



Granskning av operationsverksamheten

Revisionsrapport

Landstinget i Värmland

KPMG AB

2018-04-10

Antal sidor 24

Antal bilagor



Landstinget i Värmland
Granskning av operationsverksamheten
KPMG AB
2018-04-10

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning och rekommendationer	1
1.1	Rekommendationer	1
2	Inledning/bakgrund	2
2.1	Revisionsfrågor	2
2.2	Avgränsning	3
2.3	Projektorganisation/granskningsansvariga	3
2.4	Metod och utgångspunkter	3
3	Resultat av granskningen	3
3.1	Övergripande styrning och ledning av operationsverksamheten	3
3.2	Samplanering av operationsverksamheten	14
4	Svar på revisionsfrågor	23
	Bilaga 1 Metod och utgångspunkter	
	Bilaga 2 Exempel från Vården i siffror	

1 Sammanfattning och rekommendationer

KPMG har på uppdrag av revisorerna i Landstinget Värmland granskat landstingets operationsverksamhet. Syftet har varit att bedöma om landstingsstyrelsen säkerställt att operationsresurserna styrs och används på ett för patienten och resurshushållningen ändamålsenligt sätt.

Efter genomförd granskning är vår övergripande bedömning att detta endast till viss del är säkerställt. Genom en mer systematisk och mer samordnad planering av operationsresurserna finns möjlighet att utföra fler operationer utan att tillföra mer resurser.

Tillgängligheten till operationer är en viktig fråga för patienter och dessutom en fråga som har stor medial uppmärksamhet. Landstinget i Värmland har nyligen tagit i drift ett nytt operationscentrum i Karlstad. Stora förhoppningar finns att färdigställandet av samtliga operationssalar med bl.a. ökad flexibilitet i salsanvändningen, ska kunna förbättra möjligheterna att leva upp till vårdgarantin. På kort sikt tyder dock en del på att kapaciteten inte kommer att öka vid CSK till följd av svårigheter att bemanna de nyöppnade salarna.

Landstingets operationsplanering lider av vissa viktiga underliggande bekymmer som begränsar hur effektivt de samlade operationsresurserna idag används. Den modell för produktions- och kapacitetsplanering som finns bedöms som ändamålsenlig men behöver användas av alla och i alla delar. Det finns också en rad oklarheter kopplade till befintliga forum för operationsplanering. Att det idag finns tre forum bidrar inte till tydlighet.

Det behövs även någon i landstinget som fattar beslut på både kort och lång sikt om hur operationsresurser ska fördelas mellan opererande specialiteter.

Vissa ljuspunkter finns kopplat till att den samlade operationskön kortades under de sista månaderna 2017.

Vi kan dock konstatera att det finns en tydlig skillnad mellan det övergripande målet i landstingsplanen om köfrihet och den nivå på operationer som planeras för 2018. Den senare innebär att operationsverksamheterna i länet sammantaget styrs mot ett "steady state" - att inte öka på köerna. En ambition att styra mot köfrihet hade inneburit att dessutom beta av köerna så att ingen patient behöver vänta längre än tre månader på operation. Skillnaden är idag stor mellan dessa två ambitionsnivåer i Landstinget i Värmland.

1.1 Rekommendationer

Mot bakgrund av genomförd granskning rekommenderar vi landstingsstyrelsen att:

- Säkerställa användningen av landstingets modell för produktions- och kapacitetsplanering. Skälet är att modellen som sådan är ändamålsenlig men används i liten grad. En systematisk användning av produktions- och kapacitetsplanering ger möjlighet att kunna utföra mer operationsverksamhet utan att tillföra extra resurser.

- Ta fram en process för hur olika operationer blir föremål för överväganden, analys och beslut avseende nivåstrukturering. Skälet är att en sådan process saknas. Avsaknaden får anses vara en viktig anledning till att ambitionerna om nivåstrukturering idag är svåra att realisera.
- Se över roller, ansvar och mandat kopplat till fora för operationsplanering. Samtliga tre forum bör ingå i översynen. Skälet är att dessa fora har överlappande och delvis oklara mandat. Nuvarande mandat bygger på att konsensus kan uppnås men i vissa fall krävs att beslut fattas utan konsensus i syfte att säkerställa rätt prioritering i ett landstingsperspektiv.

2 Inledning/bakgrund

Inom Landstinget i Värmland finns operationsenheter vid Centralsjukhuset i Karlstad (CSK), Sjukhuset i Torsby samt vid Arvika sjukhus fördelat på klinikerna kirurgi, kvinnosjukvård, ortopedi, ögon och öron.

Under våren 2016 togs det nya operationshuset (hus 60) vid Centralsjukhuset i Karlstad i drift.

Granskningens utgångspunkt är att landstingsstyrelsen, genom styrning, uppföljning och intern kontroll, ska säkerställa en ändamålsenlig operationsverksamhet. Detta kan bland annat ske genom att fatta beslut, fastställa styrdokument i form av riktlinjer och rutiner för verksamheten samt genom en regelbunden och tydlig uppföljning.

2.1 Revisionsfrågor

Det övergripande syftet med granskningen har varit att bedöma om landstingsstyrelsen säkerställt att operationsresurserna styrs och används på ett för patienten och resurshushållningen ändamålsenligt sätt.

Följande revisionsfrågor besvaras i granskningen:

- Har landstingsstyrelsen utformat en styrning som främjar ett effektivt utnyttjande av operationsresurserna?
- Finns en strategi och en styrning vid de olika sjukhusen som säkerställer korta ledtider och effektivt kapacitetsutnyttjande? Vilka åtgärder vidtas för att korta köerna?
- Vilken uppföljning görs av operationsverksamheten och vidtas åtgärder utifrån uppföljningens resultat? Säkerställer Landstingsstyrelsen att operationsverksamheten sker på ett evidensbaserat sätt?
- Samordnas de gemensamma operationsverksamheterna på ett ändamålsenligt sätt?
- Finns det fungerande systemstöd för en välfungerande planering av operationsverksamheten?
- Bedrivs ett fungerande utvecklingsarbete av operationsverksamheten?
- Om granskningen påvisar brister, vilka åtgärder behöver vidtas?

Revisionsfrågorna besvaras sist i rapporten, kapitel 4.

2.2 Avgränsning

Granskningsarbetet har avgränsats till de verksamheter i landstinget som bedriver operationsverksamhet (de tre sjukhusen (Centralsjukhuset i Karlstad, Sjukhuset i Torsby samt Arvika sjukhus) fördelat på klinikerna kirurgi, kvinnosjukvård, ortopedi, ögon och öron).

2.3 Projektorganisation/granskningsansvariga

Granskningen har utförts av Andreas Endrédi, projektledare och certifierad kommunal revisor tillsammans med Kristian Damlin, seniorkonsult och Sofie Wiessner, granskare. Rapporten har kvalitetsgranskats av David Bäcker, seniorkonsult KPMG.

Samtliga intervjuade har erbjudits möjlighet att faktagranska rapporten.

2.4 Metod och utgångspunkter

En beskrivning över använd metod och utgångspunkter återges i bilaga 1.

3 Resultat av granskningen

3.1 Övergripande styrning och ledning av operationsverksamheten

3.1.1 Struktur, strategi och mål

Landstingsnivå

Landstingsfullmäktige i Värmland beslutade 2015 om en utvecklingsplan för framtidens hälso- och sjukvård. Den har ett långsiktigt perspektiv med fokus på 2030. Planen syftar till att förbereda och göra landstinget flexibelt för utmaningarna som kommer med framtidens behov. Här handlar det bl.a. om att utveckla effektiva och ändamålsenliga arbetssätt med patientens behov som utgångspunkt. Vårdens nivåer måste vara flexibla och specialiteter och professioner måste fungera gränsöverskridande. Planen ska även säkerställa en vård som ger förutsättningar för att uppnå landstingets effektmål: *god folkhälsa, trygg befolkning och nöjda patienter*.

Utvecklingsplanen ligger till grund för landstingsplan, flerårsplan samt ekonomisk plan och fokuserar kvalitet och patientsäkerhet. En god och säker hälso- och sjukvård där kvalitetsbrister kan elimineras kommer medföra lägre kostnader enligt utvecklingsplanen. Centralt i utvecklingsarbetet ska vara att:

- Forma processer som skapar en enkel väg till rätt vård
- Se till att rätt kompetens finns på rätt plats
- Kontinuerligt anpassa utbudet utifrån befolkningens behov

- Behoven styr utbudet
- Landstinget är en attraktiv arbetsgivare i en flexibel organisation
- Fokusera på kvalitet och värdeskapande aktiviteter
- Bedriva en jämlik och patientsäker vård.

I utvecklingsplanen beskrivs *Lean* som landstingets verksamhetsstrategi (se figur 1 nedan). I sjukvården handlar denna verksamhetsstrategi om att se nyttan och mervärdet för patienten och att verksamheten koncentreras på snabba och smidiga patientflöden. Flaskhalsar och stora variationer i exempelvis beläggning innebär slöseri i vården enligt utvecklingsplanen och ska därmed arbetas bort.



Figur 1 Landstinget i Värmlands leanbro

Enligt utvecklingsplanen bör hälso- och sjukvården ses som *ett* system och inte flera småsystem. Processerna inom vården ske genereras från huvudprocessen och inte från de specialistområden som finns eller de avdelningar som internt är organiserade på ett visst sätt. Fokus ska förflyttas från medarbetarnas interna arbete till patientens behov. För att kunna få en helhet, kontinuitet och trygghet behöver en överlappning ske mellan delprocesserna.

I utvecklingsplanen beskrivs att metoder finns framtagna för produktions- och kapacitetsplanering. Arbetet med att produktionsplanera uppges ha påbörjats inom flera av vårdens verksamheter och ska fortsätta för att använda resurserna på bästa sätt.

