

Konsekvenser av 2000 års revision
av effektivitet och produktivitet i operationsverksamheten,
Landstinget i Jönköpings län
Uppföljande granskning 2004

Revisionsgranskning på uppdrag
av de förtroendevalda revisorerna
i Landstinget i Jönköpings län

Anna Roland

2004-06-14

Sammanfattning

På uppdrag av revisorerna har en uppföljande granskning av operationsavdelningarna i Landstinget i Jönköpings län genomförts. Den ursprungliga revisionsgranskningen innebar en jämförelse mellan de tre avdelningarna med avseende framförallt på effektivitet och produktivitet. Den föranledde ett påpekande från revisorerna och ett åtagande av landstingsstyrelsen.

Granskningen visar att landstingsstyrelsens åtagande har genomförts i en av tre beslutade delar. Avsikten att granskningsrapporten 2000 skulle bilda underlag till operationsavdelningarnas interna förbättringsarbete och att programgrupp anestesi skulle ges uppdrag att arbeta fram gemensam begreppsapparat har ej lett till åtgärd.

Det åtagande som har genomförts är utredning av operationer under obekvämt arbetstid. Den resulterade i översyn inom förvaltningarna av jouroperationer, med slutsatsen att det som görs är medicinskt motiverat och att det saknas utrymme för effektivisering genom minskad insats jourtid vid operationsavdelningarna.

När det gäller de två åtaganden som ej lett till åtgärd enligt landstingsstyrelsens skrivelse till revisorerna finns stöd i granskningen för att detta är en följd av bristande eller otydlig styrning. Direktiv i enlighet med landstingsstyrelsens åtagande till verksamhetsansvariga respektive programgrupp anestesi har inte mottagits eller uppfattats av klinikchefer respektive programgruppsordförande.

Granskningen visar vidare att utvecklingsaktiviteter pågår vid samtliga operationsavdelningar med till del samma innehåll som föreslogs 2000. Operationsplaneringsprocessen är fokus för förbättringsprojekt, delvis i projektmodell utgående från utbildning vid Qulturum. De mätetal som används vid de olika avdelningarna för uppföljning av förbättringsåtgärder är huvudsakligen desamma, t ex bytestider och starttider. Samverkan mellan avdelningarna förekommer annars genom t ex gemensam kvalitetsutbildning.

Patientsäkerhetsarbetet vid granskade kliniker har berörts i granskningen och ger ej anledning till kritisk kommentar. Den förändring av synsätt när det gäller patientsäkerhetsarbete, som antyds i landstingets plan, kräver dock förtydligande och konkretisering.

Sammantaget ger granskningen stöd för följande slutsatser/rekommendationer: Landstingsstyrelsens styrning och uppföljning av planerade åtgärder bör förtydligas och Landstinget bör konkretisera och förtydliga målen när det gäller förändrad syn på patientsäkerhetsarbete.

Operationsavdelningarna/klinikerna bör utveckla samverkan t ex genom större överensstämmelse mellan styrkorten, utan att orealistiska jämförelser för den skall göras.

1	INLEDNING	4
1.1	BAKGRUND	4
1.2	UPPFÖLJNING	4
1.3	METOD OCH UTGÅNGSPUNKTER	5
1.4	RAPPORTENS DISPOSITION	5
2	KONSEKVENSER AV LANDSTINGSSTYRELSENS ÅTAGANDE	5
2.1	2000 ÅRS RAPPORT – UNDERLAG TILL UTVECKLINGSARBETE	5
2.2	UPPDRAG TILL PROGRAMGRUPP ANESTESI	5
2.3	ARBETE UNDER OBEKVÄM TID	6
2.4	SYNPUNKTER PÅ GRANSKNINGEN 2000	6
3	UTVECKLINGSARBETE IDAG	7
3.1	RYHOV	7
3.2	HÖGLANDETS SJUKHUS	8
3.3	VÄRNAMO SJUKHUS	9
3.4	ANDEL ÖPPENVÅRD	11
4	PATIENTSÄKERHET	12
4.1	BAKGRUND	12
4.2	PATIENTSÄKERHETSARBETET VID GRANSKADE KLINIKER	13
5	ÖVERGRIPANDE FÖRUTSÄTTNINGAR	13
5.1	SAMVERKAN	13
5.2	PATIENTSÄKERHET	13
6	ANALYS OCH SLUTSATSER	14
6.1	OM GRANSKNINGSRAPPORTEN 2000 OCH DESS KONSEKVENSER	14
6.2	OM SAMVERKAN, BEGREPP OCH MÄTNINGAR	15
6.3	OM PATIENTSÄKERHET	16
6.4	ÖVRIGT	17
6.5	SLUTSATSER/REKOMMENDATIONER	17

Uppföljning av granskningen ”Jämförande studie avseende operationsverksamheten vid länets tre sjukhus” 2000

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Operationsverksamheten i Jönköpings läns landsting granskades 2000 med avseende på i första hand produktivitet och effektivitet och med fokus på jämförelser mellan de tre akutsjukhusens operationsavdelningar¹. Granskningen resulterade i ett påpekande från revisorerna till Landstingsstyrelsen med förslag avseende framförallt följande förbättringsområden:

- Behov av gemensam begreppsapparat och enhetlig dokumentation.
- Behov av ökade resurser för utveckling av gemensam syn på verksamhetsstatistik och underlag för jämförande studier.
- Behov av bättre salsutnyttjande och ökad andel poliklinisk verksamhet.
- Synpunkter på produktiviteten mätt i relationen personaltid/patienttid och förslag att genomföra förändringar för att öka produktiviteten mätt på detta sätt.
- Synpunkter på de tre sjukhusens förmåga att ta lärdom av varandras exempel och förslaget att metoder för benchmarking bör tas fram.

