsvärt att de extraresurser som tilldelats ortopedkliniken i Falun för att komma tillräta med tillgängligheten inte formellt parats med ett åtagande av verksamhetsmässiga eller systemmässiga förändringar i produktionen. Vi påstår inte att ortopedkliniken i Falun inte bedriver utveckling. Det är landstingets sätt tilldela extraresurser för köhantering som kritiken riktar sig emot.

Det bör nämnas att landstinget initierat en kartläggning och utveckling av produktionsplaneringen och kapacitetsutnyttjandet med hjälp av extern konsult. Projektet pågår i skrivande stund och vad detta resulterar i är oklart. Förhoppningsvis kan

projektet leda till att speciellt ortopedkliniken i Falun kan komma tillrätta med de väntetidsproblem som finns idag samt att kapaciteten i större utsträckning på ett optimalt sätt kan planeras utifrån de olika behoven.

I granskningens första del, där processtyrningen på övergripande nivå granskades, framkom att landstinget har en ambition att de olika specialistklinikerna i länet ska ha en gemensam väntelista. Syftet är att befolkningen i länet ska kunna erbjudas vård av en samlad resurs. Någon sådan uttalad strategi har inte kunnat identifieras mellan ortopedklinikerna i Falun och Mora. Det finns dock ett samarbete där Mora ”plockar” från Faluns väntelista i mån av utrymme. Mora har under 2009 genomfört cirka 70 operationer av ”Falupatienter” och det råder olika uppfattningar huruvida det är för få, lagom eller för många. I en begränsad omfattning begär enskilda patienter själva att få bli opererade i Mora för att minska väntetiden. De båda klinikerna har ingen gemensam informationsstrategi för vart patienterna ska hänvisas eller remitteras beroende på aktuell tillgänglighet.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Revisorerna ser det som angeläget att granska hur hälso- och sjukvården arbetar med att förändra och effektivisera verksamheten genom att tillvarata de senaste rönen och den senaste utvecklingen inom området processtyrning.

Föreliggande granskningsrapport utgör en andra del i ett granskningsprojekt där den första delen granskade den övergripande processtyrningen i landstinget. Revisorerna har i denna andra del valt att genomföra en granskning av processtyrningen på operativ nivå. För detta ändamål har processen för planerade höftproteser valts som granskningsobjekt.

2.2. Syfte och avgränsning

Syftet med granskningen är att bedöma om landstingets arbete med utveckling av hälso- och sjukvårdens interna arbetsprocesser och logistik är ändamålsenligt och effektivt.

2.3. Revisionsfrågor

- a) Hur styrs aktiviteterna i höftprocessen och vilka är de organisatoriska villkoren?
- b) Hur bedöms efterfrågan (hur många höftledsoperationer borde utföras)?
- c) Vilka faktorer påverkar ledtiden från patientens kontakt med sjukvården till ställd diagnos?
- d) Hur ofta backar processen p.g.a. exempelvis ofullständiga remisser?
- e) Hur fungerar samverkan mellan de i diagnosprocessen involverade aktörerna?
- f) I vilken utsträckning planeras personalresurserna efter efterfrågan/behov?
- g) Hur väl är processen designad för att nå korta ledtider?
- h) Vilken kontinuitet upplever patienterna i processen?
- i) Hur påverkas styrningen av den aktuella processen av övergripande styrsystem?

2.4. Metod

Granskningen har huvudsakligen genomförts genom intervjuer (Se bilaga 1) samt studier av relevanta dokument som budget, årsredovisningar, beslutsprotokoll och interna rapporter. Dessutom har telefonintervjuer genomförts med 26 patienter.

3. Processtyrning – en begreppsprecisering

I denna granskning är begreppet processtyrning valt för att rikta ljuset mot en viss aspekt av organisationens styrning, processtyrning, oberoende av modeller, koncept eller verktyg. Icke desto mindre behöver begreppet ges en innebörd. Ordet process betyder ungefär förlopp vilket i organisatoriska sammanhang innebär ett förlopp som består av ett antal aktiviteter som tillsammans åstadkommer ett resultat. Begreppet processtyrning innefattar tre komponenter som också bildar utgångspunkt för granskningen.

3.1. Organisering utifrån processer

Under 1970-talet började den tillverkande industrin få behov att hitta nya sätt att styra och hålla samman en produktionsapparat som blivit alltmer specialiserad och där olika funktioner växte fram som länkar i en produktionskedja. Man behövde helt enkelt knyta ihop säcken och se hur de olika funktionerna tillsammans åstadkom det som kunden ville ha. Sjukvården som utvecklats från 2 till över 50 olika specialiteter på cirka 70 år ställdes inför samma behov. I början på 90-talet började uttryck som exempelvis ”patienten i centrum²” att användas och då ofta tillsammans med begreppet process.

Istället för att organisera sjukvården utifrån specialiteter eller funktioner påbörjades en utveckling där vägar söktes för att organisera resurserna utifrån de processer eller vårdkedjor som utgjorde vården kring olika typer av patienter eller sjukdomsförlopp. Först ut med att organisera efter processen blev ofta hjärtsjukvården, mycket beroende på att kardiologi, thoraxkirurgi och klinisk fysiologi bildar en naturlig vårdkedja. Därefter har ansträngningar gjorts på många håll för att hitta sätt att organisera, beställa och budgetera utifrån processer istället för funktioner. Ett av de mer ambitiösa försöken att organisera efter processer har gjorts vid Södra Älvsborgsbygdens sjukhus i Borås. De flesta landsting har dock fortfarande en funktions/specialist-orienterad organisation men använder olika metoder för att kompensera för bristerna i en sådan organisation.

Processtyrning handlar för det första om att organisera, skapa ledningsroller, mandat och utvecklingsansvar som har hela vårdprocessen i fokus med alla de ingående aktiviteterna.