Landstingsplanen för 2018 bygger på utvecklingsplanen. Enligt landstingsplanen ska vården i Värmland vara kunskapsbaserad, ändamålsenlig, säker, individanpassad,

effektiv, jämlik samt tillgänglig. Ledord är *kunskap, kvalitet och känsla*. För att kunna mäta hur väl verksamheten arbetar mot effektmålen *god folkhälsa, trygg befolkning och nöjda patienter* har resultat- och kvalitetsmålen *inga vårdskador, bäst vårdkvalitet, vård utan köer* och *respektfulla möten* satts upp.

För vart och ett av målen finns flera underställda mål som anger inriktningen för 2018 för landstingets alla verksamheter. För vård utan köer finns exempelvis mål som att tillgängligheten inom ramen för vårdgarantin ska förbättras och flödet på länets akutmottagningar ska förbättras. Med syfte att öka måluppfyllelsen sammanställs sedan ett antal arbetsområden i gemensamma uppdrag för samtliga verksamheter att arbeta med under året. Ett exempel på uppdrag för 2018 är att reducera kvalitetsbrister och arbeta med ständiga förbättringar samt intensifiera produktions- och kapacitetsplaneringsarbetet för bästa resursutnyttjande.

I landstingsplanen finns för hälso- och sjukvården särskilda utvecklingsuppdrag. Nedan återges några av dessa med mest relevans för denna granskning:

- Effektivisera samverkan kring det prehospitala omhändertagandet
- Fortsätta arbetet med nivåstrukturering inom slutenvården – samordning och fördelning av insatser så att olika vårdenheter koncentrerar sig på olika insatser. Komplicerade insatser ska koncentreras till färre utbudpunkter för att lättare säkerställa kompetensförsörjningen.
- Förbättra vårdplatsstrukturen

Verksamhetsnivå

Utifrån landstingsplanen upprättas en områdesplan för respektive verksamhet. Områdesplanen bryts i sin tur ned till en verksamhetsplan och/eller handlingsplan för samma ettårsperiod. Med undantag för verksamheten för kirurgi så har samtliga verksamheter som ingår i granskningen en handlingsplan för 2018 för de mål och prioriterade aktiviteter som anges i områdes- /verksamhetsplanen. Vissa av resultat-, och kvalitetsmålen i verksamhetsplanerna och/eller handlingsplanerna har koppling till operationsverksamheten och rutinerna för uppföljning varierar beroende på verksamhet.

Kopplat till landstingets fyra kvalitetsmål finns i Område slutenvårds områdesplan bl.a. mål om att:

- förbättra flödet på länets akutmottagningar och förbättra den upplevda tillgängligheten.
- Vad gäller nivåstrukturering ska en fortsatt utveckling ske av Arvika sjukhus och länsoperationsrådet (se avsnitt 3.2.5.1) ska utvecklas än mer för att få en behovsstyrd länsövergripande produktions- och kapacitetsstyrning.

I sin verksamhetsplan för 2018 har anestesi, operation och intensivvård (AnOplva) Arvika/Karlstad, som ett av sina mål att förtydliga operationsverksamhetens produktionsplan och kapacitet i länet. Förtydligande ska ske av hur många och vilken typ av ingrepp som utförs på respektive sjukhus i länet i syfte att kunna

produktionsplanera bättre i enlighet med tillgänglig kapacitet. Vidare ska även ett medicinskt-ekonomiskt råd tillsättas för att optimera användandet av resurser.

Genom att arbeta för att optimera produktion och kapacitet är målet att minska den totala kösituationen från dagens 4 700 patienter till under 4 000 väntande patienter. I handlingsplanen för 2018 finns bl.a. som mål att öka bemanningen på operation samt förbättra uppföljningen av den dagliga driften på operation.

Kirurgkliniken Arvika/Karlstad har i sin verksamhetsplan för 2018 bl.a. mål om att rationalisera remissinflödet och att 90 % av vården ska ges inom tre månader både för första besök och operation.

I handlingsplanen för ortopedin för 2018 finns bl.a. som mål att samtliga förstagångsbesök ska ske inom tre månader. Det finns även ett mål om ökad produktion av planerade protesoperationer (höft och knä) samt ryggkirurgi. Totalt sett ska 450 – 500 proteser och 180 ryggoperationer ske på Arvika sjukhus. Vidare uppger verksamhetschefen för ortopedi att det finns en övergripande målsättning att tillgodose det akuta behovet och hålla en god vårdkvalitet.

I verksamhetsplanen för ögonsjukvården för 2018 finns mål för att klara vårdgarantin samt att en fortsatt dialog med remittenterna måste ske i syfte att klargöra vad som räknas till specialistvård. Vidare finns mål om att fortsätta arbeta för att vården ska utföras på rätt vårdnivå (enligt utvecklingsuppdraget för hälso- och sjukvården i landstingsplanen). Ett arbete ska ske för att identifiera vad som kan utföras hos andra aktörer så som optiker och inom primärvården.

Öron-näsa-hals har i sin verksamhetsplan sammanfattat mål och prioriterade områden för 2018 under fem punkter: säkerställa bemanning, säkerställa att rutiner och riktlinjer följs, säkerställa kompetensöverföring, säkerställa tillgänglighet och främja värdegrundsarbete och respektfulla möten. Några mer konkreta exempel är att föra över operationer till Arvika (framförallt hudtumörer) och jobba aktivt¹ med sina väntelistor. Kopplat till målet i landstingsplanen om att intensifiera produktions- och kapacitetsplaneringen finns även följande aktiviteter: verksamheten ska bl.a. fortsätta arbeta för en jämnare läkarbemanning under terminerna och tillse god resursfördelning i länet.

Kvinnosjukvården har i sin handlingsplan för 2018 som mål att ha en god tillgänglighet, vilket bl.a. ska nås genom att hantera remissflöden och väntelistor. En fördjupning ska ske av arbetet med produktionsplanering och arbetet med arbetsväxling ska fortsätta för att få kontinuitet i verksamheten. Andelen kejsarsnitt ska vara lika med eller lägre än genomsnittet i Sverige.

I intervjuer med verksamhetsföreträdare framkommer att många verksamheter arbetar med att försöka använda lokaler inklusive tilldelad operationsresurs, på bästa sätt vilket även innebär att frågan om att undvika strykningar ingår.

Hälso- och sjukvårdschefen och områdeschefen för slutenvård uppger i intervjuerna att mål för operationsproduktion funnits sedan en längre tid. I intervjun med

¹ Att arbeta aktivt med väntelistan innebär att regelbundet gå igenom den för att säkerställa att de som är på listan är fortsatt aktuella för operation.

verksamhetsutvecklaren framkommer att målsättningar på landstingsnivå inte fullt när ut till verksamhetsnivå.

Kommentarer

Landstinget har på övergripande nivå en tydlig inriktning och ambition kring operationsverksamheten. Den uttrycks i utvecklingsplanen och konkretiseras i respektive års landstingsplan. Den övergripande styrningen lägger fast t.ex. att:

- Målet är en vård utan köer
- Arbete med produktions- och kapacitetsplanering ska vidareutvecklas och användas
- Arbetet med nivåstrukturering har påbörjats men inte är färdigt utan ska fortgå och att detta innebär koncentration av verksamhet till färre platser

Möjligen är en oklarhet i den övergripande målbilden att tydliggöra hur ansvaret fördelas för att realisera dessa ambitioner. Vi återkommer till detta.

På verksamhetsnivå kan vi generellt sett konstatera att det finns en koppling mellan verksamhetsplaner - områdesplaner – landstingsplan – utvecklingsplan. Vi ser dock i flera fall behov av att målen på verksamhetsnivå blir mer operativa och mätbara.

En reflexion är också att det är svårt att få en samlad bild av vad målen på verksamhetsnivå kan förväntas leda till i förhållande till de övergripande ambitionerna. En tydlig övergripande ambition i Landstinget i Värmland är en köfri² vård. De opererande verksamheternas verksamhetsplaner bör då vara inriktade på detta och om de ”summeras” bör den samlade planen av operationer leda till en köfri vård. Vi kan däremot inte se en sådan plan.

3.1.2 Nivåstrukturering och sjukhusens uppdrag

Landstingets ambitioner

I landstingets utvecklingsplan framgår att det finns ett behov av fortsatt arbete med nivåstrukturering inom landstinget: *”För att upprätthålla patientsäkerheten och en resurseffektiv vård behövs en tillräcklig koncentration av patienter. Detta innebär att t.ex. alla operationer inte bör utföras vid alla operationsenheter.”*

Utvecklingsplanen för framtidens hälso- och sjukvård i Värmland bygger på fyra insatsområden för att möta det framtida uppdraget inom hälso- och sjukvård. Ett av dessa är att etablera flexibla vårdnivåer och utbudspunkter utifrån den vård som behöver finnas i ett område. För att kombinera stordriftsfördelar med småskalighet bör det enligt utvecklingsplanen vara enkelt att etablera flexibla och/eller mobila mindre utbudspunkter som är kopplade till de större utbudspunkterna. Genom en sådan lösning kan tillgänglighet och valfrihet förbättras i glesbefolkade områden samtidigt

² Enligt ordförande i Operationsstyrelsen ska detta tolkas som att 100% av operationerna ska klaras inom vårdgarantigränsen (90 dagar)

som personalen kan dela sin arbetstid mellan de olika utbudspunkterna. I utvecklingsplanen finns fem vårdnivåer beskrivna:

Vårdnivå 1 – En flexibel vårdnivå som finns på många ställen i länet och därmed nära medborgarna. Här erbjuds uppföljning av kroniska sjukdomar, vaccination, sårvård och viss receptförskrivning. Nivån samverkar tätt med andra huvudmän och bemannas av distriktsjuksköterskor och fysioterapeuter dagtid efter behov. Andra kompetenser nås digitalt eller via mobila team. Vårdnivå 1 styrs från nivå 2 som erbjuder fler tjänster.

Vårdnivå 2 – Här finns ett större vårdutbud än nivå 1 med exempelvis allmänmedicinsk mottagning, samtalsmottagning, barnvårdscentral, primärvårdsrehabilitering och olika specialisters öppenvårdsmottagningar. Bemanning och tillgänglighet (dagar, kvällar, helger) bestäms utifrån befolkningens behov.