Efter revisorernas påpekande lämnade Landstingsstyrelsen ett yttrande, baserat på förslag från Hälso- och sjukvårdsavdelningen, med redovisning av åtagande enligt följande åtgärdsplan:

1. Granskningsrapporten ska utgöra underlag för operationsavdelningarnas interna förbättringsarbete.
2. Programgruppen för anestesi har uppdragits lägga fast landstingsgemensamma termer och begrepp och utnyttja de läns gemensamma erfarenheterna av bra rutiner.
3. En särskild studie initierades för värdering av arbete under obekvämlig tid.

1.2 Uppföljning

Föreliggande granskning syftar till att följa upp hur Landstingsstyrelsens beslut har omsatts i verksamheten och vilka effekter åtgärderna haft. Vidare syftar uppföljningen till att ge en bild av patientsäkerhetsarbetet vid respektive operationsavdelningar.

¹ ”Jämförande studie avseende operationsverksamheten vid länets tre sjukhus”, KPMG Region Sydost 2000-05-06

1.3 Metod och utgångspunkter

Arbetet har genomförts som en dokument- och intervjustudie. Intervjuade under utredningen är verksamhetsansvariga vid respektive operationsavdelning.

Tidigt i utredningen stod det klart att granskningsrapporten 2000 fått begränsat genomslag i verksamheten. Uppföljningen har därför i högre utsträckning fokuserat frågan hur man idag arbetar med aspekterna effektivitet, produktivitet och patientsäkerhet samt vilka synpunkter som finns på de rekommendationer avseende samverkan som gavs 2000.

1.4 Rapportens disposition

Inledningsvis i kapitel 2 sammanfattas fynden i 2000 års granskning tillsammans med en redovisning av vilka konsekvenser Landstingsstyrelsens åtagande fick, så som de framkommit i uppföljningsgranskningen. I kapitel 3 redovisas det utvecklingsarbete som idag pågår vid de tre operationsavdelningarna. I kapitel 4 utvecklas ett resonemang kring aspekten patientsäkerhet och ges en bild av hur det systematiska arbetet ser ut idag i den frågan. Kapitel 5 återger kortfattat relevanta delar ur Landstingets budget 2004. Rapporten avslutas i kapitel 6 med en sammanfattande analys av iakttagelserna med slutsatser/rekommendationer.

2 Konsekvenser av Landstingsstyrelsens åtagande

2.1 2000 års rapport – underlag till utvecklingsarbete

Den granskningsrapport som låg till grund för revisionens påpekande och föranledde Landstingsstyrelsens åtagande distribuerades till verksamhetsansvariga och är känd av de intervjuade. Den har dock inte utgjort underlag för den egna verksamhetsutvecklingen vid någon av de tre operationsavdelningarna och dess innehåll har, enligt vad som framkommit i intervjuer, påverkat bedömningar och ställningstaganden i ringa eller ingen grad. Ingen av de intervjuade verksamhetsansvariga anser sig ha fått direktiv att använda rapporten på det sätt som Landstingsstyrelsen tycks ha haft som avsikt. Ett sådant direktiv har givits formellt i samband med ett dokumenterat möte i programgrupp anestesi² i slutet av år 2000. Planering för uppföljning av beslutet framgår dock inte. Eftersom rapportens slutsatser enligt intervjuade verksamhetsföreträdare vilar på osäkra grunder har de vunnit ringa eller ingen tilltro som underlag för konstruktiv utveckling. Enkelt uttryckt tycks rapporten ha lästs och lagts åt sidan!

2.2 Uppdrag till Programgrupp Anestesi

Programgrupp Anestesi har haft besök av planeringsdirektören vid ett tillfälle då man diskuterade gemensamma begrepp och gemensam dokumentation. Ett tydligt direktiv till gruppen att ta sig an uppgiften att utveckla en gemensam begreppsapparat för landstingets operationsavdelningar med avseende på effektivitet, produktivitet, planering etc. har inte uppfattats. Det gavs vid program-

² ”Mötesanteckning Medicinsk programgrupp Anestesi 2000-12-06”

gruppsmötet i december 2000 och är protokollfört, men tycks inte ha följts upp. Enligt uppgift tillfrågades en av anestesiläkarna vid Ryhov om att arbeta med ett förslag till läns gemensamma termer och begrepp, men tackade nej till uppdraget.

2.3 *Arbete under obekväm tid*

Operationer under obekväm arbetstid utreddes av en läkare vid Ryhov 2001, på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsavdelningen³. En slutsats var att ytterligare fördjupning behövdes. Det har också skett vid samtliga operationsavdelningar, med medicinsk värdering av om genomförda jouroperationer behövde utföras på obekväm arbetstid. Enligt vad som framkommit i föreliggande granskning blev resultatet att avdelningarnas jourverksamhet är medicinskt motiverad och relevant.

2.4 *Synpunkter på granskningen 2000*

Granskningsrapporten 2000 visar på ett omfattande arbete med långtgående fördjupningar i beskrivningen av operationsavdelningarnas struktur, organisation och resursutnyttjande, där företrädare för verksamheterna aktivt deltog i diskussioner och med faktaunderlag. Det kan därför tyckas olyckligt att rapporten sedermera fick svagt genomslag i den fortsatta utvecklingen.

