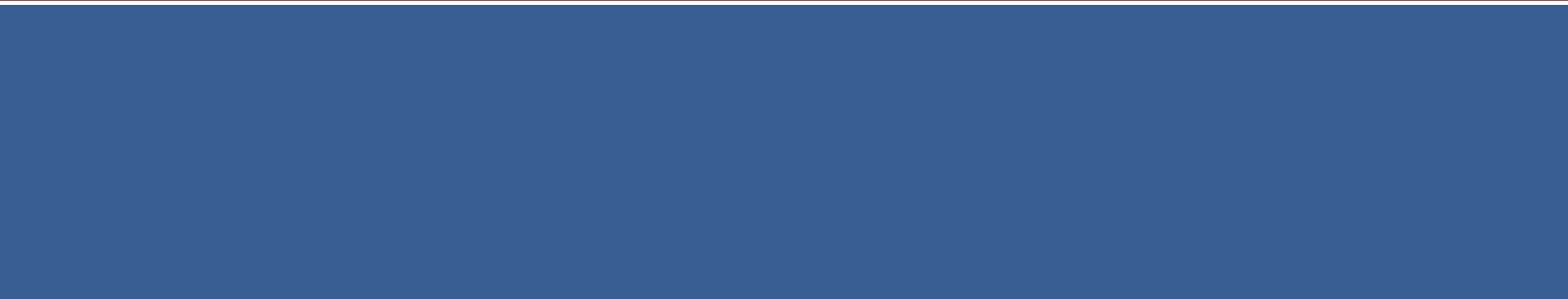


A photograph of a hospital hallway. In the foreground, a woman in a green uniform with a yellow stripe on the sleeve is smiling and holding the hand of a patient lying on a gurney. The patient is wearing a red hospital gown and has a white bandage on their right arm. Another woman in a purple uniform is standing behind the gurney, looking down at the patient. A third woman in a purple uniform is standing to the right, looking towards the patient. The hallway is brightly lit with overhead fluorescent lights. There are other gurneys and medical equipment in the background.

VÅRD
2010

Slutrapport

GENOMFÖRANDEPROJEKT



Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	4
1. Bakgrund och historik.....	8
1.1 Historik.....	9
1.2 Konceptbildning och förprocess.....	10
1.3 Ledning och styrning.....	12
2. Genomförandeprojektets uppdrag.....	14
3. Målbeskrivning.....	16
4. Genomförandeprojektet.....	18
4.1 Arbetsätt.....	19
4.2 Projektorganisation.....	20
4.3 Samband mellan projekt och linje.....	21
4.4 Delprojektens uppdrag.....	22
4.5 Samordning och projektstöd.....	23
5. Resultat av Vård 2010.....	28
5.1 Delprojektens resultat.....	29
5.1.1 Delprojekt Akutverksamhet.....	29
5.1.2 Delprojekt An/op/IVA.....	29
5.1.3 Delprojekt Bild- och funktionsmedicin.....	29
5.1.4 Delprojekt Bröstverksamhet.....	29
5.1.5 Delprojekt Centrum för tumörsjukdomar.....	30
5.1.6 Delprojekt Gastrokirurgi.....	30
5.1.7 Delprojekt Hud.....	30
5.1.8 Delprojekt Infektion.....	30
5.1.9 Delprojekt Kardiologi.....	30
5.1.10 Delprojekt Laboratoriemedicin.....	30
5.1.11 Delprojekt MÄVA/geriatrik.....	30
5.1.12 Delprojekt Ortopedi.....	32
5.1.13 Delprojekt Specialistmedicin.....	32
5.1.14 Delprojekt Stroke/neurologi.....	32
5.1.15 Delprojekt Trauma.....	32
5.1.16 Delprojekt Ögon.....	32
5.2 Sammanfattande beskrivning av resultat.....	34
5.2.1 Arbetsfördelning mellan sjukhusen.....	34
5.2.2 Balanskravet.....	38
5.2.3 Steg 1½.....	38
5.2.4 Patientsäkerhet.....	38
5.2.5 Kvalitet.....	38
5.2.6 Tillgänglighet.....	38
5.2.7 Kompetensförsörjning.....	38
5.2.8 Bemanning och personalsamordning.....	40
5.2.9 Förändringsstöd och ledarskapsutveckling.....	40
5.2.10 Lokalförsörjningsstrategi.....	40
5.2.11 Ombyggnadsprocessen.....	40
5.2.12 Investeringar och utrustning.....	41
5.2.13 Effektmål.....	41
5.2.14 Logistiska lösningar.....	42
5.2.15 Resultat av intern kommunikation.....	42
5.2.16 Resultat av extern kommunikation.....	43
5.2.17 Bilden av Vård 2010 i massmedia.....	44
5.2.18 Bilden av Vård 2010 inom politiken.....	46
6. Sammanfattande erfarenheter av projektet.....	48
7. Hantering av slutrapporten.....	52

Hjärtsjukvården finns numera vid ett hjärtcentrum på NÄL. En särskild bröstsmärte-enhet har skapats för att patienter med akut bröstsmärta ska få ett snabbt omhändertagande med hög kompetens.



Foto: Dan Almqvist

Sammanfattning

Bakgrund

Begreppet "Vård 2010" antogs av styrelsen för NU-sjukvården som en sammanfattande benämning på det förvaltningsövergripande förändringsarbete, som bedrevs inom NU-sjukvården under åren 2007-2010. Åtgärderna bygger på de principer för regionens övergripande sjukhusstruktur som antogs av regionfullmäktige i september 2004.

Vård 2010 omfattar tre huvudspår

- processorientering
- verksamhetsanpassad bemanning
- genomförandeprojektet Vård 2010.

Dessa tre delar hänger nära samman och har bedrivits parallellt inom organisationen. Detta dokument beskriver genomförandeprojektet Vård 2010 vars uppgift har varit att stödja verksamheten i genomförandet av de verksamhets- och strukturförändringar som beslutats av NU-styrelsen.

Syfte

Genomförandeprojektets syfte har varit att:

- konkretisera och koordinera de praktiska förändringar som rör arbetsfördelningen och som beskrivs i styrelsebeslutet från 29 november 2007 och 6 februari 2009
- skapa förutsättningar för att genomförandet sker på ett optimalt sätt utifrån patient-, personal- och effektivitetsperspektiv
- stödja verksamheten i det praktiska genomförandet.

Effektmål

Genomförandets effektmål har definierats i styrkortsperspektiven:

Patientperspektivet

- förbättring av vården för de svårast sjuka
- ökad kvalitet, tillgänglighet och förbättrad patientsäkerhet.

Medarbetarperspektivet

- minskat jourarbete och dubbelarbete
- förbättrade rekryteringsmöjligheter
- ökade förutsättningar för kompetensutveckling
- förbättrad arbetsmiljö.

Ekonomiperspektivet

- förbättrad kostnadseffektivitet, de förändringar som genomförs i projektet ska långsiktigt bidra till ett mer effektivt resursutnyttjande.

Verksamhetsperspektivet

- ökad kunskap om verksamhetens processer
- kvalitetssäkrade rutiner.

Projektmål

Det övergripande projektmålet har varit konkretisering, vidareutveckling och genomförande av den beslutade arbetsfördelningen mellan sjukhusen, innebärande:

- koncentration av all oplanerad verksamhet och tyngre dygnet-runt-aktiviteter med nödvändiga stödfunktioner till NÄL
- utveckling av Uddevalla sjukhus till ett centrum för stora volymer planerad verksamhet inom diagnostik och behandling samt för korttidsvård, rehabilitering, onkologi och palliativ vård
- möjlighet för båda sjukhusen att ta in patienter dygnet runt med en fullständig akutmottagning vid NÄL.

Arbetsätt

Arbetet har bedrivits i 16 verksamhetsanknutna delprojekt.

Dessa är:

Bröstverksamhet	Bild- och funktionsmedicin	Infektion
Hud	Stroke/neurologi	MÄVA/geriatrik
Specialistmedicin	Laboratoriemedicin	Gastrokirurgi
An/op/IVA	Akutverksamhet	Trauma
Ögon	Ortopedi	Centrum för tumörsjukdomar
Kardiologi		

En delprojektledare har utsetts för varje delprojekt. Inom delprojektet har arbetet bedrivits i arbetsgrupper med deltagande av specialister inom olika professioner från verksamheten. Varje delprojekt har haft en beslutande chefsgrupp med representation av berörda första och andra linjens chefer.

För samordning, projektstöd och uppföljning av projektarbetet har det funnits en projektledningsgrupp (PLG) med en huvudprojektledare och specialister från förvaltningens ledningsstab. Projektledningsgruppen är underställd en styrgrupp under ledning av sjukhusdirektören som kontinuerligt rapporterar till sjukhusledning och NU-styrelse under projektiden.

Verksamheterna har genomfört riskbedömningar enligt Arbetsmiljölagen (AML), genomfört riskanalyser och vidtagit åtgärder som konsekvens av dessa, inför alla större verksamhetsförändringar.

Arbetet har bedrivits strukturerat efter tidplan och uppdragshandling med regelbunden skriftlig rapportering inför så kallade grindbeslut i styrgruppen. Varje delprojekt har avgivit en slutrapport där detaljer om verksamhetsförändringar och måluppfyllelse rapporterats.

Resultat

Verksamhet

Det samlade resultatet av arbetet inom de 16 delprojekten är att den tyngre akutvården finns på NÄL medan huvuddelen av den onkologiska vården och vård av äldre nu finns på Uddevalla sjukhus. Dessutom sker huvuddelen av planerade insatser inom kirurgi, urologi och ortopedi vid Uddevalla sjukhus. Barn- och kvinnosjukvården finns kvar på NÄL medan de stora öppenvårdsspecialiteterna ögon och hud finns vid Uddevalla sjukhus. Ett flertal mindre specialiteter har inte påverkats av förändringarna. Allt sammantaget har effekten blivit att en god del av den vårdlogik som underbyggt styrelsebesluten har kunnat implementeras samtidigt som balanskravet på den relativa storleken av de båda sjukhusen har tillgodosetts. Den genomförda lösningen måste dock karaktäriseras som en kompromiss mellan vårdlogik, balans och ekonomi. Styrkan i modellen är att den trots stundtals hård extern och intern kritik visat sig vara genomförbar både i politik och profession. Därmed har den medfört ett stort steg mot implementering av regionfullmäktiges beslut för NU-sjukvården.

Den översiktliga fördelningen av verksamheter mellan NÄL och Uddevalla sjukhus uppdelat på förvaltningens organisatoriska områden efter genomförande av Vård 2010 framgår av följande tabell:

Område	NÄL	Uddevalla sjukhus
Område 1 Medicin	Akutmedicin Specialistmedicin Kardiologi Stroke, akutfas Neurologi Infektion Paramedicin	MÄVA Geriatrisk Rehabiliteringsmedicin Stroke, rehabilitering Hudsjukdomar Hematologi Paramedicin
Område 2 Opererande specialiteter	Kirurgi Öron Näsa Hals Käkkirurgi	Ortopedi Ögonsjukdomar Urologi Bröstkirurgi Palliativ och onkologisk vård
Område 3 Kvinnosjukvård	Kvinnoklinik Förlossning	
Område 4 An/op/IVA	Operationsavdelning IVA	Operationsavdelning Högspecialiserad postoperativ enhet
Område 5 Akuterksamhet	Akutmottagning med traumaenhet	Akutmottagning för ortopedi och ögon Närakut
Område 6 Barn- och ungdomssjukvård	Barnklinik	
Område 7 Vuxenpsykiatri	Akutpsykiatri	Geropsykiatri
Område 9 Diagnostik	Radiologi Laboratoriemedicin Klinisk fysiologi Patologi	Radiologi Laboratoriemedicin Klinisk fysiologi

Utöver vad som framgår i denna tabell är verksamheter representerade vid båda sjukhusen genom öppenvård och konsultinsatser.

För många verksamheter har förändringsarbetet inneburit möjlighet till ökad specialisering och större tillgänglighet till högspecialiserad vård. En betydande utveckling av verksamhetens processer har varit en förutsättning för detta. Detta gäller framför allt hjärtsjukvård, strokesjukvård, medicinsk äldrevård, infektion, intensivvård, kirurgi, ögonsjukvård och laboratoriemedicin. För framför allt traumaverksamhet och ortopedi har förändringen medfört ökade krav på kompetens och resurser vilka ännu inte helt kunnat tillgodoses. Vid akutmottagningen på NÄL genomfördes huvuddelen av processutvecklingen efter omflyttning vilket lett till problem med väntetider som drabbat vissa patientgrupper.

Patientsäkerhet

Under hela förändringsarbetet har genomförda riskanalyser, Lex Maria-anmälningar och inspektioner från tillsynsmyndigheter noga följts upp av chefläkaren som ingått i projektledningen.

Situationen på akutmottagningen, NÄL har varit pressad sedan sammanslagningen i november 2008. Det har yttrat sig i form av långa väntetider för patienterna på akuten. Under 2010 har situationen i detta avseende förbättrats något. Inom område medicin har det varit särskilt besvärligt med överbeläggningar och periodvis har extraplatsar öppnats.

Arbetet med riskanalyser har tillfört NU-sjukvården ökad kunskap, erfarenheter och ett systematiskt arbetssätt för att förbättra patientsäkerheten.

Lokalförsörjning

Lokalförsörjningsstrategin har i princip varit att använda befintliga lokaler i de två sjukhusbyggnaderna NÄL och Uddevalla sjukhus. Verksamheterna har genom denna förutsättning fått uppdraget att inom dessa ramar utveckla sina kreativa lösningar på uppkomna problem och inte bygga nytt i första hand utan förändra, flytta om och renovera befintliga lokaler. Arbetet har planerats och utförts på ett okonventionellt och prestigelöst sätt tillsammans med Västfastigheter. Ombyggda enheter på Uddevalla sjukhus uppgår till cirka 18 stycken när de sista enheterna är på plats i sina nya lokaler under 2011, och på NÄL cirka 16 stycken.

Investering och utrustning

Vård 2010-projektet bidrog till ett ökat investeringsbehov inom NU-sjukvården både när det gäller lokaler och utrustning. För lokalinvesteringarna gjordes en ansökan om strategiska investeringsmedel till regionen och totalt beviljades 403 miljoner kronor. I dagsläget tyder allt på att investeringarna håller sig inom denna ram. Utrustningsinvesteringarna förväntas uppgå till cirka 106 miljoner kronor och består av både ny- och återinvesteringar, där fördelningen mellan ny- och återinvesteringar beräknas vara cirka 60/40.

Ekonomi

Det ekonomiska effektmålet som sattes för genomförandeprojekt Vård 2010 var att sänka NU-sjukvårdens nettokostnad med minst 70 miljoner kronor från och med 1 januari 2010 jämfört med budget 2008. För nästan samtliga delprojekt sattes ekonomiska effektmål för att sammantaget nå upp i de 70 miljoner kronor. Effektmålen bestod både av sänkta kostnader och ökade intäkter, samtidigt som besparingspotentialen för de olika delprojekten varierade kraftigt. Aktuella beräkningar talar för att det sammantagna ekonomiska effektmålet kommer att uppnås.

Personal

På kort sikt uppstod kompetensbrist inom vissa verksamheter då personalen valde alternativa sysselsättningar inom och utom NU-sjukvården. Rekrytering fick ske externt för yrkesgrupperna sjuksköterskor och läkare. I de fall vi inte lyckades rekrytera personal fick alternativa lösningar tillämpas. Möjligheten att rekrytera har under projektets gång underlättats något. På lång sikt tror vi NU-sjukvården kommer att vara en attraktiv arbetsplats, där vi både kan behålla personal och kunna rekrytera nya medarbetare. Samlad verksamhet underlättar kompetensutveckling.

Parallellt med genomförandeprojektet har ett omfattande arbete skett med verksamhetsanpassad bemanning. Det har ställts stora krav på första linjens chefer att koppla nya verksamhetsformer till nya normer för bemanning. I allt väsentligt har dessa ansträngningar krönts med framgång.

Stora insatser har gjorts inom områdena förändringsstöd och ledarutveckling, som har inneburit att NU-sjukvården nu förfogar över en betydande kompetens på bredden inom dessa områden, en viktig resurs för framtida förändringsarbete.

Kommunikation

Projektledningsgruppen har tidvis haft en heltidsverksam kommunikator som gjort stora insatser inom såväl intern som extern kommunikation. Den interna informationen har riktat sig till all personal med chefer, fackliga förtroendevalda och läkare som prioriterade grupper. Den externa informationen har byggts på en webb-plats, regelbundet återkommande samhällsannonser i lokalpressen samt riktade informationsinsatser till grupper av beslutsfattare, medborgare och patienter. Interaktionen med lokalpressen har varit omfattande eftersom intresset för förändringsarbetet har varit stort och ofta kritiskt formulerat.

Kvarstående arbete

Ett antal uppslag och trådar från delprojekten har inte kunnat slutföras inom ramen för detta projekt. Dessa har övergått till linjeorganisationen för vidare bearbetning och uppföljning. Detta arbete integreras med det forstatta förändringsarbete inom NU-sjukvården som redan påbörjats under namnet Målbild 2014.

Erfarenheter och slutord

Vård 2010 har inneburit en stor anspänning för NU-sjukvården och dess personal. Under en treårig förändringsperiod har en betydande del av personalen avdelats för planering, processutveckling och omflyttning, samtidigt som de ekonomiska resurserna varit begränsade och produktionskraven ökat. Till detta kommer en kritisk omvärld och en omfattande bevakning i media. Även om inte alla mål har uppnåtts har ändå ett betydande steg tagits mot en sjukhusstruktur som är beslutad av regionfullmäktige. Den omfattande ombyggnad som utförts har inte endast tjänat strukturändringen, utan har även tillgodosett sedan länge eftersatta behov av upprustning till följd av nya krav från modern sjukvård och sjukhushygien. Mycket återstår dock innan hela NU-sjukvården kan anses ha helt ändamålsenliga och moderna lokaler.

Genom Vård 2010 har NU-sjukvården skaffat sig en kompetens inom förändringskunskap och processutveckling som tidigare inte funnits. Denna kommer att få långsiktig betydelse i det fortsatta arbete mot God Vård som nu inletts. Under de närmaste åren kommer utveckling av arbetsmetoder och processer att dominera över strukturändringar och omflyttningar.

Sedan förändringarna har akutmottagningen på NÄL varit hårt pressad. Genom ett systematiskt förbättringsarbete har resultat uppnåtts, men mycket arbete kvarstår, inte minst i övriga delar av sjukhuset.



Foto: Joachim Nywall

1. Bakgrund och historik

1.1. Historik

Sjukhusen i Fyrbodalsområdet har en lång och egensinnig historia. Inrättningarna i Vänersborg och Uddevalla har rötter i sextonhundratalet, långt före freden i Roskilde då Bohuslän blev svenskt. I fredstraktatens paragraf 9 tillförsäkrades invånarna i det erövrade landskapet att de skulle få behålla sina gamla privilegier, friheter, lagar och sin kyrkoordning och så har det förblivit. Utmärkande för dagens Fyrbodals är svårigheten att skapa en lokal helhetssyn om för landsändan övergripande frågor. Detta har varit särskilt tydligt inom sjukvården och på många sätt präglat vårdens utveckling inom området.

De tidigare landstingen i Älvsborg och Bohuslän utvecklade oberoende av varandra, sjukhus- och vårdstrukturer för sina områden. Närheten mellan städerna i Fyrbodals lockade tidigt till improviserad samverkan, men strukturella förändringar hade under många år inget stöd. Förprocessen till byggandet av NÄL på Älvsborgssidan var lång och delvis smärtsam. 1988 stod sjukhuset färdigt och blev då en värdig utmanare till sjukhuset i Uddevalla vars huvudbyggnad invigdes 1963 efter en konceptbildningsprocess med rötter i det sena fyrtio-talet. Redan då diskuterades skillnaden mellan att bygga på längden eller höjden, en dispyt som tacksamt återuppväckts i vårt sekel.

Ekonomiska åtstramningar och krav på ökad specialisering drev på intresset för samverkan mellan de efter 1988 likstora sjukhusen. Gemensamma läkarträffar förekom och enstaka patienter remitterades. Så småningom fann sjukhusledningarna intresse i en organiserad samverkan. 1992-1994 organiserade bland annat dåvarande sjukhusdirektören vid Uddevalla sjukhus, Daniel Holmdal, samarbetsmöten där verksamhetsföreträdarna utforskade möjliga områden. Efter beslut i landstingen i mars 1995 bildades från årsskiftet 1995/1996 ett kommunalförbund för driften av länssjukvården i Fyrbodals med den numera klassiska visionen "Samverkan över gränser för patientens bästa".

Bildandet av den nya organisationen åtföljdes av ett omfattande omstruktureringsprojekt som leddes av Evy Bergh från Bohuslandstinget. Arbetet bedrevs på bredden i hela organisationen. Målet var att skapa effektivitet genom fusion. Politiken satte ramar genom att i kommunalförbundets direktion definiera den så kallade "likvärdigheten" mellan Uddevalla sjukhus och NÄL som att sjukhusen "sinsemellan ska fördela specialiserade slutenvårdsenheter så att medicinska sambandskrav tillgodoses och verksamhetsmässig balans uppnås. NÄL och Uddevalla sjukhus ska även fortsättningsvis vara lika stora i förhållande till varandra". En pikant detalj som säger något om det ömsesidiga förtroendet var bestämmelsen att beslut om verksamhetsförändringar vid något av de tre lokalsjukhusen i Lysekil, Strömstad och Bäckerfors måste godkännas av respektive landsting, det vill säga en klausul om veto i dessa frågor. Projektet ledde fram till en slutrapport i september 1996.

I denna beskrevs en struktur med arbetsfördelning mellan två akutsjukhus (benämnda X och Y) och en annan mellan ett akutsjukhus och ett specialistsjukhus (benämnda A och S). Man kunde konstatera att alternativet A/S inte kunde uppfylla likvärdighetsprincipen varför förslaget blev att genomföra alternativet X/Y. I frågan om vilket sjukhus som kunde få X- respektive Y-uppdraget konstaterade gruppen att både Uddevalla sjukhus och NÄL var lämpliga men att de byggnadstekniska förändringarna skulle bli mindre om NÄL fick X och Uddevalla sjukhus Y. Det blev även politikens beslut. Sälunda hamnade barn och kvinnosjukvården tillsammans med ÖNH på NÄL, medan ögon och ortopedi etablerades vid Uddevalla sjukhus. De större klinikerna fick utbudspunkter på båda sjukhusen men något olika profilering på subspecialiseringen. Båda sjukhusen fick full akutberedskap med traumahandertagandet vid Uddevalla sjukhus.

Verksamhetsförändringarna genomfördes under stor turbulens under tiden 1997-1999. Mest kritiserades de så kallade sambandsbristerna som blev en följd av den nya strukturen och oförmågan att anpassa arbetsprocesserna till den, men även ledningsorganisationen hade betydande problem med trovärdighet och legitimitet såväl bland personalen som i media. Den genomförda förändringen granskades ur ett organisationsperspektiv i en rapport från Kommunforskning i Västsverige och av Socialstyrelsen efter en anmälan från en grupp läkare i NU-sjukvården, "de 101". Sammanfattningsvis kan sägas att granskningen var mycket kritisk till den nya strukturen som inte passade in i den tidens ramverk för sjukhusorganisation.

Från årsskiftet 1998/1999 etableras Västra Götalandsregionen som tog över Kommunalförbundets ledning av NU-sjukvården. Under våren 1999 beslutade Hälso- och sjukvårdsstyrelsen (HSS) om ett uppdrag att granska och föreslå förändringar för uppdraget för samliga sjukhus inom regionen. Arbetsgruppen leds av Lars Göran Moberg tillförordnad hälso- och sjukvårdsdirektör. Medicinsk expert i gruppen är före detta narkoschefen vid NÄL Christer Enkvist. Arbetsgruppen konstaterar att vare sig NÄL eller Uddevalla sjukhus uppfyller Socialstyrelsens krav på ett akutsjukhus. Man föreslår kompletteringar av strukturen så att ett akutsjukhus enligt Socialstyrelsens normer skapas på NÄL. Att valet faller på NÄL motiverades av nybyggda lokaler lätta att bygga ut, befintlig verksamhet inom barn och kvinnosjukvård och ett komplettare utbud av servicefunktioner. Resultatet av utredningen inarbetas i den arbetsplan för vårdens struktur som antas våren 2000. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen ställde sig bakom arbetsgruppens förslag.

För arbetet med Hälso- och sjukvårdsstyrelsens arbetsplan inom NU-sjukvården tillsätts den så kallade SNUS-gruppen under ledning av Conny Andersson, biträdande chefläkare och allmänkirurg på NÄL. Som utomstående oberoende granskare av NU-strukturen utses de medicinska experterna medicinalrådet Olof Edhag och kirurgen Lars Räf. Gruppen föreslår i december 2000 en satsning på två akutsjukhus med olika

profilering och åtgärder för att reducera sambandsbristerna mellan sjukhusen. För att tillgodose likvärdighetsaspekten föreslår man tillkomst av planerad vård från regionen till Uddevalla sjukhus. Vidare granskar man olika modeller för ledning av NU-sjukvården. Förslagen leder fram till beslut om denna struktur och en ledning som bygger på fyra förvaltningar, en NU-förvaltning och vardera en för NÄL, Uddevalla sjukhus och lokalsjukhusen våren 2001. Den nya ledningsorganisationen sjsätts från årsskiftet 2001/2002.