3.2. Modern vårdlogistik

Att styra processer handlar för det andra om att styra aktiviteter och att bara utföra de aktiviteter som bidrar till det som patienten behöver. Styrning av flöden är det kunskapsområde som kallas logistik och ordet vårdlogistik har blivit väl etablerat inom svensk sjukvård. Modern vårdlogistik, så som den utvecklats inom svensk sjukvård innehåller ett antal principer som kan sägas präglade en

² Sommarén 1990 skrev exempelvis kirurgchefen och medicinklinikchefen vid Universitetssjukhuset i Linköping en banbrytande artikel på DN-debatt med rubriken ”Riv barriärerna i sjukvården”.

verksamhet som effektivt styr sina flöden. Matchning av kapacitet och efterfrågan, köeliminering, fokus på ledtider, standardisering och utjämning av variationer är några av de mest centrala principerna. Dessa principer finns med i en eller annan tappning inom "Bra mottagning", "Bra flyt", "Mäta för att leda" och "Genombrottsmetoden" som alla är koncept som bland annat sprids via Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Andra koncept som används inom sjukvård är Six Sigma och Lean Healthcare och även där finns dessa principer med.

Processtyrning handlar alltså för det andra om att styra flöden av aktiviteter, information och material på ett så smidigt sätt som möjligt.

3.3. En komponent i integrerad styrning

Inom de allra flesta landsting har styrningen breddats från enbart ekonomi till att aktivt även styra utifrån andra perspektiv som patientperspektiv, personalperspektiv, verksamhets/processperspektiv och ibland även ett förnyelseperspektiv. Processtyrning handlar om att utveckla styrningen på olika nivåer i organisationen utifrån just processperspektivet. Ibland kallas detta perspektiv kort och gott verksamhetsperspektiv och innehåller framför allt produktionsvolym och en blandning av olika verksamhetsbeskrivningar.

En mer välutvecklad form av processperspektiv i en integrerad styrning försöker utveckla styr- och uppföljningsparametrar som ger en indikation på hur väl resurserna används och hur väl processerna fungerar. Exempel kan vara produktivetsmått och olika typer av ledtidsmått.

Den tredje aspekten av processtyrning handlar om att utveckla en styrning och uppföljning som har fokus på processernas effektivitet.

4. Processen för höftproteser i Falun och Mora

Den verksamhetsprocess som är granskningens fokus är planerade operationer där förslitna höftleder opereras och ersätts med proteser. Det är en planerad (elektiv) process som börjar med att patienten tar kontakt med primärvården på grund av smärta eller rörelseproblem. Om problemen bedöms kunna avhjälpas med operation tar specialistvården över och efter operationen görs uppföljningar av primärvården och av specialistkliniken.

Höftprotesprocessen är en i jämförelse med andra vårdprocesser tämligen lättplanerad process eftersom de olika stegen är ganska förutsägbara både vad gäller innehåll och tidsåtgång. Det gör att möjligheten till standardisering för att därigenom säkerställa både produktivitet och kvalitet är stor.

Även om höftprotesoperationer är en av de mer lättplanerade ortopediska verksamheterna så är de tillsammans med knäprotesoperationer icke desto mindre en betydande del av verksamhetsvolymen. I Falun utgör höftproteser cirka 30 procent av de planerade slutenvårdstillfällena³ och i Mora är motsvarande andel 45 procent. Andelen knäproteser är ungefär lika stor eller något större. Bland annat av det skälet är höft- och knäproteser ett ingrepp som de flesta ortopedspecialister ska kunna utföra. Tillgången till operatörer för höftprocessen är heller ingen betydande resursmässig flaskhals i vare sig Falun eller Mora.

Nedan följer en mer detaljerad beskrivning av processens olika steg och därefter beskrivs tillvägagångssättet och styrningen inom respektive delprocess.

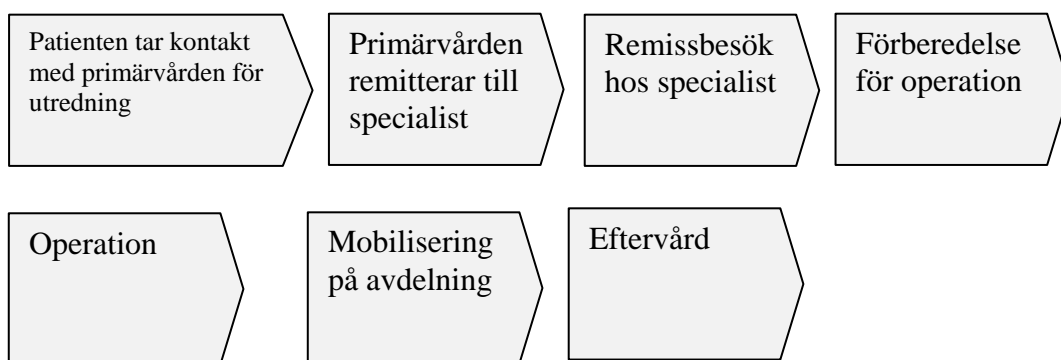


Bild 1: Grov beskrivning av höftprocessen

4.1. Patienten tar kontakt med primärvården för utredning

För att nå effektivitet i processen är primärvårdens utredning av stor betydelse. Både ur patientens synvinkel och ur resursutnyttjandesynpunkt är det viktigt att

³ Alla slutenvårdstillfällen innebär inte operativt ingrepp.

de patienter som remitteras i så stor utsträckning som möjligt verkligen är i behov av en specialiståtgärd (i de flesta fall operation). Därför är specialistkliniken angelägen om att primärvården i sin utredning prövar andra behandlingsformer i form av läkemedel, sjukgymnastik eller annan åtgärd, innan beslut fattas om remiss. Bedömningarna bör framgå av remissen och dessutom bör röntgenundersökning vara genomförd när remissen anländer till specialistkliniken.

Intervjuerna indikerar att de vårdcentraler som remitterar till Mora ortopedklinik genomför bättre utredningar än vad fallet är i Falun. En trolig förklaring är att ortopederna i Mora har en tätare dialog med vårdcentralerna och kan på så vis standardisera remissförfarandet mer. Förhållandet i Falun är något annorlunda. Där finns inte en lika tät dialog mellan kliniken och primärvården. Därför är det vanligare där att remisserna skickas tillbaka eller att kompletteringar behöver göras. Det uppges av ortopedkliniken i Falun inte utgöra ett problem när det gäller höftremisser men i primärvården finns det önskemål om ett tätare samarbete, gärna med en namngiven läkare som har ansvar för en viss vårdcentral.