Vårdnivå 3 – På denna nivå finns samma utbud som på vårdnivå 2 men här finns också allmänmedicinsk akutmottagning dag- och kvällstid på vardagar och helger samt vårdplatser för observation, utredning och behandling av patienter som inte har behov av akutsjukhusens resurser. Det kan även finnas möjlighet till fortsatt vård med rehabilitering efter vård på akutsjukhus.

Vårdnivå 4 – Här finns akutmottagning med medicinsk kompetens inom flera specialiteter, både medicinska och opererande, som är tillgänglig dygnet runt under årets alla dagar. Vidare finns även vårdplatser kopplade till akutmottagningen och medicinska servicefunktioner. Vid sidan av detta finns också möjlighet till öppenvårdsmottagningar inom andra specialiteter. På vårdnivå 4 kan även nischning/nivåstrukturering med ansvar för länets samtliga patienter ske.

Vårdnivå 5 – För den sista vårdnivån finns länsresurser för specialiserad diagnostik och behandling samt förlossnings- och intensivvård. Vid sidan av detta har länet även sina vårdplatser här för de som kräver tillgång till medicinsk kompetens inklusive akutberedskap inom andra specialiteter än de som finns på nivå 4.

Utvecklingsplanen ger viss vägledning för hur koncentration av verksamhet kan ske. Exempelvis framgår att längre transporter / restider får accepteras för mer avancerad vård samt att ett tillräckligt befolkningsunderlag måste finnas på platsen.

Av intervjuer framkommer att det formella ansvaret att åstadkomma en rationell fördelning av operationer i länet (nivåstrukturering) ligger på områdeschefen för slutenvården. Intervjuerna ger också vid handen att det saknas en tydlig och formaliserad process för att "nominera", pröva, och bestämma vilken verksamhet som ska koncentreras enligt landstingets ambitioner i utvecklingsplanen.

Nivåstrukturering i praktiken (operationsverksamhet)

Länets sjukhus i Arvika, Torsby och Centralsjukhuset i Karlstad, CSK erbjuder planerad och akut vård. Nedan återges uppgifter om planerat antal operationer 2017. Skillnaderna gentemot år 2016 är marginella.

Tabell 1 Antal utförda operationer fördelat på sjukhus i Värmland år 2017

Sjukhus	Antal operationer 2017
Arvika	1 700
CSK	12 910
Torsby	2 342

Notera: Antal operationer avser både planerade och akuta operationer.

Sjukhusen har ett flertal specialiteter representerande, där Karlstad har det bredaste utbudet. Sjukhusen i Arvika och Torsby tillhandahåller operationer främst inom ortopedi och kirurgi inklusive endoskopi³.

Vad gäller fördelningen av olika verksamheter framkommer det i intervju med landstingsstyrelsens ordförande att det finns ett politiskt uppdrag att fortsätta koncentrera slutenvård / operationsverksamhet till färre platser. Uppdraget ingår i landstingets utvecklingsplan.

Vissa verksamheter har koncentrerats. Idag sker obesitasoperationer (övervikt) endast vid sjukhuset i Torsby. Vidare genomförs här även operationer för knä- och höftproteser, bukplastik samt vissa övriga operationer inom ortopedi och kirurgi. I intervjuerna framkommer att Torsby även ska hjälpa till med urologiska operationer. CSK tillhandahåller operatör när dessa operationer utförs i Torsby.

På Arvika sjukhus genomförs operationer inom bl.a. knä- och höftplastik, rygg, bråck, gallblåsa och ändtarm. Efter ett beslut i landstingsstyrelsen år 2014 reducerades Arvika sjukhus akutkirurgiska uppdrag. I intervjuer framkommer däremot att det finns en strategi att sjukhuset inte ska genomföra några akuta operationer alls, i den mån det är möjligt att undvika.

Vad gäller akut ortopedi och gynekologi, ligger det uppdraget helt hos CSK.

CSK har det bredaste utbudet av operationer men har inte längre ansvar för övervikts- och galloperationer. Kvinnosjukvård liksom ögonsjukvård har koncentrerats till CSK. Det finns en ambition att mer permanent överföra planerade ortopediska operationer från CSK till Arvika.

Kommentarer

Landstingets utvecklingsplan ger i flera avseenden uttryck för ambitioner om att nivåstrukturera och koncentrera bl.a. operationsverksamhet. Viss vägledning ges även beträffande vårdnivåer, geografiska förutsättningar och befolkningsunderlag.

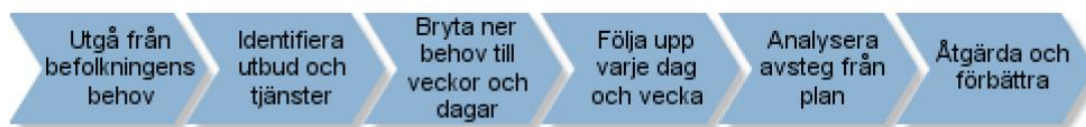
³ Endoskopi är ett samlingsnamn för olika invärtes medicinska undersökningar. Vid en endoskopi används en böjlig, styrbar slang försedd med videoptik.

Landstingets process för nivåstrukturering och koncentration av operationsverksamhet är dock otydlig. Det saknas någon som har ett operativt mandat att driva frågan framåt och det saknas även en tydlig metod för hur olika slags operationer blir föremål för överväganden, analys och beslut avseende nivåstrukturering.

Det har påbörjats ett arbete inom landstinget i Värmland gällande nivåstrukturering och koncentration av olika typer av operationer. Landstinget behöver komma längre i detta arbete för att uppnå ambitionerna om nivåstrukturering generellt.

3.1.3 Modell för produktions- och kapacitetsplanering

Landstingets modell för produktionsstyrning är beskriven på intranätet – Livlinan – och är därigenom åtkomlig för alla som har en inloggning.



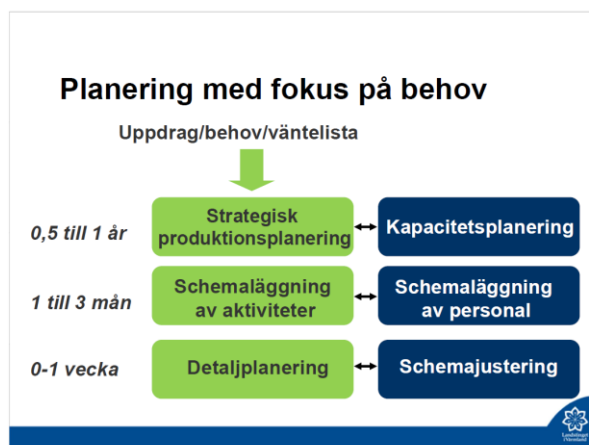
Figur 2 Landstinget i Värmlands schematiska modell för produktions- och kapacitetsplanering

Enligt riktlinjerna arbetar landstinget med produktions- och kapacitetsstyrning för att verksamheterna ska:

- få förståelse för sin egen efterfrågan
- få förståelse för sin egen kapacitet
- skapa framförhållning
- synliggöra produktion och beslut

Målet med produktionsplanering är att finna en produktionstakt för till exempel mottagningsbesök som på bästa sätt tar vara på de resurser som finns, för att få balans med efterfrågan och inflöde av remisser.

Vi har hämtat bilden nedan från ett presentationsmaterial som landstinget använder för att illustrera planeringens tre olika tidshorisonter.



Figur 3 Planeringens olika tidshorisonter

Produktions- och kapacitetsstyrning

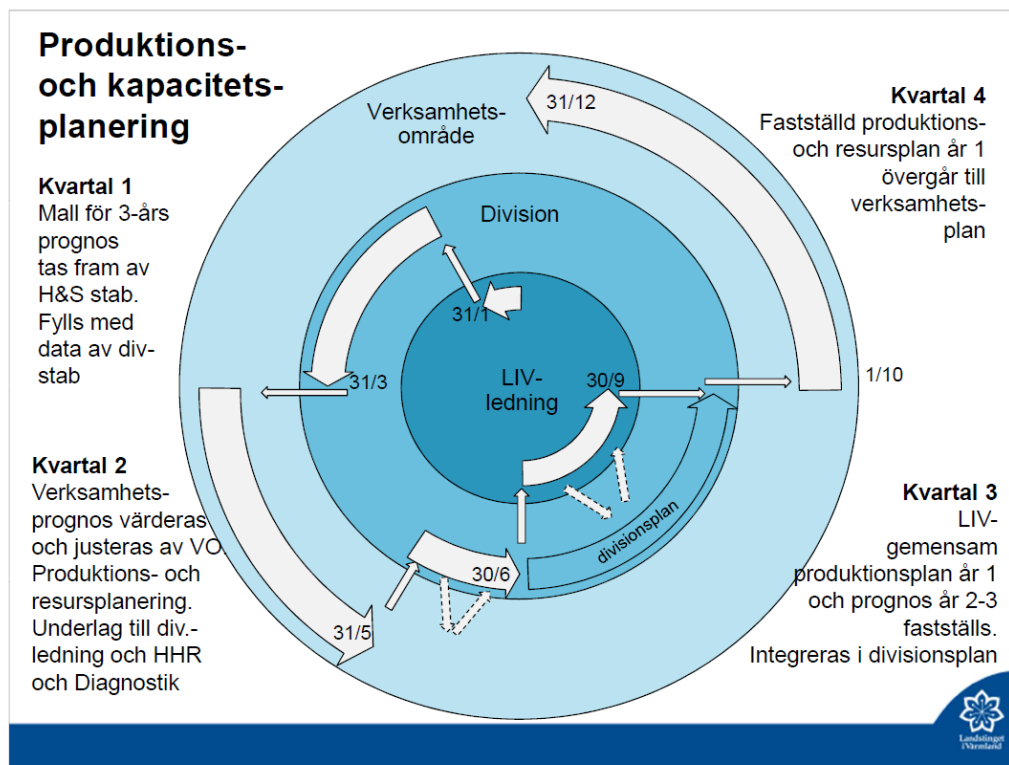
Kriterier		Värdering ej påbörjad	25% av verksamheten omfattas	50% av verksamheten omfattas	75% av verksamheten omfattas	Hela verksamheten omfattas
Produkter	Verksamheten har identifierat sina huvudsakliga tjänster/produkter					
Behov	Behovet är identifierat och formulerat enligt valda tjänster /produkter					
Långsiktig planering	Långsiktig prognos för behov är framtagen, 12 månaders perspektiv					
Klassificering	Tjänster/produkter är klassificerade och vid behov nedbrutna i undergrupper					
Resurs	Resursåtgång för varje tjänst (tider, lokaler, maskin) är specificerad					
Långsiktig planering	Långsiktig rimlig plan är framtagen anpassad efter tillgänglig resurs 12 månaders perspektiv					
Kortsiktig planering	Scheman är anpassade till långsiktig plan (ca 3 mån)					
Uppföljning	Uppföljning sker på daglig eller veckonivå.					
Analys och åtgärder	Förbättringsförslag tas fram vid avvikelser					
Roller	Arbetsuppgifter med produktionsstyrning är infogade i roller i verksamheten.					
Rutiner och beslutsprocess	Rutiner och beslutsprocess är klarlagd					

Figur 4 Självskattningsinstrument Produktions- och kapacitetsstyrning

Ytterligare metodstöd finns framtaget genom en excelmodell för dag-för-dag planering.