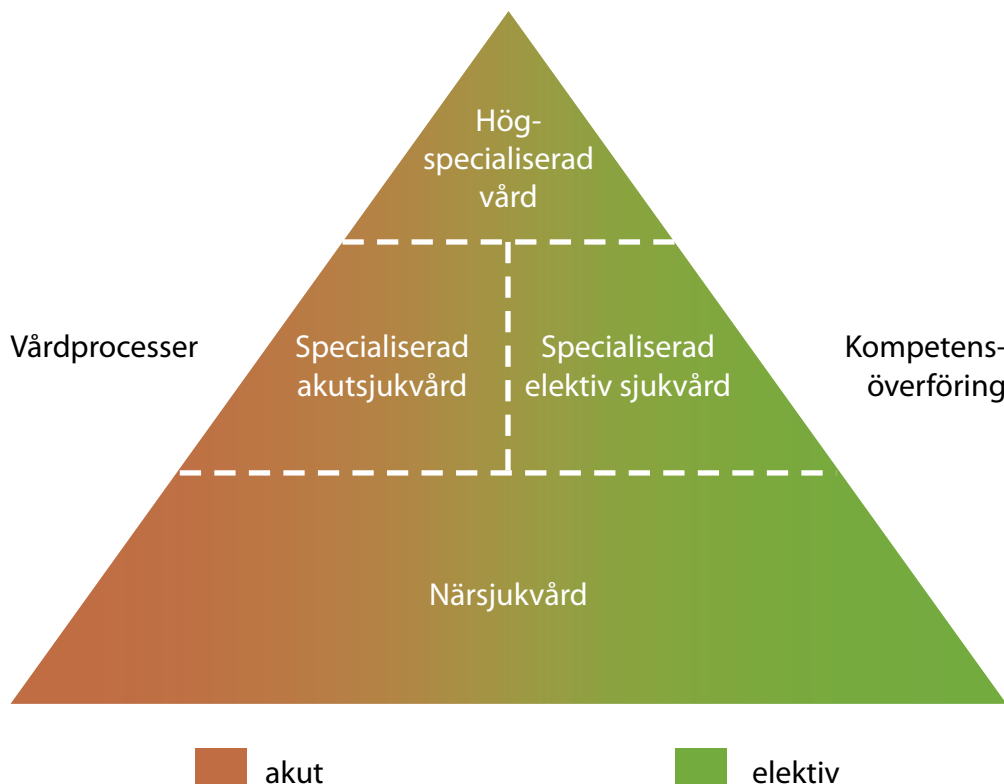
Under vintern 2003 påbörjade en regional projektgrupp under ledning av Daniel Holmdal på Hälso- och sjukvårdsstyrelsens uppdrag arbetet med "Framtidens sjukvård". Projektet definierade regionens övergripande behov av sjukvård och hur detta kunde tillgodoses på olika vårdnivåer. För de enskilda sjukhusen angavs konkret hur de kunde passa in i den modell som föreslogs. Arbetet ledde till beslut i regionfullmäktige (RF) september 2004. Som en följd av detta påbörjade NU-sjukvården ett internt strategiarbete som bland annat definierade olika modeller för samverkan mellan Uddevalla sjukhus och NÄL. Regionfullmäktiges beslut bekräftade i allt väsentligt tidigare beslut om rollfördelningen mellan Uddevalla sjukhus och NÄL. Särskilt betonades bilden av NÄL som akutsjukhus och betydelsen av att stora volymer elektiv vård överförs från NÄL till Uddevalla sjukhus. Detta resulterar i att viss specialiserad akutverksamhet (hjärtinfakter av typ STEMI och intoxikationer) överförs från Uddevalla sjukhus till NÄL och att nya elektiva vårdformer utvecklas vid Uddevalla sjukhus. Dessa förändringar påbörjas under hösten 2005 och slutförs under 2006. Från hösten 2006 och ett år framåt bedrevs ett sjukhusövergripande systematiskt förbättringsarbete i sex projekt. Arbetet byggde på metodiken "six sigma" och omfattade områdena lungmedicin, palliativ vård, akutprocesser

(obsplatser), 24-timmarsvård, vårdplatsdifferentiering och journalsamverkan BUP/VUP. Samtidigt med detta inleds det fördjupade förändringsarbetet som leder fram till genomförandeprojektet Vård 2010.

1.2 Konceptbildning och förprocess

Under år 2006 stod det klart att de förändringar som genomförts i NU-sjukvården efter regionsfullmäktiges beslut om vårdstrukturen i NU-sjukvården inte var tillräckliga. Under 2005 pågick ett internt strategiarbete i NU-sjukvården som studerade olika grader av samverkan mellan sjukhusen. Det uppstod internt en stor uppslutning för en ökad integrering, skapandet av NU-sjukhuset, ett sjukhus med flera utbudspunkter. Samtidigt genomfördes inom Region Skåne ett omfattande strategiarbete, "Skånsk livskraft – vård och hälsa". Detta var inte i första hand en organisationsförändring utan handlade mera om sätt att samarbeta utgående från kärnan i verksamheten: mötet med patienten. I detta fanns två viktiga komponenter: processorientering och vårdlogik. Begreppet vårdlogik förklarades med hjälp av en grafisk metafor, den så kallade livskraftpyramiden.

Vart och ett av områdena i pyramiden representerar en vårdlogik vars processer hänger samman. Inom varje logik finns akut och planerad verksamhet. Stråvan i utvecklingsarbetet av processerna ska vara att renodla dem inom respektive vårdlogik samt att sträva mot att utföra så stor andel av arbetet som möjligt i pyramidens gröna och nedre fält. Detta synsätt blev en av grunderna i konceptbildningen för Vård 2010.



Under 2006 och början av 2007 genomfördes inom NU-sjukvårdens högsta ledning ett konceptbildningsarbete under ledning av NU-förvaltningens chefläkare Lennart Voog. Arbetet byggde på utforskandet av tre huvudsakliga grundelement:

- NU-sjukhuset – den integrerade NU-sjukvården
- vårdlogik – hämtat från Livskraft Skåne
- processorientering – organisation utgående från vårdens processer.

Samtidigt stod det klart att situationen inom allmänkirurgin och internmedicinen när det gällde kompetensförsörjning av högspecialiserad verksamhet och jourberedskap närmade sig ett ohållbart läge. Svårigheten att attrahera och bibehålla erforderlig kompetens höll snabbt på att bli ohållbar. Verksamheterna reste krav på organisations- och strukturförändringar i syfte att på ett bättre sätt kunna ta sig an de nya utmaningarna.

Arbetet i ledningen och de starka signalerna från verksamheterna ledde fram till att styrelsen för NU-sjukvården i maj 2007 antog en översiktlig inriktning för NU-sjukvårdens omvandling med sikte på framtiden. På grundval av denna beslutade sjukhusdirektören i september 2007 om en handlingsplan i vilken en vision om NU-sjukhuset och dess framtida arbetssätt formulerades:

”Styrelsens inriktningsbeslut innebär att NU-sjukhuset skall hitta en arbetsfördelning – en nivåstrukturering – som gör det möjligt att möta framtida verksamhetsmässiga, kompetensmässiga och ekonomiska krav.

Målet för arbetsfördelningen är att koncentrera all oplanerad verksamhet och tyngre dygnetrunkaktiviteter till NÄL. Uddevalla sjukhus utvecklas till ett centrum för stora volymer planerad verksamhet inom diagnostik och behandling inom de flesta specialiteter samt för korttidsvård, rehabilitering, onkologi och palliativ vård.

Verksamheten vid NÄL och Uddevalla sjukhus skall organiseras som ett länssjukhus med verksamhet i flera byggnader och med en logistik som vid alla tidpunkter ger förutsättningar för ett smidigt utbyte av både patienter och personal mellan enheterna.

Denna arbetsfördelning förutsätter att många av de patienter som idag söker sig till sjukhusens akutmottagningar i stället kan omhändertas i mera planerade former.

Nivåstruktureringen skall genomföras på ett sådant sätt att den möjliggör att, i ett längre perspektiv, ekonomiska resurser frigörs för att säkra medicinsk utveckling, tillgänglighet och patientsäkerhet.”

Handlingsplanen innehöll följande huvudpunkter:

- Etablera NU-sjukhuset
 - anpassa ledningsorganisationen
 - utveckla logistiken mellan husen
 - klargöra lokalsjukhusens roll
- Analysera verksamheterna utifrån de fyra vårdlogikerna och regionens utvecklingsstrategi
- Inrikta processmässigt en sjukhusbyggnad mot
 - logik akut, specialiserad
 - logik elektiv, specialiserad, med särskilda behov av jour
- Inrikta processmässigt en sjukhusbyggnad mot logik elektiv, specialiserad, med verksamhetsanpassad jour logik närsjukvård, akut och elektiv, med verksamhetsanpassad jour
- Utveckla processerna i och mellan husen enligt denna inriktning och enligt principer för Vård 2010
- Nivåstrukturering och omflyttningar genomförs stegvis, kontrollerat och balanserat enligt ovan och med tillvaratagande av befintlig, uppbyggd kompetens

Ledningen genomförde ett intensivt arbete med konkretisering av handlingsplanen under hösten 2007. Arbetets uppläggning var i stort följande:

- ledningsgruppen – samtliga verksamhetschefer och ledningsstaben – arbetade fram förslaget under två intensiva månader
- verksamheterna tog fram förslag och konsekvensanalyser för sin egen verksamhet utifrån förutsättningarna
- medicin och kirurgi först ut, utgångspunkt för övriga
- systematiska konsekvensanalyser – 135 risker och 136 möjligheter med förslaget
- samtliga konsekvenser är värderade utifrån sannolikhet och effekt
- ledningskansliet sammanfattade förslag och konsekvensbeskrivningar, i samarbete med verksamhetscheferna.

Arbetet resulterade i ett 45-sidigt beslutsunderlag som förelades styrelsen i november 2007. Underlaget innehöll förslag om framtida arbetsfördelning mellan NÄL och Uddevalla sjukhus, beskrivning av begreppet omfattande akutvård vid Uddevalla sjukhus, tidplan, handlingsplan för riskanalyser, samt en sammanfattning av ledningsgruppens arbete med konkretisering av styrelsens handlingsplan.

Den 29 november 2007 godkände styrelsen förslaget med nedanstående beslutssatser:

- att godkänna föreslagna förändringar i arbetsfördelning mellan NÄL och Uddevalla sjukhus under perioden 2007–2009 i enlighet med det anförda jämte redovisade bilagor
- att hemställa hos ägaren om bidrag till omstruktureringen om sammanlagt 140 miljoner kronor avseende investeringar och 80 miljoner kronor avseende drift under 2008–2009
- att uppdra åt sjukhusdirektören att genomföra förändringarna
- att uppdra åt sjukhusdirektören att vid behov och minst vid vartannat styrelsemöte under 2008–2009 systematiskt redovisa förändringarna till styrelsen.

Sjukhusdirektör Sten Axelsson gav sjukhuschef Ann-Marie Schaffrath uppdraget att påbörja genomförandet. Genomförandeprojektet Vård 2010 bildades med en extern konsult som huvudprojektledare inledningsvis.

1.3 Ledning och styrning

Fram till 2006 befann sig NU-sjukvården i ett låst läge i förhållande till det regionala strukturbeslutet från 2004. Ägarna uttryckte ett bristande förtroende för verksamheten med anledning av förvaltningens oförmåga att verkställa regionfullmäktiges beslut. Samtidigt fanns både inom och utanför NU-sjukvården ett mycket kraftfullt motstånd mot strukturbeslutet. Den dåvarande organisationen i NU-sjukvården, med fyra jämbördiga förvaltningar, präglades av konkurrens och förhandlingar, vilket i stor utsträckning motverkade möjligheterna till utveckling. Det var därför en stor utmaning för sjukhusdirektör Sten Axelsson, som kommit till NU-sjukvården hösten 2005, att både hantera den laddade frågan om strukturbeslutet och bygga upp förtroendet för NU-sjukvårdens för-

måga såväl internt som externt. Inom kort genomfördes de första förändringarna i ledningsorganisationen.

När diskussionerna om Vård 2010 inleddes 2006 bestod NU-sjukvården av två sjukhusenheter, Uddevalla sjukhus (inklusive lokalsjukhusen) respektive NÄL. De båda sjukhusen leddes av var sin sjukhuschef med egna sjukhusledning och staber. För att kunna hantera strategiska framtidsfrågor som Vård 2010 stod det klart att ledningen och styrningen behövde förändras, vilket också angavs i styrelsens inriktningsbeslut i maj 2007.

Från och med september 2007 bildades därför en gemensam linjeorganisation under sjukhusdirektören. En gemensam direktörsfunktion bildades, där en av de båda tidigare sjukhuscheferna, Ann-Marie Schaffrath, fick i uppdrag att bistå sjukhusdirektören i det operativa ledningsansvaret genom att samtliga kliniker underställdes sjukhuschefen. En gemensam sjukhusledning inrättades, som bestod av samtliga klinikchefer och ledningsstaben. Första uppdraget blev att ta fram förslag till ny arbetsfördelning mellan sjukhusen.

Vid denna tidpunkt var vissa specialiteter uppdelade på två kliniker, en för vardera Uddevalla sjukhus och NÄL. För att skapa en ökad NU-identitet och samsyn över de båda sjukhusen skapades steg för steg en enhetlig klinikstruktur genom att uppdelade kliniker blev NU-övergripande, exempelvis gällde detta radiologin, akutverksamheten och an/op/IVA. En mer genomgripande förändring genomfördes inom medicinområdet med en omstrukturering av medicinklinikerna på Uddevalla sjukhus och NÄL samt kliniken för geriatrik/rehab. Av dessa bildades två medicinkliniker med olika uppdrag.

Nästa steg i att utveckla ledningen och styrningen i NU-sjukvården togs i mars 2009 då en områdesorganisation med nio områden infördes. Vart och ett av dessa steg har varit viktigt för att skapa en större samsyn och ett gemensamt ansvarstagande för NU-sjukvårdens utveckling.



Laborativ verksamheten har effektiviserats då den anpassats till den nya verksamheten vid respektive sjukhus. Ett större, komplett labb finns numera på NÄL och ett mindre labb finns på Uddevalla sjukhus.

Foto: Curt Warås

I september 2010 samlades den högkvalificerade intensivvården i moderna och välutrustade lokaler på NÅL, samtidigt som en högspecialiserad postoperativ enhet inrättades vid Uddevalla sjukhus.



Foto: Dan Almqvist

2. Genomförandeprojektets uppdrag

Genomförandeprojektets uppdrag var att:

- konkretisera och koordinera de praktiska förändringar som rörde arbetsfördelningen och som beskrivs i styrelsebeslutet från 29 november 2007
- skapa förutsättningar för att genomförandet skedde på ett optimalt sätt utifrån patient-, personal- och effektivitets-perspektiv
- stödja verksamheten i det praktiska genomförandet.

Genom att all mag- och tarmkirurgi samlats på ett sjukhus kan patienterna erbjudas en bredare och djupare kirurgisk kompetens. Därmed har också överflyttningarna av patienter mellan sjukhusen minskat.



Foto: Curt Warås

3. Målbeskrivning

3.1 Effektmål

En utgångspunkt för styrelsens beslut var att de förändringar som skedde inom ramen för projektet skulle genomföras så att de bidrog till följande effektmål:

Patientperspektivet

- förbättring av vården för de svårast sjuka
- ökad kvalitet, tillgänglighet och förbättrad patientsäkerhet.

Medarbetarperspektivet

- minskat jourarbete och dubbelarbete
- förbättrade rekryteringsmöjligheter
- ökade förutsättningar för kompetensutveckling
- förbättrad arbetsmiljö.

Ekonomiperspektivet

- förbättrad kostnadseffektivitet, de förändringar som genomförs i projektet skall långsiktigt bidra till ett mer effektivt resursutnyttjande.

Verksamhetsperspektivet

- ökad kunskap om verksamhetens processer
- kvalitetssäkrade rutiner.

3.2 Projekt mål

Genomförandeprojektet skulle konkretisera, vidareutveckla och genomföra den beslutade arbetsfördelningen mellan sjukhusen, vilket innebar:

- koncentration av all oplanerad verksamhet och tyngre dygnet runt-aktiviteter med nödvändiga stödfunktioner till NÄL
- utveckling av Uddevalla sjukhus till ett centrum för stora volymer planerad verksamhet inom diagnostik och behandling samt för korttidsvård, rehabilitering, onkologi och palliativ vård
- möjlighet för båda sjukhusen att ta in patienter dygnet runt med en fullständig akutmottagning vid NÄL.

Projektets uppdrag och projekt mål framgår mer preciserat i beskrivningen av de ingående delprojekten.

3.3 Förutsättningar

Projekt direktivet fastställdes i juni 2008, men delprojekten påbörjades i april 2008. Flera av delprojekten hade föregåtts av utredningar och arbetsgrupper i linjeorganisationen, till exempel inom kirurgi.

Styrelsens beslut och därmed även projektet byggde på ett antal utgångspunkter som utgjorde förutsättningar för såväl det förändrade arbetssättet som för projektets genomförande:

- minskat akutinflöde till akutmottagningarna genom omhändertagande i alternativa vårdformer och utökat samarbete med primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården
- processorienteringen och dess fokusering på patientperspektivet genomsyrar genomförandet så att genomarbetade och effektiva arbetssätt tillämpas från första dagen efter omstruktureringen
- de politiska besluten förutsatte balans mellan NÄL och Uddevalla sjukhus utifrån vårdplatser och arbetstillfällen
- befintliga lokaler utnyttjas.

Det pågående arbetet i genomförandeprojekt presenterades kontinuerligt för NU-sjukvårdens styrelse och samverkansgrupp NU för eventuellt kompletterande förhandling och beslut.

3.4 Steg 1½

Under arbetets gång stod det hösten 2008 klart att önskvärda effekter inom patientsäkerhet och effektivitet skulle uppnås genom en nivåstrukturerad intensivvård med tyngdpunkten på NÄL och en samtidig överflyttning av infektionssjukvården dit. Detta öppnade för att etablera ett centrum för tumörsjukdomar vid Uddevalla sjukhus.

Styrelsen för NU-sjukvården beslutade i februari 2009 att godkänna föreslagna förändringar i arbetsfördelningen mellan NÄL och Uddevalla sjukhus inom ramen för det så kallade Steg 1½ av genomförandeprojektet och uppdrog samtidigt till sjukhusdirektören att genomföra förändringarna inom intensivvård, infektion och tumörsjukdomar.

Verksamhetsmålet för tilläggsdirektivet var att genomföra verksamhetsförändringar i enlighet med underlaget för styrelsebeslutet för Steg 1½ innebärande:

- genomförande av en nivåstrukturerad intensivvårdsorganisation
- överflyttning av infektion från Uddevalla sjukhus till NÄL
- organisering och start av Centrum för tumörsjukdomar med huvudsaklig verksamhet vid Uddevalla sjukhus.

Verksamhetsförändringarna inom Steg 1½ och de följdprojekt som är föranledda av beslutet skulle generera en driftkostnadsminskning om netto 10 miljoner kronor i budget för 2010 jämfört med budget för 2009.

Arbetet med Steg 1½ bedrevs inom befintliga delprojekt vad avser intensivvård och infektion. Följefeffekter inom trauma och hud hanterades inom dessa delprojekt. Följdprojekt inom psykiatri- och kvinnokliniken överlämnades till linjeorganisationen. Ett nytt delprojekt för Centrum för tumörsjukdomar startades inom Vård 2010. Uppdrag till delprojektet lämnades av styrgrupp efter beredning i projektledningsgruppen.

Med de medicinska äldrevårdsavdelningarna (MÄVA) på Uddevalla sjukhus, infördes ett nytt arbetssätt, i nära samverkan med kommuner och primärvård, för att ta hand om gruppen äldre med flera sjukdomar.



Foto: Stefan Ideberg

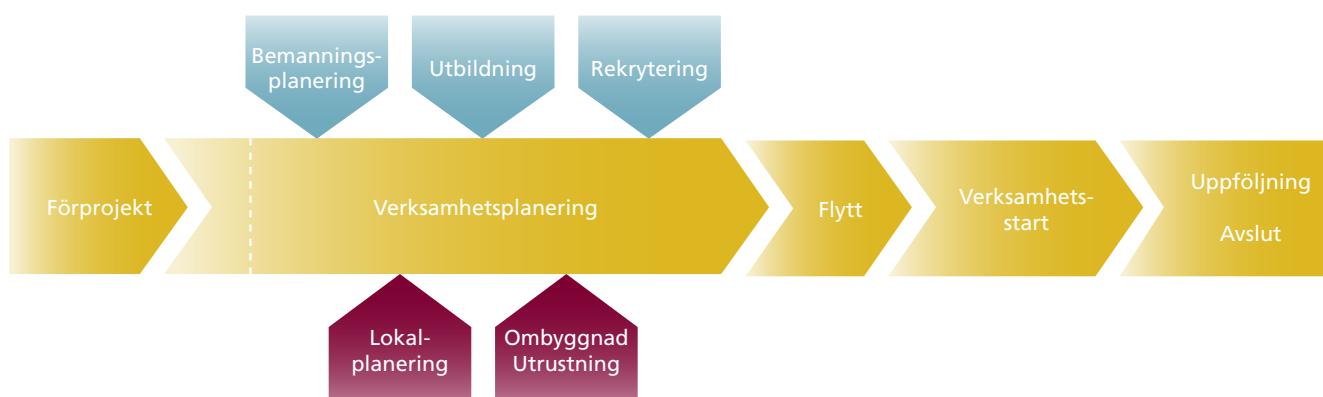
4. Genomförandeprojektet

4.1 Arbetssätt

Projektet omfattade alla de verksamheter och verksamhetsförändringar som berördes av styrelsens beslut om förändrad arbetsfördelning mellan sjukhusen.

Projektets insatser inleddes med förprojekt och projektplanering och omfattade därefter alla de faser som framgår av nedanstående projektflyde fram till och med uppföljning av de genomförda förändringarna.

Genomförandeprojekt – Delprojektens faser



4.2 Projektorganisation

Projektorganisationen som framgår av nedanstående bild bestod av följande:

Styrgrupp:

Sjukhusdirektör Sten Axelsson
Sjukhuschef Ann-Marie Schaffrath.

Huvudprojektledare:

Jan Svanell 071201-080531
Lars Körner 080601-100831
Staffan Börjesson 100901-101031

Projektledningsgrupp:

Ulf Almqvist (verksamhetschef ÖNH/Käkkir, senare chefläkare)
Staffan Börjesson (planeringsstrateg, senare controller)
Lars Körner (chefläkare)
Kerstin Mattsson (chefsjuksköterska)
Henrik Hultkvist (ekonomi)
Kerstin Blomgren (personal)
Birgitha Olsson (projektsekreterare)

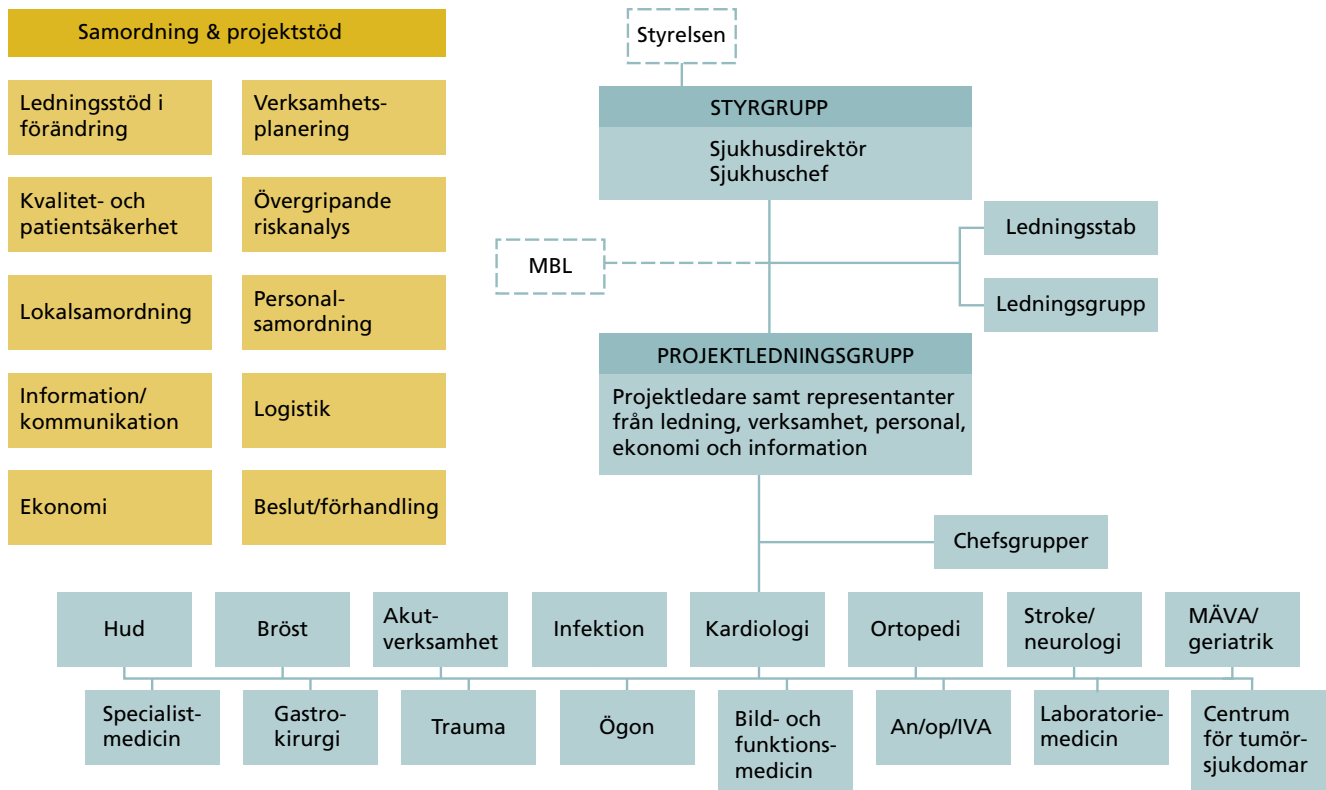
Som informatör i gruppen ingick

Johanna Wiechel 071201-080515
Inger Hedén 080801-091231
Vivian Komstadius 080515-080731 och 100101-101031

Delprojekt (16 st):

De utsedda delprojektledarna ansvarade för sitt delprojekt och rapporterade till projektledaren. Tillsammans med chefsgruppens ordförande hade delprojektledarna återkommande avstämningar med projektledningsgruppen.