Ett av de vanligaste argumenten från intervjuade att rapporten 2000 ej kommit till användning är att dess slutsatser bygger på ytliga jämförelser mellan sjukhusen, där hänsyn till faktiska skillnader tagits i alltför liten utsträckning. Bland annat menar man att det medicinska innehållet i de tre verksamheterna skiljer sig i sådan grad att det inte är möjligt att jämföra med enkla mätetal. Noterade skillnader i mätresultat avspeglar inte adekvat skillnader i effektivitet och produktivitet. Tex kan differenser i starttid för dagens första operation – vilket mättes i granskningen – förklaras av ett medicinskt motiverat behov av längre förberedelsestid vid den enhet där en senare starttid uppmättes. Samma resonemang gäller för bytestider och salsutnyttjande.

Flera av de intervjuade har också reagerat emot rapportens slutsats att relationen mellan personaltimmar och patienttimmar – som befanns utgöra kvoten 9:1 – skulle kunna minskas till 6-7:1. Detta målvärde saknar saklig grund och har av verksamhetsansvariga bedömts som ”taget ur luften”, utan att säkra hållpunkter finns för att det skulle vara ett möjligt eller eftersträvänsvärt mål. Exemplet har bidragit till den begränsade tilltro som rapporten tycks ha rönt bland verksamhetsföreträdarna.

Andel öppenvård anses av intervjuade verksamhetsansvariga inte kunna vara ett mål i sig. Möjligen kan det vara ett mål inom en del av en specialitet, dvs för viss typ av kirurgi. Andelen påverkas inte bara av medicinska ställningstaganden per se, utan i betydande utsträckning även av geografiska förhållanden, befolk-

³ ”Rapport angående jouroperationer i Landstinget i Jönköpings län”. Hälso- och sjukvårdsavdelningen 2001-12-20.

ningens åldersfördelning, sjukhusets fördelning av resurser mellan olika enheter m.m. Det kan också finnas konflikter mellan politiskt satta mål när det gäller tillgänglighet och väntetider och en ökad andel öppenvård. Ett exempel är plastikoperationer av höft- eller knäleder (i slutenvård och prioriterat av tillgänglighetskäl) ställt mot artroskopier (i öppen vård).

Uppmätta tider i relation till mål – framförallt bytestider och starttider – påverkas av verksamhetens innehåll, skillnader i operationens ”tyngd” har avgörande betydelse för skillnader i förberedelsestid. Det är därför inte relevant att jämföra dessa mätvärden mellan operationsavdelningar som inte har samma verksamhetsprofil eller att avdelningarna har samma mål. Det är däremot relevant att jämföra med andra sjukhus med samma verksamhetsprofil och framförallt att göra jämförelser över tid med egna resultat.

Länsgemensamma begrepp och definitioner av mätpunkter för uppföljning av effektivitet och produktivitet är – enligt intervjuade verksamhetsansvariga – meningslösa om skillnader i verksamhetens innehåll finns. Det anses ej kontroversiellt eller omöjligt att genomföra ett samarbete de tre sjukhusen emellan, däremot anses det av företrädare för alla tre operationsavdelningarna ej vara ett konstruktivt sätt att komma vidare när det gäller effektiviteten i det egna arbetet.

3 Utvecklingsarbete idag

Operationsverksamheten är och har varit ämne för flera utvecklingsprojekt, såväl centralt som lokalt. Samtidigt som föreliggande granskning genomförts pågår eller har nyligen avslutats projekt i Kulturums regi med operationsprocessen som fokus, en genomgång vid Ryhov samt flera delprojekt i Värnamo. Gemensamma utbildningsdagar med teman inom området kvalitativa mått förekommer också regelbundet.

3.1 *Ryhov*

Vid basenheten Op/IVA används Jönköpings sjukvårdsområdes modell för verksamhetsplan och uppföljning, Utvecklingsguiden med balanserat styrkort. Mål med relevans för föreliggande granskning är bl a följande (i styrkort för år 2002):

- Bytestider skall minska med 20 min
- Starttiden på morgonen skall kunna tidigareläggas med 15 min när så efterfrågas av operatör
- Operatörens tillgänglighet skall inte vara begränsad av annan verksamhet
- Nya gemensamma rutiner för att underlätta operationsplaneringsprocessen
- IT-stöd för att studera och mäta kvalitet på operationsavdelningen
- Deltagande i förbättringsprocesser som utgår från andra kliniker och involverar Op/IVA-enheten

- Öka B-sektionens⁴ deltagande i processbeskrivningar
- Ökad grad av självständig planering av arbetsdagen
- Kvalitetsarbete i form av utarbetande av nya och revidering av gamla arbetsbeskrivningar.

Vid Ryhov har helt nyligen (mars 2004) avslutats en processöversyn avseende operationsprocessen och dess effektivitet på initiativ av och med deltagande från sjukhusledningen. Översynen har enligt personligt besked⁵ resulterat i förväntade fynd när det gäller problemområden, t ex:

- Försenade operationsstarter, såväl första på dagen som i övrigt
- För långa bytestider
- För låg belägningsandel (salsutnyttjande).

I bedömningen av effektiviteten har man vid Ryhov valt att göra jämförelser med andra länssjukhus, vilket ses som mer relevant än jämförelser med de två andra sjukhusen inom det egna landstinget med hänsyn till verksamhetens innehåll.