Landstinget har även ett "årshjul" för milstolparna i produktionsplaneringen. Som framgår av bilden nedan innebär det sista momentet att den fastställda produktionsplanen ska övergå i verksamhetsplan.

Enligt information på Livlinan erbjuds stöd till produktionsplanering från Planerings- och uppföljningsenheten.



Figur 5 Årshjul och koppling till verksamhetsplan

Kommentarer

Landstinget har en modell för produktions- och kapacitetsplanering som innehåller de delar som en ändamålsenlig sådan planering behöver innehålla. Vi konstaterar att modellens ansats är att produktionsplanen övergår i verksamhetsplan vilket är angeläget för att integrera produktionsplaneringen i landstingets ordinarie planeringsprocess. Modellen har en tydlig överensstämmelse med de utgångspunkter som KPMG utgår ifrån (se bilaga 1). Utgångspunkterna bygger på etablerade logistiska principer och kan därför anses vara evidensbaserade. Vi kan även konstatera att modellen inte har uppdaterats sedan divisionsorganisationen övergavs.

Operationsstyrelsen (m.fl. liknande organ inom landstinget) har en central roll för att få till en effektiv produktionsplanering. Hur dessa organ kommer in i arbetet (dvs. deras roller i landstingets modell) framgår inte i modellbeskrivningen som i detta avseende bör kompletteras.

3.1.4 Verksamheternas faktiska operationsplanering

Både på övergripande nivå och i verksamhetsplanerna finns allmänna mål kopplade till ökad användning av produktions- och kapacitetsplanering. Som stöd för framväxten av

en systematisk produktions- och kapacitetsplanering finns ett slags självskattningsinstrument tillgängligt (se Figur 4). Här finns ett tiotal kriterier upptagna vilka behöver vara uppfyllda för en systematisk produktions- och kapacitetsplanering. Genomförda intervjuer ger vid handen att modellen är bekant bland flera av de som representerar mottagningsverksamheterna men inte hos dem som företräder operationsverksamheterna.

Med undantag för ögonsjukvården sker verksamheternas operationsplanering utifrån salstilldelning, gällande budgetram och bemanning. Operationsplanering sker även genom att studera produktionshistoriken. Inom ögonsjukvården finns en produktionsplan för fem diagnosgrupper som baseras på en behovsinventering. Vidare framkommer i våra intervjuer att salstilldelning och bemanning inte samplaneras på ett uttalat sätt.

I intervjuer framkommer det att planeringen kring operationsverksamheterna på Arvika och Torsby sjukhus samt inom kvinnosjukvården sker utifrån en regelbunden operativ planering. Uppläggning och genomgång av schema sker ungefär 1 – 2 veckor före operation. För Arvika och Torsby sjukhus finns inga specificerade produktionsmål utan planeringen görs som nämnts ovan huvudsakligen med utgångspunkt i befintlig kapacitet. Ett undantag är ortopedin som i sin handlingsplan för 2018 har ett mål om att öka antalet protes- och ryggoperationer vid Arvika sjukhus till 450 – 500 respektive 180. Inom kvinnosjukvården har en produktionsökning på 5 % per år varit målvärde.

Vad gäller operationsplaneringen för kirurgi i Arvika och Karlstad sköts den av kirurgkliniken på CSK. I intervju med avdelningschefen för operation i Arvika framkommer att antalet sent avbokade tider och oförberedda patienter inför operation har ökat sedan kirurgkliniken tog över operationsplaneringen. Inom CSK finns möjlighet att omdisponera resurser och genomföra andra operationer, t.ex. akuta. Denna möjlighet finns inte i samma utsträckning i Arvika som har en reducerad akutverksamhet. Istället förblir de planerade och förberedda resurserna (så som salar och personal) i högre grad utnyttjade. Avdelningschefen för AnOplva i Arvika ser fördelar med att operationsplaneringen sker nära verksamheten för att undvika strykningar. Verksamhetschefen för kirurgi Karlstad Arvika, har nyligen utarbetat en plan med förbättringspunkter gällande tillgänglighet till operation. Se vidare avsnitt 3.3.

I intervju med ordförande i operationsstyrelsen och länsoperationsrådet, framkommer att produktionsplaneringen sker mot ambitionen "steady state", dvs att inte bygga på köerna. Ambitionen är den som anses realistisk enligt ordföranden och den kommer inte att leda till att vårdgarantigränserna klaras till 100%. Ambitionen tar utgångspunkt i aktuellt bemanningsläge och tillgång till operationsresurser.

I vår genomgång av verksamhetsplaner har vi letat efter produktionsplaner. Enligt den modell – årshjul - som landstinget ska använda kring produktions- och kapacitetsplanering (Figur 5) ska fastställda produktionsplaner övergå i verksamhetsplan i kvartal 4. Vi har tagit del av verksamhetsplaner för de verksamheter som omfattas av denna granskning men produktionsplaner ingår inte i dessa.

Vid intervjuer på verksamhetsnivå framkommer att produktions- och kapacitetsplanering för några år sedan genomfördes med större koppling till den modell som finns på intranätet.

Kommentarer

Ögonsjukvården har en produktionsplanering som i stora delar lever upp till landstingets modell som finns på landstinget intranät. Övriga opererande verksamheter använder mindre delar av modellen och vår bedömning är att det återstår en hel del arbete innan modellen har fått fullt genomslag. Planeringen utgår mer ifrån historisk produktion och nuvarande kapacitet än behov av produktion (och behov av att skapa kapacitet) för att möta kravet på köfrihet. Det finns också behov av bättre samplanering av resurser för att säkerställa ett önskat operationsprogram.

Självskattningsinstrumentet som finns tillgängligt på Livlinan används inte enligt vad vi förstår. Det används inte som ett ledningsinstrument för att stämna av hur långt de opererande verksamheterna har kommit i sina införanden och systematiska användning av modellen för produktions- och kapacitetsplanering. Inte heller tycks det användas som ett instrument för att på verksamhetsnivå checka av vilka fortsatta utvecklingsområden som finns.

Vi kan också konstatera att det finns en tydlig skillnad mellan det övergripande målet i landstingsplanen om köfrihet och den nivå på operationer som planeras för 2018. Den senare innebär att operationsverksamheterna i länet sammantaget styrs mot ett "steady state" - att inte öka på köerna. En ambition att styra mot köfrihet hade inneburit att dessutom beta av köerna så att ingen patient behöver vänta längre än tre månader på operation. Skillnaden är idag stor mellan dessa två ambitionsnivåer i Landstinget i Värmland.

3.2 Samplanering av operationsverksamheten

3.2.1 Systemstöd för operationsplanering

Landstinget har tagit fram Excel-mallar som kan stödja verksamhetens produktionsplanering. De verksamheter som använder landstingets patientadministrativa system Cosmic har möjlighet att få stöd för sin uppföljning av produktionsplaner med hjälp av rapporter i datalagret.

Vidare framkommer i intervju med verksamhetsföreträdare att systemet Provisio används. Det är ett IT-verktyg med syfte att effektivisera planering och resursutnyttjande kring operationer.

3.2.2 Strategisk planering

De ambitioner som framkommer avseende den strategiska planeringen har egentligen beskrivits redan i avsnittet 3.1.2. om nivåstrukturering. Det har däremot inte framkommit att en mer långsiktig planering pågår eller att en mer konkret handlingsplan utarbetats för att realisera de strategiska ambitionerna.

Varken uppdragsbeskrivningen till Operationsstyrelsen eller minnesanteckningarna från mötena ger vid handen att en sådan strategisk planering pågår.

3.2.3 Taktisk planering

I operationsstyrelsen tilldelas de olika operationsverksamheterna på CSK salar på terminsbasis (höst-, vårtermin och sommar). Fördelningen av operationsresurser sker inte uttalat med utgångspunkt i de olika verksamheternas köer. Som beskrivits tidigare är den generella ambitionen att planera verksamheten så att inte ytterligare köer byggs upp.

Det saknas idag en samlad operationsplan, en plan som kan relateras till det övergripande målet om köfrihet.

3.2.4 Operativ planering

Vad gäller den operativa planeringen sker den till största del hos varje enskild verksamhet utifrån de resurser som finns tillgängliga. Någon närmare samplanering mellan verksamheterna utöver den som nämnts ovan har inte framkommit varken i intervjuer eller i dokument.

3.2.5 Fora för samplanering och faktisk samplanering

3.2.5.1 *Fora för operationsplanering*

I länet finns en operationsstyrelse som sammanträder var 14e dag. Styrelsen är resultatet av den ombildning av operationsrådet CSK som skedde under augusti 2016.