Projektorganisation



4.3 Samband mellan projekt och linje

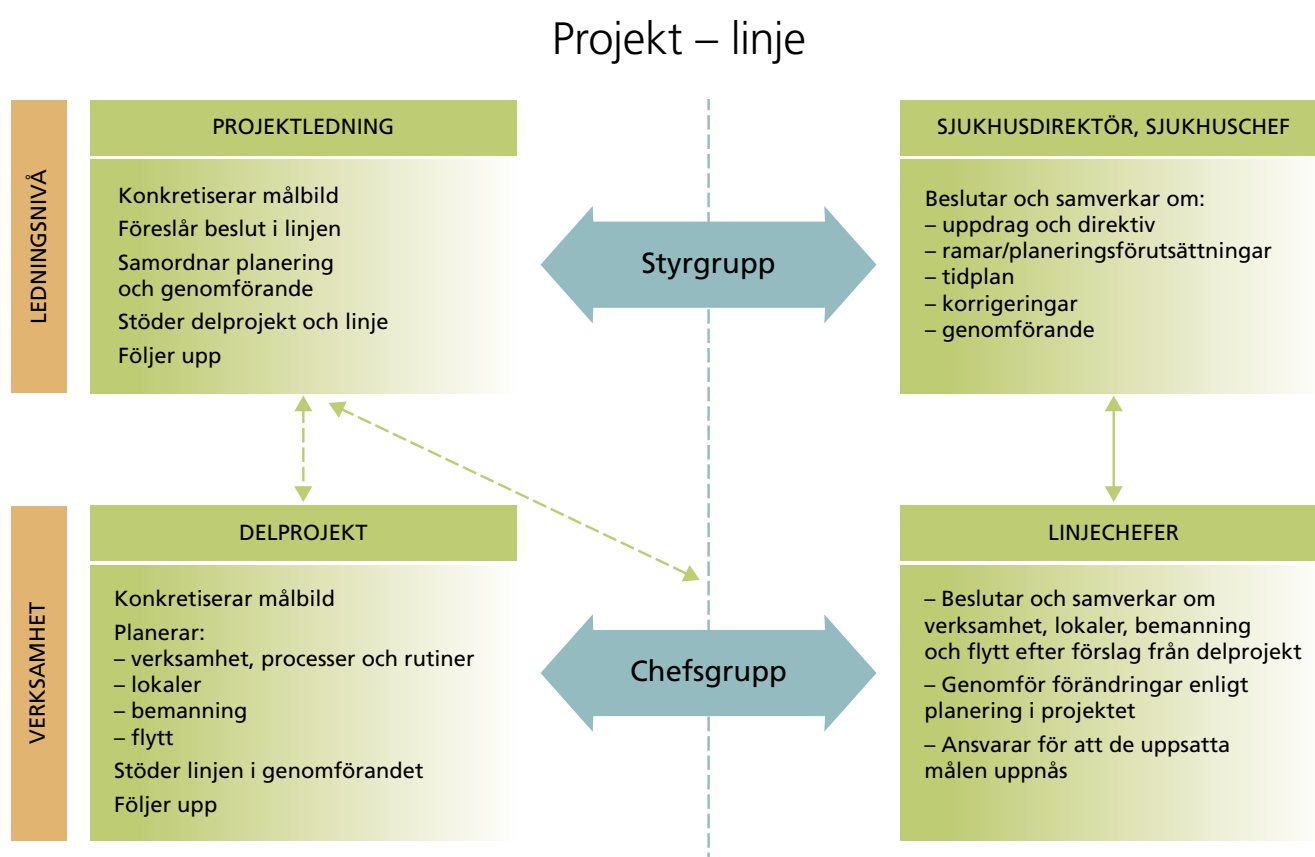
Beslut om genomförandet bereddes och samordnades i projektet – huvudprojekt och delprojekt. Beslut togs i linjeorganisationen enligt gällande delegationsordning efter förhandling och riskbedömning.

Det skapades ett tydligt samband mellan linjen och projektorganisationen genom:

- dialog mellan styrgrupp och projektledningsgrupp
- ledningsstab och ledningsgrupp – successiv avstämning/dialog kring genomförandeprojektet
- chefsgrupper för vart och ett av delprojekten, bestående av berörda linjechefer för kontinuerlig dialog/avstämning mellan delprojektet och linjeorganisationen.

Projektets roll var att fungera som ett stöd för linjen i genomförandeprocessen. Ansvaret för genomförandet låg i linjeorganisationen. På övergripande ledningsnivå var det sjukhusdirektör och sjukhuschef som i styrgruppen fattade beslut på förslag av projektledningsgruppen.

Delprojekten ansvarade för att planera och förbereda de verksamhetsförändringar som skulle ske, samt att efter beslut i den berörda linjeorganisationen stödja verksamheten i genomförandet av de praktiska förändringarna.



4.4 Delprojektens uppdrag

Nedan anges huvuduppdraget för de ingående delprojekten, samt i förekommande fall beskrivning av avgränsningar mot andra delprojekt eller övrig verksamhet. Specificerade direktiv för vart och ett av delprojekten fastställdes av styrgruppen inför starten av delprojektet.

4.4.1 Akutverksamhet

Delprojektets uppdrag var att i ett första steg samordna överföringen av akut kirurgi och akut specialistmedicin till NÄL samt närsjukvårdsmedicinen till Uddevalla sjukhus, kopplat till anpassning av de båda akutmottagningarnas verksamhet, resurser och processer. Delprojektet omfattade även genomförande av de åtgärdsförslag som blev resultatet av akutflödes- och logistikgruppernas uppdrag.

I ett andra steg skulle delprojektet beskriva motsvarande parametrar i samband med att verksamhet enligt trauma-protokoll överfördes från Uddevalla sjukhus till NÄL.

I uppdraget ingick även att samordna det arbete som initierats avseende subakuta mottagningar. Delprojektet skulle ta fram förslag på sjukhusgemensamma strategier som medger att omstyrningen av akutflödena kunde vara genomförd under det sista tertialet 2008. Detta var en förutsättning för den beslutade förändringen av akutverksamheten.

4.4.2 An/op/IVA

Delprojektets uppdrag var att anpassa anestesi-, operations- och IVA-verksamheten till de förändringar som genomfördes och till den förändrade vårdprofilen på Uddevalla sjukhus respektive NÄL, där kvalificerade operationer skulle bedrivas vid båda sjukhusen, men med olika inriktning.

4.4.3 Bild- och funktionsmedicin

Inom delprojektet skulle en anpassning ske av den bild- och funktionsmedicinska verksamheten, omfattande radiologi och klinisk fysiologi, till den förändrade arbetsfördelningen mellan sjukhusen.

4.4.4 Bröstverksamheten

Huvuduppdraget var att flytta bröstverksamheten från NÄL till Uddevalla sjukhus. Uppdraget innefattade överföring och planering av en sammanhållen bröstmottagning för diagnostik, omfattande klinisk mammografi, öppen och sluten kirurgi, samt diagnostiskt stöd från klinisk patologi och cytologi. Även mammografiscreeningen inkluderades i delprojektet, liksom planering av för verksamheten anpassade lokaler vid Uddevalla sjukhus.

4.4.5 Centrum för tumörsjukdomar

Delprojektets uppdrag var att inrätta ett integrerat centrum för NU-sjukvårdens processer för tumörsjukdomar och palliativ vård.

4.4.6 Gastrokirurgi

Delprojektet hade i uppdrag att överföra kolorektal kirurgi i sluten vård från Uddevalla sjukhus till NÄL, samt utveckla en sammanhållen verksamhet för gastrokirurgi på NÄL.

4.4.7 Hud

I projektet ingick överföring av hudverksamhetens öppenvårds-mottagningar, exklusive ljusbehandling, från NÄL till Uddevalla sjukhus, samt beskrivning av en sårvårdsmottagning inom den samlade hudverksamheten.

4.4.8 Infektion

Uppdraget innefattade en anpassning av infektionsmedicinen och dess verksamhetsmässiga samband med övriga verksamheter, till den förändrade arbetsfördelningen mellan sjukhusen. I delprojektet ingick också en beskrivning av hur infektionsmedicinen samordnas med övrig specialistmedicin och intensivvård, för att skapa säkra och ändamålsenliga omhändertaganderutiner för akuta infektionspatienter vid NÄL. En utgångspunkt för detta var en fortsatt lokalisering av infektionsklinikens huvud-del till Uddevalla sjukhus.

Med anledning av styrelsens beslut om Steg 1½, tillkom kompletterande direktiv för delprojektet vilket innebar ett uppdrag att flytta verksamheten till NÄL.

4.4.9 Kardiologi

Uppdraget var att beskriva en samlad kardiologiverksamhet inom NU-sjukvården, förlagd till NÄL, med uppgift att ansvara för konsultverksamhet med hög tillgänglighet och planerad mottagning vid Uddevalla sjukhus.

I projektet ingick också:

- överföring av kardiologi från Uddevalla sjukhus till NÄL
- planering av utökad hjärtintensivvårdsverksamhet (HIA) på NÄL med ombyggnation
- säkerställa behovet av kardiologisk kompetens för den förändrade verksamhetsprofilen på Uddevalla sjukhus.

4.4.10 Laboratoriemedicin

Uppdraget innebar att skapa en utökad laboratorieverksamhet vid NÄL som en del i den nya arbetsfördelningen. Detta innebar en omstrukturering av den laboratoriemedicinska verksamheten så att ett större laboratorium skulle lokaliseras på NÄL och ett mindre laboratorium på Uddevalla sjukhus.

4.4.11 MÄVA/geriatrik

Delprojektets uppgift var att beskriva de olika komponenter som skulle ingå i närsjukvårdsmedicinen med utgångspunkt i dagens internmedicin, geriatrik och rehabilitering. I projektet ingick också att precisera avgränsningen från specialistmedicinen, med särskild hänsyn till akutflödena, liksom att beskriva samverkansprocessen med specialistmedicinen, framför allt i kopplingen MAVA/MÄVA.

Detta innebar även genomförande av följande beslutade förändringar:

- start av MÄVA på Uddevalla sjukhus
- koncentration av geriatriska vårdplatser på Uddevalla sjukhus
- samordning och utveckling av samband mellan MÄVA och geriatrik.

4.4.12 Ortopedi

Uppdraget var att anpassa ortopedin till nya krav på samtidig akutverksamhet och vårdgarantiproduktion. Anpassningen till traumaverksamheten ägde rum inom delprojekt trauma.

4.4.13 Specialistmedicin

Uppdraget var att samordna och genomföra omstruktureringen av den samlade specialistmedicinska verksamheten på sjukhusen, exklusive kardiologi och stroke/neurologi. Projektet skulle också precisera avgränsningen gentemot närsjukvårdsmedicinen, med särskild hänsyn till akutflödena, samt beskriva samverkansprocessen med närsjukvårdsmedicinen, framför allt i kopplingen MAVA/MÄVA.

Detta innebar konkret:

- överföring av MAVA, medicinsk akutvård från Uddevalla sjukhus till NÄL
- anpassning av jourverksamheten
- organisation av gastroenterologi på NÄL
- säkerställa den lungonkologiska verksamheten på Uddevalla sjukhus, inklusive överföring av vårdplatser från NÄL
- etablering av benskörhetsmottagning på Uddevalla sjukhus.

4.4.14 Stroke/neurologi

Delprojektets uppdrag var att beskriva en strokeverksamhet inom NU-sjukvården som, uppdelad på de två sjukhusen, uppfyller det nationella vårdprogrammets mål och krav.

Det innefattade också:

- överföring av akut stroke från Uddevalla sjukhus till NÄL, samt etablering av ett "hjärncentrum" i samarbete mellan strokevården och den neurologiska verksamheten
- överföring av neurologiska platser av elektiv karaktär från NÄL till Uddevalla sjukhus
- utveckling av gemensamma arbetsprocesser för de båda sjukhusen inom de berörda verksamhetsområdena.

4.4.15 Trauma

I projektet ingick att överföra traumaverksamheten till NÄL och att beskriva för ändamålet anpassade traumaprotokoll och omhändertagandeprocess. Särskild vikt skulle läggas vid att säkerställa ett fungerande samband med den akuta ortopedin som enligt beslutet fortsatt skall bedrivas på Uddevalla sjukhus.

4.4.16 Ögon

Uppdraget var att koncentrera ögonklinikens verksamhet till Uddevalla sjukhus, och överföra den öppenvårdsverksamhet som bedrevs vid NÄL.

4.5 Samordning och projektstöd

4.5.1 Processorientering

Våren 2007 beslutade sjukhusdirektören och NU-styrelsen att processorientering skulle fungera som verktyg för den systematiska verksamhetsutvecklingen. Omflyttningar av verksamheter skulle ge den framtida strukturen ("grovsortering") och processorientering skulle ge ständiga förbättringar ("finjustering").

Dessa speciella förutsättningar krävde att NU-sjukvården tog fram ett eget koncept för arbetet i form av gemensamma riktlinjer samt ett utbildningspaket. Det nivåstrukturella förändringsarbetet skulle kräva mycket av organisationen, och det var viktigt att anpassa den övriga verksamhetsutvecklingen för att möjliggöra två så stora förändringsarbeten parallellt.

Breddinförandet var planerat för perioden fjärde kvartalet 2007 – fjärde kvartalet 2009 (men har sedan fått utsträckas till tredje kvartalet 2010). Under cirka ett halvår har samtliga klinikledningar tillsammans med processansvariga och processteam genomgått en serie av fem seminarier. Mellan seminarierna har processansvariga och team fått lösa uppgifter under handledning.

Två alternativ för verksamheternas turordning för breddinförandet diskuterades: fokus mot akutverksamheterna eller mot de verksamheter som flyttade på sig och/eller centrala samband. Sistnämnda alternativet valdes, varför kirurgkliniken var först ut i september 2007. Breddinförandet avslutades med det sista seminariet för vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt barn- och ungdomsmedicin i september 2010. Därmed har cirka tio procent av alla medarbetare i NU-sjukvården fått samma kunskap om processorienterat arbetssätt och förutsättningarna finns för en gemensam syn på de gränsöverskridande processerna. Vidare finns förutsättningarna för att utveckla processperspektivet i styrkortet, och framförallt, att målstyra och mäta processerna för att kunna redovisa den effektivisering som ett utvecklat arbetssätt innebär.

4.5.2 Lokalplanering, ombyggnad och utrustning

Lokalsamordnarens roll i Vård 2010 har varit att till ledningsgrupp och avdelningschefsgroup inspirera, motivera och presentera förslag till olika lösningar för att åstadkomma en utvecklingsplan för NU-sjukvården. Utmaningen låg i att flytta om verksamheter i de olika huskropparna så att NÄL utvecklas mot den akuta vården och Uddevalla sjukhus mot den mer planerade vården. I den planeringen har lokalsamordnarens uppgift varit att lyssna på förslag som kommit från verksamheterna, tänka igenom hur de övergripande patientprocesserna ser ut och hitta optimala lösningar för vilka verksamheter som bör ligga i närhet till varandra för effektivt samarbete, utan att flytta runt verksamheter i onödan.

Det optimala arbetsättet hade varit att först göra klart patientflödesprocesserna och därefter göra ombyggnationerna. Förutsättningar för detta fanns inte för flera av delprojekten, uppgiften blev då att försöka se helheten och göra omflyttningsplaner som fungerar på sikt, även om ingångsvärdena för lokalplaneringen ändras.

Utgångsläget för lokalplaneringen var de direktiv som NU-sjukvården fick från början att använda befintliga lokaler och inte göra nya stora ombyggnader på något av sjukhusen. Avsteg från dessa förutsättningar gjordes för hjärtsjukvården och ögon.

Under Vård 2010-processen kom beslut (Steg 1½) om att infektion skulle flytta till NÄL för att ingå i akutvårdsprocesserna. Beslut togs då i styrgrupp och styrelse om att göra nybyggnationer på yta som inte tidigare fanns.

Lokalsamordnaren har hållt samman lokalplaneringen i Vård 2010 med hjälp av kontinuerliga och täta möten i en lokalsamordningsgrupp. Gruppens uppgift har varit att på ett okonventionellt och smidigt sätt lösa uppkomna problem som inte delprojekten klarat på egen hand, och snabbt hitta lösningar och få till stånd beslut för att inte försena ombyggnadsprocesserna. Delprojektledarna har själva haft ansvar för kontakterna med bygglidare, arkitekter och vårdhygien för de avstämningar som normalt krävs under projektiden. Det har varit mycket viktigt att hålla tidplanen för hela Vård 2010.

Lokalplaneringsgruppen har sammanfört och belyst hur byggprocess och utrustningsprocess utvecklats. Det ekonomiska läget har redovisats för varje delprojekt. Det skapades från början preliminära ekonomiska ombyggnadsramar för varje delprojekt som tagits fram i samverkan mellan NU-sjukvården och Västfastigheter. Gruppens uppgift har varit att styra mot de ekonomiska ramar som fanns angivna i ombyggnadsprocessen.

Utrustningssamordnaren har haft en viktig uppgift att i tid göra planer och inköp av utrustning tillsammans med verksamheterna. Avstämning av denna process har presenterats vid gruppens möten. Avstämning av arbetet har regelbundet redovisats för styrgruppen.

4.5.3 Personalsamordning

I projektdirektiven för varje delprojekt beskrevs vilka principer som skulle gälla för personalsamordningen.

Följande skriftliga dokument har funnits som stöd för personalfrågorna:

- riktlinjer för personalomsättning inom VGR
- arbetsprocess för personalomställning
- Västra Götalandsregionens rekryteringsprocess
- kompetensförsörjning NU-sjukvården 2007–2010, med överenskommelse om rutin för omplacering av personal vid verksamhetsförändringar (SKTF, Kommunal och Vårdförbundet)
- riktlinjer för reseersättning under genomförandet av Vård 2010
- checklista inom områdena arbetsmiljö, arbetsgivarfrågor, bemanning, lön, anställning och administration
- verktyg för bemanningsplanering – verksamhetsanpassad bemanning.

En rutin togs också fram för resor till och från arbetet med den interna personaltransporten kallad NU-turen, när MÄVA flyttade tillfälligt till NÄL i avvaktan på att lokaler färdigställdes.

I direktiven för alla delprojekt framgick att det skulle upprättas bemannings- och kompetensutvecklingsplaner samt riskbedömningar enligt Arbetsmiljölagen.

En partssammansatt kompetensförsörjningsgrupp träffades regelbundet och arbetade med att kartlägga och följa upp vakanser, vikariat, pensionsavgångar, övriga avgångar och övertalighet. Gruppen var också forum för information om förändringsstöd samt ömsesidiga lägesrapporter gällande personalfrågor och arbetsmiljö. Kompetensförsörjningsgruppen hade arbetat ihop vid tidigare omställningsarbete vilket gjorde att gruppen snabbt kom igång.

I överenskommelsen med de fackliga organisationerna fastställdes att:

- reell och formell kompetens samt lämplighet var den viktigaste faktorn vid omplacering
- sysselsättningsgrad i grundanställning gällde vid omplacering
- den anställdes önskemål om placering skulle tillmötesgå i den mån det var möjligt utifrån verksamhetens krav på kompetens
- anställningstidens längd var avgörande vid likvärdig kompetens.

Intresseanmälningar och erbjudande om placering var skriftliga. Efter att bemanningsplan och schema färdigställt i linjeorganisationen gjorde kompetensförsörjningsgruppen en överenskommelse om hur intresseanmälningar och annonser skulle hanteras. Målgruppen för intresseanmälningar kunde skilja sig åt och diskuterades för varje avdelning.

Vid bristsituationer under pågående omställningsarbete tillämpades visstidsanställningar.

En del enheter flyttade sina verksamheter med befintlig personal, en del enheter fick övertalig personal. Vissa enheter behövde rekrytera både chef och medarbetare.

Extern rekrytering förekom för att bland annat få sjuksköterskor till IVA och MÄVA. En MÄVA anlidade tillfälligt bemanningsföretag för att täcka bristen av sjuksköterskor och läkare.

På hjärtavdelningen vid Uddevalla sjukhus valde många att inte flytta med till den nya avdelningen på NÄL, en del slutade medan andra sökte sig till andra enheter inom NU-sjukvården. Kompetensbristen blev påtaglig på kort sikt och på den nya hjärtavdelningen var personalgruppen från nio olika avdelningar med varierad kompetens. Internutbildning genomfördes kontinuerligt.

För bröstprojektet var bemanningsproblematiken påtaglig avseende patologer och mammoradiologer. Omfattande rekryteringsaktiviteter genomfördes och en patolog rekryterades. Verksamheten kommer att arbeta för att i det fortsatta rekryteringsarbetet strategiskt dra nytta av att bröstverksamheten har ett gott rykte. Övriga personalgrupper flyttade med sin verksamhet.

Delprojektet Akutverksamhet skapade redan före start oro bland personalgrupperna och det gjorde att en stor grupp sjuksköterskor och undersköterskor sökte och fick alternativa sysselsättningar såväl inom som utanför NU-sjukvården. En viss överföring av personal från Uddevalla sjukhus till NÄL genomfördes men motsvarande inte behovet. Då traumafunktionen flyttades överfördes fler medarbetare.

Inom hudverksamheten valde flera medarbetare framförallt läkare, att söka sig till andra kliniker eller landsting. Men med mer passande lokaler såg man möjligheter att skapa effektiva arbetsflöden och god arbetsmiljö. Delprojekt Infektion påverkades av flera byten av verksamhetschef och delprojektledare. Vid analys av arbetsmiljöförhållandena påtalades den ökade arbetsmängden. Inom delprojekten Laboratoriemedicin, Gastrokirurgi, Specialistmedicin och Ögon överfördes personal enligt bemanningsplan.

Förändringsarbetet påverkade möjligheterna att ta emot studerande då kompetens och kliniska utbildningsplatser i verksamheten försvann eller ändrades.

Helt naturligt var det i början av projektet många frågor om hur personalärenden skulle hanteras. De fackliga företrädarna fick många samtal från oroliga medarbetare men de fick också samtal från medarbetare som var nöjda med sina placeringar. Initialt uppstod många frågor kring bussförbindelser mellan sjukhusen, vilka kunde hanteras med hjälp av en kontaktperson på Västtrafik. Erfarenheten är att de skriftliga verktygen som togs fram för personalsamordningen var tillräckliga. Förutom de skriftliga verktygen var de muntliga kontakterna mycket väsentliga och personalsekretärerna hade en viktig roll. Det fanns en stor oro inför förändringsarbetet, framförallt på de avdelningar som bröts upp.

I ett examensarbete som gjordes om en enhet som flyttade, framkom att personalen upplevde en stark frustration eftersom de inte förstod grunden till beslutet om verksamhetsförändring. Besvikelsen var stor över att inte ha fått möjlighet att påverka strukturbeslutet, utan istället fick påverka mindre frågor som till exempel schema och lokaler. För majoriteten handlade det om en personlig förlust att tvingas pendla till arbetet. Ambitionen från projektledningen var att skapa en bred delaktighet hos medarbetarna och sex arbetsgrupper bildades. Deltagandet var frivilligt och ökade efter hand. När följdfrågor ställdes kring delaktighet framkom att medarbetarna hade getts goda möjligheter att påverka.

4.5.4 Ledningsstöd i förändring

En strategisk plan för ledarstöd utarbetades för att underlätta arbetet ur ett ledar- och medarbetarperspektiv. Syftet var att:

- skapa ett varaktigt och framgångsrikt förändringsarbete
- utveckla kunskapen i förändringsarbetet hos både medarbetare och ledare
- stärka ledarskapet och förmågan att driva strategiska budskap i organisationen
- underlätta förändringsarbetet genom att sprida kunskap och information i praktiska frågor
- skapa nätverk för ledare och därigenom öka tryggheten i ledarskapet
- skapa god samarbetskultur i ledningsgrupper.

Förutom chefer identifierades läkare och fackliga företrädare som nyckelgrupper. Befintliga mötesarenor såsom ledningsgrupp, klinikledning, samverkansgrupper och arbetsplatsträffar användes som informations- och kommunikationsforum. MBL-gruppens möte och chefsmöten förtätades och genomförandeprojektet Vård 2010 var en stående punkt på agendan. Sjukhusdirektör och sjukhuschef informerade på fackliga möten, på läkarmöten samt hade stormöten för all personal. Informationsbrev till alla chefer från sjukhuschefen skickades ut en gång per vecka. Chefer fick tillgång till OH-material som stöd för information i sina personalgrupper. Nuläget och intranätet var kompletterande informationskanaler.

En viktig samarbetspart var som tidigare företagshälsovården, Hälsan & Arbetslivet, där chefer hade tillgång till handledning och individer kunde få stöd.