Översynen, som genomförts med stöd av extern konsult, har även inkluderat andra delar i operationsprocessen än enbart operationsavdelning och dess planering, som t ex resursutvecklingen vid vårdavdelningar. I och med sjukhusledningens initiativ och intresse har frågan om effektivitet kunnat utredas och diskuteras med operationsavdelningens samarbetspartner, huvudsakligen operatörerna. Det bedöms därför finnas goda förutsättningar för att man nu, när man övergår till projektets åtgärdsfas, kommer att få ett brett deltagande och engagemang i planerade åtgärder.

Synpunkter på Qulturums aktiviteter är bl a att dess val av utvecklings- och utbildningsprojekt i ringa utsträckning vilar på inventering och prioritering i samarbete med den klinik som förväntas medverka.

3.2 *Höglandets sjukhus*

I balanserat styrkort vid anestesikliniken, Höglandets sjukhus i version från november 2003 finns bl a följande mål (relevanta i föreliggande granskning):

- Minska aktivt jourarbete
- 0 (noll) antal planerade patienter som stryks från operationsprogrammet på grund av resursbrist
- 100% genomförda operationer inom 90 dagar från anmälningsdatum
- <2% icke planerade inläggningar av polop-patienter
- <1% återinskrivna polop-patienter

⁴ B-sektionen: Gynekologiska, kirurgiska, öronkirurgiska och oralkirurgiska operationer

⁵ Slutrapporten bedömdes av verksamhetsansvarig ännu ej mogen för redovisning i föreliggande utredning.

- 100% genomgång av delegerade arbetsuppgifter.

Vid Högländets sjukhus har egen analys av operationsprocessen inte genomförts. Däremot följs en del mätvärden som speglar effektivitet. Enligt målbeskrivningen ingår där antal strykningar pga. resursbrist och andel operationer inom 90 dagar från operationsanmälan. Enligt muntligt besked övervakas också bytestiderna. Detta görs inte kontinuerligt men som en sammanfattande värdering för året. Resultat av sistnämnda mätningar är inte redovisade i verksamhetsberättelsen. Genomgång av ”strulrapporter” har gjorts som punktinsatser. Uppföljning av resultat har inte redovisats i verksamhetsberättelsen.

Det finns även uppmärksamhet på samverkan i målbeskrivningen, med kvantitativa mått på antal samverkansmöten, brukarråd och ledningsmöten i relation till planerat antal samt uppföljning av efterlevnaden av protokollförda mötesbeslut.

Operationsavdelningen har delvis organiserat om arbetstider så att det finns ytterligare ett operationslag till klockan 18 för att täcka iakttagna behov.

Fokus i verksamhetsutvecklingen är klinikens samlade kompetens, med t ex förbättrade introduktionsprogram för sjuksköterskor och läkare, utbildning på medicinsk-teknisk apparatur, rekryteringar och aktiviteter för att påverka antalet utbildningsplatser vid vårdhögskola.

Enligt verksamhetsansvarig är Kulturums betydelse för det egna utvecklingsarbetet av begränsat värde. Dess aktiviteter kan t o m upplevas som något av en hämsko för effektiviseringar, genom den relativa och kostnadsbärande personalbrist som uppstår av medarbetares deltagande i dessa aktiviteter, med ett för kliniken enligt uppgift blygsamt utfall avseende framsteg i verksamhetsutvecklingen.

3.3 Värnamo sjukhus

Basenheten Operation/sterilcentral vid Värnamo sjukhus lyfter i styrkortet för år 2003 fram följande mål (med relevans för föreliggande granskning):

- Överbokning/strykningar
- Operationsstatistik
- Avvikelse rapportering
- Standardisering av operationer
- Väntetidsregistrering.

Man har under fjolåret genomfört projektet ”Flöde-Samverkan i operationsprocessen”. Projektet utgick från den modell som Kulturum erbjöd och samma personal som genomgick utbildning vid Kulturum arbetade sedan in projektet, som genomförts i samarbete mellan operationsavdelningen och kirurgkliniken. Det planeras nu att genomföra motsvarande projekt tillsammans med även ortoped- respektive kvinnokliniken. Samverkansprojektet har utöver nedan redovisade resultat också fört med sig att de opererande klinikerna samarbetar mer när det

gäller att ta vara på operationsresurser, man erbjuder varandra tider över klinikgränser när man själv inte kan utnyttja dem!

Projektgruppen undersökte de områden som identifierades som problemområden, nämligen:

- Operationsplanering
- Starttid för dagens första operation
- Operationsanmälan

Den egna utredningen visade på en rad orsaker till alltför sena starter på morgonen. Det förekom t ex att patienten inte hade kommit än, att operatören inte gjort operationsmarkering, att anestesiläkare inte fanns på plats eller att personal inte fanns tillgänglig. Som konsekvens har man därför genomfört ändringar i rutinerna, bl a genom att kirurgmottagningens personal har ändrat sina arbetstider och kommer tidigare på morgonen för att förbereda polikliniska patienter. Vidare gör operatören sin operationsmarkering innan han/hon går till röntgenrond och anestesiläkare kommer en stund tidigare till avdelningen. Det har också upprättats en ny rutin att meddela operatören när man inleder tvättning och klädning av en i övrigt förberedd patient, dvs man ger därmed operatören bättre underlag att komma till operationssalen på exakt tid.

För att utvärdera effekterna av åtgärderna mätte man antal operationer som pågick mellan kyl 0830 och 0845 och det visade sig att antalet ökade från 7 till 19. Man har också kunnat konstatera att den genomsnittliga tiden för operationsstart ändrades från cirka kyl 9 till kl 0842.