Enligt uppdragsbeskrivningen ska styrelsen arbeta efter landstingets övergripande resultatmål: *inga vårdskador, bästa vårdkvalitet, vård utan köer och respektfulla möten*. Syftet med styrelsen är bland annat att verka på en strategisk nivå genom att vara ett forum för idéer gällande förändringar och förbättringar från medarbetare från samtliga verksamhetsområden. Operationsstyrelsen ska även taktiskt ansvara för produktions och kapacitetsplanering och operativt upprätta handlingsplaner och tillse att beslut effektueras. Styrelsen har även specifikt ansvar för:

- att patientens väg genom operationscentrum är säker och att vården som ges är av hög kvalitet,
- att ta fram, fastställa, följa upp och rapportera produktionsmåttal,
- att ta fram och rapportera tillgänglighet till behandling
- att ta fram och fastställa kvalitetsmål samt att dessa systematiskt följs upp och kommuniceras,
- att fördelning av salsresurs sker utifrån medicinskt behov, nationella riktlinjer, kösituation och tillgänglighet,
- att identifiera och månatligt rapportera avvikelser gällande produktionsmåttal, tillgänglighetsmål och kvalitetsbrister till områdeschef,
- att upprätta handlingsplan vid avvikelser av ovanstående,

- att ansvara för att beslutade förbättringar gällande förändringar som berör flera kliniker genomförs och följs upp,
- att förslag som påverkar kostnadsutfall förankras med områdeschef innan beslut.

Av uppdragsbeskrivningen framgår också att styrelsens arbetssätt ska utvärderas senast i februari 2017.

I operationsstyrelsen ingår verksamhetscheferna för samtliga opererande specialiteter på CSK. I intervju med verksamhetsföreträdare för ANOPIVA framkommer att ett stort antal styrelsemedlemmar har bytts ut sedan styrelsens verksamhet startade. Detta uppges ha försvårat möjligheten till en långsiktig planering av operationsverksamheten.

Av intervjuer och av minnesanteckningar framkommer att styrelsen arbetar med många av punkterna enligt uppdragsbeskrivningen. Till sin karaktär är det som hanteras främst taktiskt och operativt. Det framkommer inte från minnesanteckningar att strategiska diskussioner förs om hur operationskapaciteten på flera års sikt ska nyttjas på bästa sätt. Inga strategiska diskussioner om nivåstrukturering förs. Detta gäller även för länsoperationsrådet.

När det gäller uppföljning framgår av minnesanteckningar att detta sker avseende antal utförda operationer, köer, strykningsfrekvens, knivtid och väntetider. Vi kan däremot inte se att uppföljning sker i varken operationsstyrelsen eller i länsoperationsrådet där faktiskt utförda operationer relateras till årets produktionsplan för respektive verksamhet och totalt. Av minnesanteckningar framgår inte heller att avrapportering sker av avvikelser i relation till "produktionsmåttal" till områdeschef.

Det har inte skett någon skriftlig utvärdering av operationsstyrelsens arbete. I intervjuer framkommer dock att en uppföljning skett. Enligt ordföranden framkom att det framfördes delade meningar om nuvarande "format" är bra. Med detta avses inte minst att ordförande i styrelsen inte har något specifikt beslutsmandat och att beslut därmed i praktiken kräver konsensus i styrelsen. Inga beslut eller förslag lämnades om förändringar och styrelsens arbete fortsätter som tidigare. Områdeschefen har fått återkoppling kring den utvärdering som skett.

Det finns även ett länsoperationsråd för samtliga sjukhus i landstinget. Rådet sammanträder två gånger per termin och har en rådgivande roll samt är ett forum för diskussion av operationsverksamheten. På mötena följs produktionen upp men inte hur avvikelser ska åtgärdas. Fokus har främst varit på CSK och deras utmaningar. Det saknas en uppdragsbeskrivning för länsoperationsrådet.

Områdeschefen för slutenvård har dessutom nyligen startat ett arbetsutskott kopplat till sin ledningsgrupp. Första är under våren 2018 och utskottet ska arbeta med frågor som berör tillgänglighet till mottagning och operation. I arbetsutskottet ingår bland annat verksamhetschefer med operationsuppdrag och sjukhuschef i Torsby.

3.2.5.2 Resultat av samplanering

Av intervjuerna framkommer att viss omfördelning av operationer sker i de situationer då CSK inte hinner med. Vid omfördelningen följer vanligen inte operatör med, utan

Arvika och Torsby får använda sina befintliga resurser. I vissa fall är patienter ovilliga att genomföra ingreppet på ett annat sjukhus och/eller med en annan läkare.

Kommentarer

Vi bedömer att landstinget har tillgång till ändamålsenliga verktyg för produktions- och operationsplanering.

Det är oklart hur den strategiska och den övergripande taktiska produktionsplaneringen (som behöver utgå ifrån ett totalt produktionsbehov) bedrivs i landstinget. Den ingår idag inte uttalat som uppdrag för länsoperationsrådet som finns på nivån ovanför sjukhus. Däremot ingår uppgiften för operationsstyrelsen (vars fokus är CSK) men utförs inte där.

Taktisk planering sker via operationsstyrelsen men den avser CSKs operationsverksamhet och hur den övergripande planeringen på landstingsnivå sker är oklart. Vissa beslut kring fördelning mellan sjukhus sker eventuellt i länsoperationsrådet men här saknas en uppdragsbeskrivning och därmed formella mandat.

Överhuvudtaget ser vi att det finns ett stort behov av att se över roller, ansvar och mandat kopplat till operationsplanering. Med tillkomsten av slutenvårdens arbetsutskott (våren 2018) finns nu tre forum för operationsplanering. Det får anses osannolikt att det är rationellt att ha tre forum. Det finns heller ingen som fattar operativa - och ibland obekväma - beslut för att optimera hur operationsresurserna i landstinget används. En sådan funktion eller ett sådant mandat behöver tillskapas.

Som en följd av att sådana mandat saknas, upprättas ingen samlad produktionsplan. Vidare blir följden att ingen skarp uppföljning sker av produktion i relation till produktionsplan och det sker således inte heller en avvikelserapportering eller utarbetande av åtgärder kopplat till detta. Dessa delar innebär avvikelser i relation till gällande uppdrag för Operationsstyrelsen. Samtidigt måste tas i beaktande att operationsstyrelsen inte har i uppdrag att arbeta länsövergripande.

3.2.6 Uppföljning av operationsverksamheten, mått och utfall

Uppföljning till politiska organ

Landstingsstyrelsen ska följa upp Landstingsplanen och rapportera till fullmäktige vid tre tillfällen under året. Till årsredovisningen sker uppföljning av landstingets effektmål, perspektivmål samt resultat- och kvalitetsmål. I delårsrapport 1 och 2 ska merparten av resultat- och kvalitetsmålen följas upp genom ett urval av indikatorer. Samtliga indikatorer för effektmål, resultat- och kvalitetsmål och perspektivmål beskrivs i mätplanen 2018.

Uppföljningen till Landstingsstyrelsen sker månadsvis i form av en samlad månadsrapport. Rapporten redogör för resultaten för målen *vård utan köer, inga vårdskador, hållbart arbetsliv och ekonomi i balans*. Den samlade rapporten är ett ärende vilket innebär att Landstingsstyrelsen fattar beslut med anledning av lämnade rapporter. Praxis är att godkänna månadsrapporterna och lägga dem till handlingarna.

Uppföljning på verksamhetsnivå

I intervjuer med de olika verksamheterna framkommer att väntetider och produktionsplaner följs upp månadsvis (för vissa kvartalsvis). För verksamheter som opererar på operationscentrum på CSK sker även uppföljning i operationsstyrelsen av bl.a. köer och knivtider. Vid sidan av detta finns många kvalitetsregister som verksamheterna använder sig av för uppföljning. Även patientenkäter används av vissa verksamheter.

Tillgänglighet till operation

På webbplatsen Väntetider i vården presenteras statistik över tillgängligheten till svensk hälso- och sjukvård. Bland annat redovisas måluppfyllelsen för vårdgarantin dvs. andel väntande patienter som har väntat 90 dagar eller kortare på en operation/åtgärd under den aktuella mätperioden. En jämförelse mellan utfallet i december 2015 och december 2017 (tabell 2) visar att måluppfyllelsen i Värmland har sjunkit från 79 % till 69 %. Även utfallet jämfört med andra landsting har försämrats.

Samtliga sjukhus har en sämre måluppfyllelse i december 2017 jämfört med i december 2015. På sjukhusnivå har utfallet försämrats mest vid sjukhuset i Arvika. Den totala operationskön har vuxit med nästan 1000 personer mellan de två mättillfällena.

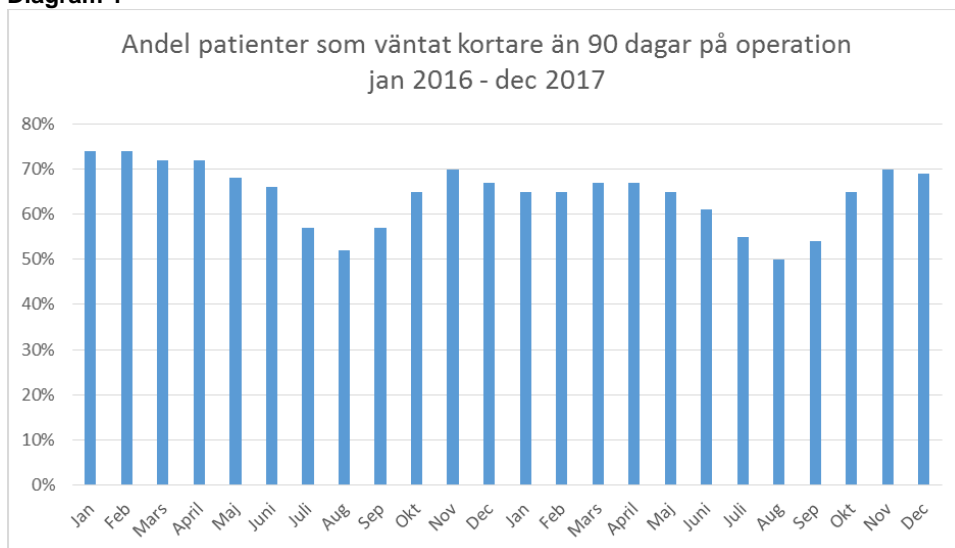
Tabell 2 Utfall i december år 2015 och 2017 för måluppfyllelse av vårdgarantin inom landstinget i Värmland och för samtliga landsting.