För att nå ett framgångsrikt och över tid hållbart förändringsarbete krävdes medarbetarnas engagemang och kompetens. Förändringsdialogerna behövde ledas på enhetligt och effektivt sätt, med metoder anpassade till de teman vi behövde diskutera. För att uppnå detta användes interna och externa facilitatorer. En grupp anställda, med tidigare erfarenhet av ledarskap utbildades till interna facilitatorer. Chefer beställde faciliteringsstöd hos utsedd kontaktperson som matchade chefens behov av stöd med lämplig facilitator. Ett nätverk för facilitatorerna hölls samman av kontaktpersonen. Facilitatorns uppgift var att leda strukturerade, metodiska och resultatfokuserade möten, som en "neutral mötesledare". Facilitatorerna arbetade med avgränsade uppdrag med fokus på arbetsprocessen. De hjälpte gruppen att formulera spelregler, identifiera, lösa problem och fatta beslut.

Föreläsningar om förändringskunskap erbjöds centrala fackliga företrädare och arbetsplatsombud på klinikerna. Genom regelbundna chefsmöten med förändringskunskap på agendan blev begrepp som "förändringskurvan" gemensamma.

Delprojektledare, personalsekreterare och verksamhetsutvecklare utbildades i faciliteringsmetoder för att själva kunna använda det i sitt arbete och för att veta vilket stöd de kunde få. Alla verksamma konsulter i NU-sjukvården informerades i syfte att alla skulle arbeta åt samma håll.

4.5.5 Arbetsmiljö och bestämmande, beslut och förhandling

Den fackliga samverkan skedde på flera nivåer. I den centrala MBL-gruppen gjordes regelbundna avstämningar kring projektet. I den partsammansatta kompetensförsörjningsgruppen sköttes handläggning av personalomflyttningar både på avdelnings- och individnivå. På samverkansgrupp klinik hanterades alla ärenden för respektive enhet såsom riskbedömningar enligt Arbetsmiljölagen, bemanning, schema och kompetensplaner. Arbetsplatsträffarnas funktion var liksom tidigare forum för dialog mellan medarbetare och chef.

4.5.6 Information och kommunikation

I det inledande arbetet för Vård 2010 togs en kommunikationsplan fram med övergripande budskap och målgrupper för hela Vård 2010-arbetet. Där identifierades samtliga chefer, fackliga representanter och läkargruppen som särskilt viktiga målgrupper. Åtgärder vidtogs, beskrivs ovan, för att skapa förutsättningar för en väl fungerande dialog med dessa grupper under förändringsarbetet.

Våren 2008 vidareutvecklades kommunikationsplanen för att anpassas till genomförandeprojektets behov, och har kontinuerligt uppdaterats med övergripande aktivitetsplaner för respektive period av projektet. Därutöver har varje delprojektledare fått stöd i att ta fram en kommunikationsplan för respektive delprojekt för att kunna understödja information och kommunikation såväl internt som externt. Kommunikationsbehoven har sett olika ut beroende på projekt, vissa har varit avgränsade till en enskild klinik och inte varit föremål för något stort intresse från utomstående och därmed kunnat hanteras i linjen utan större stöd från informationssidan. Andra har varit mycket komplexa, med många inblandade kliniker internt och med större behov av att kommunicera med massmedia och allmänhet, vilka krävt större insatser från informatorerna.

Informatören som varit kopplad till Vård 2010 har haft i uppgift att, i samarbete med övriga informatörer, stödja projektledningsgrupp, styrgrupp och de olika delprojekten i sin kommunikation, men också att samordna, planera och genomföra de sjukhusgemensamma kommunikationsinsatserna.

4.5.7 Ekonomistyrning

Ett av de övergripande effektmålen för genomförandeprojektet Vård 2010 var att sänka NU-sjukvårdens nettokostnad med minst 70 miljoner kronor från och med 1 januari 2010 jämfört med budget 2008. För nästan samtliga delprojekt sattes ekonomiska effektmål för att sammantaget nå upp i de 70 miljoner kronor. Effektmålen bestod både av sänkta kostnader och ökade intäkter, samtidigt som besparingspotentialen för de olika delprojekten varierade kraftigt.

Framtagande av effektmålen komplicerades bland annat av att flera andra projekt, såsom verksamhetsanpassad bemanning,

pågick samtidigt, där det fanns en risk att effektmål eller besparingar räknades dubbelt.

Investeringsbehov som uppstod i de olika delprojekten behandlades och prioriterades i lokalförsörjningsgrupp (lokalinvesteringar) respektive investeringsråd (utrustningsinvesteringar). Lokalinvesteringarna prioriterades utifrån beviljade strategiska investeringsmedel, medan utrustningsinvesteringar styrdes av de givna årliga investeringsramar som NU-sjukvården erhåller från regionen.

Engångskostnader som uppstod på grund av projekten hanterades så långt det var möjligt via ett centralt ansvar. Uppföljning av nedlagd tid i respektive delprojekt gjordes också för 2008–2009. Styrande för engångskostnadernas storlek var det omställningsbidrag som NU-sjukvården erhöll från regionen, 40 miljoner kronor per år för 2008 och 2009.

Som stöd för att följa upp de uppsatta ekonomiska effektmålen, fanns ekonomikompetens tillgängliga i samtliga delprojekten. Eventuella avvikelser mot de uppsatta effektmålen rapporterades in till projektledningsgruppen, via delprojektens månatliga rapporter.

För att kunna följa upp de ekonomiska effekter som uppstod på grund av delprojekten togs ett regelverk fram. Detta visade bland annat på hur uppföljning av effektmålen skulle ske och hur engångskostnader som uppstod under projekttiden skulle hanteras. Stöd till uppföljningsarbetet gavs också av delprojektets ekonom.

4.5.8 Logistik

I syfte att understödja förverkligandet av idén om det samlade länssjukhuset med flera utbudspunkter genomfördes under början av 2008 en utredning om hur förbättrad logistik avseende transport av patienter, personal och material kan förbättras och modern telemedicin utnyttjas. Utredningen resulterade i ett antal konkreta förslag som fanns tillgängliga för delprojekten när dessa påbörjade sitt arbete. Tanken var att den förbättrade logistiken och telemedicinen skulle utgöra en grund för förbättrade sjukhusgemensamma processer.

4.5.9 Kvalitet och patientsäkerhet

I direktiven till delprojekten i Vård 2010 finns ett avsnitt om kvalitet och patientsäkerhet.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) ska ledningssystemet säkerställa att det finns rutiner för att:

1. identifiera, analysera och bedöma riskerna i verksamheten,
2. åtgärda orsakerna till riskerna,
3. göra en särskild riskbedömning vid väsentliga förändringar i verksamheten.

Det innebär bland annat att delprojekten inom Vård 2010 skulle tillse att rutiner vid förändringar gällande patientarbete fastställs och dokumenteras. Delprojekten skulle tillse att rutiner finns som tillgodoser att personalen har den kompetens som krävs. Man skulle också säkra hanteringen av produkter, försörjningssystem och informationssystem i den nya verksamheten.

I verksamheterna skulle finnas rutiner för avvikelshantering. Avvikelser som berör delprojekten rapporteras till projektledningsgruppen (PLG) i det datorbaserade systemet MedControl.

Vid negativa händelser eller tillbud initierar chefläkaren händelseanalys i lämpliga fall.

4.5.10 Riskanalyser

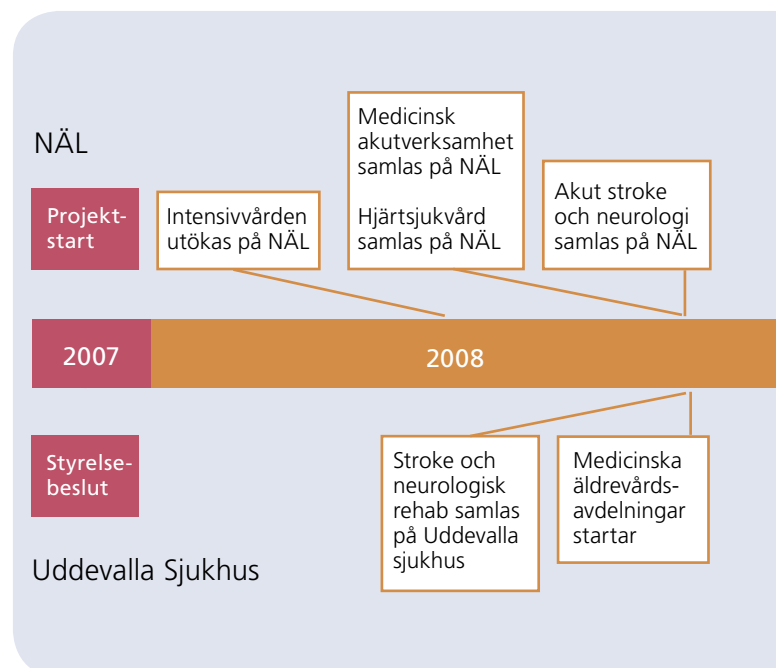
Riskanalyser utförs där risk för patientskada kan uppstå vid genomförandet av projekten och tillämpade logistklösningar. Riskanalys initieras av medlemmarna i delprojekten, av chefläkaren eller av projektledningsgruppen.

NU-sjukvården har utbildat analysledare inom enheten för Lednings- och Verksamhetsstöd (LOV) men även på kliniknivå. Varje delprojekt har tilldelats analysledare. Den metodik som använts finns beskriven i den nationella boken för händelse- och riskanalyser. (Händelseanalys & Riskanalys, Handbok för patientsäkerhetsarbete, 2005).

Riskanalyser ska utföras då verksamhetsbeskrivningen för den nya verksamheten är gjord och har genomförts kontinuerligt under projektarbetet.

Med stöd av dom meddelad av Kamrarrätten i Göteborg 28 augusti 2009 (Mål nr 1372-09) har NU-sjukvården beslutat om följande arbetsgång med riskanalyser:

1. Riskanalys genomförs på vanligt sätt inklusive riskmatris och sannolikhets/allvarlighets-bedömning. Med utgångspunkt från identifierade riskers allvarlighetsgrad fattas beslut om fortsatt analys. Bakomliggande orsaker, åtgärdstyp och åtgärdsförslag tas fram av analysteamet.
2. På grundval av diskussion vid analysmötet och riskanalysen upprättar sedan analysledaren ett sammanfattande rapportdokument som redovisar analysen med en förteckning över risker som identifierats som allvarliga och/eller där behov av särskilda riskförebyggande åtgärder bedöms föreligga. Närliggande risker bör om möjligt redovisas under en rubrik i syfte att vinna i överblick.
3. Samlingsdokumentet och riskmatrisen presenteras muntligt och skriftligt för uppdragsgivaren som i dokumentet infogar en uppföljningsplan. Planen skall innehålla uppgifter om vad som skall göras, vem som har ansvaret och när det skall vara



klart. Uppdragsgivaren kan infoga ytterligare risker i samlingsdokumentet från riskmatrixen eller från annan källa. Uppdragsgivaren skall även kommentera i vilken utsträckning riskerna reduceras/elimineras genom de föreslagna åtgärderna.

4. Projektledningsgruppen tar ställning till samlingsdokumentet som inlämnats i pdf-format. När detta är godkänt makuleras riskmatrixen.

5. Styrgruppen godkänner samlingsdokumentet. Sjukhusdirektören fattar beslut om åtgärds- och uppföljningsplan.

6. Samlingsdokumentet diarieförs. Uppdragsgivaren redovisar riskanalysen i sin verksamhet. Riskanalysen publiceras på NU-sjukvårdens externa webbplats.

Inom Vård 2010 har följande riskanalyser genomförts:

- Riskanalys An/op/IVA 2010-03-30
- Riskanalys Trauma 2010-03-04
- Riskanalys An/op/IVA 2009-06-15
- Riskanalys – Akutverksamheten NU-sjukvården 2008-11-12
- Riskanalys Bröstverksamheten 2009-04-03
- Riskanalys Hud 2009-06-15
- Riskanalys Stroke 2009-04-08
- Riskanalys MÅVA/geriatrik 2008-03-20
- Riskanalys delprojekt Infektion 2010-04-26

Övriga, mer omfattande riskbedömningar som är gjorda ur ett patientperspektiv inom ramen för Vård 2010, men som inte följt Socialstyrelsens handbok, är:

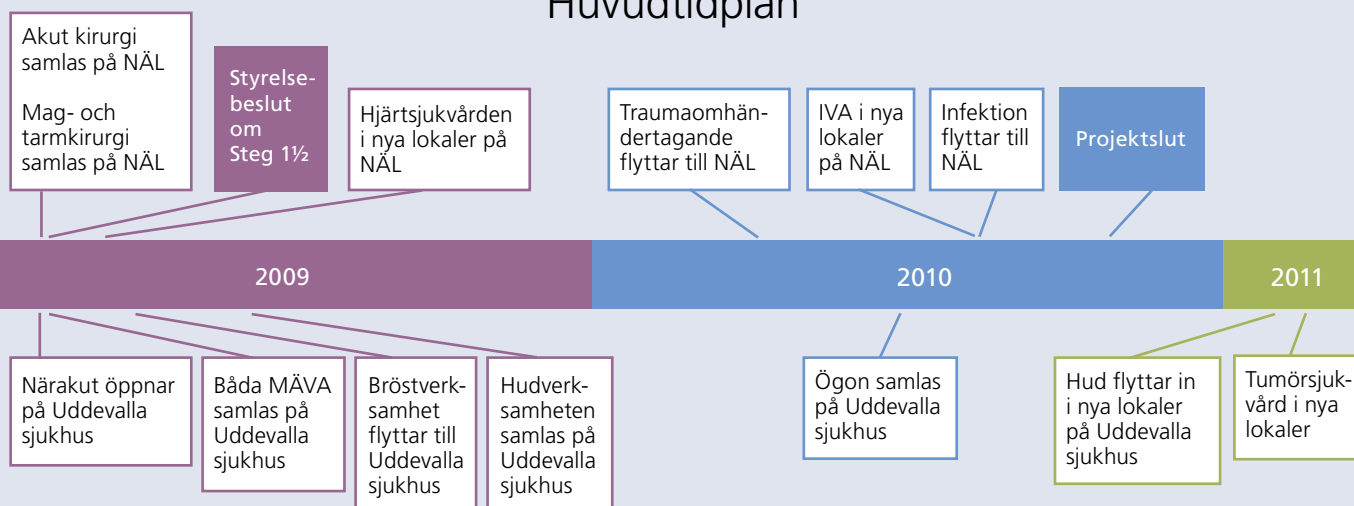
- granskning av samtliga delprojekt i samband med seminarium, juni 2008 (Ulf Almqvist, Lars Helldin)
- seminarium om den framtida strokevården i NU-sjukvården, juni 2008, externa deltagare Christian Blomstrand, Sahlgrenska Akademien, Lars Rosengren, Neurosjukvården SU, moderator Ulf Almqvist

- extern genomlysning av planerad struktur av specialistkardiologin inom NU-sjukvården, Stella Cizinsky, Kardiologiska kliniken, Universitetssjukhuset, Örebro, juli 2008
- uppdrag extern genomlysning av planerad struktur av specialistkardiologin inom NU-sjukvården – komplettering "Akut invärtesmedicinsk sjukdom vid Uddevalla sjukhus", Stella Cizinsky, Kardiologiska kliniken, Universitetssjukhuset, Örebro, november 2008
- seminarium om verksamheterna på Uddevalla sjukhus efter flyttning av an/op/IVA i september 2010, mars 2010, moderator Ulf Almqvist
- extern granskning av den hematologiska verksamheten vid Uddevalla sjukhus, Dick Stockelberg, Medicin Sahlgrenska, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, juli 2010.

4.5.11 Tidplan

En grundläggande förutsättning för projektet Vård 2010 var tidplanen. Det har varit en tydlig politisk ambition att förändringsarbetet skulle genomföras under mandatperioden och vara avslutad i god tid före valet år 2010. Projektet arbetade därför ursprungligen med en tidplan som omfattade åren 2008 och 2009. Genom beslutet om Steg 1½ var det inte längre möjligt att klara denna begränsning. En ny sluttidpunkt sattes till april 2010. De stora byggnadsarbetena på NÄL kunde dock inte klaras inom denna ram. Den nya infektionskliniken och intensivvården färdigställdes först i september 2010 varför projektet avslutas i oktober 2010. Då återstår lokalförändringarna vid Uddevalla sjukhus för hud- och tumörsjukdomar liksom för sjukhusets omställning inom an/op/IVA och opererande specialiteter till det nya uppdraget. Även de så kallade följdprojekten inom kvinnosjukvård och psykiatri på NÄL kvarstår. Detta arbete övertas av linjeorganisationen och kopplas till arbetet med Målbild 2014.

Huvudtidplan



I april 2010 överfördes traumaomhändertagandet till NÄL. Det handlar om patienter som utsatts för yttre skada genom till exempel trafikolycka, fall från hög höjd eller våld.



Foto: Curt Warås

5. Resultat av Vård 2010

5.1 Delprojektens resultat

5.1.1 Delprojekt Akutverksamhet

Delprojekt Akutverksamheten har förberett och genomfört överföringen av akut-medicinsk och akutkirurgisk verksamhet från akutmottagningen Uddevalla sjukhus till den gemensamma akutmottagningen vid NÄL. Verksamheten har överförts enligt gällande tidplan. De strategier som rör avlastning av akutströmmar från akutmottagningen till andra enheter inom och utom NU-sjukvården har endast delvis genomförts och behöver intensifieras.

Akutprocesserna inom kirurgin har i huvudsak fungerat väl sedan överföringen i januari 2009. Inom medicinområdet, har däremot akutprocesserna vid den gemensamma akutmottagningen vid NÄL inte uppfyllt förväntningarna. För flera grupper av de sjukaste patienterna har förändringen medfört förbättring. För övriga patienter, framför allt de med mindre allvarliga tillstånd, har väntetiderna tidvis varit för långa. Även arbetsmiljön på akutmottagningen har tidvis varit hårt ansträngd.

Det stod klart att ett kraftfullt och systematiskt förbättringsarbete var nödvändigt för att förbättra situationen inom den internmedicinska akutvårdskedjan. Detta startades inom ramen för linjeorganisationen, med stöd av externa konsulter. Den regionala utvecklingsstrategin för akutmottagningarna var utgångspunkten för arbetet. Tydliga förbättringar har redan uppnåtts, men fortsatt intensivt utvecklingsarbete krävs för att uppnå de regionala målen. Tillgängligheten mäts kontinuerligt och granskning sker av avvikelserapporter. Uppföljningsansvaret för målen finns i linjeorganisationen.

5.1.2. Delprojekt An/op/IVA

Genom delprojektet har en nivåstrukturerad intensivvårdsverksamhet skapats i NU-sjukvården. Det har i praktiken inneburit att den högspecialiserade intensivvården samlats i ombyggda och välutrustade lokaler på NÄL i september 2010, samtidigt som nya vårdformer inrättats på såväl NÄL som Uddevalla sjukhus. På NÄL har en intermediärvårdsavdelning (IMA) skapats för de patienter som är för sjuka för en vanlig vårdavdelning, men inte kräver intensivvårdens samtliga resurser. På Uddevalla sjukhus skapades samtidigt en högspecialiserad postoperativ enhet (HPE), redo att ta hand om de komplikationer som kan uppstå hos de patienter som vårdas på Uddevalla sjukhus.

Därmed har delprojektet uppnått det övergripande målet att anpassa An/Op/IVA:s verksamhet till de förändringar som skett inom övriga delprojekt, till exempel Gastrokirurgi, Bröstverksamhet, Kardiologi, Infektion och Trauma.

Den nya samlade intensivvårdsavdelningen har inneburit ökade möjligheter till specialisering och kompetenshöjning,

samtidigt som projektet bidragit till en utveckling och kvalitets-säkring av verksamhetens rutiner. De nya moderna lokalerna ökar kvalitet och patientsäkerhet, bland annat genom bättre isoleringsmöjligheter. Förutsättningarna för en kostnadseffektiv verksamhet har ökat i och med bättre personalutnyttjande och nya, mindre resurskrävande, vårdformer. De ekonomiska effektmålen har dock successivt överförts till linjeorganisationen. De övriga specifika målen har ännu inte kunnat följas upp då förändringarna nyligen genomförts.

Efter delprojektets avslut kvarstår ytterligare lokalanpassningar när det gäller den preoperativa verksamheten och uppvakningsavdelningen på NÄL (väntas vara klart i början av 2011), operationsavdelningen på NÄL (väntas vara klart i oktober 2010), liksom på operations- och uppvakningsavdelningarna på Uddevalla sjukhus (ännu under planering).

5.1.3 Delprojekt Bild- och funktionsmedicin

Bild- och funktionsmedicin är en stor, tung, svårflyttad och dyr diagnostisk verksamhet som är inblandad i stort sett alla patientflöden. Den nya arbetsfördelningen mellan NÄL och Uddevalla sjukhus har påverkat förutsättningarna för den diagnostiska verksamheten på respektive sjukhus. Resursförskjutningar och nya arbetssätt har krävts för att kunna tillmötesgå behoven.

Analyser av akutflödet, omarbetade rondrutiner, förslag till handläggning av akuta urologpatienter och ett utvecklingsprojekt för att effektivisera handläggningen på akuten är några av de åtgärder som genomförts för att anpassa bild- och funktionsmedicinen till den nya arbetsfördelningen. Det fortsatta arbetet har övergått till linjen. Diagnostiken är sedan våren 2010 också en del av det stora utvecklingsarbete kring akutvårdskedjan som bedrivs för att korta ledtiderna på akutmottagningen.

5.1.4 Delprojekt Bröstverksamhet

Verksamheten har haft goda förutsättningar i och med att all personal beslutade sig för att flytta med till de nya lokalerna på Uddevalla sjukhus. Bemanningsproblematiken, främst avseende patologer och mammo-radiologer, har varit besvärande projektets genomförande, varför ett aktivt rekryteringsarbete inom projektets ram har varit av stor vikt.

Mammografiverksamheten har digitaliserats under projektet. All utrustning har efter upphandling bytts ut och ett nytt system för digital bildhantering har införts. Tillsammans med detta har mammografins analoga arkiv flyttats till regionarkivets lokaler i Vänersborg och en funktion för inskanning av gamla analoga röntgenbilder har etablerats. Mammografiverksamheten har även dimensionerats för att hantera Socialstyrelsens krav på det åldersintervall som ska ingå i mammografins hälsokontrollarbete, 40–74 år.

Projektets planerade datum för driftstart försenades med en månad, utöver detta har projektet kunnat genomföras enligt ursprunglig planering, och verksamheten startade på Uddevalla sjukhus i maj 2009. Den redan arbetsflödesmässigt väl fungerande verksamheten har, genom överflyttningen till Uddevalla sjukhus, erbjudits förutsättningar att ytterligare förbättras genom väl anpassade lokaler, nära nyckelfunktioner som operation och eftervård. I samband med överflyttningen har även arbetsprocessen utvecklats med ett förbättrat remissflöde, förslag på en ny undersökningsform (klinisk screening) och fastställda processmått som främsta resultat. Projektets ekonomiska effektmål har överträffats.

Verksamheten har genomfört en mycket stor förändring med ett utbyte av nära nog all teknik och klarat av konststycket att flytta en välfungerande verksamhet med bibehållen kvalitet och effektivitet. Dessutom har patologikliniken etablerat ett nytt labb och med en stor portion lojalitet ställt sina resurser till förfogande för att säkerställa kritiska diagnostiska aktiviteter.

5.1.5 Delprojekt Centrum för tumörsjukdomar

Delprojektet startades under augusti 2009 efter en längre period med diskussioner där man sökte överenskommelse om målsättning. I ett övergripande perspektiv var inriktningen klar, nämligen att cancersjukvården i NU-sjukvården i huvudsak skulle lokaliseras till Uddevalla sjukhus.

Vid den tidpunkt då delprojektledaren engagerades i arbetet saknades ett undertecknat projektdirektiv och det fanns tecken på, i delprojektets styrgrupp, att man inte var helt överens om projektets målsättning, framförallt när det gällde organisationsfrågan och då speciellt lokaliseringsfrågan.

Delprojektet inledde arbetet med en förstudie där utvalda cancerprocesser gick igenom och dokumenterades. Arbetet avslutades med ett möte i december 2009 där samtliga cancerprocesser var representerade och där deltagarna fick redogöra för arbetssättet inom respektive process. Mötet var mycket positivt och ett antal förbättringsområden identifierades. Främst pekade man ut möjligheten att regelbundet skapa forum för informationsutbyte mellan de olika specialiteterna, och då både inom läkar- och onkologsjuksköterskegruppen.

Man såg också en potential i en mer utbyggd multidisciplinär konferensverksamhet där enskilda patientärenden kunde avhandlas. När det gäller lokaliseringsfrågan var representanterna dock mera tveksamma, en tveksamhet som även delades av verksamhetschefer i styrgruppen. Under hela den period då delprojektet var verksamt saknades ett undertecknat projektdirektiv och efter det avslutande mötet i december intensifierades arbetet med framtagande av ett projektdirektiv som ingående verksamheter kunde bli överens om. Detta visade sig dock inte vara möjligt varför sjukhuset beslutade att överlämna och omforma uppdraget till område 2, och områdeschef Bengt Ekelund, för ett inledningsvis avgränsat genomförande inom område opererande specialiteter, som står för ca 70 procent av tumörsjukvården i NU-sjukvården. Det långsiktiga målet att involvera cancerprocesser även inom andra områden, kvarstår.