Upprättandet av nästa dags operationsprogram påverkas av bl a tillgången till information om de planerade operationerna. Ett exempel är att det tidigare varit vanligt att "knivtid" inte angavs i anmälan till operation, vilket försvårade möjligheterna att fördela tillgängliga operationsresurser på ett adekvat sätt. Ett annat exempel som bidragit till förseningar i planerade program är när erforderade svar på laboratorieprover saknades.

De åtgärder som nu genomförts bygger på en uppdaterad checklista, där såväl provsvar som knivtid ingår. Det är således numera ett obligat krav att checklistans punkter är ifyllda i anmälan för att operationen ska planeras in. För att säkra att prognostiserade knivtider är relevanta har man också gjort kontrolljämförelse med faktiska knivtider. De skärpta kraven på operationsanmälan innebär att programmet kan upprättas utan närvaro av operatörerna, vilket innebär att processen blivit smidigare.

Salsutnyttjande mäts kontinuerligt som sluttid, dvs när operationssalen står klar för dagen och är förberedd genom städning, påfyllning av material etc. Strykningar från operationsprogrammet följs också kontinuerligt och ligger konstant kring omkring fyra procent.

Sjukhusledningens deltagande i projektet, såväl under utbildningsdelen som genomförandedelen, har varit ett betydelsefullt stöd. Vidare upplevs nytta med

att, som man gjort, gå igenom processerna detaljerat och dokumentera – själva dokumenterandet anses bidra till insikter och underlag till förbättringar. Slutligen har det varit viktigt att ha med operatörerna i arbetet, vilket skett genom att deras synpunkter inhämtats i djupintervjuer. En reflexion hos intervjuad verksamhetsansvarig är att arbetet framförallt genom tillförd metodkunskap gagnades av grupputbildningen vid Qulturum, vars aktiviteter i övrigt upplevs ha svag koppling till verksamhetens behov. Värdet av aktiviteterna skulle enligt verksamhetsansvarig öka om det gjordes en inventering av problemområden i samverkan med klinikerna, snarare än att initiativ tas utan sådan inventering.

3.4 Andel öppenvård

Eftersom andelen öppenvård, som ett uttryck för effektivitet, rönnte uppmärksamhet i granskningsrapporten 2000 redovisas här hur utvecklingen varit sedan föregående revision. Sammantaget visar det sig att andelen operationer i öppenvård ökat något vid samtliga enheter 2002 jämfört med 1998-1999.

År	Ryhov		Höglandet		Värnamo	
	Antal op	Andel öv	Antal op	Andel öv	Antal op	Andel öv
1998	12 804	47%	8 386	37%	6 986	43%
1999	14 603	53%	8 146	38%	6 690	43%
2000	13 306	56%	7 745	40%	4 809	45%
2001	12 309	59%	7 537	39%	4 972	46%
2002	12 521	60%	7 855	39%	4 779	47%

Tabell 1. Antal operationer och andel i öppenvård (totalt) 1998-2002

År	Ryhov		Höglandet		Värnamo	
	Kir	Ort	Kir	Ort	Kir	Ort
1998	23%	43%	26%	47%	21%	53%
1999	22%	50%	28%	48%	24%	50%
2000	23%	50%	27%	51%	30%	50%
2001	27%	53%	29%	50%	33%	52%
2002	26%	51%	28%	50%	32%	53%

Tabell 2. Andel öppenvårdsoperationer inom kirurgi respektive ortopedi 1998-2002

3.4.1 Kommentar

Ökningen vid Ryhov till 60 procent öppenvård i genomsnitt av samtliga operationer påverkas av operationer vid ögonkliniken, som är många i antal totalt och görs polikliniskt i 93 procent 2002 jämfört med 77 procent 1998. Redovisningen avseende kirurgi och ortopedi ovan (tabell 2) visar på en ökning jämfört med 1998 i flertalet fall, men trenden är inte lika tydlig överallt. I Värnamo, där ök-

ningen vid kirurgkliniken är störst från 1998 till 2002, har verksamhetens totalvolym samtidigt minskat.

4 Patientsäkerhet

4.1 Bakgrund

Hälso- och sjukvården åstadkommer mycket nytta för människor, men innehåller också risker för att människor kommer till skada. Hur vanligt förekommande detta är inom svensk sjukvård är inte närmare känt. I Socialstyrelsens översyn av anmälda skador (enligt Lex Maria) under åren 1997-2001⁶ noterades drygt tiotusen felbehandlingar, dvs ”fel, försummelse eller annan brist i patientsäkerheten”. I USA anses mellan 44 000 och 98 000 dödsfall årligen vid amerikanska sjukhus hänföras till vårdbetingade patientskador. Dansk forskning har fastslagit risken för sådana skador till omkring 9 procent.

Ett systematiskt förebyggande sätt att arbeta med patientsäkerheten vinner nu allt större spridning i Sverige. Den första nationella konferensen om patientsäkerhet hölls hösten 2003, med rapporter från en rad svenska sjukhuskliniker. Det nya i synsättet är bl a att:

- Vårdbetingade patientskador beror på att risken finns inbyggd i systemet.
- Det går att identifiera risker i förväg och satsa förebyggande insatser där de gör bäst nytta.