Landsting/ sjukhus	Måluppfyllelse vårdgarantin	Väntande totalt (inkl. PVV)	Väntande totalt (exkl. PVV)	Väntande 90 dagar eller kortare
2017 dec				
Alla landsting	74 %	132 445 st.	127 434 st.	94 032 st.
Värmland	69 %	5 349 st.	5 280 st.	3 645 st.
CSK	68 %	4 121 st.	4 074 st.	2 756 st.
Sjukhuset i Arvika	70 %	648 st.	641 st.	448 st.
Sjukhuset i Torsby	82 %	374 st.	359 st.	295 st.
2015 dec				
Alla landsting	79 %	120 849 st.	116 297st.	91 648 st.
Värmland	79 %	4 379 st.	4 305 st.	3 398 st.
CSK	77 %	3 575 st.	3 526 st.	2 702 st.
Sjukhuset i Arvika	93 %	337 st.	333 st.	311 st.
Sjukhuset i Torsby	95 %	231 st.	219 st.	207 st.

Notera: PVV betyder patientvald väntan och innebär att patienten själv har valt att skjuta upp den operationstid som erbjudits.

I diagrammet nedan framgår landstingets utfall månad för månad i relation till vårdgarantin under denna period.

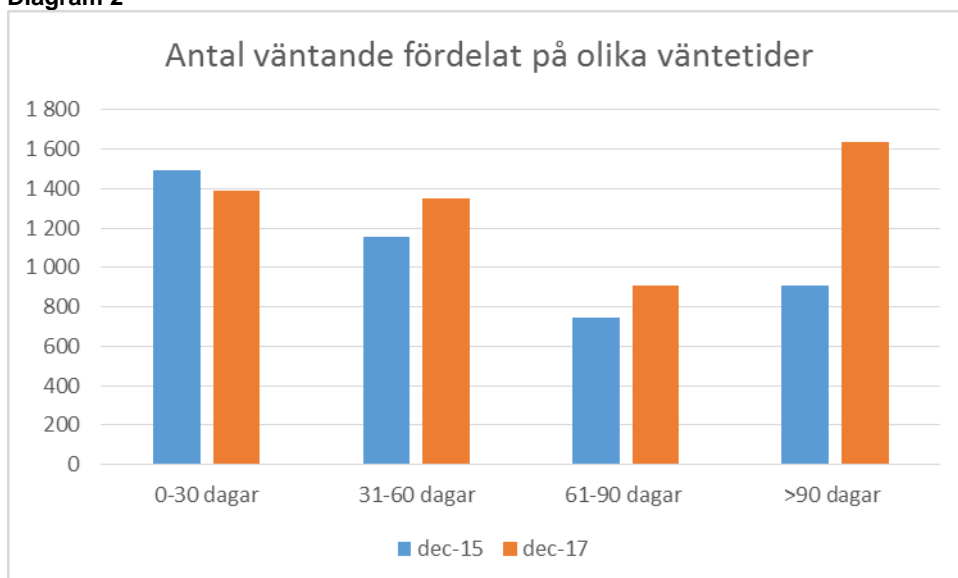
Diagram 1



Att sommarmånaderna innebär lägre operationsproduktion syns tydligt. Det framgår även att måluppfyllelsen av vårdgarantin varit lägre under första halvan av 2017 jämfört med första halvåret 2016 men att den trenden sedan har vänt. Sedan oktober har måluppfyllelsen varit något bättre eller lika som motsvarande månader 2016.

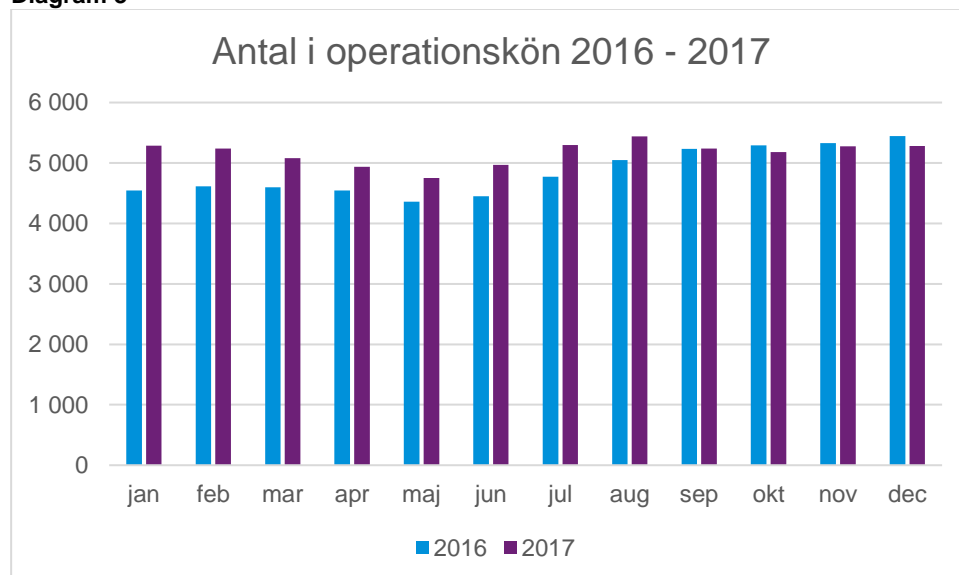
Av nästa diagram framgår för samma mätperioder hur fördelningen av väntetider ändrats.

Diagram 2



Diagrammet visar att ökningen av operationskön framförallt har skett för patienter som väntat länge.

Diagram 3



Ovanstående diagram visar den totala kön av patienter som väntar på operation / åtgärd i Landstinget Värmland. Den totala kön vid utgången av 2017 var klart längre än två år tidigare. Samtidigt kan ett trendbrott skönjas som handlar om att kön sedan september 2017 varje månad har kortats relativt motsvarande månad ett år tidigare.

I intervju med verksamhetsföreträdare för kirurgi framkommer att det framförallt är urologin som har långa köer. Detta är bland annat resultatet av den brist av urologer som finns i länet. Vissa verksamhetsföreträdare uppger även i intervju att det finns svårigheter att tillgodose behovet av återbesök och rutinoperationer. Detta på grund av akuta patienter i första hand prioriteras.

Även operationsköerna för patienter med ljumskbräck och kärllkirurgi har under senare år utvecklats negativt. Ögonoperationer är ett exempel på motsatsen. Dessa tre operationsslag belyses i diagramform i bilaga 2.

Strukna operationer

I tabellen nedan återges ett exempel på en uppföljning av strykningar som skett till Operationsstyrelsen. Det finns även uppgifter om strykningsorsak som grovt sett brukar delas in i patientrelaterade respektive sjukhusrelaterade orsaker. Patientorsaker innebär att patienten fått akut sjukdom, ej optimerad patient (medicinska orsaker) eller att patienten avbokar eller uteblir. Strykning som beror på sjukhuset handlar om att annan operation prioriterats (t.ex. akut), att operatör blivit sjuk eller att planerat program inte ryms inom tilldelad tid.

Av en rapport genomförd av Helseplan 2017 framgår att Landstinget i Värmland hade en relativt hög andel sena strykningar i förhållande till jämförelselandstingen. Enligt ordförande i operationsstyrelsen är detta förhållande i stort sett oförändrat. En skillnad är dock att orsaken numera i högre grad än tidigare är att akuta operationer måste prioriteras.

Tabell 3 Planerad verksamhet v 25 – 34 CSK

Opererande klinik	Antal Op	Antal Strykningar	Andel strukna pat
AnOpIVA	3	1	25,00%
Barn_och_ungdomsmedicin	9	1	10,00%
Internmedicin	3	0	0,00%
Kirurgi	248	28	10,14%
Kvinnosjukvård	212	18	7,83%
Käkkirurgi	3	0	0,00%
Ortopedi	48	9	15,79%
Sjukhustandvård	2	0	0,00%
Ögon	1	0	0,00%
Öron	273	22	7,46%

3.2.7 Åtgärder för kökortning och utvecklingsarbete

I Landstingsplanen för 2018 återges vissa av de investeringssatsningar från 2017 som kommer att fortsätta under innevarande år. För att säkerställa en säker och effektiv vård planeras fortsatta renoveringar och moderniseringar av CSKs operationssalar att ske. I delårsrapport 1 från 2017 redogörs för betydelsen av nya e-tjänster inom specialistvården, där patienter nu kan göra tidsbokningar på webben. Genom detta underlättas om-/ avbokningar för patienten och detta ska förhoppningsvis leda till att färre tider är obokade samt att färre patienter uteblir från bokade tider.

I mars 2018 förväntas det nya operationscentrumet få full kapacitet genom att samtliga operationssalar blir tillgängliga. Centrumet kommer att ha 21 operationssalar, varav 1 robotsal, 1 hybridsal⁴, 1 infektionssal samt 1 snittsal. Här kommer att utföras operationer inom kirurgi, urologi, ortopedi, gynekologi, öron-näsa-hals, tand- och käkkirurgi. Det totala antalet salar kommer inte att ha ökat men då det stora flertalet salar är utformade och utrustade på i princip samma sätt krävs inte olika salar för olika typer av operationer. Detta ska leda till flexibilitet i systemet och underlätta planeringen av operationer samt bör kunna bidra till att korta köerna. Förutom ovanstående möjliggör det nya operationscentrumet en bättre uppföljning av flöden och felkällor i den dagliga verksamheten för operationer. I intervjuer framkommer det dock att både

⁴ Hybridsal är en högteknologisk kombinerad operations- och röntgensal.

personal och ekonomi saknas i nuläget för att kunna utnyttja operationscentrumets fulla kapacitet. I intervju med ordförande i Operationsstyrelsen framkommer att det under våren ser ut som att operationskapaciteten i istället i praktiken kommer att sjunka något. Bemanningsproblem innebär att endast 16 operationssalar kommer att vara i drift.