5.1.6 Delprojekt Gastrokirurgi

Gastrokirurgiprojektet är uppfyllt enligt plan avseende flyttning av avd 11 från Uddevalla sjukhus till NÄL. Målet att den kolo-

rektala verksamheten skulle flytta utan någon produktionsförlust har kunnat genomföras. På flera punkter har projektets verksamhetsutveckling fått ett positivt resultat. Även den nya jourverksamheten på NÄL, som anpassats för att omhänderta det ökade akutflödet då akutkirurgin samlats dit, har fungerat väl. Den kirurgiska verksamheten på Uddevalla sjukhus med inriktning mot dag-kirurgi, 24-timmarsvård och öppenvårdsverksamhet har också hittat sina former i den nya strukturen.

Genom den samlade mag- och tarmkirurgin kan patientgruppen erbjudas en bredare och djupare kirurgisk kompetens då alla kirurgiska specialiteter, förutom bröstkirurger och urologer, finns på NÄL. Förändringarna har också inneburit att överflyttningarna mellan sjukhusen har minskat. För att fullt ut nå delprojektets effektmål krävs dock ytterligare arbete för att bland annat minska ledtiderna på operation, korta medelvårdtiden och öka tillgängligheten för patienterna.

I samband med traumaomhändertagandets flytt till NÄL i april 2010, skapades förutsättningarna för ett mer effektivt resursutnyttjande, då antalet jourlinjer inom kirurgi reducerats och vårdproduktionen kan öka.

Den samlade gastrokirurgin har också inneburit en mer attraktiv arbetsplats och bättre förutsättningar för nyrekrytering.

Utredningen av NU-sjukvårdens endoskopiverksamhet som inledningsvis ingick i delprojektet, har överförs från Vård 2010 till ett separat uppdrag. Även den del av projektet som handlade om att utveckla vårdprocesserna inom det kirurgiska akutflödet har sedermera lyfts över till linjeorganisationen.

5.1.7 Delprojekt Hud

Projektet har uppnått sina mål, vilka varit att planera och genomföra överföringen av hudverksamhetens öppenvårdsmottagning från NÄL till gemensamma, temporära lokaler på Uddevalla sjukhus, säkra konsultverksamhet på båda sjukhusen, utreda en nivåstrukturerad ljus- och behandlingsverksamhet, samt planera hudverksamhetens öppenvårdsmottagning i permanenta lokaler i termer av funktioner och arbetsflöden.

Deluppdraget att utreda verksamheten med sexuellt överförbara infektioner har dock inte genomförts eftersom arbetet med den regionala handlingsplanen ännu inte avslutats.

De positiva effekterna från projektet kommer främst att uppnås i de nya lokalerna som väntas vara färdiga för inflyttande i april 2011. Hittills har det faktum att samtliga läkare är samlade geografiskt medfört att en ökad medbedömning varit möjlig, vilket har en positiv effekt för patienterna. Visst dubbelarbete har eliminerats, speciellt inom de administrativa funktionerna. Arbetet med att ta tillvara det bästa från respektive tidigare mottagning fortgår kontinuerligt. En nettokostnadsänkning för hudverksamheten realiserades under 2009 genom att tjänster inom klinikledningen har eliminerats eller omfördelats. I och med dagens situation med temporära lokaler, i kombination med läkarbrist, har ökad effektivitet ännu inte kunnat uppnås.

I planeringen av verksamhetens permanenta lokalisering har stort fokus lagts på att ge förutsättningar för en ökad vårdproduktion. Dessa förutsättningar baseras på att väl organiserade och sammansatta team arbetar inom de kluster med undersöknings- och behandlingsrum som omgärdar klustrets nav. Fördelarna med kluster är möjligheter till teamarbete mellan

yrkesgrupper, överblick, korta avstånd, fokus på uppgiften och flexibel bemanning och rumsanvändning. Den teoretiskt möjliga produktionen är avsevärt mycket högre än den vårdproduktion som utförs idag. Detta bygger givetvis i sin tur på en optimal resursfördelning och långsiktig, stabil resursförsörjning och väl utvecklade och inarbetade rutiner och arbetsätt.

5.1.8 Delprojekt Infektion

I september 2010 flyttade infektionskliniken in i om- och tillbyggda lokaler på NÄL, vilket stärker de viktiga medicinska sambanden med övrig akutsjukvård. Genom att vara fysiskt etablerad tillsammans med övriga aktörer inom akutprocessen skapas möjlighet att nå ökad kvalitet och patientsäkerhet samt att säkra sambanden inom och mellan berörda verksamheter.

Klinikens nya lokaler är ändamålsenliga, väl fungerande avseende arbetsflöden enligt ett teamorienterat arbetsätt och är en av de mest moderna infektionskliniker i landet. Åtgärder för att förhindra smittspridning har vidtagits, bland annat genom att varje patient har ett enkelrum med kontrollerad ventilation samt ingång utifrån.

Ett viktigt projektmål har varit att skapa ändamålsenliga rutiner för att tillgodose säkerheten för patienter med infektionssjukdomar. Dessa är nu under införande och en arbetsgrupp med kunskaper och kompetens inom verksamhetsutveckling är etablerad som kommer att fortsätta arbeta med utvecklingsfrågor på ett systematiskt och strukturerat sätt.

Eftersom antalet vådrum utökats och dessa är anpassade för en patient, bidrar detta till att vårdrelaterade infektioner kan minskas med lägre vårdkostnader som följd.

5.1.9 Delprojekt Kardiologi

Genomförandet har följt den plan som angivits i delprojektets direktiv. Uppföljning av kvalitetsmål och effektmål kommer att ske efter att delprojektet avslutats. Linjen ansvarar för uppföljning och rapportering av upprättade kvalitetsmål och effektmål.

Delprojekt Kardiologi är uppfyllt enligt plan avseende flyttning av vårdplatser från avdelning 5 på Uddevalla sjukhus, och del av vårdplatser från avdelning 42 NÄL till en central enhet "hjärtcentrum avd 43-44" på NÄL. Efter genomförandet består hjärtcentrum av 51 vårdplatser fördelat på 10 hjärtintensivvårdsplatser (HIA) och 41 vårdplatser ämnade för akut kardiologisk vård. För att de patienter som behöver kardiologisk kompetens och utredning skall få nyttja dessa vårdplatser har en kardiologkonsult tillsatts dagtid för att effektivisera och säkerställa bedömningen av dessa patienter.

Då problem med långa ledtider för patienter med bröstsmärta identifierades på akuten, har hjärtcentrum i samarbete med akuten påbörjat ett processarbete där man prövar att använda fyra av HIA platserna till en bröstsmärte-enhet. Syftet med bröstsmärte-enheten är att patienter med akut bröstsmärta ska få ett snabbt omhändertagande med hög kompetens. Patienter med kardiologiska besvär ska snabbt komma under utredning och behandling, samtidigt som de patienter som bedöms ha låg risk för hjärtsjukdom kan få en kortare vårdtid och minskad oro.

Personalen på hjärtcentrum kom från nio olika avdelningar,

vilket gjort att nivå på kardiologisk kompetens varierar och ett stort behov av utbildning funnits. För att tillgodose behovet genomförs kontinuerligt internutbildningar inom avdelningen. För att säkerställa olika arbetsmoment och rutiner har framtagande och uppdatering av nya rutiner och PM pågått fortlöpande. Effektivisering av avdelningens bemanning genom verksamhetsanpassad bemanning genomfördes under 2009.

Ansvarsförhållanden vid oväntad sjukdom av invärtesmedicinsk karaktär vid Uddevalla sjukhus säkerställs med ett prestigelöst och gränsöverskridande samarbete för att lösa behov hos patienter med akuta problem.

Åtgärder för att uppnå uppsatta effektmål har förts över från delprojektet till ett linjeansvar.

5.1.10 Delprojekt Laboratoriemedicin

Projektmålet att omstrukturera verksamheten i form av ett större komplett laboratorium på NÄL och ett mindre vid Uddevalla sjukhus med verksamhet anpassad efter behoven vid Uddevalla sjukhus uppnåddes.

Mycket tidigt i projektet framgick att en omfattande ombyggnad krävdes på NÄL för att få ändamålsenliga lokaler för de tillkommande verksamheterna special-laboratorium och mikrobiologi, för att klara den kraftiga ökningen av provolymer, samt för att anpassa laboratoriet till förändringarna i de kliniska verksamheterna. Detta innebar en stor utmaning då planering, ombyggnationer och verksamhetsflyttar genomfördes, samtidigt som verksamheten på NÄL ökade.

Målet att studera alternativa lösningar för laborativ verksamhet jourtid i Uddevalla, utifrån den nya arbetsfördelningen mellan sjukhusen, har överförts till ett annat projekt, kallat Effektivisering laboratoriemedicin.

Effektmålen har uppfyllts när det gäller:

- förbättrade rekryteringsmöjligheter
- ökade förutsättningar för kompetensutveckling
- förbättrad arbetsmiljö
- ökad kunskap om verksamhetens processer
- kvalitetssäkrade rutiner

Effektmålen ökad kvalitet, tillgänglighet och patientsäkerhet, har uppfyllts till viss del.

Det övergripande ekonomiska effektmålet har uppnåtts när det gäller reell besparing, 2 miljoner kronor 2009 och därefter kvarvarande effekt 4 miljoner kronor per år.

5.1.11 Delprojekt MÄVA/geriatrik

Genom införandet av de två medicinska äldrevårdsavdelningar i NU-sjukvården, i november 2008, uppnåddes delprojektets uppdrag. Inledningsvis fanns den ena avdelningen på NÄL av utrymmesskal men flyttades i mars 2009 till Uddevalla sjukhus. De nya avdelningarna har lagt en viktig grund för att utveckla NU-sjukvårdens omhändertagande av gruppen äldre med flera sjukdomar och återkommande sjukvårdskontakter, där ett nära samarbete mellan såväl yrkesgrupper som vårdgivare är av stor vikt.

Ekonomiska effekter skapas på sikt genom minskat antal vård dagar per patient och år, direkta och effektiva inläggningar till avdelningen utan att passera sjukhusets akutintag och

kortare vårdtider på kliniken. Bemanningen på avdelningen har också verksamhetsanpassats. Ekonomiska effekter har i det korta perspektivet främst nåtts genom en sammanslagning av avdelning 9 och avdelning 20 på Uddevalla sjukhus.

Ett mycket aktivt arbete för att utveckla vårdprocesserna för den medicinska äldrevården, i samverkan med vårdgrannarna, har fortsatt även efter delprojektets avslut.

Det handlar bland annat om att utöka möjligheten att hänvisa patienter direkt till MÄVA, ytterligare stärka MÄVA:s roll som stöd för primärvården och kommunen när det gäller råd och information, samt förbättra selekteringen av MÄVA-patienterna i samband med akutmottagningens vårdbedömning (triagering).

Ur ett patientperspektiv har arbetssättet kring de nya medicinska äldrevårdsavdelningarna inneburit:

- ett snabbspår till rätt vårdkompetens (patienten behöver inte vänta på akutmottagningen eller i "transferläget" mellan olika instanser)
- ökat fokus på patientens egen situation och problematik
- bättre personkännedom, förtroende och förståelse
- ökat stöd i vardagen (genom säkrare och effektivare löpande medicinskt stöd)
- bättre kontroll av läkemedelskonsumtionen.

Ur verksamhetens perspektiv medför de nya arbetssätten kortare tid för inskrivning, minskade vårdtider och mindre tidsåtgång för utskrivningar. Fler vårdtagare kan också återgå till sitt vanliga liv och ordinärt boende, tack vare de samordnade vårdplaneringsinsatserna i samband med utskrivning. Samtidigt innebär de medicinska äldrevårdsavdelningarna att specialistavdelningarna i högre grad kan renodla sin verksamhet då gruppen multisjuka äldre i första hand omhändertas på MÄVA. Den samlade kompetensen avseende geriatrik/rehabilitering på avdelning 9 kan ge möjligheter till ökad poliklinisering och kortare vårdtider.

5.1.12 Delprojekt Ortopedi

Inom projektet genomfördes en gedigen utredning där verksamhetens möjligheter kartlades när det gällde att utveckla vårdprocesserna och samverkansformerna för att klara medverkan i den förändrade arbetsfördelningen mellan NÄL och Uddevalla sjukhus samt klara vårdgarantin i egen regi. Ett stort antal förslag till verksamhetsutveckling presenterades i utredningen varav vissa genomförts. Bland annat har de ortopediska vårdavdelningarna anpassats för att ta hand om patienter i planerad vård respektive akut vård. På så sätt har förutsättningarna för standardisering och effektivisering av arbetssätten ökat. De kvarstående åtgärdsförslagen har överlämnats till linjeorganisationen för genomförande.

5.1.13 Delprojekt Specialistmedicin

Delprojektets uppdrag att samordna och genomföra omstrukturering av den samlade specialistmedicinska verksamheten inom NU-sjukvården, exklusive kardiologi och stroke/neurologi, har utförts. Uppsatta mål, både effektmål och projektmål har uppfyllts.

Det har bland annat inneburit att:

- jourverksamheten har anpassats till den nya arbetsfördelningen mellan sjukhusen. Då antalet akuta medicinpatienter överstigit det förväntade har förstärkningar av jourbemanningen utöver den planerade varit nödvändig
- de gastroenterologiska slutenvårdsplatserna har förlagts till avdelning 42 på NÄL, där också njursektionens slutenvårdsplatser finns. Det har inneburit kvalitetsförbättringar och ett effektivare omhändertagande då alla patienter erbjuds vård i anpassade lokaler och rutiner för samarbetet med gastro-mottagningen i Uddevalla etablerats
- benskörhetsverksamheten har flyttats till Uddevalla sjukhus, till lokaler som är väl anpassade för verksamheten, vilket inneburit en kvalitetsförbättring för patienterna
- lungmottagningen på Uddevalla sjukhus flyttade från plan 13 för att frigöra nödvändiga ytor för kirurgklinikens cytostatikverksamhet, någon lösning av lokalfrågan för lungmottagningens del har ännu inte åstadkommit.

5.1.14 Delprojekt Stroke/neurologi

Projektet har utarbetat omstruktureringförslag utifrån en strokesjukvård i NU-sjukvården som är uppdelad mellan Uddevalla sjukhus och NÄL och uppfyller det nationella vårdprogrammets mål och krav. Genomförandet av omorganisation och bemanning har därefter överförts till linjeorganisationen.

Uppdelningen av strokesjukvård och neurologisk sjukvård, i akut vård på NÄL respektive planerad/rehabiliterande vård på Uddevalla sjukhus, har i stort skett i enlighet med direktivet. Ett av de viktigaste resultaten av omstruktureringarna av strokesjukvården har varit en ökad tillgänglighet till trombolysbehandling, som har stor effekt i form av minskad dödlighet och färre bestående handikapp för de patienter som passar för behandlingen. Numera kan trombolysbehandling erbjudas samtliga invånare i NU-sjukvårdens upptagningsområde, dygnet runt, veckans alla dagar, vilket inneburit en klar kvalitetshöjning.

För att förbättra vården för patienter med stark misstanke om stroke har också planering, förankring och tester genomförts för att införa ett snabbspår till diagnostik och behandling för dessa patienter, kallad hjärnvägen. Ett genomarbetat arbetssätt finns färdigt men fullt införande försvåras av vårdplatsbrist inom medicinområdet.

5.1.15 Delprojekt Trauma

Överflyttningen av traumaomhändertagandet från Uddevalla sjukhus till NÄL genomfördes i april 2010. Flera viktiga förutsättningar för projektet har varit linjeorganisationens ansvar, som exempel kan nämnas bemanning och kompetens på akutmottagningen på NÄL och ortopediklinikens bemanning av en traumajourlinje på NÄL. Oklarheter kring bland annat dessa frågor har bidragit till att försena delprojektets genomförande. De beslut som har fattats i linjen angående bemanningen i samband med överflytten av trauma har också påverkat delprojektets möjlighet att hålla det ekonomiska effektmålet då den ursprungliga bemanningslösningen inte kunde fullföljas.

Uppföljning kommer att ske i linjeorganisationen, erfarenheterna har hittills varit goda.

5.1.16 Delprojekt Ögon

Fokuseringen på patientperspektivet har varit styrande, med målet att genomarbetade och effektiva arbetsätt ska tillämpas efter omstruktureringen. I den omstrukturerade verksamheten har man skapat förutsättningar för ett mer långsiktigt arbete mot processorientering av den samlade verksamheten. Genomförandet av förändringarna överfördes stegvis till linjeorganisationen, som också övertagit ansvaret för uppföljning av de ekonomiska effektmålen. Projektet har uppnått sina effektmål:

förbättring av vården för patienter med de allvarligaste ögonsjukdomarna; ökad kvalitet, tillgänglighet och patientsäkerhet; ökad effektivitet genom den samlade verksamheten samt kvalitet genom processindelning.

Den nya samlade ögonverksamheten tog de utökade och upprustade lokalerna på Uddevalla sjukhus i bruk i juni 2010. Då överfördes återstående mottagningsverksamhet på NÄL till Uddevalla sjukhus, förutom den del som även fortsättningsvis fungerar för konsultverksamhet och traumafall.



Ögonsjukvården samlades i maj 2010 på Uddevalla sjukhus och har därmed kunnat öka verksamhetens kvalitet och effektivitet.

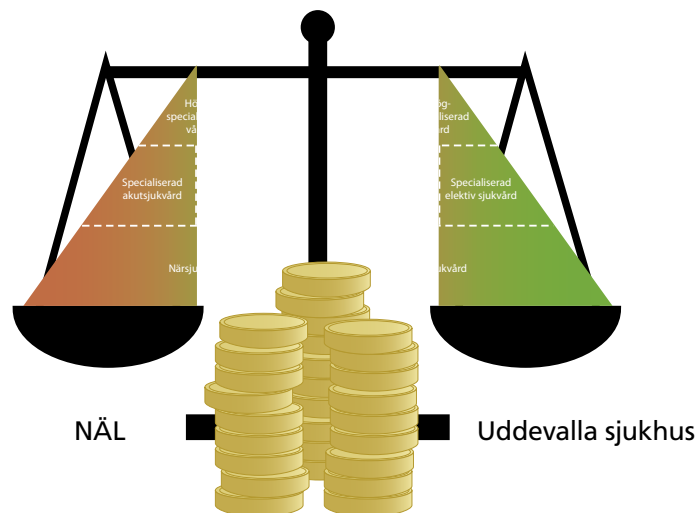
Foto: informationsenheten, NU-sjukvården

5.2. Sammanfattande beskrivning av resultat

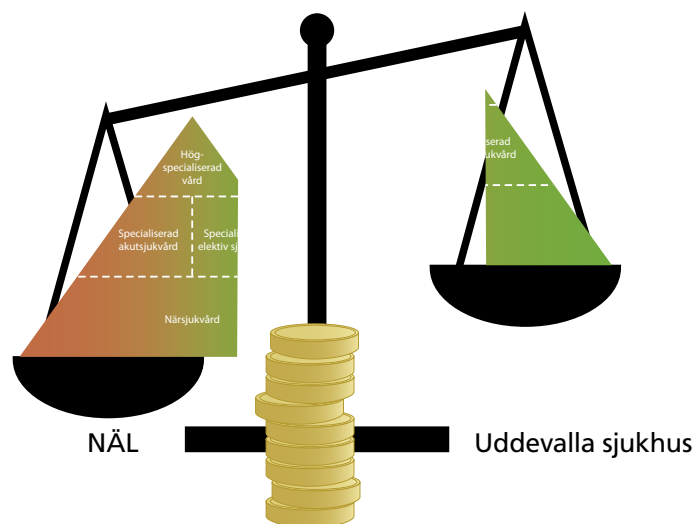
5.2.1 Arbetsfördelning mellan sjukhusen

Vårdlogiken har använts som utgångspunkt för arbetsfördelningen mellan sjukhusen.

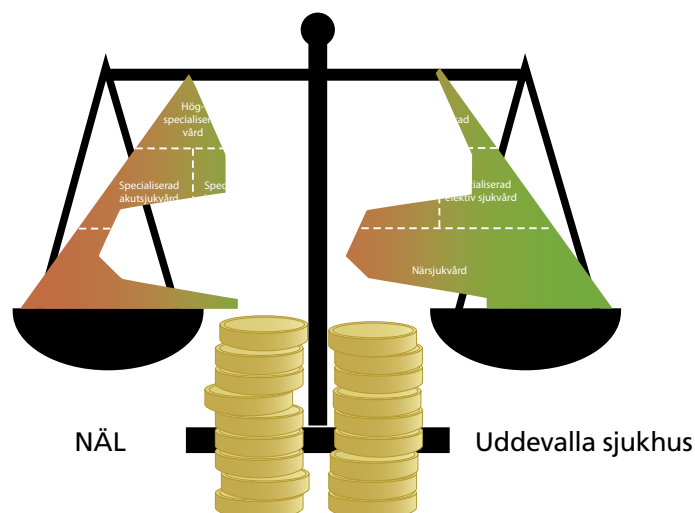
En ideal arbetsfördelning enligt denna modell kan illustreras som i bilden till höger. Denna ideala fördelning är svår att uppnå. Detta beror dels på att de röda och gröna fälten i utgångsläget inte, som på figuren, är likstora, dels att akut och planerad högspecialiserad vård är beroende av likartad och mycket dyr infrastruktur som till rimlig kostnad endast kan tillhandahållas vid ett sjukhus.



Den vanliga effekten av uppdelning av verksamhet i akut och elektiv blir därför oftast en större enhet med akutuppdrag kompletterat med tyngre elektiv verksamhet och en mindre med stor volym av rutinmässig elektiv verksamhet. Detta är kostnadseffektivt och kan illustreras av bild till höger. Det politiskt formulerade balanskravet gör denna arbetsfördelning genomförbar.



Resultatet av Vård 2010 är därför en pragmatisk kompromiss där akutuppdraget i huvudsak hamnar på NÄL men där viktiga akutfunktioner ändå stannar kvar på Uddevalla sjukhus. Motsvarande fast omvänt gäller för det elektiva uppdraget. Lösningen kan illustreras med figuren till höger. Som bilden antyder är den valda arbetsfördelningen en kompromiss med såväl vårdlogik som ekonomi. Styrkan i modellen är att den visat sig vara genomförbar både i politiken och professionen.



Ett viktigt resultat av delprojekt Stroke/neurologi är ökad tillgänglighet till trombolysbehandling, som har stor effekt för vissa patienter som drabbas av stroke.