Kompetensutveckling under handledning, yrkesansvar, evidensbaserade rutiner samt incidensrapportering kan sägas hittills ha utgjort stommen i patientsäkerhetsarbetet i svensk sjukvård. Ansvar för felbehandlingar med mer eller mindre allvarliga konsekvenser för patient har ofta placerats hos den enskilda medarbetaren eller den enskilde chefen. Synsättet att riskerna finns inbyggda i systemet medför även en ny syn på ansvarsfördelningen, så att en orsakskedja kan byggas från patienten och händelsen till någon person eller företeelse på långt organisatoriskt eller tidsmässigt avstånd. Att människor kan göra misstag är en truism, patientsäkerheten måste därför byggas in i systemen. Säkerhetsarbetet inom flygverksamhet, en bransch där risker för skador är utomordentligt låga, brukar ses som förebild.

Att arbeta systematiskt och förebyggande med patientsäkerheten innebär - förutom evidensbaserade medicinska arbetssätt och rutiner i verksamheten – att utgå från att risker finns i systemet och att de kan identifieras. Samtliga ledningsnivåer bör därför engageras i det förebyggande arbetet och patientsäkerheten uppmärksammas vid t ex förändringar i organisation, ansvarsförhållanden etc. Ledningens engagemang anses utgöra en nödvändig förutsättning för ett långsiktigt och gott patientsäkerhetsarbete. Det är inte tillräckligt att en sjukvårdsadministratör förutsätter att professionella i vården tar fullt ansvar. Gott om exempel

⁶ Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete – en översikt. Socialstyrelsen 2003.

finns redovisade i rapporter om tillbud eller olyckor, där den utlösande orsaken kunnat spåras till en händelse som vid en ytlig bedömning saknat direkt koppling till patienternas säkerhet. Mer eller mindre varje beslut oavsett nivå bör därför värderas utifrån aspekten patientsäkerhet och ingå i underlaget för riskanalys.

4.2 Patientsäkerhetsarbetet vid granskade kliniker

Patientsäkerheten vid de tre klinikerna vilar huvudsakligen på de traditionella arbetssätten med framförallt arbetsbeskrivningar för alla eller flertalet åtgärder och incidensrapportering. Skriftliga rutiner för hur tillbud ska handhasas förekommer också. Under 2003 har avvikelshantering vid Höglandets anestesiklinik granskats av Socialstyrelsen, som fann beskrivna rutiner och väl fungerande avvikelshantering. Ett system för IT-baserad avvikelserapportering och uppföljning är på gång inom landstinget.

Med hänsyn till den betydande användningen av medicinsk-teknisk utrustning inom operationsverksamhet har handhavandet av apparater fokuserats särskilt. Samtliga avdelningar använder "körkort", dvs endast personal som genomgått särskild utbildning på respektive teknisk apparatur och uppvisat prov på relevanta kunskaper får använda den i arbetet. Spridning av kunskap till alla som behöver den innebär ett brett engagemang bland personalen, där man bl a utbildar varandra. Även administrativa rutiner ingår i arbetsbeskrivningarna.

Incidensrapportering (avvikelserapporter) och "strulrapporter" – som övervakning av orsaker till och förekomst av oönskade händelser – redovisas inte i avdelningarnas årliga verksamhetsberättelser.

I de utvecklingsprojekt som beskrivits i intervjuer är aspekten patientsäkerhet ej en särskilt framlyft fråga. Systematisk riskanalys med ledningens engagemang är hittills inte heller en generellt använd metod vid granskade avdelningar. Enstaka arbeten på klinik- eller avdelningsnivå med systematisk riskanalys har gjorts rörande t ex läkemedelshanteringen.

5 Övergripande förutsättningar

5.1 Samverkan

Förmågan att samverka mellan olika enheter lyfts i landstingets budget 2004 fram som en av flera framgångsfaktorer i effektivisering av processerna och samverkan är ett av två strategiska mål (vid sidan om "bra vård") inom hälso- och sjukvårdens process- och produktionsperspektiv. Vårdkvalitet, medicinska resultat, kompetens och "fungerande vårdprogram" nämns som kritiska faktorer att nå de strategiska målen. Det sägs också att förmågan att samverka mellan olika enheter är av avgörande betydelse för produktionsresultatet.

5.2 Patientsäkerhet

I landstingets vision är säkerhetsaspekten nämnd inom ramen för det strategiska målet "Bra vård". Den skall enligt budget 2004 följas med bl a mätning av antal

ärenden till patientskadeförsäkring och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, ”allvarliga läkemedelsincidenter”, incidenter med fallskador samt vårdrelaterade infektioner. Genom formuleringen: ”Det är viktigt att förutse risksituationer för patienterna och på så vis ändra förutsättningarna så att risken för misstag eller fel minimeras” antyds landstingets intention att införa systematisk riskanalys på patientsäkerhetsområdet. Vid Qulturum pågår redan utbildningsprojekt för utveckling av sådant proaktivt arbetssätt och ”en mer öppen tillåtande säkerhetskultur”.

6 Analys och slutsatser

Den uppföljande granskningen visar på två intressanta iakttagelser. *För det första*: att beslutet i Landstingsstyrelsen efter föregående granskning ej avspeglas i tydliga styrningsåtgärder. *För det andra*: att lokala initiativ till utveckling av operationsplaneringsprocessen har tagits med positiva resultat i den egna verksamhetens perspektiv. Sammantaget ges en bild av vilja och förmåga till förbättringsarbete hos respektive förvaltningar i kontrast mot en bakgrund av otydlig styrning från central nivå.