I oktober 2017 beslutade Landstingsstyrelsen att avsätta 10 miljoner kronor extra till hälso- och sjukvården efter ett politiskt initiativ. Detta tillskott ska användas för att bidra till ambitionen att nå en vård utan köer. Insatserna kommer främst att ske inom psykisk ohälsa, diagnostik, kirurgi/urologi, ortopedi, neurologi samt ögonsjukvård. I förslaget anges att aktiviteterna ska prioriteras enligt nedan:

1. Aktiviteter utifrån medicinsk bedömning
2. Prioriterade patientgrupper och särskilda satsningsområden
3. Aktiviteter med rimlig planeringstid och med varaktiga, omedelbara och mätbara resultat för 2017 avseende just väntetider
4. Patientgrupper där väntetid rapporteras till SKL

När så krävs kommer vården/tjänsten att köpas från andra vårdgivare.

Verksamhetsnivå

Inom kvinnosjukvården har en genomgång av väntelistan skett. Vidare har man delegerat vissa uppgifter mellan yrkesgrupper (läkare till barnmorska, barnmorska till undersköterska) för att frigöra resurser. I intervjun med verksamhetsföreträdare för kvinnosjukvården framkommer det att kvinnosjukvården önskar starta mottagningsoperationer för bl.a. framfall och hysteroskopi⁵ som ett led i att korta besvärande köer. Genom mottagningsoperationer frigörs mer tid för andra mer tidskrävande operationer.

Verksamhetsområde kirurgi Arvika/Karlstad har sedan hösten 2017 genomfört ett flertal förbättringsåtgärder i syfte att förbättra tillgängligheten. En av åtgärderna har varit att införa en samordnande avdelningschef och på så sätt bl.a. öka personalmobiliteten mellan tre vårdavdelningar. Detta har enligt våra intervjuer fått effekt genom att fyra tidigare stängda vårdplatser har kunnat öppnas igen. Vidare har schemalaggningen centraliserats till CSK vilket innebär fördelar för samplanering av bemanning. Åtgärderna ingår i en mer omfattande åtgärdsplan för kökortning och tillgänglighet.

I intervjuerna framkommer att det finns ambitioner att starta operationer tidigt på morgonen. I ett flertal fall skjuts operationsstarten för dagens första operation dock upp, delvis på grund av att operatörer inte infinner sig i tid. Hälso- och sjukvårdschefen uppger även att en viktig åtgärd för att lyckas korta köerna är att personalen arbetar på obekvämt arbetstid. Förslag om att förändra arbetstiderna har mött mycket motstånd bland personalen. Ett ökat samarbete mellan verksamhetscheferna uppges vara avgörande för att få med sig personalen i en sådan förändring.

⁵ Tithålsundersökning av livmoderhålan som används både för att ställa diagnos och för att behandla.

Kommentarer

Ett flertal åtgärder har vidtagits på olika nivåer i landstinget för att komma tillrätta med köerna. Som berörts i andra avsnitt i denna rapport saknas en övergripande produktionsstyrning i landstinget. Det är dessutom få verksamheter som har en uttalad följsamhet till den modell för produktions- och kapacitetsplanering som gäller i landstinget. Sammantaget innebär detta att det finns en klar potential att med bättre planering få ut mer operationsverksamhet. Vidtagna åtgärder som handlar om att effektivisera arbetssätt och processer är högst relevanta medan andra mer kortsiktiga insatser för kökortning kan ifrågasättas.

4 Svar på revisionsfrågor

Den övergripande revisionsfrågan besvaras sist.

- **Har landstingsstyrelsen utformat en styrning som främjar ett effektivt utnyttjande av operationsresurserna?**
Nej, idag finns brister i detta. Det positiva är att landstinget har en tydlig modell för produktions- och kapacitetsplanering. Landstingsstyrelsen säkerställer dock inte att modell och verktyg används. Det finns också anledning att se över uppdrag, roller och beslutsmandat för de tre forum som idag finns för operationsplanering.
- **Finns en strategi och en styrning vid de olika sjukhusen som säkerställer korta ledtider och effektivt kapacitetsutnyttjande? Vilka åtgärder vidtas för att korta köerna?**
Delvis finns detta och mer uttalat på verksamhetsnivå än på sjukhusnivå. Se avsnitt 3.1.4 och 3.1.5 kring den första delfrågan. I avsnitt 3.2.7 återges åtgärder för kökortning.
- **Vilken uppföljning görs av operationsverksamheten och vidtas åtgärder utifrån uppföljningens resultat? Säkerställer Landstingsstyrelsen att operationsverksamheten sker på ett evidensbaserat sätt?**
Även här finns på verksamhetsnivå verksamheter som har en tillräcklig uppföljning. I Operationsstyrelsen sker en hel del uppföljning. Däremot saknas en övergripande produktionsplan som relaterar till landstingets ambition om en vård utan köer. En följd av detta är att ingen skarp uppföljning sker av produktion i relation till produktionsplan och det sker således inte heller en avvikelserapportering eller utarbetande av åtgärder kopplat till detta.

Landstingets modell för produktions- och kapacitetsplanering lever upp till den modellstandard som idag används i landstingssverige. Modellen har en tydlig överensstämmelse med de utgångspunkter som KPMG utgår ifrån (se bilaga 1). Utgångspunkterna bygger på etablerade logistiska principer och kan därför anses vara evidensbaserade vilket vi bedömer att även landstingets modell är. Däremot är vår uppfattning att landstingsstyrelsen inte säkerställer att denna modell används.

- **Samordnas de gemensamma operationsverksamheterna på ett ändamålsenligt sätt?**
Nej, här finns mer att göra. Landstinget har i sin framtidsplan och i

landstingsplanen uttryckt en tydlig ambition om nivåstrukturering. Det saknas dock en process för hur olika slags operationer blir föremål för överväganden, analys och beslut avseende nivåstrukturering. Idag finns inte heller någon som har ett operativt mandat att fatta beslut (ibland obekväma sådana) och driva dessa frågor framåt. Vi ser dessa delar som förutsättningar för att nå en hög grad av samordning av gemensamma operationsverksamheter.

- **Finns det fungerande systemstöd för en välfungerande planering av operationsverksamheten?**
Ja.
- **Bedrivs ett fungerande utvecklingsarbete av operationsverksamheten?**
Delvis och i liten skala. Som vi ser det behövs ett omtag när det gäller framförallt att säkerställa användningen av landstingets modell för produktionsplanering samt att ta fram och införa en tydlig process för hur nivåstruktureringen ska kunna tas från ambition till verklighet.
- **Om granskningen påvisar brister, vilka åtgärder behöver vidtas?**
Vi redovisar ett flertal åtgärder som bör vidtas kopplat till respektive fråga.
- **Övergripande revisionsfråga: Har landstingsstyrelsen säkerställt att operationsresurserna styrs och används på ett för patienten och resurshushållningen ändamålsenligt sätt?**
Nej, vår övergripande bedömning är att detta endast till viss del är säkerställt. Genom en mer systematisk och mer samordnad planering av operationsresurserna finns möjlighet att utföra fler operationer utan att tillföra mer resurser.

Andreas Endrédi

Kristian Damlin

Sofie Wiessner

Certifierad kommunal revisor

Seniorkonsult

Granskare

Uppdragsansvarig

Detta dokument har upprättats enbart för i dokumentet angiven uppdragsgivare och är baserat på det särskilda uppdrag som är avtalat mellan KPMG AB och uppdragsgivaren. KPMG AB tar inte ansvar för om andra än uppdragsgivaren använder dokumentet och informationen i dokumentet. Informationen i dokumentet kan bara garanteras vara aktuell vid tidpunkten för publicerandet av detta dokument.

Huruvida detta dokument ska anses vara allmän handling hos mottagaren regleras i offentlighets- och sekretesslagen samt i tryckfrihetsförordningen.

Bilaga 1 Metod och utgångspunkter

Metod

Vår metod består av följande delar

- Intervjuer
- Dokumentgranskning

Intervjuer har skett med:

- Hälso- och sjukvårdschef
- Medarbetare vid hälso- och sjukvårdstaben/ motsv som arbetar med produktionsstyrning och kapacitetsplanering och utvecklingsarbete inom detta område
- Chef för operationscentrum vid Centralsjukhuset i Karlstad och chefer för operationsenheterna vid sjukhusen i Torsby och Arvika
- Ordförande i Operationsstyrelsen och i Länsoperationsrådet
- Företrädare för specialiteterna kirurgi, kvinnosjukvård, ortopedi, ögon och öron
- Ordförande och 2:e vice ordf i landstingsstyrelsen
- Ordförande och vice ordf i sjukhusutskottet.

Följande dokument har granskats:

- Landstingets budget
- Opererande specialiteters verksamhetsplaner (dvs de fem som ingår)
- Strategi för var olika slags operationer utförs i länet
- Dokumentation som beskriver planering och styrning av operationsverksamheten
- Landstingets "modell" för produktionsstyrning och kapacitetsplanering liksom sjukhusens (om inte samma)
- Uppföljningar av operationer och tillgänglighet / köer samt åtgärdsplaner
- Uppdragsbeskrivning (motsvarande) för operationsråd
- Beskrivning över använt operationsplaneringssystem (IT-stöd)
- Dokumenterade utvecklingsplaner kopplat till operationsverksamhet

Utgångspunkter

Generella utgångspunkter

Operationsverksamhet är ett område där logistik och produktions- och kapacitetsstyrning är centrala kompetensområden. Vi beskriver nedan ett antal

logistiska principer som är avgörande för hur stor kapacitet, i detta fall i form av genomförda operationer, som kan levereras med givna resurser. Resurser i sammanhanget är personal med rätt kompetens, operationssalar, eftervård etc.

En viktig faktor i ett systemperspektiv är att det finns ändamålsenliga bedömningar av efterfrågan på olika typer av operationer. Om efterfrågan överstiger kapaciteten för en viss typ av operation, skapas kö. På systemnivå (landstinget centralt) är det därför en fördel om det finns kompetens för att bedöma hur en eventuell kösituation kan lösas. Detta ställer krav på att kunna bedöma om den opererande verksamheten kan drivas effektivare genom t.ex. bättre planering / bättre samarbete. När den typen av åtgärder är uttömda återstår att förstärka resurserna eller skicka patienter för operation till annat sjukhus.