Det finns även skillnader i hur vårdcentralerna arbetar i sin egen process. Vid exempelvis Kvarnsvedens vårdcentral i Borlänge får alla patienter som tar kontakt för höftbesvär först träffa en sjukgymnast och får först därefter vid behov träffa en läkare. Väntetiderna är ett par veckor till Rehabcentrum i Borlänge vilket gör att vissa patienter kommer direkt till läkare ändå. Patientens upplevda problem eller smärta kan vara avgörande för hur det går till.

Även om utredningsprocessen i primärvården fungerar bättre i Moraområdet än i Faluområdet finns det förbättringsmöjligheter på båda ställen. De brister som finns när det gäller följsamhet mot riktlinjerna beror inte bara på inslaget av hyrläkare som inte sätter sig in i de olika rutinerna. Även de fasta distriktsläkarna brister ibland när det gäller utredningarna. Det tycks för övrigt finnas en samstämmighet mellan specialistvården och primärvården av vad primärvården och sjukhusvården ska göra i höftprocessen.

4.2. **Primärvården remitterar till specialist**

I Falun händer det tämligen ofta att remittenten i primärvården skickar remissen till ortopederna samtidigt som röntgenremissen skickas vilket inte beskrivs som ett stort problem men som strider mot den ideala processen. En orsak till detta som angetts i intervjuer är för att vinna tid eftersom väntetiden till Falun är lång till operation.

Det finns ett IT-stöd, ”Vårdverktyget”, där varje klinik kan lägga upp sina rutiner för olika vårdprocesser. Intervjuerna med primärvården pekar dock på att styrningen av denna portal brister. Det kan komma flera nya rutiner som blandas med gamla mallar vilket skapar villrådighet om vad som gäller. Problemet blir extra påtagligt för de vårdcentraler som i större utsträckning bemannas av hyrläkare.

Själva röntgenprocessen utgör ingen flaskhals vare sig i Falun eller i Mora. I Moraområdet kan dessutom patienten röntgas på ett flertal vårdcentraler som förfogar över röntgenutrustning. I annat fall får patienten ta sig till sjukhuset för röntgenundersökning. I Mora finns en drop-in-mottagning medan röntgen i Falun sker med tidsbeställning. Ortopedkliniken kan själv boka flera röntgenundersökningar i ett för den reserverat röntgenlab.

Väntetiden från remiss till besök hos specialist är för närvarande 7-8 veckor i Falun och 10-12 veckor i Mora.

4.3. Remissbesök hos specialist

När remissen kommer till specialistkliniken registreras den av sekreterare. En sjuksköterska sorterar remisserna till olika remissbedömare samt skiljer på akuta och planerade remisser. När remissen är bedömd och när man konstaterat att remissen är komplett och att patienten ska utredas av specialisten kallas patienten.

I Falun sker en bedömning av den förväntade väntetiden och om inte patienten får en tid direkt vid remissbekräftelsen så får patienten ett brev med förväntad väntetid.

Remissbesöken, som dessa förstabesök hos specialisten kallas, sker på olika sätt i Falun och i Mora. I Falun kallas patienten till ett remissbesök med aktuell operatör. Vid detta tillfälle avgörs om operation är en lämplig behandling. Om så är fallet får patienten ett besked om hur lång väntetid som är förväntad till operationstillfället. Patienten kallas sedan till operationsförberedande "förundersökning" cirka en vecka före operationen. Remissbesöken sker i Falun eller vid mottagningen i Ludvika där en ortoped tar emot besök två dagar i veckan.

I Mora gör patienten endast undantagsvis ett besök hos en enskild läkare. I de allra flesta fall kallas patienten direkt till ett operationsförberedande gruppbesök.

4.4. Förberedelse för operation

I Falun sker en s.k. "förundersökning" med grupper om 8-10 personer 1-3 veckor före operation. Patienterna får då under samma dag träffa operatör, förinskrivningssköterska, narkosläkare, och sjukgymnast. Operatören och narkosläkaren träffar patienten enskilt men sjukgymnast och förinskrivningssköterska informerar patienterna gemensamt om vad som ska hända och vad patienten behöver göra före operationen.

I Mora kommer patienten direkt till ett gruppbesök som motsvarar Faluns förundersökning. 10 patienter träffar under en och samma dag sjukgymnast, narkoslä-

kare, avdelningssköterska och den operatör som ska operera. På så vis kan man hoppa över det enskilda remissbesöket genom att remissbesök och operationsplanering sker vid ett och samma tillfälle. Gruppbesöket sker högst 2 veckor före operation.

Mora har alltså ur patientsynpunkt minskat antalet besök vid sjukhuset. En förutsättning för detta är att primärvårdens utredning är ordentligt genomförd. En annan förutsättning är att väntetiden till operation inte är för lång. I Falun menar verksamhetschefen att de skulle kunna arbeta på samma sätt om de hade haft kortare väntetider. Det Mora sparar in är ett läkarbesök, de övriga yrkesgruppernas medverkan är arrangerat på samma sätt på båda klinikerna.

En skillnad mellan Falun och Mora är att i princip alla patienter som i Falun genomför förundersökningen i grupp också går till operation. 1 eller 2 av patienterna kan visserligen få skjuta på operationen då komplikationer tillstött i form av hälsoproblem eller annat. I Mora är det cirka 5 av de 10 som deltar i gruppbesöket som också går vidare till operation. Vissa patienter ångrar sig då de träffar andra patienter med svårare problem, andra bedöms av läkare inte vara hjälpta av en operation. Två av dessa fem patienter får skjuta på operationen av hälsoskäl precis som i Falun. I Falun är det alltså 8 av 10 som går från gruppbesök till operation och 5 av 10 i Mora men då har Falun haft ett föregående ”sorterande” remissbesök innan.