Foto: Stefan Ideberg



Översikt NÄL – Norra Älvsborgs Länssjukhus

A

Plan 6 Öron-, näsa- hals, avd 61, 24-timmars vårdavdelning
Plan 5 Lungmedicin
Plan 4 Dialysmottagning
Plan 3 Lungmottagning
Plan 2 Huvudentré

G

Plan 3 Patologi, Cytologi
Plan 2 Obduktion

M

Plan 3 Klinisk kemi, Transfusionsmed. Klinisk mikrobiologi
Plan 2 Akutmottagning, Medicinsk akutsjukvård (MAVA), OBS-enhet

B

Plan 6 Kirurgi, avd 62
Plan 5 Psykiatri, avd 52
Plan 4 Gastro- o njurmedicin, avd 42
Plan 3 Obstetrikmottagning
Plan 2 Lektterapi, Sjukhuskyrka, Konferensrum

H

Plan 6 Psykiatri, avd 64
Plan 5 Neurologi o stroke, avd 54
Plan 4 Hjärtsjukvård, avd 44
Plan 3 Neonatalvård, avd 34
Plan 2 Intensivvård

C

Plan 2 Barnavdelningar, 21 o 22

C

Plan 2 Barnmottagning

I

Plan 3 Jourrum, Medicinsk teknik, Klin fys
Plan 2 Uppvakningsavdelning, Centraloperation, Endoskopi

D

Plan 6 Kirurgi, avd 65
Plan 5 Psykiatri, avd 55
Plan 4 Gynekologisk mott
Plan 3 BB, EVA eftervård avd 35
Plan 2 Infektionsmottagning, fr o m 2010

J

Plan 6 Kirurgi, avd 63
Plan 5 Strokevård, avd 53
Plan 4 Hjärtsjukvård, avd 43
Plan 3 Kuratorsenhet
Plan 2 Expeditioner

E

Plan 6 Psykiatri avd 67
Plan 5 Psykiatri avd 57, psykiatrisk akutmottagning
Plan 4 Gynekologi, avd 47
Plan 3 BB, avd 37
Plan 2 Infektionsavdelning fr o m 2010

K

Plan 3 Sjukgymnastik
Plan 2 Radiologi

F

Plan 3 Förlösning
Plan 2 Intensivvård

L

Plan 3 Arbetsterapi, allergimottagning
Plan 2 Restaurang, bibliotek
Plan 1 Stödcentral

N

Plan 3 Medicinmottagning
Plan 2 Kirurgmottagning

O

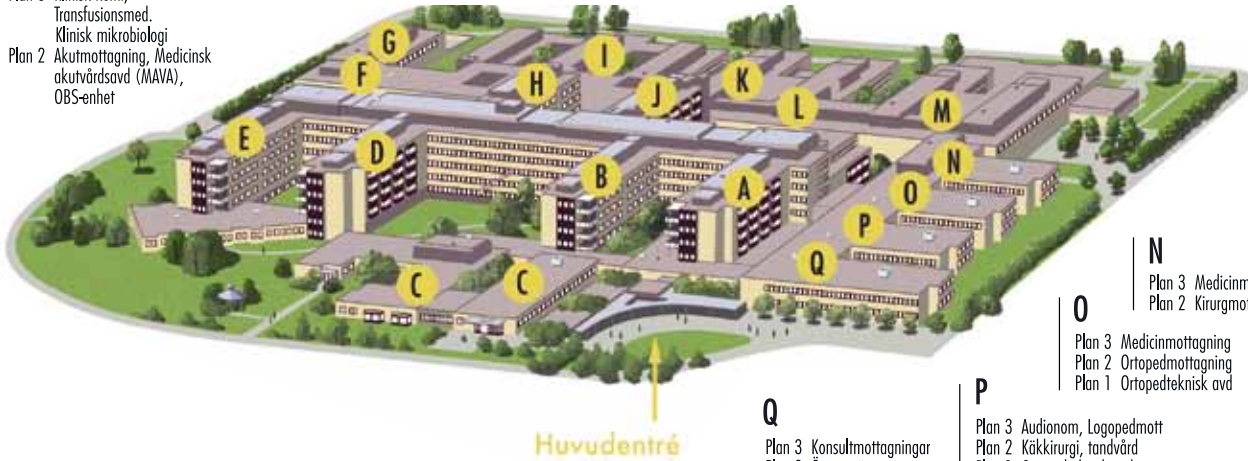
Plan 3 Medicinmottagning
Plan 2 Ortopedmottagning
Plan 1 Ortopedteknisk avd

P

Plan 3 Audionom, Logopedmott
Plan 2 Käkkirurgi, tandvård
Plan 1 Ortopedteknisk avd

Q

Plan 3 Konsultmottagningar
Plan 2 Öron-, näsa- halsmottagning



Översikt Uddevalla sjukhus

A

Plan 15 Kuratorsavdelning, Palliativa team
Plan 14 Palliativ vårdenhet
Plan 13 Hematologimottagning, Lungmottagning, Centrum för tumörsjukdomar, Cytostatika och onkologimottagning
Plan 12 Strokeenhet
Plan 11 Medicinsk äldrevårdsavdelning, MÄVA
Plan 10 Medicinsk äldrevårdsavdelning, MÄVA
Plan 9 Medicinsk rehab, Geriatrisk rehab, Reumatologiavdelning
Plan 8 Ögonmottagning
Plan 7 Ögonmottagning
Plan 6 Geriatrisk ortopedi
Plan 5 Akut Ortopedi
Plan 4 Planerad Ortopedi
Plan 3 Urologi, Bröst, Kirurgiavdelning
Plan 2 Centrum för tumörsjukdomar
Plan 1 Klinisk kemi, Transfusionsmedicin, Administration
Plan 0 Bibliotek

B

Plan 8 Administration ögonkliniken
Plan 7 Ögonmottagning
Plan 6 Audionom och logopedmottagningar
Plan 5 Medicinmottagning och Osteoporosmottagning
Plan 4 Administration ortopedkliniken
Plan 3 Patologi, Uppvakningsenhet
Plan 2 Bröstcentrum
Plan 1 Dagkirurgi
Plan 0 Närsjukvård, Ortopedakut respektive Ögonakut, 24-timmarsvård

C

Plan 8 Jourrum
Plan 7 Ögonoperation
Plan 6 Öron, Näsa, Hals-mottagning, Smärtmottagning
Plan 5 Medicinmottagning
Plan 4 Ortopedmottagning
Plan 3 Centraloperation
Plan 2 Radiologi
Plan 1 Urologi, Endoskopi, Kirurgmottagning
Plan 0 Centralreception

D

Plan 3 Centraloperation
Plan 2 Radiologi, Nukleärmedicin
Plan 1 Kirurgiadministration
Plan 0 Specialisttandvård
Plan 01 Klinfys

LS/PS

Plan 2 Neuropsykiatrisk och minnesmottagning, Psykiatrisk avd.
Plan 1 Atsörningsmottagning, Psykiatrisk avd och sjukgymnastik
Plan 0 Hudmottagning, Psykiatrisk mottagning
Plan 01 Hudmottagning

CS

Plan 4 Anestesi, Operation och Iva-administration
Plan 3 Högspecialiserad postoperativ enhet, Uppvakningsavdelning
Plan 2 Radiologi
Plan 1 Barnmottagning
Plan 0 Gynekologisk mottagning
Plan 01 Medicinsk teknik

E

Plan 0 Arbetsterapi, Geriatrik, Rehabmedicin, Rehabilitering, Reumatologi, Öppenvård
Plan 01 Hematologi, Reumatologimottagning
Plan 02 Sjukgymnastik

VG

Plan 6 Fackliga expeditioner
Plan 5 Folk tandvården, Specialistcentrum, Ortodonti, Protetik, Bettefysiologi
Plan 4 Parodontologi, Pedodonti, Endodonti, Steril
Plan 3 Folk tandvården, Specialistcentrum, Reception – anmälan, Ortodonti
Plan 2 Säkerhetsenheten – Behörighetskort
Plan 1 Administrationscentrum/ ledningskansli
Plan 0 Ledningskansli och Konferenscenter



Arbetsfördelningen mellan sjukhusen efter genomförandet av Vård 2010 redovisat på en övergripande nivå

Område	NÄL	Uddevalla sjukhus
Område 1 Medicin	Akutmedicin Specialistmedicin Kardiologi Stroke, akutfas Neurologi Infektion Paramedicin	MÄVA Geriatrisk Rehabiliteringsmedicin Stroke, rehabilitering Hudsjukdomar Hematologi Paramedicin
Område 2 Opererande specialiteter	Kirurgi Öron Näsa Hals Käkkirurgi	Ortopedi Ögonsjukdomar Urologi Bröstkirurgi Palliativ och onkologisk vård
Område 3 Kvinnosjukvård	Kvinnoklinik Förlossning	
Område 4 An/op/IVA	Operationsavdelning IVA	Operationsavdelning Högspecialiserad postoperativ enhet
Område 5 Akuterksamhet	Akutmottagning med traumaenhet	Akutmottagning för ortopedi och ögon Närakut
Område 6 Barn- och ungdomssjukvård	Barnklinik	
Område 7 Vuxenpsykiatri	Akutpsykiatri	Geropsykiatri
Område 9 Diagnostik	Radiologi Laboratoriemedicin Klinisk fysiologi Patologi	Radiologi Laboratoriemedicin Klinisk fysiologi

Utöver vad som framgår i denna tabell är verksamheter representerade vid båda sjukhusen genom öppenvård och konsultinsatser.

Den innehållsmässiga poängen i denna fördelning är att den yngre akutvården har samlats till NÄL medan vård av äldre och huvuddelen av den onkologiska vården nu finns på Uddevalla sjukhus. Dessutom sker huvuddelen av planerade insatser inom kirurgi, urologi och ortopedi i Uddevalla. Barn- och kvinnosjukvården finns kvar på NÄL medan de stora öppen-

vårdsspecialiteterna ögon och hud finns i Uddevalla. Ett flertal mindre specialiteter har inte påverkats av förändringarna. Allt sammantaget har effekten blivit att en god del av vårdlogiken kunnat implementeras samtidigt som balanskravet i huvudsak tillgodosetts.

5.2.2 Balanskravet

Som utgångspunkt för strukturbeslut inom Vård 2010 formulerades ett balanskrav som omfattade förändringar av relationen mellan Uddevalla sjukhus och NÄL när det gällde personal respektive vårdplatser. Grunden var att relationen mellan sjukhusen inte fick förändras mer än +/- 10 procent baserat på faktiskt läge september 2007.

Avseende vårdplatser valdes definitionen så kallade fastställda vårdplatser. Antalet vårdplatser ger dock inte en heltäckande bild av verksamhetens omfattning vid ett sjukhus, då öppenvård, dagkirurgi och 24-timmarsvård är exempel på vårdformer med hög produktion som inte genererar vårdplatser.

I september 2007 fanns på NÄL 61 procent av NU-sjukvården slutenvårdsplatser jämfört med 39 procent på Uddevalla sjukhus. Motsvarande siffor för september 2010 är 67 procent på NÄL respektive 33 procent på Uddevalla sjukhus, vilket medför en förändring 2007–2010 på 12 procentenheter.

Beträffande anställda omfattas personal vid respektive arbetsenhet, det vill säga både tillsvidareanställda och vikarier med tidsbestämd anställning. De avdelningar inom vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri som inte hade sin verksamhet på NÄL, Dalslands sjukhus, Lysekils sjukhus, Strömstads sjukhus eller Uddevalla sjukhus har fördelats utifrån närheten till NÄL respektive Uddevalla sjukhus. Man kan konstatera att denna typ av mätning inte ger en helt korrekt bild då många medarbetare har rotationstjänstgöring, vilket innebär att de har sin huvudsakliga placering på ett sjukhus men arbetar på båda.

I september 2007 arbetade 55 procent av personalen i NU-sjukvården på NÄL eller närområdet, respektive 45 på Uddevalla sjukhus eller närområdet. Motsvarande siffra för september 2010 är 61 procent för NÄL och 38 procent för Uddevalla sjukhus, vilket medför en förändring mellan åren på 13 procentenheter.

Som framgår ovan har balanskravet inte fullt ut kunnat hållas inom målsättningen, i huvudsak beroende på Steg 1½.

5.2.3 Steg 1½

Under oktober 2007 genomfördes i sjukhusledningen en värdering av en kommande struktur och arbetsform för det nya "NU-sjukhuset". I det sammanhanget gjordes det klart från infektionskliniken sida att det sågs som en oacceptabel patientsäkerhetsrisk om infektionskliniken inte placerades på NÄL tillsammans med den tunga akutvården. För intensivvårdens del förutsågs ett ökat behov på NÄL men man var vid den tidpunkten inte beredd att genomföra en avveckling av intensivvården vid Uddevalla sjukhus. I styrelsebeslutet november 2007 infördes på initiativ från politiken ett uppdrag om att skapa en organisation för samlat omhändertagande av patienter med tumörsjukdomar vid Uddevalla sjukhus.

Under 2008 presenterades den regionala intensivvårdsutredningen vilken på ett avgörande sätt bidrog till att öppna upp diskussionen om en nivåstrukturerad intensivvård i NU-sjukvården. En förutsättning för en sådan struktur var att den inte skulle inskränka möjligheten att vårda även svårt sjuka patienter vid Uddevalla sjukhus. Delprojektet An/op/IVA fick ett tilläggsuppdrag med denna innebörd. En genomarbetad skiss till en nivåstrukturerad intensivvård presenterades hösten 2008 och beslutades av styrelsen i februari 2009.

Det finns en nära koppling mellan intensivvård och infektionsjukvård. Hos infektionspatienter kan behovet av intensivvård utvecklas så snabbt att det inte är medicinskt försvarbart att ha intensivvård och infektionsverksamhet vid olika sjukhus hur väl logistiken dem emellan än är utvecklad. Därför stod det klart att den nivåstrukturerade intensivvården även förutsatte en överflyttning av infektionskliniken till NÄL. Delprojektet erhöll ett tilläggsuppdrag som resulterade i ett förslag till en helt ny infektionsklinik vid NÄL.

Förändringarna inom intensivvård och infektion öppnade lokalmässigt upp dels för förbättrad lokalförsörjning av hudkliniken dels för skapande av ett centrum för tumörsjukdomar vid Uddevalla sjukhus. Båda dessa delprojekt erhöll tilläggsuppdrag i enlighet med dessa möjligheter.

Lokalförsörjningen av de nya verksamheterna på NÄL ställde krav på omfattande ny- och ombyggnad. Regionstyrelsen ställde, genom beslut under våren 2009, 223 miljoner kronor till förfogande för implementering av Steg 1½.

5.2.4 Patientsäkerhet

Det totala antalet skrivna patientavvikelser har i NU-sjukvården ökat med cirka 30 procent från 2008 till 2010 (175 till 253/månad). Ökningen har skett stegvis under de tre åren. Orsaken till ökningen kan bero på att ett ökat antal avvikelser inträffat, men kan också vara orsakad av att personalen aktivt uppmanats att skriva avvikelserapporter, eller en kombination av dessa båda orsaker.

Avvikelser som anmäls relaterade till genomförandeprojekten har varit 111 stycken. 74 stycken av dessa har bedömts som liten patientrisk, 27 stycken bedömdes som måttlig patientrisk, medan 10 stycken bedömdes som betydande patientrisk.

Sju av dessa tio var relaterade till överbeläggningar och hård arbetsbelastning. Två ärenden har anmälts enligt Lex Maria (en patient med sepsis och en axelskada med samtidigt hjärtflimmer). Det tredje ärendet gällde att ambulans saknades inom närområdet och patient med aortaaneurysm fick åka i egen transport.

Antal anmälda Lex Maria-ärenden under perioden 17 november 2008 till dagens datum är 32 stycken. Av dessa härrörde 14 från psykiatriska kliniken, fem från kvinnokliniken, fem från kirurgi, fyra från akutkliniken, två från område medicin och en vardera från infektion, ortopedi och radiologiska kliniken. Inget av dessa ärenden kan med säkerhet specifikt relateras till Vård 2010. Under 2010 tycks en ökning av antalet anmälda Lex Maria-ärenden ha skett. Vid anmälan enligt Lex Maria görs i regel en händelseanalys.

Socialstyrelsen har öppnat ett tillsynsärende gällande verksamheten på akutmottagningen, NÄL. Särskild granskning görs av tre Lex Maria-ärenden, varav två ärenden berör strokevård och ett ärende rör ett fall med sepsis. Beslut i ärendet har ännu inte fattats.

Situationen på akutmottagningen, NÄL har varit pressad sedan sammanslagningen i november 2008. Det har yttrat sig i form av långa väntetider för patienterna på akuten. Under våren 2010 kan man se att situationen i detta avseende har förbättrats. Inom område medicin har man haft särskilt besvärligt med överbeläggningar och periodvis har extraplats öppnats.

Med anledning av identifierade risker har följande projekt erhållit tilläggsdirektiv:

- Delprojekt Infektion
- Delprojekt An/op/IVA
 - framtida intensivvårdsorganisation
- Delprojekt An/op/IVA
 - internmedicinsk övervakning Uddevalla sjukhus
- Delprojekt Kardiologi
 - internmedicinsk övervakning Uddevalla sjukhus
- Delprojekt MÅVA/geriatrik
 - internmedicinsk övervakning Uddevalla sjukhus

Ett särskilt PM har också upprättats avseende "Konsultregler för NU-sjukvården vid Uddevalla sjukhus". Uppföljning av sju riskanalyser har hittills skett inom ramen för projekten. Efter avslutet av Vård 2010 övergår denna uppgift till verksamheterna.

Arbetet med riskanalyser har tillfört NU-sjukvården ökad kunskap, erfarenheter och ett systematiskt arbetssätt för att förbättra patientsäkerheten. Denna effekt påverkar också övrig verksamhet som inte direkt omfattats av Vård 2010.

Det kan konstateras att antalet rapporterade avvikelser med koppling till Vård 2010 är relativt få. Antalet Lex Maria-anmälningar har inte heller ökat. Chefläkaren har under genomförandet av Vård 2010 särskilt bevakat patientsäkerhets-situationen när det gäller akutmottagningen NÄL och vård-platssituationen inom område medicin. Man kan inte med stöd av inkomna avvikelser och anmälda Lex Maria-ärenden säga att patientsäkerheten påverkats negativt av förändringsarbetet. Flera av delprojekten, till exempel Kardiologi, Infektion och An/op/IVA, bedöms ha haft en gynnsam effekt på patient-säkerheten.

5.2.5 Kvalitet

Genomförandeprojektet har i patientperspektivet ett tydligt formulerat mål om ökad vårdkvalitet. Systematisk kvalitets-utveckling är en fråga för linjeorganisationen. Förändring av organisation och arbetssätt skapade inom ramen för genomförandeprojektet är bara en av förutsättningarna för det arbete med systematiska verksamhetsförbättringar som ingår i begreppet God Vård.

Kvalitetsfrågan har huvudsakligen drivits i delprojekten inom ramen för processutveckling och övrigt systematiskt förbättringsarbete och inte centralt under ledning av projektledningsgrupp. Av detta skäl redovisas inga övergripande resultat av vårdkvaliteten i denna rapport. Kvalitetsförbättringar har redovisats i slutrapporterna från flera delprojekt. Även utanför delprojekten har kvalitetsförbättringar redovisats inom ramen för det omfattande processutvecklingsarbete som bedrivits parallellt med genomförandeprojektet.

Till stöd för det decentraliserade kvalitetsarbetet har det, inom ramen för den lokala vårdöverenskommelsen med beställarnämnderna (VÖK), funnits kvalitetsindikatorer som fastställts av Västra Götalandsregionen, med angivna måltal som följs upp systematiskt. Till måltalen är knuten ekonomisk ersättning som utgår om måltalen uppnås. Denna mekanism har tjänat som en stimulans att driva på och redovisa förbättringar av vårdkvaliteten.

Enligt vårdöverenskommelsen har NU-sjukvården att rapportera till de nationella kvalitetsregistren. Detta sker regelmässigt. Registerdata återförs till verksamheten och till beställare och andra beslutsfattare genom årligen återkommande kvalitetsseminarier.

5.2.6 Tillgänglighet

Genomförandeprojektet ska enligt sitt projektmål medverka till att skapa ökade förutsättningar för tillgänglighet till vården. Strategin för detta är organisation enligt vårdlogik och utveckling av vårdens processer. Delprojekten rapporterar att strategin till stora delar omsatts i verklig handling. Detta ger bättre förutsättningar för framtida tillgänglighet.

En så genomgripande förändring som Vård 2010 ställer organisationen inför stora utmaningar. Detta kan medföra övergående negativ påverkan på tillgängligheten. Detta har inträffat även inom Vård 2010. Mest uppmärksammat har detta varit vid akutmottagningen NÄL.

Tillgängligheten inom ramen för den nationella vårdgarantin och närliggande behandlingar följs upp regelbundet lokalt, regionalt och nationellt. NU-sjukvården har i allt väsentligt ökat sin tillgänglighet under projektperioden. Delar av denna förbättring hänger samman med förändringarna inom Vård 2010 men utvecklingen är beroende av en rad andra faktorer och därmed svåranalyserad.

I samband med koncentrationen av akutmottagningen till NÄL förekom många klagomål på långa väntetider. De åtgärder som genomförts inom ramen för delprojektet för att motverka detta visade sig otillräckliga. Detta tvingade fram en omfattande processutveckling driven av linjeorganisationen. Detta arbete har lett fram till en tillgänglighet för akutmottagningen på NÄL som våren 2010 låg något bättre än genomsnittet för regionen.

5.2.7 Kompetensförsörjning

På kort sikt uppstod kompetensbrist på vissa områden då personalen valde alternativa sysselsättningar inom och utom NU-sjukvården. Rekrytering fick ske externt för yrkesgrupperna sjuksköterskor och läkare. I de fall vi inte lyckades rekrytera personal fick alternativa lösningar tillämpas. Möjligheten att rekrytera har under projektets gång underlättats något och på lång sikt tror vi NU-sjukvården kommer att vara en attraktiv arbetsplats där vi både kan behålla personal och rekrytera nya medarbetare. Samlad verksamhet underlättar kompetensutveckling.

5.2.8 Bemanning och personalsamordning

Arbetet med verksamhetsanpassad bemanning hade påbörjats innan genomförandeprojektet. Förutsättningarna var att utveckla klinikledningsarbetet så att strategisk bemanningsplanering blir en del i ledningsarbetet för att klara tillgänglighetsmål och ekonomi i balans. Man skulle uttömma alla möjligheter till avdelningsintegrerad mottagning, sprida aktiviteter över dygnet, göra planeringen gemensamt för all personal inklusive läkare och paramedicinsk personal, införa rotationschema över hela dygnet.

Budskapet var att verksamhetsanpassad bemanning innebär produktionsplanering som görs före bemanningsplanering. Arbetsprocessen var att göra en nulägesanalys på kliniknivå, en aktivitetsanalys på avdelningsnivå, produktionsplanering, aktivitetsplanering, bemanningsplanering och sist schemaläggning av personal.

Arbetet med verksamhetsanpassad bemanning inleddes med en dialog med klinikledningarna för att bemanningsplaneringen skulle bli en del i ledningsarbetet för att klara de ekonomiska effektmålen enligt plan för genomförandeprojektet. En prioritering gjordes av sjukhusledningen i vilken turordning klinikerna skulle stödjas där hänsyn togs till genomförandeprojektet. Som stöd för arbetet fanns personal- och ekonomisekreterare samt en expertgrupp. Ansvaret för att genomföra verksamhetsanpassad bemanning låg i linjen.

Det var stora svårigheter att nå uppsatta effektmål och så småningom upprättades bemanningsmål med nyckeltal för personaltäthet per vårdplats som styrmedel för vårdavdelningarna. Stor kraft lades på dialog med linjechefer. Verksamhetsanpassad bemanning har bedrivits som en kombination av verksamhetsutveckling, målstyrning och uppföljning.

5.2.9 Förändringsstöd och ledarskapsutveckling

Ett nytt stöd som inte tidigare använts i organisationen inrättades – faciliteringsstöd – för att underlätta förändringsdialogerna och skapa delaktighet. Det fanns en viss tveksamhet i början då man inte visste vad stödet innebar men de som sedan använde faciliteringsstöd upplevde det positivt. Lärdomen är att faciliteringens tillämpning i olika sammanhang är framtidens metod för att nå delaktighet, inflytande och resultat.

Tre utvärderingar i form av uppsatser/examensarbete har gjorts av studenter från Högskolan Väst och Göteborgs Universitet gällande faciliteringsstödet. Vid undersökning av det interna faciliteringsstödet vid utvalda möten var den totala upplevelsen från sex chefer och deras medarbetare att stödet varit positivt gällande dialog, delaktighet och resultat.

Cheferna uppgav att de har utvecklats som ledare och att de har fått stöd i förändringsprocessen på ett positivt sätt. Vid storgruppsfacilitering med extern facilitator undersöktes känslomässiga upplevelser. Resultatet var att deltagarna upplevde en positiv känslomässig förändring efter att ha medverkat vid en dags storgruppsfacilitering. Vid en enkätundersökning till 165 chefer (107 svar), svarade 32 chefer att de använt faciliteringsstöd varierande antal gånger och att de upplevt det positivt eller mycket positivt.

Erfarenheten är att chefer var tveksamma i början då man inte visste vad faciliteringsstödet innebar. Först då man började använda stödet förstod man vilken hjälp man kunde få. Vid utvecklingsdagar då avdelningar skulle arbeta ihop personalgruppen blev efterfrågan på faciliteringsstöd stor. De som tagit stöd av en facilitator har uppgivit att de varit nöjda. Faciliteringsstödet kommer att fortsätta efter projekttidens slut.

Under förändringsarbetet växte behovet av att skapa en ny, stark identitet och stolthet över den nya verksamheten. Förändringsprocessen fortsatte därför med ett långsiktigt arbete med att utveckla både medarbetare och ledare, benämnt Medarbetarskap & Ledarskap. Faciliterande möten är formen för arbetet. Filosofin är bland annat att medarbetare och chefer möts i vardagen och en bra dialog uppstår. Efter en planeringsfas påbörjades våren 2009 en tredagarsutbildning av dialogledare. Dialogledarna leder därefter dialogmöten på arbetsplatsen i små grupper utifrån olika teman som utvecklar medarbetarskap och ledarskap. De teman vi arbetar med är medarbetarskap, ansvar, öppenhet, identitet & lojalitet, arbetsglädje & stolthet, initiativ till förbättring, bemötande samt samarbete över gränser. Varje medarbetare får ett eget material i form av en pärm. Tanken med upplägget är att skapa kontinuitet i utvecklingen och att stegvis gemensamt utveckla verksamheten.

5.2.10 Lokalförsörjningsstrategi

Lokalförsörjningsstrategin har i princip varit att använda befintliga lokaler i de två sjukhusbyggnaderna NÄL och Uddevalla sjukhus. Verksamheterna har genom denna förutsättning fått uppdraget att inom dessa ramar utveckla sina kreativa lösningar på uppkomna problem och inte bygga nytt i första hand utan förändra, flytta om och renovera befintliga lokaler. Arbetet har planerats och utförts på ett okonventionellt och prestigelöst sätt tillsammans med Västfastigheter.

5.2.11 Ombyggnadsprocessen

Ombyggnadsprocessen har planerats av bygglidaren tillsammans med delprojektledare och verksamhet. Stor hänsyn har tagits av bygglidaren i planeringen av ombyggnaderna för att inte störa verksamheterna i det ordinarie arbetet. Verksamheterna har på ett föredömligt sätt bidragit till att ombyggnadsarbetet kunnat pågå med i princip full verksamhet, bland patienter, anhöriga och personal.

Personalen har varit mycket aktiv i arbetsgrupper och har bidragit med sin kunskap och erfarenhet av sjukvård. I några fall har engagemanget blivit påfrestande för verksamheten men i stort har det fungerat mycket bra.

NU-sjukvårdens erfarenheter är att samarbetet med Västfastigheters projektledare och bygglidare har fungerat väl. Bra kommunikation och snabba kontakter vid behov av förändringar har präglat samarbetet.

Ombyggda enher på Uddevalla sjukhus uppgår till cirka 18 stycken när de sista enheterna är på plats i sina nya lokaler under 2011, på NÄL är motsvarande antal 16 stycken.

5.2.12 Investeringar och utrustning

Vård 2010-projektet bidrog till ett ökat investeringsbehov inom NU-sjukvården både när det gäller lokaler och utrustning. För lokalinvesteringarna gjordes en ansökan om strategiska investeringsmedel till regionen och totalt beviljades 403 miljoner kronor. I dagsläget tyder allt på att investeringarna håller sig inom denna ram. Utrustningsinvesteringarna förväntas uppgå till cirka 106 miljoner kronor och består av både ny- och återinvesteringar (nyinvesteringar beräknas stå för cirka 60 procent av investeringsutgiften)

Beräknade investeringsutgifter per delprojekt.