Det är komplext att planera sjukvård och detta gäller inte minst operationsverksamhet. Många landsting/sjukhus har under senare år utvecklat eller skaffat it-system som stöd i operationsplaneringen. Vi ser det som en förutsättning idag att verksamheten har tillgång till ett effektivt verktyg för operationsplanering som är integrerat med landstingets patientadministrativa system.

Ytterligare en övergripande faktor är viktig för en effektiv operationsverksamhet. Det behöver finnas en genomtänkt kring var olika slags operationer utförs. Begreppet nivåstrukturering används i dessa sammanhang och handlar om att säkerställa tillräckliga volymer av liknande operationer. Bakgrunden är att det finns en koppling mellan kvalitet och volym. En kirurg som genomför 5 operationer per år av ett visst slag kan inte bli lika skicklig som en som gör 100 operationer. En viktig strukturfråga blir därför att fördela och koncentrera operationer mellan länets operationsenheter.

Logistiska principer för att skapa kapacitet

Vi redovisar här ett antal logistiska (och evidensbaserade) principer som är angelägna att känna till och att följa för att skapa ett effektivt produktionssystem för operationer.

Eliminering av köer

Köer genererar aktiviteter och kostnader som inte skapar något värde för kunden/patienten. Köerna i sig drar däremot resurser. Köerna måste hanteras, patienter i kö ställer t.ex. frågor till vården under kötiden. Köerna måste även hållas ordning på, prioriteras etc. Allt detta tar resurser i anspråk. Därför strävar en effektiv verksamhet efter att minimera köer och väntetider.

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

Fokus på ledtider och att förkorta dem

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

Separering

Erfarenheterna från opererande verksamheter är att det är en fördel att separera akuta och planerade operationer. Det ger goda möjligheter att produktionsplanera elektiva operationer. Om en eller flera operationssalar kan reserveras för akuta patienter störs inte de planerade verksamheten vilket blir fallet om separering inte är möjligt pga. exempelvis att operationsenheten är för liten.

Standardisering

Ju mer man kan utveckla standards för hur arbetet skall gå till och vilka resurser som ska tas i anspråk desto större är möjligheterna att frigöra tid och säkerställa kvalitet. Dessutom kan möjligheterna till flexibilitet öka. Om en operationsenhet istället tillåter stor individuell anpassning till olika operatörer, t.ex. genom att många olika implantat får användas, blir omställningstiderna större mellan operationer och personalen bli mindre van att använda varje typ. Detta leder i sin tur till att operationer tar längre tid och risken för fel ökar.

Flexibilitet

För att kunna balansera kapaciteten mot aktuell efterfrågan krävs att det finns flexibilitet i systemet. I t.ex. ett operationsråd kan operationsresurser omfördelas mellan olika specialiteter för att sammantaget använda operationsresurser på bästa sätt. Som bilden nedan illustrerar finns olika tidshorisonter för vilken en sådan planering bör finnas. För den kortaste – operativa planeringen – är tidsperspektivet vanligen den närmaste veckan och operationsrådet kan ha uppdraget att bestämma veckans operationsprogram. Förändringar i det dagliga programmet bör även det kunna hanteras flexibelt mellan och inom opererande specialiteter för att löpande för ut så mycket operationskapacitet som möjligt.

Vi har använt våra generella utgångspunkter och dessa principer som en raster genom vilket vi bedömt operationsplaneringen i Landstinget i Värmland.

Revisionskriterier

Revisionskriterierna i denna granskning utgörs av:

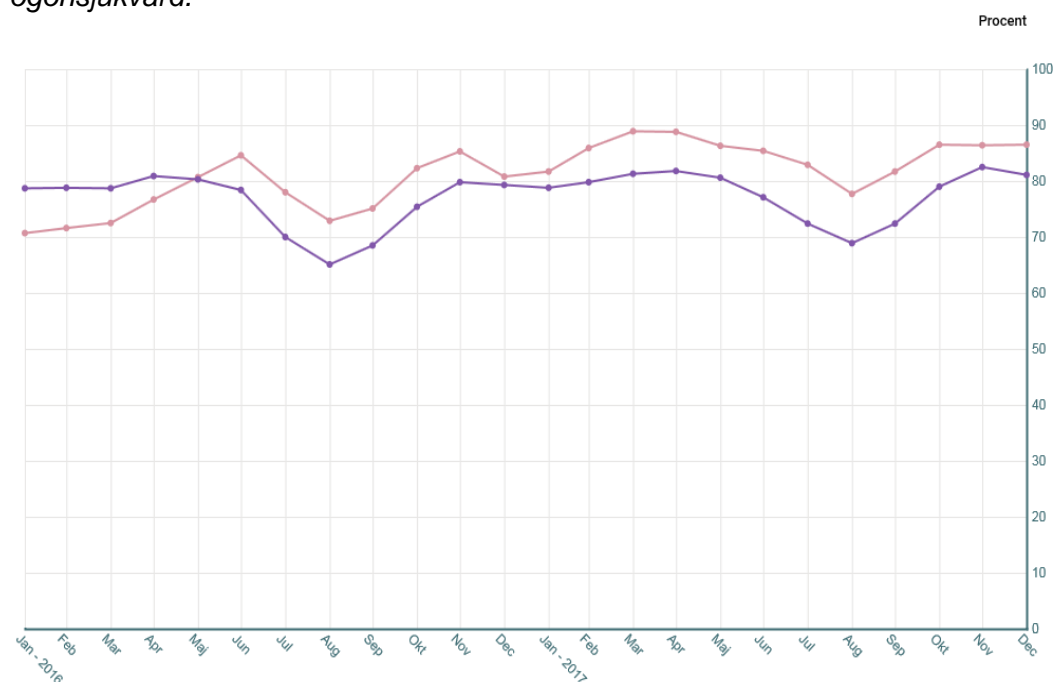
- Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763)
- Landstingets mål, riktlinjer och styrdokument
- Landstingets i Värmlands budget 2017 och styr- och måldokument inom granskningsområdet
- Våra utgångspunkter, beskrivna i avsnittet ovan

Bilaga 2 Exempel från Vården i siffror

Vården i siffror⁶ samlar data som belyser utfall som underlag till fördjupade analyser. På webbsidan finns bland annat resultat och mått som gäller väntetider till specifika behandlingsformer. Vissa områden är goda exempel på en förbättrad tillgänglighet till operation. Ett exempel på detta är andelen operationer/åtgärder som genomförts inom 90 dagar inom ögonsjukvård stegvis ökat sedan 2016 med ett resultat över rikets nivå sedan i maj samma år (graf 2).



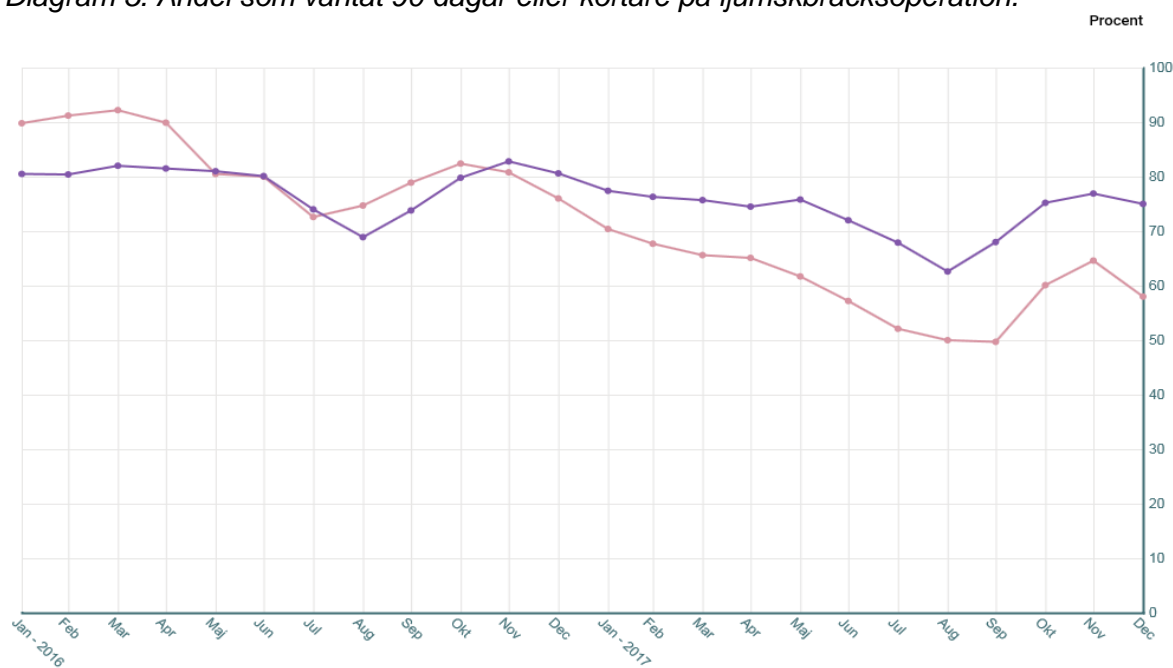
Diagram 4. Andel som väntat 90 dagar eller kortare på operation/åtgärd inom ögonsjukvård.



Vidare finns områden som indikerar en försämrad tillgänglighet. Ett område som visar en tydlig negativ trend sedan början av 2016 är ljumskbråcksoperationer. Andelen som väntat 90 dagar eller kortare på ljumskbråcksoperation har minskat (graf 4).

⁶ Vården i siffror finansieras gemensamt av landstingen/regionerna och förvaltas av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Diagram 5. Andel som väntat 90 dagar eller kortare på ljumskbråcksoperation.



Även inom kärnkirurgisk vård har andelen som väntat 90 dagar eller kortare på operation/åtgärd minskat kraftigt sedan början av 2016 (graf 5). Länets utfall har även försämrats i jämförelse med riket.

Diagram 6. Andel som väntat 90 dagar eller kortare på operation/åtgärd inom kärnkirurgisk vård.