4.5. **Operation**

I Falun kommer de flesta patienter till avdelningen dagen innan operation medan kliniken i Mora strävar efter att de allra flesta ska komma till sjukhuset samma dag som operationen görs. Om patienten kommer långväga ifrån eller ska opereras på morgonen, kan de komma in dagen före.

Ortopedkliniken i Falun räknar med att kunna öka andelen patienter som kommer in samma dag då det nya vårdblocket står klart vilket kommer att medföra smidigare patienttransporter mellan avdelning och operation.

En van operatör genomför en höftprotosoperation på en dryg timma medan en mindre van kan behöva en och halv timma eller mer för operationen.

Vid de två operationssalar som används i Falun genomförs två eller ibland tre höftoperationer per dag och sal. Hur många som kan genomföras beror dels på operatörens vana men i minst lika stor utsträckning på hur operationspersonalen är dimensionerad och logistikens utformning. Även tillgången till och timingen av steriliserade instrument är en viktig faktor och i Falun menar några av intervjupersonerna att operationen kan bli fördröjd p.g.a. att ”sterilgallren” inte är framme i tid.

I Mora opereras två höftpatienter per sal och dag. Vid båda klinikerna har man fört diskussioner kring att genomföra tre operationer per dag och sal men har inte nått dit ännu.

Efter operationen hamnar patienten vid den postoperativa enheten eller på intensivvårdsavdelningen. Efter uppvaknandet och då läget anses stabilt hämtas patienten av vårdpersonal från avdelningen. I Mora finns ibland ett planeringsproblem vid uppvakningsenheten vilket resulterar i överbeläggning. Patienterna transporteras då direkt till avdelningen.

4.6. Mobilisering på vårdavdelning

När patienten kommer till avdelningen är huvudmålsättningen att genom övningar och rörelser så snabbt som möjligt få patienten att kunna klara de dagliga rutinerna och därmed klara sig själv. Sjukgymnasterna har huvudansvaret för mobiliseringen och träningen men vårdpersonalen hjälper också patienterna i betydande utsträckning med mobiliseringen.

Den genomsnittliga vårdtiden för höftpatienter är 5,6 dygn i Mora och 4,2 i Falun. Innan patienten skrivs ut görs en röntgenundersökning och ortopedern bedömer själv röntgenbilden för utskrivningsbeslut.

Avdelningen i Falun består av 28 vårdplatser medan avdelningen i Mora har 24 platser. Enligt vissa intervjuer kan vårdplatser ibland vara en flaskhals för höftprocessen. I Falun kan antalet inkommande höftpatienter skifta ganska mycket och avdelningen har inte alltid information om dessa skillnader varför det ibland är svårt att planera bland annat bemanningen. Å andra sidan är målsättningen att avdelningen ska vara fullbelagd under högsäsong oavsett patientmix vilket kan förenkla bemanningsplaneringen. Fem till sex gånger per år tvingas patienterna ligga i korridoren p.g.a. överbeläggning vid kliniken i Falun.

I Mora sker sällan överbeläggning och på avdelningen har man utvecklat rondsystemet genom att avdelningen är uppdelad i tre delar för olika patientkategorier vilket gör att ronderna för exempelvis höftpatienterna blivit smidigare eftersom höftpatienterna då inte ligger utspridda.

4.7. Eftervård

Efter utskrivningen från avdelningen återvänder patienten till hemmet. Endast ett fåtal av höftpatienterna är beroende av kommunal omsorg. I de fallen tar kliniken (både Falun och Mora) kontakt med kommunen då gruppomtagningen/förundersökningen sker så att det finns en beredskap i kommunen. Det har inte framkommit några problem med att kommunerna dröjt för länge innan de

tar emot dessa patienter. Däremot finns i Mora önskemål från kommunalt håll att kontakt ska tas först när patienten anländer till avdelningen.

I Falun träffar patienten en sjukgymnast efter sex veckor. Återbesöken till sjukgymnasterna har Falun valt att förlägga till specialistvårdens sjukgymnaster antingen på avdelningen eller vid primärvården i Avesta, Hedemora eller Ludvika. Ett skäl som angivits till att dessa återbesök sker inom specialistvården istället för i primärvården är att det ska finnas möjlighet att konsultera en läkare vid besöket. I praktiken uppstår det behovet ganska sällan. Återbesöken till sjukgymnasterna sker i grupp med 4-8 patienter vilket är resurseffektivt men kan ibland inverka negativt på möjligheterna att ge individuella råd. Patienten kallas därefter till ett återbesök till operatören efter 4 månader.

I Mora genomförs återbesöken till sjukgymnast till allra största delen inom primärvården. Det underlättar för patienten som då får en kortare resväg. Synpunkter har framkommit i intervjuerna med specialistvårdens sjukgymnaster att det finns brister i kompetensen hos sjukgymnasterna inom primärvården. De är inte så specialiserade och har därför svårare att bedöma och vidta rätt åtgärder. I Mora kallas patienten till återbesök hos operatören efter 6 månader.

Kommentarer

Det finns ett antal skillnader i de båda klinikernas design av höftprocessen.

- I Falun skickas ofta röntgenremissen och specialistremissen samtidigt för att vinna tid. I Mora är röntgenundersökning oftast bedömd när remissen anländer.
- Mora arbetar mer intensivt med dialog med vårdcentralerna för att standardisera primärvårdens utredningar.
- Remissbesöket sker i Falun hos enskild läkare medan patienter bokas direkt till gruppbesök och operationsplanering vid kliniken i Mora.
- I Falun kommer patienten oftast dagen innan operation till sjukhuset medan patienten i Mora oftast kommer operationsdagen.
- Återbesöken till sjukgymnast sker i Falun i grupp och inom specialistvården. I Mora sker återbesöket till sjukgymnast inom primärvården.