Som en kärnpunkt i 2000 års granskning framstår vikten av samverkan mellan sjukhusen och länsgemensamma aktiviteter i utvecklingsarbetet avseende effektivitet och produktivitet vid operationsavdelningarna. Detta synsätt återfinns också i landstingsstyrelsens besluts tre punkter. Men intrycken i föreliggande granskning visar istället det lokala i kontrast mot det länsgemensamma. Samtidigt stämmer förvaltningarnas inriktning i många detaljer överens med 2000 års granskningsrekommendationer, t ex mål avseende starttider, bytestider och salsutnyttjande.

Från ett revisionellt perspektiv framstår förvaltningarnas förbättringsaktiviteter som välkomna och positiva fynd i granskningen, medan hälso- och sjukvårdens avdelningens styrning uppfattas otydlig. Vidare uppstår frågan om hur den ambition som iakttas på lokal nivå kan ge mervärden genom mera samverkan och mer av gemenskap om central styrning mot samverkan och gemenskap kan optimeras.

6.1 Om granskningsrapporten 2000 och dess konsekvenser

Rapporten över 2000 års granskning ger intryck av ett omfattande arbete och framställdes efter förberedelser och faktainsamling i nära samarbete med verksamhetens aktiva. Det kan därför tyckas paradoxalt att mottagandet av den på klinikerna varit svalt. Kritiken mot rapporten gäller resonemangen och slutsatserna, den hörs från alla tre avdelningarna och bör tas på allvar. Men allvarligare är att ingen av de intervjuade har uppfattat att det fanns ett centralt beslut att de förväntades använda rapporten som underlag i sin verksamhetsutveckling. Om så varit fallet, och man ansett rapporten oduglig för ändamålet, är det rimligt att förvänta sig kritik mot beslutet, snarare än mot rapporten. Det har inte fram-

kommit i föreliggande granskning. Det är därför trovärdigt när klinikcheferna säger sig inte ha fått några direktiv avseende granskningsrapporten.

Landstingsstyrelsens svar till revisorerna har således omsatts till aktiva åtgärder endast i ett fall – studien om arbete under obekvämtid.

De projekt med syfte att utveckla operationsplaneringsprocess, samverkan inom sjukhusen m.m. som pågår idag har inte initierats från landstingsstyrelsen eller hälso- och sjukvårdsavdelningen som konsekvens av 2000 års granskning. Dagens aktiviteter när det gäller utveckling av operationsavdelningarna är inte i konflikt med rapportens slutsatser, men har heller ingen direkt koppling till den. Det är svårt att bortse från tanken att dagens utvecklingsprojekt fördröjts pga. bristande styrning och att revisorernas ansats att utreda operationsavdelningarnas effektivitet 2000 blev något av ett slag i luften.

6.2 Om samverkan, begrepp och mätningar

Arbetet med att utveckla en gemensam begreppsapparat och dokumentation har inte skett såsom landstingsstyrelsen beslutade 2000. Uppdraget till programgrupp anesthesi har inte givits så att det uppfattats som ett sådant. Ansvar för det kan knappast läggas på programgruppen för anesthesi. Landstingets syn på vikten av samverkan är tydlig i det övergripande styrdokumentet. Mindre tydligt är hur man tänker sig att samverkan ska styras och följas upp. Om samverkan i sig är ett identifierat värde, vilket det förefaller vara, kan en tydlig modell för styrning och uppföljning av samverkan förväntas bidra till gott resultat bättre än frånvaron av en sådan. Någonstans har en länk i kedjan från landstingsstyrelsen till verksamhetsnivå brutit, när ett beslut ej uppfattades som uppdrag.

Även om arbetet med gemensam begreppsapparat osv. ej blev av, så som landstingsstyrelsen avsåg, föreligger en rad exempel på begrepp som faktiskt är användbara och gemensamma. Att använda resultat av de lokala mätningarna för jämförelser mellan sjukhusen, en landstingsintern benchmarking, förutsätter att förhållandena i övrigt är någorlunda lika. I intervjuer framhålls att så inte är fallet och att man hos alla tre upplever det mindre meningsfullt med den typen av jämförelser. Vad som däremot förefaller uppenbart är att jämförelser över tiden av de egna resultaten är fruktbare. Bra exempel är bytestider och starttider för morgonens första operationer samt salsutnyttjande. När det gäller de båda första verkar man definiera dem lika vid de granskade operationsavdelningarna. När det gäller salsutnyttjande finns goda skäl att anta att verksamhetsansvariga kan komma överens om ett gemensamt sätt att mäta.

Att på så sätt välja ut några enstaka mätvärden, som redan uppmärksammas lokalt i samtliga fall, och enas om att just dessa ska redovisas årligen – utan att för den skull göra direkta jämförelser mellan avdelningarna – kan vara en framkomlig väg. Förvaltningsledningarna får mätvärden över tiden att värdera i relation till kunskaperna om verksamhetens innehåll. Jämförelser med landstingets två andra operationsavdelningar kan göras lokalt, med de kunskaper man där besitter om den egna och de andras verksamhet. Det kan få betydelse som sporre i den egna utvecklingen och skulle också kunna innebära ett närmande mellan

avdelningarna med ökad öppenhet för samråd och kunskapsutbyte. Samtidigt kan den centrala nivån upprätthålla kunskap om utfallet av mätvärden och av förvaltningsledningarna hållas ajour med hur dessa ser på resultaten och möjligheterna att komma ännu längre i produktivitet, planerade åtgärder och resursinsatser. Länssjukhusets redan befintliga samarbete med andra länssjukhus när det gäller effektivitetsuppföljning är givetvis värdefullt som komplement.