Delprojekt (mnkr)	Lokalinv	Urustningsinv	Totalt
Akutverksamhet	7,0	3,3	10,3
An/Op/IVA	58,2	21,4	79,6
Bild & Funktion*	0	0	0
Bröstverksamhet	14,6	3,3	17,9
CTN*	10,0	0	10,0
Gastrokirurgi	12,4	12,4	24,8
Hud	21,5	5,6	27,1
Infektion	67,5	7,6	75,1
Kardiologi	23,0	8,4	31,4
Lab medicin	19,2	4,0	23,2
MÅVA/Geriatrik	5,3	3,6	8,9
Ortopedi	14,7	2,7	17,4
Specialmedicin	7,9	1,7	9,6
Stroke/Neurologi	8,8	3,0	11,8
Trauma	6,5	5,9	12,4
Ögon	24,0	7,5	31,5
Summa Vård 2010	300,3	90,4	390,7
Följdprojekt**	102,7	15,6	118,3
Totalt investeringar	403	106	509

* Delprojekten har utgått ur Vård 2010
 ** Här ingår bland annat ombyggnationer på förlossning/Antenatal, BB/EVA och centralreception

5.2.13 Effektmål

Det ekonomiska effektmålet som sattes för genomförandeprojekt Vård 2010 var att sänka NU-sjukvårdens nettokostnad med minst 70 miljoner kronor från och med 1 januari 2010 jämfört med budget 2008. För nästan samtliga delprojekt sattes ekonomiska effektmål för att sammantaget nå upp i de 70 miljoner kronorna. Effektmålen bestod både av sänkta kostnader och ökade intäkter, samtidigt som besparingspotentialen för de olika delprojekten varierade kraftigt.

Beslutade effektmål för de olika delprojekten, samt övriga delar som påverkat genomförandeprojektet.

Delprojekt (mnkr)	Effektmål
Akutverksamhet	- 19,0
An/Op/IVA	- 4,0
Bild & Funktion	- 6,0
Bröstverksamhet	+ 0,6
CTN	0
Gastrokirurgi	- 11,0
Hud	- 1,0
Infektion	- 2,0
Kardiologi	- 7,0
Lab medicin	- 4,0
MÅVA/Geriatrik	- 6,0
Ortopedi*	- 25,0
Specialmedicin	- 10,0
Stroke/Neurologi	0
Trauma	+ 1,0
Ögon	- 3,0
Summa delprojekt	- 96,4
Logistik	+ 10,0
Andra aktiviteter	- 8,6
Tilläggsbyråer**	+ 18,0
Avskrivningar***	+ 7,0
Totalt	- 70,0

* Effektmålet består av ökad produktion
 ** Inkl. hyresrabatt, 50 procent av tilläggsbyrå
 *** Bygger på uppskattad andel nyinvesteringar (60/40, ny/åter)

Under projektets fördes en dialog om de satta effektmålen, det visade sig dock att svårt att särskilja effekter i delprojekten med övriga effektiviseringsprojekt som pågick på respektive klinik. Inför 2010 års budget arbetades effektmålen in i budgeten för respektive verksamhet.

5.2.14 Logistiska lösningar

I syfte att skapa förutsättningar för ett gränslöst samarbete mellan NÄL och Uddevalla sjukhus gjordes tidigt under 2008 en översyn över vilka logistikförbättrande åtgärder som kunde vara önskvärda. Dessutom kartlades de transportmässiga konsekvenserna av en sammanhållen akutvård på NÄL.

Projektets förslag skapade möjlighet till transporter mellan NÄL och Uddevalla sjukhus på de sätt och i den omfattning som det har framkommit behov av. Hur väl det uppskattade behovet kommer att stämma med det verkliga är osäkert.

Förslagen genererade investeringskostnader men även ökade driftskostnader. Den sammanlagda kostnaden per år uppskattas bli cirka 12 miljoner kronor.

Fördelat:

- primärtransporter med ambulans 8,4 miljoner kronor
- internttransporter med bussambulans 1,9 miljoner kronor
- akuta personaltransporter 1,5 miljoner kronor
- planerade personaltransporter 835 000 kronor.

En besparing på cirka en miljon kronor gjordes genom att samordna transporter av personal och gods. Nettokostnaden blir cirka 11 miljoner kronor. Till detta kommer kostnader för eventuella ombyggnader.

Projektet kartlade även möjlighet till sammanhållet arbets-sätt inom och utom NU-sjukvården med telemedicinsk teknik. Tillgänglig regional teknik inventerades. Någon kostnadsberäkning utfördes inte eftersom behovet vid denna tidpunkt inte kunde tydliggöras.

Genom att de tänkta sjukhusövergripande processerna till stora delar uteblev kunde stora delar av logistikutredningens förslag inte realiseras. Transportkapaciteten har utökats men de sambandmässiga förbättringar som fanns i visionen har inte genomförts. Telemedicinspåret har emellertid drivits vidare och under hösten 2010 ianspråkstas den första utrustningen för detta ändamål vid NÄL och Uddevalla sjukhus. Vidare utbyggnad är planerad.

5.2.15 Resultat av intern kommunikation

5.2.15.1 Insatser mot nyckelgrupper

En av de identifierade nyckelgrupperna för att uppnå målen med förändringsarbetet var cheferna, därför genomfördes flera insatser för att kunna erbjuda ett bättre stöd under förändringsarbetet. Att framförallt första linjens chefer lätt känner sig ensamma under förändringsprocesser var en av erfarenheterna från tidigare förändringar i NU-sjukvården. Därför infördes ett chefsbrev som veckovis utgick från sjukhuschef Ann-Marie Schaffrath och som samlade information som var av nytta för cheferna i en tid då oerhört mycket hände i organisationen. Chefsmöten återinfördes i en ny form, en gång i månaden, där samtliga chefer fick möjlighet att ta del av sjukhusdirektörens och sjukhuschefens budskap, men också möjlighet att ställa frågor. Därutöver fanns sedan tidigare de mer praktiskt inriktade chefsforum som personalavdelningen samordnar. De nya forumen har varit uppskattade av cheferna, men deltagandet vid chefsmötena har på senare tid minskat, vilket troligen är ett tecken på att behovet av den typen av dialog inte längre är lika stort i och med att merparten av förändringsarbetet avslutats.

En annan prioriterad grupp var fackliga representanter, vilket föranledde tätare MBL-möten på sjukhusnivå för att främja kontinuerlig dialog och en smidig MBL-process med de stora informations- och beslutsflöden som stora förändringar för med sig. Även inledande stormöten där samtliga fackliga representanter bjöds in till workshop kring förändringsledarskap genomfördes, för att kunna stödja dem som förändringsagenter ute i verksamheten. En avstämning med fackliga representanter på sjukhusnivå visar att de i stort är nöjda med hur informationen fungerat. En del synpunkter framfördes på att samverkan inte alltid fungerat lika bra på verksamhetsnivå, men också att man ibland skulle vilja ha fått mer fullödlig information på ett tidigare stadium. De fackliga representanterna konstaterar också att det aldrig går att informera för mycket och att många medlemmar upplever att man inte fått tillräckligt med information trots att det funnits mycket information att tillgå på intranätet.

Den tredje målgruppen var läkarna, som också enligt erfarenhet är en viktig grupp för att förändringsarbete ska nå i mål. Denna grupp blev i första hand verksamhetschefernas ansvar att skapa och bibehålla dialogen med, under förändringsarbetets gång.

5.2.15.2 Kommunikation med medarbetarna

Då genomförandeprojektet inleddes lades stort fokus vid den interna kommunikationen, kommunikationsplaner upprättades för respektive delprojekt och en intern webbplats skapades. Denna slogs senare under projektet samman med den externa webbplatsen, när det interna informationsflödet inte längre var så stort. Under hela projektets gång har Vård 2010 varit en stående punkt i flertalet interna forum, och kontinuerligt beskrivits utifrån olika aspekter i artiklar i Nuläget och på intranätet.

En viktig åtgärd för att skapa förutsättningar för en bra och konstruktiv dialog kring förändringarna inom projekten och på respektive arbetsplats var införandet av facilitatorer, se 4.5.3.

Den viktigaste interna informationen kring Vård 2010 har skötts inom respektive delprojekt, dels utifrån projektledaren och dennes arbetsgrupp, dels via linjen utifrån den chefsgrupp som varit knuten till varje delprojekt. Någon samlad uppföljning av den interna kommunikationen inom Vård 2010-arbetet har inte genomförts. Däremot genomfördes en bredare studie kring internkommunikationen i början av 2009, av hur medarbetarna uppfattar internkommunikationen i NU-sjukvården. Förtroendet för närmaste chefen var mycket högt, medan förtroendet för den högsta ledningen var mycket lågt, såväl i relation till föregående mätning (2005) och övriga undersökta organisationer. Även resultaten när det gäller stolthet över den egna arbetsplatsen, kunskap om enhetens mål och kunskapen om andra enheter inom organisationen var låga. Troligen speglar resultaten det förändringsskede organisationen var inne i. En ny mätning kommer troligen att genomföras under 2011.

Avslut på intensiv förändringsperiod

I samband med projektets formella avslut i oktober 2010 genomfördes ett antal aktiviteter för att markera slutet på ett par intensiva år som varit arbetsamma för medarbetare på alla nivåer, och för att visa på resultaten av det som åstadkommits. I samband med den årliga inspirationsveckan i slutet av oktober, genomfördes därför såväl miniseminarier med några av de

projekt som genomförts inom Vård 2010 som festligheter. För samtliga chefer hölls ett chefsmöte med särskilt fokus på Vård 2010 för att ge möjlighet för några av cheferna att ge sin bild av hur det varit att vara chef i en tid av intensiva förändringar. I mindre grupper reflekterade också cheferna över vilka lärdomar vi som organisation och individer tar med oss.

5.2.16 Resultat av extern kommunikation

Informationssatsning i samband med akutförändringarna

De förändringar som varit kopplade till akutmottagningarna är de som krävt mest kommunikation externt, dels direkt till invånarna, dels via massmedier. Inför medicin- och kirurgakutens förändringar, i november 2008 respektive januari 2009, genomfördes en större informationssatsning i form av ett utskick till hushållen av en folder under rubriken "Var lugn, vi tar hand om dig!" med huvudbudskapet att akutsjukvården i NU-sjukvårdens område var i förändring, och att vårdsökande i första hand skulle kontakta sjukvårdsrådgivningen för att få hjälp till rätt vård. Detta material översattes till flera invandarspråk och anpassades till olika funktionsnedsättningar och kommunicerades till invandrar- och handikappföreningar i samband med akutverksamhetens förändringar. En uppföljning av informationssatsningen visade i slutet av november mycket goda resultat när det gäller att nå invånarna med information om den förändrade akutverksamheten.

Inför sommaren 2009 och 2010 genomfördes riktade satsningar mot turisterna i området. Informationen om vart man ska vända sig vid behov av vård togs fram i samarbete med primärvården och hälso- och sjukvårdskansliet, men finansierades av NU-sjukvården. Informationen skickades till campingplatser, turistbyråer, gästhamnar med flera ställen där turisterna rör sig, och publicerades i annonser i sommarbilagorna i Bohuslän (2010).

Samhällsannonser, en kanal till invånarna

Under förändringarnas genomförande användes samhällsannonser i enhetlig form som en kanal för att nå invånarna, vid sidan av den information som massmedia valde att publicera. Dessa publicerades i flertalet av områdets tidningar och lyfte fram förändringar utifrån NU-sjukvårdens perspektiv, ofta i kombination med patientorienterad information om sjukdomar eller symptom. Den första samhällsannonsen publicerades i slutet av oktober och visade på tankarna bakom MÄVA, därpå följde annonser om medicinakutens förändring, med uppföljning i samband med kirurgakutens förändring. Andra annonser berörde strokesjukvården, gastrokirurgin, kardiologin, bröstcentrum, hudverksamheten och centralreceptionen. Under 2010 genomfördes samhällsannonser om laboratoriemedicin (blodgivning), trauma, ögonverksamheten, infektionsjukvården och intensivvården.

Extern webbplats samlingspunkt för information

På den externa webbplatsen samlades information om Vård 2010 och de femton olika delprojekten. Där lades ut intervjuer med ansvariga chefer eller delprojektledare, projektdirektiv, riskanalyser, tidplan och annan relevant information.

Informationsmöten med olika målgrupper

Under arbetet med Vård 2010 har ett stort antal informations-

möten genomfört med olika målgrupper och i olika faser. Det har handlat om information till bland andra hälso- och sjukvårdsnämnderna, deras medborgarråd, patientföreningar i samband med enskilda delprojekt, partigrupper och kommunalpolitiker. Även NU-sjukvårdens pensionärer inbjöds till fika och information om förändringsarbetet.

Särskilda satsningar kopplade till delprojekt

I den mån det funnits möjlighet har respektive delprojekts särskilda behov av informationsstöd tillgodosetts.

Några exempel:

- ett material och en handlingsplan togs fram för information och marknadsföring kring ambulansverksamhetens utveckling. Av olika anledningar har denna dock inte genomförts
- i samarbete med primärvården har särskilda informationsaktiviteter skett för att informera distriktsläkarna om möjligheterna till subakuta mottagningar och konsultationer med sjukhusets specialister per telefon
- informationsinsatser genomfördes med anledning av Centralkassans införande.
- mammografins utökade upptagningsområde föranledde planering för informationsinsatser där kvinnor i Stenungsund var målgrupp. Även översättning av informationsmaterial till andra språk skedde i samband med Bröstcentrums invigning
- ett koncept för förbättrad information på akutmottagningen togs fram, men har ännu inte genomförts
- ett särskilt informationsmaterial för att beskriva tankarna bakom de medicinska äldrevårdsavdelningarna togs fram hösten 2009.

Vad finns var?

I en period då verksamheter flyttas mellan och inom sjukhus blir informationen om vad som finns var extra viktig för såväl besökare som medarbetare. Under våren 2009 togs en utställning fram med illustrationer över de planerade förändringarna inom Vård 2010, vilka ställdes ut på båda sjukhusen för att åskådliggöra vad genomförandeprojektet innebar. Fler satsningar har genomförts, bland annat testades ett webbaserat lokalinformationssystem som dock inte var tillräckligt lättarbetat och en egenproducerad webbapplikation lades senare ut. Svårigheten har varit att hitta en fungerande modell för de kontinuerliga uppdateringar som krävts, då materialet i informationssystemet Katalog i Väst (KIV) inte fyllt behovet. Nu, inför avslutet av Vård 2010, finns en webbapplikation och en uppdateringsrutin som förhoppningsvis kommer att fungera på längre sikt.

Deltagandet i Kvalitetsmässan

I slutet av 2009 deltog NU-sjukvården i de av Västra Götalandsregionen organiserade Idédagarna under Kvalitetsmässan i Göteborg. Där presenterades Vård 2010 med bland annat genomförandeprojektet, processororientering och Medarbetarskap & Ledarskap. Såväl arbetsmetoder som utvalda projekt visades upp. Utställningsskärmar och trycksaker togs fram, där bland annat MÄVA, patientsäkerhetsarbetet, processororientering och Medarbetarskap & ledarskap lyftes fram. Ytterligare två broschyrer togs fram för att beskriva Vård 2010, den ena beskrev visionen och tankarna bakom utvecklingsarbetet medan den andra gav en samlad bild av vad förändringarna skulle innebära i praktiken. Dessa hade varit av värde att ha

tillgång till tidigare i processen. I uppföljningen av deltagandet anges att upplevelsen från mässan var att Vård 2010 sattes på kartan samtidigt som personalen fick tillfälle att visa att man var stolt och nöjd med sitt förändringsarbete.

Patientinformation i samarbete med primärvård och hälso- och sjukvårdskansliet

På initiativ från NU-sjukvården lyftes behovet av en samordnad vårdinformation till invånarna i området med anledning av de stora förändringar av vården som genomförts de senare åren. Syftet var att på ett trovärdigt sätt återskapa förtroendet för vården, och visa på det stora vårdutbud som finns i området. Hälso- och sjukvårdskansliet fick uppdraget att genomföra ett sådant projekt och arbetet med att ta fram en broschyr som beskriver vården i Fyrbodal pågår under hösten med planerad distribution under första kvartalet 2011.

Öppet hus avslutar Vård 2010

För att göra en tydlig markering av att Vård 2010 avslutats, och visa upp de resultat arbetet åstadkommit, genomfördes ett öppet hus för allmänheten på både Uddevalla sjukhus och NÄL den 30 oktober. I samband med öppet hus visades ett urval av de verksamheter som genomgått förändringar upp, samtidigt som olika aktiviteter kopplade till hälsofrämjande sjukhus genomförs. Syftet var att ta ett litet steg på vägen i att återupprätta förtroendet för NU-sjukvården och dess verksamheter.

På styrelsens initiativ kommer en mindre utställning om Vård 2010 att ställas ut i samarbete med Bohusläns museum för att skildra förändringarna inom NU-sjukvården. Utställningen visas upp under oktober månad i de tillfälliga utställningarna på museet.

Pressarbetet

Under det inledande arbetet med Vård 2010, stod det klart att massmedia var en faktor som i hög grad skulle komma att påverka det fortsatta skeendet och bilden av utvecklingsarbetet.

Ett aktivt mediearbete har därför bedrivits, vars former och intensitet har varierat med bland annat befintliga resurser, massmedias bevakning och i vilket skede processen befunnit sig. Ett stort antal pressaktiviteter har genomförts inför de mest kritiska händelserna i besluts- och genomförandeprocessen, sammanlagt har närmare 30 presskonferenser hållits och ytterligare ett tiotal pressfrukostar som berört Vård 2010-projektet sedan 2007. Stor vikt lades vid ett proaktivt pressarbete i samband med medicin- och kirurgakutens flyttar. Vid ett antal presskonferenser har också resultatet av det förbättringsarbete som pågått när det gäller akutprocesserna redovisats. I samband med projektens avslut har invigningar genomförts där pressen varit särskilt inbjuden, vilket resulterat i positiv rapportering i medierna. Därutöver har närmare 30 pressmeddelande skickats för att beskriva eller följa upp förändringar som genomförts. Ett fyrtiotal insändarsvar och bemötanden har skickats in till olika tidningar, merparten till Bohusläningen, ofta för att bemöta påståenden och svara på frågor om det pågående förändringsarbetet samt upprepa bakgrunden till Vård 2010.

I enstaka fall har aktiva insändarskribenter kontaktats för att etablera en direkt dialog snarare än att föra dialogen via massmedia. Något som dock haft begränsad effekt över tid.

5.2.17 Bilden av Vård 2010 i massmedia

Sjukvårdsstruktur väcker starka känslor

Sjukvårdsstrukturen i Fyrbodals område har väckt stort intresse bland såväl medier som allmänhet sedan många år tillbaka.

Redan på 1970- och 1980-talet var vårdstrukturdiskussionerna livaktiga inför planeringen av det som kom att bli NÄL.

En förnyad debatt uppstod inför NU-sjukvårdens bildande 1996, och de förändringar som följde när det gäller till exempel förlossningen och ortopedin.

Den senaste strukturdiskussionen inleddes i samband med regionens utvecklingsstrategi för framtidens sjukvård som beslutades av regionfullmäktige 2004, där NÄL utpekades till det breda akutsjukhuset medan Uddevalla sjukhus skulle inriktas mot mer planerad vård. Diskussionerna fördes i detta skede främst på politisk nivå, men även verksamhetsföreträdare gav sig in i debatten med synpunkter på de förslag. Efter beslutet följde en relativt sett lugnare period i massmedia när det gäller just strukturfrågorna, tills frågan återuppväcktes inom NU-sjukvården i februari 2007.

Klart är att sjukvården, särskilt akutsjukvården, har ett starkt symbolvärde som trygghet för invånarna, och blir därigenom en laddad fråga för såväl invånare som lokala politiker. För NU-sjukvårdens del har de planerade och genomförda förändringarna inom Vård 2010 inneburit en oerhört omfattande medial debatt som i huvudsak varit starkt negativt laddad. I jämförelse med övriga sjukhusområden i regionen tycks debatten i NU-sjukvårdens område varit både mer omfattande och mer negativt laddad. Påtagligt är också att andelen åsiktsmaterial i vårt område varit betydligt högre än för övriga områden. Det är åsiktsmaterialet, det vill säga ledare och insändare, som står för en stor del av den negativa mediebild. Debattens vågor har i stor utsträckning följt processen, vilket inneburit att debatten varit särskilt omfattande år 2007 i samband med att de svåra besluten fattades, respektive år 2009 då bristerna i den förändrade akutverksamheten varit särskilt tydliga.

2007

I februari 2007 hölls en presskonferens på NU-sjukvårdens initiativ, där ett utredningsuppdrag som givits till verksamhetschefen för kirurgi, Bengt Ekelund, presenterades. Bakgrunden var att kirurgkliniken såg behov av att samla verksamheten på ett av sjukhusen för att klara jourverksamhet, den nya arbetstidslagen samt rekrytering och utbildning av nya specialister. I och med denna presskonferens fick strukturdebatten förnyad fart, inte minst i Bohusläningen. Denna debatt har sedan fortsatt under hela processen med Vård 2010.

Under 2007 infördes långt över 300 artiklar och nyhetsinslag om NU-sjukvårdens struktur och det som kom att kallas Vård 2010. Den stora merparten av artiklarna var publicerade i Bohusläningen och visade på de farhågor som fanns bland lokalpolitiker och andra i Bohuslän, för hur förändringarna skulle påverka sjukvården för invånarna i Bohuslän och vad det skulle innebära för Uddevalla sjukhus. Ett antal lokalpolitiker och ett fåtal "experter" fick tillsammans med aktionsgruppen Rädta Uddevalla sjukhus (RUS) en framträdande plats och tonläget var tidvis mycket högt. Bland annat hävdades att "om kirurgin flyttar från Uddevalla sjukhus är sjukhuset nedlagt inom fem år", "genom att flytta akuten till NÄL kan

över hundra Bohusläningar dö på vägarna” och en polisanmälan lämnades in mot NU-sjukvårdens ledning för vållande till annans död med anledning av inriktningsbeslutet. Men även NU-sjukvårdens ledning och styrelse intervjuades relativt flitigt, liksom regionpolitiker inför och efter beslut. Under hösten, då förslaget till arbetsfördelning togs fram, hamnade verksamhetscheferna mer i fokus.

På insändarsidorna gick debattens vågor höga och närmare 300 insändare publicerades, även här merparten i Bohusläningen. En överväldigande majoritet av insändarna var negativa till förändringarna, och under våren var en klart övervägande del av skribenterna lokalpolitiker och ett fåtal enskilda invånare i Bohuslän som oroades över förändringarna i akut-sjukvården, samt aktionsgruppen Rädda Uddevalla sjukhus som bedrev en aktiv opinionsbildning för att motverka det man uppfattade som hotet mot Uddevalla sjukhus. Den laddade stämningen i Bohuslän kring sjukhusfrågan kulminerade den 1 maj i Uddevalla då kommunpolitiker från samtliga partier enades i ett gemensamt demonstrationståg mot de föreslagna förändringarna av Uddevalla sjukhus. Enligt uppgifter i massmedia innehöll demonstrationståget allt från 5000 till 8000 personer.

Under hösten 2007, allt eftersom förslaget började ta form, blev även medarbetare inom NU-sjukvården aktiva. Det var då främst läkare inom ortopedi, infektion, intensivvård och medicin som ifrågasatte förslaget till arbetsfördelning och poängterade riskerna för den egna kliniken och/eller patientgruppen, som kunde innebära personalflykt och sämre medicinska samband som ökade patientriskerna, i vissa fall pekade man även på risk för ökad mortalitet.

Därutöver hade medierna själva synpunkter på ledarplats när det gäller vårdstrukturen, 30-40 ledare behandlade frågan under året, och även här var Bohusläningen (20 st) den klart mest aktiva parten, följt av Göteborgs-Posten (5 st) och TTELA (5 st).

2008

Året därpå, 2008, startar genomförandeprojektet vilket innebär en inledande planeringsfas då inte så många konkret beslut eller förändringar sker. Det avspeglar sig också i massmedias rapportering som minskar dramatiskt. Men liksom tidigare är det Bohusläningen som publicerar merparten av alla artiklar och insändare om NU-sjukvården. Antalet publicerade artiklar (närmare 150), insändare (ca 100) och ledare (15) som gäller Vård 2010 mer än halveras jämfört med föregående år. Istället är psykiatri i fokus inför beslutet om Heljerödshemmet avveckling, liksom de diskussioner som gällde förändringar av Strömstads sjukhus (vårdavdelningen) och Lysekils sjukhus (datortomografi), men också Vårdförbundets strejk fick stort utrymme i pressen under våren. Inom Vård 2010 får moderaternas utspel om ett nytt storsjukhus en del utrymme, och ortopedens kritik mot att ortopedverksamheten skiljs från trauma.

Under hösten ökar temperaturen då diskussionen om den så kallade avlövningsen av Uddevalla sjukhus tar förnyad fart i och med utredningarna som senare utmynnade i Steg 1 1/2. En annan stor fråga under hösten och under 2009, är riskanalyserna, där hanteringen av analyserna upplevdes som ett mörkande av resultatet. Beslutet att inte lämna ut handlingarna kritiserades kraftfullt från såväl kommunpolitiker som

styrelsens egna ledamöter. Även formerna för riskanalysarbetet, som genomfördes i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer, kritiserades för att komma för sent i processen och missa helheten.