I övrigt ser processen ganska likartad ut vid de båda klinikerna. Ur processtyrningssynpunkt är det dock av intresse att röntgenremiss och ortopedremiss skickas samtidigt för att vinna tid i Falun. Vi tolkar detta som en konsekvens av köer och väntetider. En grundpelare i modern vårdlogistik är att aktörer i ett system med köbildning och väntan hamstrar eller tar genvägar för att ta sig fram i systemet. I sin tur kan sådana beteenden generera fel och därmed ökad administration.

Det faktum att Falun har långa väntetider till operation innebär också mer administration av köerna och att fler aktiviteter riskerar att behöva göras flera gånger. En välfungerande vårdlogistik kännetecknas av att aktiviteterna görs en gång och att det blir få fel.

När det gäller den eventuella vinsten av att Mora hoppar över ett besök och går direkt till operationsförberedande är denna svår att exakt ange. Klart är dock att patientens ledtid och resor minskar och att läkarnas tid hushållas bättre. Totalt över hela mottagningsprocessen är det ungefär lika många av remisserna som leder till operation vid båda kliniker men Falun får lägga mer resurser på att sortera ut dessa patienter.

5. Klinikernas kapacitet och resursutnyttjande

I tabellen nedan beskrivs övergripande ett antal dimensioner som har relevans för effektiviteten i höftprocessen.

	Falun 2009	Mora 2009
Upptagningsområde	200 000	80 000
Antal elektiva slutenvårdstillfällen totalt	1286	437
Antal akuta slutenvårdstillfällen	1931	1472
Antal höftproteser 2009	353	200
Antal höftoperationer utomläns p.g.a. väntetider	16	0
Antal höftoperationer utomläns p.g.a. valfrihetsremiss	58	Enstaka
Antal höftremisser	369	261
Faktiska väntetider till besök dec 2009	7-8 veckor	8-10 veckor
Faktiska väntetider till operation	17-18 veckor	10 veckor
Antalet disponibla vårdplatser för alla patienter	28	24
Beläggningsgrad på avdelningen	?	87 %
Antal disponibla höftspecialister som kan operera självständigt	5	8
Antal operatörer totalt som självständigt opererar	18	9*
Antal slutenvårdstillfällen/operatör	178	238
Antalet disponibla operationssalar för höftoperationer	2 salar må-to	2 salar må-to
Antal operationer/dag/sal	2 resp (3)	2
Medeloperationstid	1 tim 10 min	1 tim 10 min
Medelvårdtid – avdelningsvård (Höftproteser)	4,2	5,6
Vänteläge vårdgarantin mars 2010 <90/>90	26/68	4/19

* Inklusive två ST-läkare som var i slutet på utbildningen

Tabell 1: Verksamhetsdata för ortopedklinikerna i Falun och Mora

Det bör noteras att båda klinikerna ligger väl till i landet när det gäller kvalitetsmått som livslängd för proteser, reoperationer och infektioner. Analysen är riktad mot processens utformning.

Båda klinikerna har till skillnad från exempelvis Hässleholm och Oskarshamn, med vilka jämförelser görs i nästa avsnitt, både planerad vård och akut vård. Ur vårdlogistiksynpunkt är begreppen något missvisande eftersom även akutvård i flera avseenden är planeringsbar. Skillnaden består i att den akuta vården måste ske nu och inte sedan. Blandningen av akutvård och planerad vård gör i vilket fall som helst att verksamheten blir komplicerad att planera.

Falun är en mycket större klinik med ett större upptagningsområde och en mer komplex case-mix d.v.s. blandning av olika åtgärder. När det gäller höftproteser så görs reoperationer samt yngre patienter endast i Falun. Dessa tar längre tid. Storleken och komplexiteten tycks dock inte orsaka väsentligt fler strykningar av operationer i Falun än i Mora. Överhuvudtaget är antalet strykningar ganska lågt och utgör inget betydande problem.

Måttet slutenvårdstillfällen/läkare där Moras operatörer producerar 238 vårdtillfällen jämfört med Faluns 178 kan förklaras av många olika saker. Bland annat har Mora betydligt större andel akuta vårdtillfällen där ingen remissprocess behöver hanteras. Det går därför inte att dra några tydliga slutsatser av dessa produktivetsmått.

När det gäller antal operationer per dag och ambitionerna att kunna göra tre per dag och så har vi inte kunnat identifiera några tydliga orsaker till att detta mål inte kunnat uppfyllas för ordinära primärproteser. Det som har nämnts som förutsättningar är smidigare processer på operation, förändrad kultur, förändrade incitament för att inte behöva stänga en operationssal då risken för övertid finns o.s.v. Att operatörer är olika snabba är ofrånkomligt, kvaliteten är det centrala, och möjligheterna finns i systemet runt själva ingreppet.

Idag har Falun en väntetid till operation på cirka 4-5 månader. Väntetiden har de senaste 18 månaderna legat relativt konstant mellan 5-6 månader. Målet är max 3 månaders väntetid och kliniken i Falun har utvecklat en mycket åskådlig IT-baserad uppföljningsrapport där ledningen kontinuerligt kan se hur efterfrågan matchas med besöks- och operationskapacitet. Kliniken har med andra ord mycket bra koll på vad man hinner med och inte hinner med. Väntelistan analyseras och uppdateras varje månad.

Morakliniken behöver inte på samma sätt analysera produktionskapaciteten eftersom de hela tiden strävar efter att ligga i balans med efterfrågan vilket de gör, åtminstone vad avser Moras upptagningsområde och åtminstone utifrån vårdgarantins gränser.

När det gäller bemanningsplanering och schemaläggning sker detta på ett traditionellt sätt vid båda klinikerna. Med traditionellt avses att schemat först läggs för läkarna och därefter planerar mottagningarna sina verksamheter och kallar patienter. Mottagningschefen i Mora signalerar till schemaläggare ifall några patienter riskerar att passera gränsen för vårdgarantin. Det finns ingen funktion på någon av klinikerna som har ett samlat ansvar för att planera de olika bemanningsbehoven i hela processen för att därigenom synkronisera schemaläggningen för olika yrkesgrupper. Exempelvis schemaläggs sjukgymnasterna i Falun oberoende av läkarnas schema med konsekvensen att patienter ibland får bortprioriteras p.g.a. bristande bemanning.