Strategiska mål i styrkortet vid de granskade enheterna skulle kunna vara ett område för ökad samverkan på kliniknivå. Givetvis måste målen väljas utifrån klinikens uppdrag, så som det framgår i styrkort för nästa nivå (förvaltningens). Det är dock inte orimligt att förutsätta att det (inom ramen för eventuella skillnader i förvaltningarnas strategiska mål) går att formulera mål på kliniknivå som liknar varandra i högre utsträckning än de som redovisats i rapporten.

Med hänsyn till de många faktorer som påverkar verksamheten vid en operationsavdelning rekommenderas därför att några mätvärden – t ex starttider, bytestider och salsutnyttjande – väljs, definieras (t ex via programgrupp anestesi) och redovisas i basenheternas styrdokument och årsberättelser. Vidare rekommenderas att jämförelser mellan sjukhusen ej läggs till grund för effektivitetsbedömning på central nivå och att jämförelser över tiden används på lokal nivå som uppföljning av åtgärder och utgångspunkt för fortsatt utveckling och effektivisering.

6.3 Om patientsäkerhet

Hälso- och sjukvårdspersonal kan sägas ha säkerhetstänkande inbyggt i sina yrkesroller. Detta gäller inte minst inom anestesi- och operationsverksamhet, där man dagligen möter konkreta bevis på den sköra gränsen mellan katastrof och trygghet. Granskningen har på inget sätt visat något som tyder på bristande säkerhet i den granskade verksamheten. Säkerhetsaspekten har förts på tal med de verksamhetsansvariga och finns i deras verksamhet avspeglad i dokumenterade rutiner, incidensrapportering, körkort för apparater osv. Det proaktiva arbetssättet, med riskanalys och inriktade säkerhetsåtgärder, har ännu inte tagits upp vid granskade kliniker som generell metod. Det kan dock inte läggas dem till last – utvecklingen har inte nått längre på andra håll i landet, med ett fåtal undantag.

Det är en styrka att Landstinget i Jönköpings län nämner patientsäkerheten i vision och plan. En förändring kräver dock att det nya synsättet genomsyrar organisationen och är väl etablerat hos och uttryckt av ledningen. En svaghet i styrdokumentets formuleringar kan därför sägas vara att de dels är allmänt hållna och dels, när de blir mer detaljerade avseende uppföljning, ännu präglas av ett bakåtblickande perspektiv. Ett proaktivt förhållningssätt i landstingets övergripande styrdokument vore välkommet, med en tydlig inriktning på att styra och följa upp arbetet med riskanalys och åtgärdsprioriteringar.

Det är troligt att synen på ett systematiskt och förebyggande patientsäkerhetsarbete kommer att genomgå samma förändring vid klinikerna i landstinget i Jönköpings län, som skett och sker på andra håll, oavsett vad som står i övergripande budget och plan. Ledningens engagemang på alla nivåer är dock avgörande

för att det som görs på klinisknivå ska påverkas effektivt, oavsett den enskilda chefens ambitioner och intresse. Den förändring till en öppen och tillåtande kultur, som landstinget säger sig sträva emot, är avhängig av hur frågan hanteras från högsta nivå och genom alla ledningsnivåer. Det kan därför vara av värde för revisorerna att så småningom studera hur patientsäkerheten faktiskt styrs och följs upp inom landstinget.

6.4 Övrigt

Qulturums utbildningsaktiviteter och utvecklingsprojekt har kommenterats i båda positiva och kritiska ordalag. I Värnamo fann man nytta för sitt projekt framför allt genom metodkunskap och en fördel i att en grupp skapades och hölls samman under både utbildningsfasen och arbetet därhemma. I övrigt är omdömen från alla verksamhetsansvariga att kopplingen mellan Qulturums aktiviteter och den egna verksamheten (och dess behov) kan förstärkas. Om detta skulle vara en vanlig uppfattning hos flera chefer i organisationen bör det givetvis uppmärksammas och åtgärdas. Föreliggande granskning medger dock inga säkra slutsatser i detta avseende.

6.5 Slutsatser/rekommendationer

Uppföljningen av 2000 års jämförande granskning av operationsavdelningarna har visat att:

1. 2000 års granskningsrapport har ej bildat underlag till det interna förbättringsarbetet på det sätt landstingsstyrelsen beskrev i sitt svar till revisorerna.
2. Programgrupp anestesi har ej uppfattat uppdrag att arbeta med länsgemensamma begrepp m.m. i enlighet med landstingsstyrelsens åtagande.
3. Åtagandet har således inte genomförts, vilket kan ses som uttryck för svaghet i landstingsstyrelsens styrning och uppföljning, som bör förtydligas.
4. Utvecklingsaktiviteter med bäring på effektivitet och produktivitet pågår vid alla tre operationsavdelningarna med inriktning som är i samklang med flera av föregående gransknings slutsatser.
5. Det finns samstämmighet mellan de mätetal som är i fokus i avdelningarnas uppföljning. Underlag finns därmed för utveckling mot mer samverkan i mål och uppföljningsinstrument.
6. Patientsäkerheten är uppmärksammas i avdelningarnas interna styrdokument men kan utvecklas vad gäller perspektiv och systematik.
7. Landstingets inriktning avseende patientsäkerhet antyder intention till systematik och förnyade perspektiv, men målen bör förtydligas och konkretiseras.