Senare delen av hösten präglades av medicinklinikens flytt som genomfördes i mitten av november. Flera uppföljningar och skildringar av arbetet på akuten visar på den höga belastningen på akuten. Bilden från cheferna på akuten är att det är tufft men under kontroll, och att läget troligen kommer att stabiliseras inom några veckor när rutiner satt sig och så vidare. Detta visade sig vara en mycket optimistisk bild, men tonläget i massmedia är i detta skede relativt nedtonat och det tycks finnas en viss förståelse för inkörningsproblemen.

I åsiktsmaterialet återfinns i första hand politiker, med en övervikt av moderater och sjukvårdspartister som kritiserar Vård 2010, även majoritetspolitiker i regionen och NU-sjukvårdens styrelse är aktiva och försvarar förändringarna. Därutöver är det ett fåtal privatpersoner som är mycket aktiva i debatten. Endast enstaka insändare har vårdpersonal som avsändare och inga läkare är aktiva i detta skede.

2009

Året inleds med kirurgakutens flytt, vilken skildras relativt positivt. Men i samma veva kommer den första beskrivningen av "Kaos på akuten" som främst avser medicinakuten, en artikel som ska följas av många liknande under våren. I grunden handlar det inte enbart om akutmottagningens funktion, utan lika mycket om resultatet av de senaste årens minskning av antalet vårdplatser, och senare under året även den minskade bemanningen på vårdavdelningarna. Sammantalet gav detta snabbt upphov till begrepp som "NU-eländet" och "kaoset i NU-sjukvården", begrepp som sedan används flitigt i insändare och artiklar. Problemen på akuten och den ofta förekommande vårdplatsbristen, blev synonyma med hela Vård 2010-arbetet som uppfattades som misslyckat. Trots att ett relativt stort antal artiklar också skildrar positiva resultat inom Vård 2010 – såsom bättre hjärtsjukvård, det nya bröstcentrum som invigs under våren och planeringen för de samlade hud- och ögonverksamheterna – är det de akutmedicinska processerna som sätter agendan för politiker och massmedia.

Även innan de första förändringarna av akutverksamheten genomfördes förekom ett antal artiklar, insändare och ledare varje år, som skildrade de långa väntetiderna på akuten på såväl NÄL som Uddevalla sjukhus. Men under 2009 mångdubblades dessa. Ett antal patientfall redovisas där ofta äldre patienter med misstänkt stroke eller bröstsmärtor får vänta länge på en brits i korridoren innan de får träffa läkare.

I slutet av januari, efter drygt två månader i den nya akutverksamheten, gick NU-sjukvården ut med en första presskonferens för att beskriva vilka åtgärder man vidtog för att få akutverksamheten att fungera bättre, vilken följdes av många fler, såväl beklaganden av misslyckanden, som beskrivningar av utvecklingsarbetet som pågick under året. Allt eftersom problemen och skrivierna fortsatte urholkades naturligtvis NU-sjukvårdens trovärdighet. Trots att en försiktig förbättring och stabilisering av akutprocesserna kunde märkas under hösten, fortsatte skrivierna. Först efter ca 1 1/2 år, våren 2010, avtog mängden skrivierna om akutens funktion och återgick till en mer normal nivå.

Framåt sommaren ökade också fokus på NU-sjukvårdens ekonomi och resultatet av arbetet med verksamhetsanpassad

bemanning började synas i medierna. Den upplevda arbets-situationen på vårdavdelningarna medförde fler utspel från medarbetare som ifrågasatte såväl de pågående förändringarna, som besparingarna utifrån hur de påverkade främst arbetsmiljön, men också i viss mån patientsäkerheten. Anmälningar till Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket får också ett relativt stort utrymme i massmedia.

En omvärld som i högsta grad ifrågasätter förändringarna av akutverksamheten, reagerar inte heller positivt på signalerna om neddragningar i ambulansverksamheten utifrån ett ekonomiskt perspektiv, som kommer innan sommaren. Efter-som logistikutredningen inom Vård 2010 betonat vikten av en utökning av ambulansresurserna skadas NU-sjukvårdens trovärdighet och en stor debatt uppstår där bland andra beställarnämndernas politiker och kommunalpolitiker är aktiva.

Bohusläningen står även under 2009 för merparten av artiklar och insändare om Vård 2010, men TTELA har nu en mer aktiv journalistik kring NU-sjukvården än tidigare och publicerar fler insändare än tidigare. Det allra mesta i TTELA handlar om akuten och arbetsbelastningen på vårdavdelningarna inom medicinområdet, utan att ifrågasätta grunderna för Vård 2010. Bohusläningen är också aktiva när det gäller att beskriva väntetiderna på akuten, men använder detta som utgångspunkt för att kritisera utvecklingsarbetet på principiell nivå, inte minst på ledarplats. I Bohusläningen förekommer också på ett helt annat sätt än i övriga medier, en fokusering på enskilda individer, där främst sjukhusdirektören men också styrelsens ordförande får utstå mycket personlig kritik. Detta gäller såväl insändare och ledare, som artiklar där mer personligt riktad kritik framförs.

En av händelserna som gör att sjukhusdirektör Sten Axelsson hamnar i fokus grundar sig i en artikel publicerad av Bohusläningen med felaktiga uppgifter utan att journalisten berett NU-sjukvården möjlighet att bemöta uppgifterna. I en press-aktivitet riktad mot journalisten ifråga bemöttes påståendena med fakta av sjukhusdirektör, chefläkare och informatör. Bemötandet fick dock ett annat utfall än planerat då Bohusläningens chefredaktör reagerade på formerna för tillrättaläggandet och tog tillfället i akt att göra ett personligt utspel mot sjukhusdirektören, vilket ledde till negativ publicitet i såväl Bohusläningen som flera andra medier, med uppgifter om att det förekommit en "fejkad presskonferens" och att sjukhusdirektören försökt tysta kritiska journalister.

NU-sjukvårdens bedömningar när det gäller hanteringen av de kontinuerliga riskanalyser som föregått varje förändring, har också fått utstå mycket kritik i massmedia, och gav utrymme för spekulationer om riskerna med förändringarna. En av orsakerna var arbetsordningen kring riskanalyserna initialt, där NU-sjukvården hävdade att riskanalyserna var ett internt arbetsmaterial. Detta ledde till ett ärende i kammarrätten, som senare gav NU-sjukvården rätt i frågan om bedömningen av arbetsmaterial respektive allmän handling. NU-sjukvården beslutade dock att fortsättningsvis publicera riskanalyserna när dessa beslutats av styrgruppen.

2010

År 2010 inleds med fortsatt stor mängd artiklar och insändare om akuten och medicinavdelningar utifrån både patientperspektiv och medarbetarperspektiv, med anledning av en hög belastning från jul- och nyårshelgen som kvarstår under årets

första månader. Ett Räddningstjänstbeslut om att utdöma vite vid överbeläggningar på NÄL spär ytterligare på rapporteringen om vårdplatsbristen på NÄL.

Därefter förekommer debatten om tidpunkten för traumas flytt, som sedan sker i april. Fortsatt är det Bohusläningen som publicerar den klart största delen av både artiklar och insändare, även om tteLA är mest aktiva när det gäller arbetsmiljön på medicinavdelningarna på NÄL. Efter en väl genomförd traumaflytt tycks bevakningen när det gäller Vård 2010 återigen gå in i en lugnare fas. Det faktum att det är val i september gör att politikernas initiativ ökar något, när det gäller vården, och särskilt då framtiden för Uddevalla sjukhus. Medieanalysen av det första halvåret 2010 tyder dock på att den negativa medie-bilden från de senaste åren börjar brytas.

5.2.18 Bilden av Vård 2010 inom politiken

Beslutsprocessen

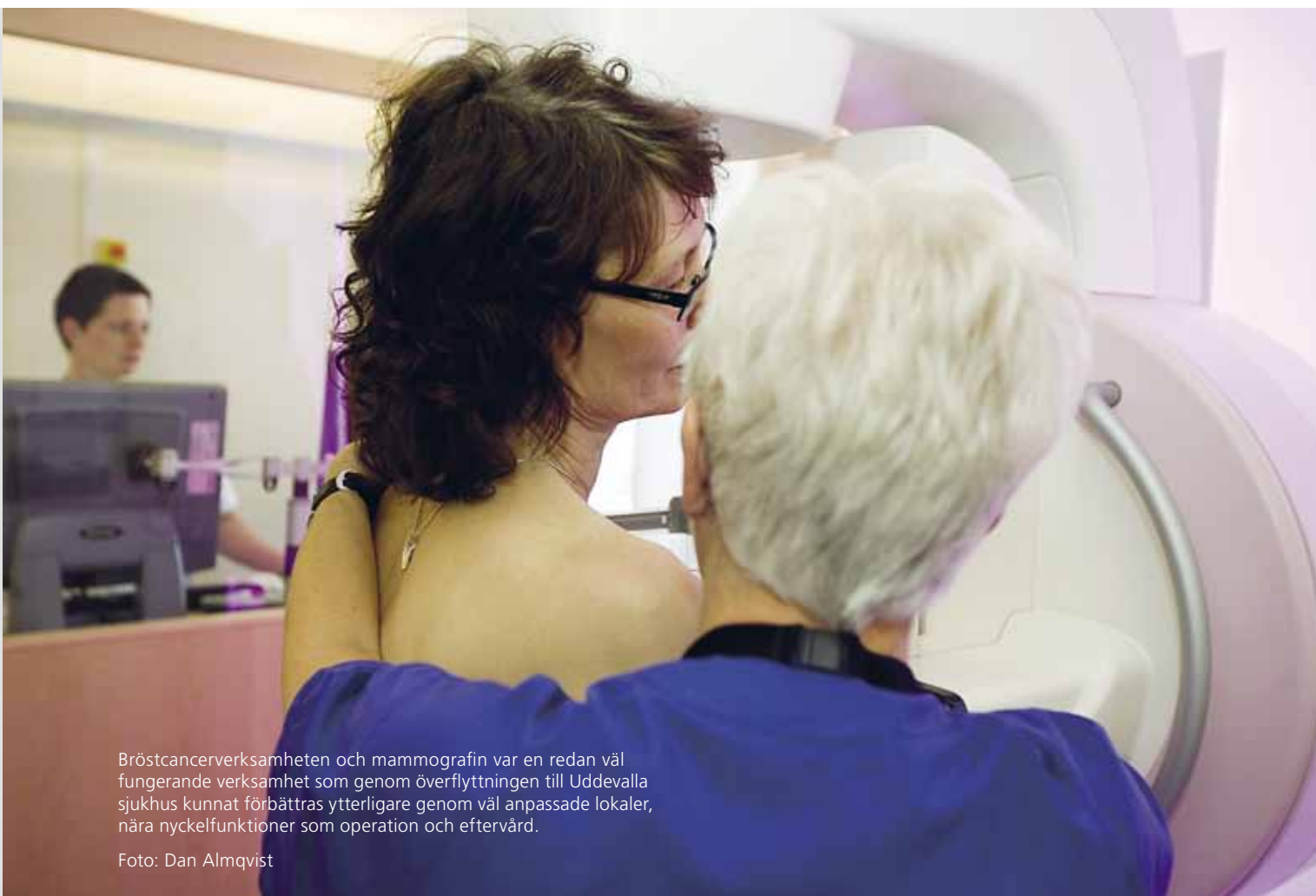
För den nya styrelsen som startade sitt arbete i januari 2007 var huvuduppdraget från ägarna att genomföra det av regionfullmäktige beslutade strukturbeslutet från 2004, som fram till dess inte hanterats inom NU-sjukvården. Det fanns en stark enighet i samtliga majoritetspartier på alla nivåer om att det var nödvändigt för att kunna fortsätta utveckla vården i Fyrbodals kommun. Det har funnits flera kritiska punkter under beslutsprocessen, dels inriktningsbeslutet som fattades våren 2007, dels det tilläggsbeslut som kom att kallas Steg 1 ½. Viss politisk "handpåläggning" har krävts under resan, men i stort uppges inriktningen ha stått fast under hela processen. Trots enigheten valde enstaka lokalpolitiker bli motståndare till förändringsarbetet, i samband med den stora uppmärksamhet och kritiken som under en period förekom lokalt. Så här i slutfasen av projektet upplever dock majoriteten i styrelsen att de haft ett stort och brett stöd i sina partier för att kunna genomföra förändringarna.

Balanskravet nyckel

Det politiska kravet på balans mellan Uddevalla sjukhus och NÄL blev en viktig nyckel för att klara att hantera både den medicinska professionen och den lokala oron i Bohuslän. Kravet har fyllt sin funktion genom att motverka bilden av att förändringarna skulle leda till en avveckling av Uddevalla sjukhus i den externa debatten. Samtidigt satte politiken i och med kravet press på organisationen att tänka nytt för att motverka professionens drivkraft mot ökad centralisering och samlokalisering till ett sjukhus.

Massmedia en av utmaningarna

En av de största utmaningarna utifrån ett politiskt perspektiv för att genomföra Vård 2010 uppges ha varit den så kallade klyftan mellan Älvsborg och Bohuslän som lever kvar. Detta dike avspeglar sig även i massmediernas struktur, vilka upplevs ha spelat en stor roll under förändringsarbetet. Det faktum att de tryckta medierna inte sett Fyrbodals kommun som ett område, utan skildrat förändringarna utifrån det egna delområdets perspektiv upplevs ha försvårat diskussionen. Det är en del av orsaken till att NU-sjukvården inte lyckats kommunicera vad man ville genomföra och varför. Istället blev fokus på ett vinnar- och förlorarperspektiv. En annan faktor som försvårat kommunikationen externt uppges vara att NU-sjukvården inte tillräckligt tidigt och tydligt kunde beskriva vad som skulle finnas på respektive



Bröstcancerverksamheten och mammografin var en redan väl fungerande verksamhet som genom överflyttningen till Uddevalla sjukhus kunnat förbättras ytterligare genom väl anpassade lokaler, nära nyckelfunktioner som operation och eftervård.

Foto: Dan Almqvist

sjukhus, vilket skapat oro och gett utrymme för grundlösa rykten om en pågående avveckling av Uddevalla sjukhus.

En försvårande faktor för arbetet uppges också ha varit att hela styrelsen inte kunnat stå enad i att genomföra fullmäktiges beslut, vilket varit deras uppdrag. Där upplever de som tagit en aktiv del i besluten att delar av oppositionen inte tagit sitt ansvar utifrån den demokratiska roll politikerna har i en utförarstyrelse, där syftet inte är att bedriva partipolitik.

Enighet viktig framgångsfaktor

Politik och profession har olika utgångspunkter och kan därför ha svårt att förstå varandras argument och verklighet. Det kan vid så här stora och komplicerade förändringar orsaka svårigheter, där de olika grupperna riskerar att dra åt olika håll. Vid enstaka tillfällen uppfattas enskilda chefer ha agerat på ett sätt som försvårat den politiska processen. Men i huvudsak upplever styrelsen enigheten mellan politik och profession som den största och viktigaste framgångsfaktorn när det gäller Vård 2010. Såväl politik som profession har sett det nödvändiga i förändringarna och därför i stort kunnat hålla en gemensam linje under förändringsprocessen och kunnat stå fast även när turbulensen varit som störst. Styrelsens bild är att enskilda nyckelpersoner har spelat en stor roll för att skapa denna enighet, såsom projektledare Lars Körner.

Enigheten har varit en lika viktig framgångsfaktor när det gäller politiken. Att den politiska majoriteten har kunnat ha

en rak och öppen dialog har gett förutsättningarna för en gemensam hållning genom hela processen. Även majoriteten på regionnivå har stått bakom förändringarna, vilket varit en styrka när problem har uppstått längs vägen.

Resultatet bättre än förväntat

Styrelsens bild är positiv när det gäller resultatet av förändringarna inom Vård 2010. Inga större avvikelser från besluten har skett. NU-sjukvården har nu förutsättningarna att hänga med i den medicinska utvecklingen och har till och med tagit viktiga steg som gör att vi på vissa områden kan ligga i framkant. Den stora avvikelserna har handlat om akutverksamheten som har tagit längre tid och varit svårare än någon inom NU-sjukvården förutsett. Förberedelserna inför den förändringen upplevs inte ha varit tillräckliga, och styrelsen har varit pådrivare för att se till att verksamheten lagt tillräckligt stort fokus på att förbättra akutverksamheten. Nu ses tydliga förbättringar även på detta område, något som också styrelsens ledamöter märker genom reaktionerna från invånare som blivit mer positiva den senaste tiden.

Att vara en del av ett så här stort beslut och de avgörande förändringar som genomförts, har varit krävande för en del, men de intervjuade ledamöterna uppger sig också vara stolta över att ha medverkat till att skapa nödvändiga förutsättningar för den fortsatta utvecklingen av sjukvården i Fyrbodalen.

När infektionssjukvården flyttade till NÄL i september 2010 stärktes de viktiga medicinska sambanden med övrig akutsjukvård.



Foto: Dan Almqvist

6. Sammanfattande erfarenheter av projektet

6.1 Förankring viktig förutsättning

Att genomföra stora förändringar i en sjukvårdsorganisation är en utmaning. En rad aktörer inom vitt skilda grupper måste vinnas för idén. Oftast är det inte möjligt att hitta lösningar som tillgodoser alla intressen, och lokala opinioner kan utmanas. Att balansera denna situation kräver mycket tid och planering även när det som i detta fall finns ett politiskt beslut på högsta demokratiska nivå om vilken riktning som gäller. En genomtänkt kommunikation med goda resurser för information och dialog externt och internt har visat sig vara en framgångsfaktor. Fakta- och dialogstöd till politikerna, vilka ofta blir utsatta i en process av detta slag, ger ökade förutsättningar att nå målet.

Förändringsarbetet måste utgå från verksamhetens behov i dess ambition att tillgodose patient- och medborgarnytta. I en organisation med 5000 anställda kan man inte förvänta sig enighet om vad detta innebär. En bred förankring av idéarbete och konkret genomförande är avgörande. Genomförandeprojektet föregicks av en omfattande förprocess i sjukhusledningen, inklusive samtliga verksamhetschefer, ledningsstab och styrelse. Detta arbete, som tog närmare ett år i anspråk, har varit en förutsättning för att nå fram. Inför NU-styrelsens beslut i november 2007 fanns på ledningsnivå en nästan total samsyn om vad som behövde göras och varför. Detta underlättade styrelsens beslut och gav en förutsättning för verksamheterna att dra åt samma håll i förändringsarbetet.

6.2 Struktur respektive processutveckling

Arbetet med Vård 2010 tog, vid sidan om regionfullmäktiges beslut från 2004, sin utgångspunkt i ett antal visionära förutsättningar.

De viktigaste av dessa var:

- vårdlogik
- NU-sjukvården som ett sammanhållet "NU-sjukhus"
- nyutvecklade vårdprocesser inom och mellan de samverkande sjukhusen.

Tanken bakom förändringsarbetet var att strukturförändringarna skulle utgöra ett stöd för dessa värderingar och underlätta genomförandet. Målet var också att varje verksamhet som flyttade skulle ha arbetat igenom sina processer i grunden och att lokalerna skulle anpassas till de nya arbetssätten.

Trots breddutbildningen i förbättrings- och processkunskap som förmedlades till organisationen, parallellt med genomförandeprojektet, hann mycket få verksamheter att arbeta igenom sina processer för att kunna omsätta dem i den nya

strukturen. Istället anpassades ofta strukturen till gamla och väl inarbetade processer inom det egna sjukhuset, vilket förbättrade situationen för verksamheterna, men begränsade den eftersträfvade effekten i ledningens vision. Det huvudsakliga skälet till att ambitionen misslyckades, var att förändringsarbetet drevs i ett mycket högt tempo, vilket inte gav tillräckligt med utrymme för processutveckling. En bidragande orsak var troligen också svårigheten att tänka i nya banor, främst när det gäller ledningens vision om två sjukhus som samarbetar som en enhet. Tanken att arbeta gränsöverskridande över båda sjukhusen framstod som främmande för många. Grunduppfattningen inom professionen är i stället att all verksamhet skall finnas under ett tak. Denna inställning har lett fram till att kompetensutbytet mellan sjukhusen inte blivit så omfattande som det var tänkt.

6.3 Tydlig ansvarsfördelning och förändringsledare

Ett förändringsprojekt av denna omfattning behöver ha en fast och tydlig struktur. Avgränsning mellan projekt och linje i ansvar och befogenheter är viktig. Genomförandeprojektet fick redan från början dessa krav tillgodosedda. Detta har varit en förutsättning för framgång. Konstruktionen med löpande avstämning i styrgruppen inför viktiga brytpunkter i processen har ökat kontrollen och samordningen.

Arbetet med riskanalyser har varit en väsentlig del i genomförandeprojektet. Dessa har givit viktig kunskap och påverkat beslutsfattandet. En riskanalys ska granska "det värsta som kan hända" vid en förändring. Skälet till detta är att risken ska elimineras eller minskas. Om en risk offentliggörs utan samtidig uppgift om planerad åtgärd för dess eliminering uppstår en grund för misstro till förändringen och argument för dem som är motståndare, något som media gärna förstärker. Det måste därför finnas en genomtänkt strategi för hur riskanalyser hanteras och kommuniceras. Detta har utvecklats inom genomförandeprojektet efter några incidenter där kommunikationen inte blev den bästa. Motsvarande gäller för de riskbedömningar enligt Arbetsmiljölagen som ska göras vid förändringar i arbetslivet.

Goda förändringsledare är en förutsättning för framgång i ett omfattande förändringsprojekt. Samarbete mellan en erfaren delprojektledare och chefsgruppen är mycket betydelsefullt. I de delprojekt där detta fungerat väl har man nått de bästa resultaten. Genomförandeprojektet startades utan att tillgången på erfarna delprojektledare var säkrad. Inventering av tillgången på förändringskunskap och projektledning bör ingå i beslutsunderlaget inför ett större förändringsarbete.

6.4 Investeringar och effektiviseringar

Genomförandeprojektets ekonomiska effektmål har till stor del hämtats hem genom verksamhetsanpassad bemanning (VAB). Från början var den verksamhetsanpassade bemanninge tänkt att utgå ifrån vårdens effektiviserade processer. När detta arbetssätt inte visade sig ge önskvärda effekter lämnade man anknytningen till processutveckling och verksamhetsanpassad bemanning blev i första hand ett sätt att minska kostnader, byggt på personaldimensionering efter centralt fastställda normtal.

En omfattande ny- och ombyggnadsprocess har genomförts inom genomförandeprojektet. Det nära och goda samarbetet mellan Västfastigheter, vars projektledare lett processen, och projektledningsgruppen har medfört att tidplaner och ekonomiska ramar har kunnat hållas, trots en pressad tidplan. Lågkonjunkturen inom byggsektorn under projekttiden har varit gynnsam i detta avseende. Den smidiga byggprocessen har varit avgörande för genomförandeprojektets framgång.

6.5 Ansträngande förändringsarbete har lagt grunden

Hur mycket förändringsarbete tål en organisation under en och samma period? Oavsett svaret på den frågan kan konstateras att NU-sjukvården under projektperioden befunnit sig mycket nära gränsen. Det är enorm påfrestning för en organisation att genomföra förändringar i den storleksordningen som Vård 2010 inneburit, samtidigt som verksamheten är i full produktion. Faktorer i omvärlden har också påverkat uppdraget, några sådana exempel är det ökade fokuset på vårdgarantin och den förändrade resursfördelningsmodellen inom Västra Götalandsregionen och som påverkat NU-sjukvårdens ekonomiska förutsättningar.

Genomförandeprojektet har i stora drag varit ett lyckosamt projekt, men hade med säkerhet nått närmare den ursprungliga visionen om organisationen före projektstart haft tillgång till tillräckligt antal utbildade förändringsledare och en processororienterad organisation med bred erfarenhet av systematiskt och ständigt förbättringsarbete. Nu återstår ett fortsatt arbete för att bygga vidare på den grund som är lagd, ett arbete som ledningen kallat Målbild 2014. Det kommer att ske i form av en systematisk processutveckling mot målet God Vård. Detta utesluter inte mindre strukturförändringar, men lägger fokus på en successiv konsolidering av den nu genomförda strukturförändringen.



Sedan i januari 2009 tas patienter med behov av akutkirurgin omhand på NÄL.



Foto: Joachim Nywall

7. Hantering av slutrapporten

Slutrapport för genomförandeprojekt Vård 2010 överlämnas till NU-sjukvårdens styrelse för godkännande i oktober 2010.

Beslutsunderlag från Vård 2010 och arbetsmaterial finns vid NU-sjukvårdens ledningskansli, liksom följande bilagor:

Slutrapport delprojekt Akutverksamhet
Slutrapport delprojekt An/op/IVA
Slutrapport delprojekt Bild- och funktionsmedicin
Slutrapport delprojekt Bröstverksamhet
Slutrapport delprojekt Gastrokirurgi
Slutrapport delprojekt Hud
Slutrapport delprojekt Infektion
Slutrapport delprojekt Kardiologi
Slutrapport delprojekt Laboratoriemedicin
Slutrapport delprojekt MÅVA/Geriatrik
Slutrapport delprojekt Ortopedi
Slutrapport delprojekt Stroke/Neurologi
Slutrapport delprojekt Specialistmedicin
Slutrapport delprojekt Trauma
Överlämningsrapport delprojekt Tumörsjukdomar
Slutrapport delprojekt Ögon

NU- SJUKVÅRDEN

Genomförandeprojektet Vård 2010

Sten Axelsson
sjukhusdirektör
styrgruppens ordförande





Vård 2010 är ett utvecklingsarbete som NU-sjukvården genomfört för att öka kvaliteten och effektiviteten i vården för invånarna i Fyrbodal. Arbetet har bedrivits i form av 16 delprojekt under 2007–2010.



www.nusjukvarden.se