Gemensam väntelista för länets patienter inom olika specialiteter framhölls i granskningens första del som ett uttryck för att landstinget använder sina resurser på ett effektivt sätt för att matcha efterfrågan. När det gäller höftprocessen finns det ingen gemensam väntelista och inte heller för ortopedin som helhet. Mora ”plockar” i mån av utrymme patienter från Faluns väntelista och Falun genomför alla reoperationer men de båda klinikerna styrs inte som en gemensam resurs. Intervjuerna pekar på att vårdprocessen för höftprocessen och för ortopedin skulle kunna ta ytterligare utvecklingssteg med ett intensifierat samarbete och produktionsplanering mellan klinikerna i Falun och Mora. Utifrån de genomförda intervjuerna gör vi bedömningen att det idag inte råder ett spän-

ningsfritt samarbetsklimat mellan de båda klinikerna. Verksamhetschefen vid Falunkliniken delar inte den beskrivningen av samarbetsklimatet.

6. Jämförelseobjekt – Oskarshamn och Hässleholm

För att få ytterligare en referens för bedömningen av processtyrningen av höftprocessen har vi gjort en jämförelse med höftprotesprocessen vid ortopedklinikerna i Oskarshamn och i Hässleholm. Båda dessa kliniker är, till skillnad från ortopedklinikerna i Falun och Mora, kliniker som enbart bedriver planerad vård. Det gör att dessa kliniker har lite lättare att standardisera processerna och därigenom få effektiva flöden. Dessutom är inslaget av ST-läkare mycket större i Dalarna. Trots det finns det i flera avseenden intressanta jämförelser att göra och flera av de principer som används vid en elektiv klinik går att applicera på en klinik med både akut och planerad verksamhet.

Ortopedkliniken i Oskarshamn genomför cirka 200 höftprotesoperationer per år och Hässleholm genomför cirka 700.

	Oskarshamn	Hässleholm
Patienten tar kontakt med primärvården för utredning	Varje ortoped har ansvar för vissa vårdcentraler. I deras scheman ingår två besök per år vid vårdcentralen.	Försöker nå ut via nätverk med information om remisskraven och utredningskraven. Det händer att både röntgen och utredning av andra metoder missas.
Primärvården remitterar till specialist	85 % av remisserna resulterar i operation. Röntgen ska ingå.	Mindre än 50 % av remisserna (efter besök) leder till operation. Röntgen ska ingå.
Remissbesök hos specialist	Ssk-koordinator fördelar alla remisser efter att remissbedömaren "vänt" de remisser som ska tillbaka p.g.a. komplettering eller annat. Koordinatören har överblick över bemanning, mottagning och avdelning. Enskilt besök till operatör. Ibland bokas operationstid före besöket. Annars får patienten operationstid vid besöket.	Remissen bedöms av remissbedömaren. Enskilt besök till operatör. Om det vid besöket beslutas om operation görs operationsförberedelser direkt vid samma tillfälle.
Förberedelse för operation	Patienten kallas till operationsförberedelse i grupper om 20-30. Även anhöriga ingår i gruppbesöket. Operatör, narkossköterska, sjukgymnast och avdelningssköterska medverkar. Patienten anländer dagen innan men skrivs in vid besöket. (Målet är att de ska komma samma dag)	Patienten kommer till avdelningen operationsdagen utom de som skall opereras tidigt på operationsdagens morgon.
Operation	Tre höftoperationer per sal och dag.	Tre till fem operationer per dag och sal beroende på behov. Fysiska salar är ingen flaskhals.

Mobilisering på avdelning	80% av patienterna går hem efter två dagar på avdelningen. Ssk och usk deltar aktivt i mobiliseringen	Medelvårdtiden cirka 3,5 dygn. Ssk och usk deltar aktivt i mobiliseringen.
Eftervård	Uppföljningssamtal efter 2 dagar och 2 veckor. Återbesök till sjukgymnast efter sex veckor inom primärvården. Inget återbesök till operatör om inte behov föreligger.	Återbesök till sjukgymnast efter 4 månader. Återbesök till läkare endast vid behov.

Tabell2: Beskrivning av några moment i höftprocessen vid ortopedklinikerna i Oskarshamn och Hässleholm

Sammanställningen ovan visar att de fyra ortopedklinikerna har valt olika arbetssätt i flera avseenden. Det som är noterbart ur kapacitetssynpunkt är operationskapaciteten och medelvårdtiden.

Båda klinikerna kan utan problem genomföra tre höfter per dag och sal, i Hässleholm dessutom ända upp till 5 om ett sådant behov skulle föreligga. I sammanhanget kan också nämnas att S:t Görans sjukhus opererar 4 höftproteser per sal och dag och TioHundra i Norrtälje 3 höftproteser per sal och dag. Båda sjukhus utför både akut och planerad verksamhet. Det har i granskningen inte framkommit några konkreta fakta som tyder på att en produktivitetnivå i nivå med 3 operationer/dag/sal skulle vara omöjlig i Falun och Mora.

Även om både Mora och Falun i viss utsträckning lägger in andra kortare operationer i operationsprogrammet efter 2 höftoperationer så förefaller det helt rimligt att båda kliniker skulle kunna klara av 3 höfter per dag och operationssal. Med en modernare logistik, tydligare produktionsmål och en annorlunda incitamentsstruktur bör det vara möjligt. Inte minst med tanke på att Falun redan idag ganska ofta klarar detta på den ena salen. Enbart denna åtgärd skulle eliminera de idag för långa väntetiderna i Falun, speciellt om det gick att genomföra vid båda orter.

En annan reflexion som kan göras utifrån jämförelsen är att medelvårdtiderna är betydligt kortare i både Oskarshamn och i Hässleholm än i Dalarna. Visserligen är inte vårdplatserna idag en betydande flaskhals enligt intervjuerna men de kan bli det i framtiden.

Ytterligare en intressant observation är att både Oskarshamn och Hässleholm endast genomför återbesök till läkare då behov föreligger. Ur kapacitetssynpunkt kan ett sådant val påverka möjligheterna att frigöra tid hos den kritiska resursen läkare. Det kan hävdas att en sådan åtgärd skulle vara poänglös i Falun eftersom väntetiderna främst finns till operation. I en verksamhet präglad av modern processtyrning och vårdlogistik är strävan dock att alltid söka de effektivaste flödena och att processtyrningen inte ska utgå från kösituationen. Risken är då att den permanentas.

Värt att notera är också vikten av kontinuerlig dialog med primärvården. Hässleholm har idag en något sämre situation än övriga i jämförelsen. Oskarshamn

tycks ha den största träffsäkerheten när det gäller andelen remisser som leder till operation.

7. Synpunkter från nyligen opererade patienter

För att få en belysning av höftprocessen ur patientens perspektiv har telefonintervjuer genomförts med 11 patienter vid kliniken i Falun och med 15 patienter vid Morakliniken. Samtliga intervjuade har blivit opererade det senaste halvåret.

7.1. Patientintervjuer elektiva höftoperationer Mora

Samtliga intervjuade patienter berömmer den vård de fått i Mora med anledning av höftoperationen. Inte vid någon intervju framkommer någon egentlig kritik mot vården. Några kommentarer är att läkarna varit mycket bra och att stämningen på sjukhuset varit god.

Vid fem av femton genomförda intervjuer framkommer att primärvården inte från början har uppmärksammat patientens problem, och att patienterna vid flertalet tillfällen har fått påpeka problemen och bett om remiss till ortopedkliniken. Sex av femton intervjuade patienter anser sig inte ha provat sjukgymnastik innan remissen till ortopedden. Detta beror dock sannolikt på att problemen varit så grava redan vid den första kontakten med primärvården att sjukgymnastik inte övervägts

Två patienter anser att det varit krångligt att få tid för röntgen, långa väntetider samt ombokningar har lett till fördröjningar innan diagnos har kunnat ställas. Detta förefaller dock inte vara ett utbrett problem.

Sju av de femton patienterna deltog vid grupp-mottagning inför operationen. En anledning till att inte delta vid grupp-mottagningen som angavs var att man vid ett tidigare tillfälle har opererat den andra höften, varför utförlig information om operationsprocessen bedömts som onödig. Samtliga patienter upplevde informationen som erhöles inför operationen som tillräcklig. Ett par intervju-personer kommenterade att det var positivt att träffa andra patienter med liknande problem. Medelvårdtiden (4,3 dygn) är kortare bland de som deltagit vid grupp-mottagningen än bland andra (5,5 dygn). Detta kan delvis bero på att fyra av de sju som deltog vid grupp-mottagningen lades in på avdelningen samma dag som operation, medan övriga lades in dagen innan.

Patienterna uppger att de under vården efter operationen träffade sjukgymnaster allt från en gång under hela vistelsen till två gånger per dag. Somliga kommenterar att sjukgymnastik inte förekom under helgen, vilket hade varit önskvärt. Tre av de femton uppger att de gärna hade tränat mer med sjukgymnasten om det funnits möjlighet. Dock anser ingen att de hade kunnat åka hem tidigare om de fått mer sjukgymnastik.

Fyra av de femton intervjuade upplevde väntetiderna som jobbiga och irriterande. En av intervju-personerna sade att man måste ha vassa armbågar och ligga på och tjata om man ska få vård inom rimlig tid.

7.2. Patientintervjuer elektiva höftoperationer Falun

Samtliga elva intervjuade patienter som genomfört planerade höftoperationer vid ortopedkliniken i Falun är nöjda med den vård de fått. Någon direkt kritik mot vården framkommer inte vid intervjuerna. Operatörerna beröms i mycket goda ordalag. En av intervjupersonerna upplevde dock operatören som oerhört stressad samt ovillig att lyssna och svara på frågor.

Vid två av intervjuerna framkommer att primärvården inte uppmärksammat de problem som patienterna har beskrivit. Båda dessa patienter uttrycker starka negativa känslor gentemot primärvården, i ett av fallen mot en specifik läkare. Sex av elva patienter anser sig inte ha provat sjukgymnastik innan remiss skrivits till ortopedkliniken. Som konstaterats ovan rörande patienter i Mora kan en delförklaring vara att patienten sökt för sina problem först då problemen varit allvarliga och operation ansetts vara den enda möjliga vägen att gå.

Ingen av de intervjuade anser att det förekommit några problem i och med röntgenundersökningarna.

Samtliga patienter har genomgått förundersökning i grupp inför operationen. Alla upplevde förundersökningen som positiv och ingen anser att information saknades. Samtliga patienter lades även in dagen innan operation. Medelvårdtiden hos de elva intervjuade patienterna uppgår till 4,5 dygn.

Patienterna uppger att de under vården efter operationen träffade sjukgymnaster mellan en gång under hela vistelsen till två gånger varje dag. De patienter som varit inlagda under helgen påpekar att någon sjukgymnastik inte förekom dessa dagar, något som hade varit önskvärt i vissa fall. Två patienter uppger att de gärna hade tränat mer med sjukgymnasterna om de funnits möjlighet. Tre patienter kritiserar sjukgymnasterna och tycker att man informerat för dåligt, bland annat om vikten av sjukgymnastik även om allt känns bra efter hemkomst.

Tre av de elva intervjuade upplevde väntetiderna som jobbiga och irriterande. En av intervjupersonerna menar att det varit väldigt ansträngande att man hela tiden varit tvungen att ringa för att försöka få ner den egna kötiden inför operation.

7.3. Kommentar

Intervjuerna bekräftar med några undantag bilden att patienterna är mycket nöjda med innehållet i vården. Utvecklingsmöjligheterna på kort sikt ligger i första hand i vårdlogistiken. En väsentlig andel av de intervjuade på båda orter uppger att primärvården inte hade övervägt andra behandlingsmetoder än operation. Om det beror på att dessa patienter faktiskt hade problem som direkt uteslöt andra metoder än operation kan vi inte avgöra säkert. I vilket fall som helst strider just detta resultat mot de intentioner som finns vid båda klinikerna för hur primärvården ska utreda patienterna.

Av de 15 intervjuade Morapatienterna var det 7 som deltog i gruppmottagningen. Även om vissa av dessa patienter hade opererat den andra höften tidigare så

måste någon förundersökning före operation göras. Uppenbarligen är det ett flertal patienter som kommer enskilt till mottagning före operationen.

De patienter vid ortopedkliniken i Falun som bara träffade sjukgymnast en gång under avdelningstiden också kan ha träffat en ”rehabassistent” d.v.s. undersköterskor som är anställda av sjukgymnastiken.

Intervjuerna indikerar också att det även i Mora är ett flertal patienter som kommer dagen före operationen. Endast 4 av 15 kom samma dag.

De övriga problemen som några patienter uppger är tydliga exempel på ett system i obalans mellan efterfrågan och kapacitet vilket orsakar besvär för patienten samt genererar meradministration för klinikerna och för vårdcentralerna. Granskningen visar att både patienter och personal försöker ta genvägar genom systemet då väntetiderna är långa.

Det är förhållandevis lika många patienter från både Mora och Falukliniken som anger att var irriterade över långa väntetider. Det faktum att Mora klarar vårdgarantin innebär alltså inte att verksamheten bedrivs utan väntetider.

8. Slutsatser

En sammanfattande bild av hur höftprocessen fungerar i Dalarna ur processtyrningssynpunkt är att de båda klinikerna, på olika sätt, utvecklat och designat processen för att nå en så effektiv verksamhet som möjligt. Den utveckling som är gjord är helt driven av lokala chefer och andra ansvariga efter de organisatoriska förutsättningar som finns. På ett flertal områden finns dock förbättringsmöjligheter men det har i granskningen inte framkommit någon tydlig strategi för att komma tillrätta med det tillgänglighetsproblem som faktiskt råder. Visserligen är tillgänglighetsproblemen störst vid kliniken i Falun men ur länsinnehavarens synpunkt bör hela systemet anpassas så att efterfrågan och kapacitet matchas. Höftprocessen är en av de inom ortopedin mest förutsägbara och standardiserbara processerna varför målet bör ställas högt på effektivitet.

Ortopedkliniken i Falun har beviljats extraresurser under ett år för att kunna arbeta bort den kö som finns idag. Vi finner det anmärkningsvärt att dessa extraresurser inte formellt parats med ett krav på genomförande av verksamhetsmässiga eller systemmässiga förändringar i produktionen. Ur modern vårdlogistiksynpunkt är det av största vikt att den typen av extrasatsningar skall göras i första hand för att förhindra att en ny kösituation uppstår, inte för att endast komma ifatt. Risken är annars att organisationen cementerar en kösituation.

I denna gransknings första del⁴ konstaterades att processtyrning och vårdlogistik inte har haft en framträdande plats i landstingets styrning. På verksamhetsnivå fanns exempel på god vårdlogistik och god matchning av kapacitet och efterfrågan men landstinget har ingen gemensam strategi för att ta vara på de utvecklingsmöjligheter som finns.

Granskningen av vårdprocessen för planerade höftproteser styrker den slutsats som drogs i första delen. Vid båda ortopedklinikerna har flera positiva åtgärder vidtagits för att få ett så effektivt flöde som möjligt utifrån de lokala förutsättningarna. Patientintervjuerna pekar tydligt på att innehållet i vården är mycket uppskattat.

Emellertid finns det alltså en utvecklingspotential just för denna jämförelsevis lättplanerade och standardiserbara vårdprocess. Flera av utvecklingsmöjligheterna ligger i samspelet mellan ortopedklinikerna, vårdcentralerna, sjukgymnastiken och operationsresurserna. För att en processtyrning utifrån modern vårdlogistik ska kunna äga rum krävs en styrning och ledning på alla nivåer. Verksamhetschefer och andra ansvariga på verksamhetsnivå behöver stödjas av en utvecklingskultur, expertkompetens och ett lärande som sträcker sig över klinikerens gränser. Ansvaret för att verksamheten bedrivs på ett optimalt och effektivt sätt ligger inte endast på verksamhetschefer utan i organisationen som helhet.

⁴ Rapporten antogs av revisionen i januari 2010

Landstinget i Dalarna har en möjlighet att i flera avseenden skapa en utvecklingskultur och en styrning som stödjer verksamhetens operativa chefer i större utsträckning än vad fallet är idag. Exempel på sådana åtgärder kan vara fler styrparametrar om processeffektivitet i en integrerad styrning, processledningsroller samt en kompetensuppbyggnad inom vårdlogistik och köproblematik.

Stockholm 2010-06-07

Bilaga 1 Intervjuade funktioner

Verksamhetschefer, ortopedklinikerna i Falun och Mora
Mottagningschefer och avdelningschefer vid båda klinikerna
Verksamhetschef Kvarnsvedens och Mora vårdcentral
Två sjukgymnaster ortopedkliniken i Mora
Ansvarig sjukgymnast, ortopedkliniken i Falun
Operationskoordinatorer vid båda klinikerna
Gruppintervju med narkossköterska, operationssköterska, avdelningssköterska
och mottagningsköterska vid ortopedkliniken i Mora
Gruppintervju med narkossköterska, läkarsekreterare, operationssköterska, mot-
tagningsköterska vid ortopedkliniken i Falun
Chefläkare
Verksamhetschef för Bild och funktionsmedicin Dalarna samt platscheferna i
Falun och Mora
Ansvarig anesthesiolog, Operationscentrum Falu lasarett
Remissbedömare och ansvarig läkare höftteamet Falu lasarett

Telefonintervjuer med 26 patienter vilka opererats det senaste halvåret.

Telefonintervjuer med enhetschef Ortopedkliniken i Hässleholm samt verksam-
hetschef vid ortopedkliniken i Oskarshamn.

-