

Minnesanteckningar från Regionstyrelsens träff med Område ortopedis ledningsgrupp 20170613

Närvarande: Lars Holgén OC, Lars Pettersson Ortopedavd, Lars Jonsson Ekonom, Britta Ahlin EC Ortopedavd, Åsa Wengfelt EC Ortoped- & rygg mott, Oscar Jacobsen Verksamhetsutvecklare
Ann-Marie Johansson, Christer Siwertsson, Elin Lemon per telefon
Ingela Jönsson och Gertrud Bertilsdotter-Reineke

Hur arbetar ni med utvecklingsarbete enligt lean?

Pulstavlor, målstyrningstavlor, ”gröna korset” används.

Flera gått lean-utbildning.

A3:or används i viss utsträckning.

SVF har använt flera av verktygen, flödeskartläggning, HIFA, uppföljningsmöten.

Uppföljningar av mål i verksamhetsplaner på områdes- och enhetsnivå.

Sårvårdsgrupp, trycksårsgrupp, toagrupp, blåsoverfyllnad – förbättringsarbeten avdelningen.

Ryggmottagningen och Campus – teambaserat.

Distansoberoende teknik – uppstartsfas på mottagningen

Följer obokade patienter (ÅsWe)

Området har länge jobbat med LEAN. Rygg, har blivit t o m blivit nationellt uppmärksammat för sitt arbete med vårdflöden

Ordet LEAN däremot ifrågasätts lite hur mycket vi ska man använda detta ord när det väcker lite motstånd medan arbete med ständiga förbättringar och effektiva vårdflöden inte gör det.

Vi använder LEANs verktyg t ex A3 – en utmaning är att kunna skapa delaktighet i en 24-timmarsverksamhet eftersom alla inte är på plats samtidigt.

De flesta verksamheterna har daglig styrning - Mottagningarna har möten 3 dagar per vecka – 13 min

Rehab – försöker nyttja distansoberoende teknik – ipads vid sina dagligstyrningsmöten

Hur långt har ni kommit med produktions och kapacitetsplanering och förbättring av tillgängligheten?

Nybesök/återbesök: Städar väntelistor. Är igång.

Vill jobba mer över funktionsgränserna, hitta flaskhalsar. (mott)

At/Sg klarar tillgängligheten – tar ut väntelista varje månad.

Avd – Förbättringsarbeten vårdplanering, hemgång – Losus

Operation: Numera finns en plan för hela året. Ligger till grund för schemat/op-planeringen varje vecka. Följer utfall varje vecka/månad.

Ev. Produktions och kapacitetsplanering för gipsningar, polop på mottagningen, Campus.

Ordet tillgänglighet är väldigt centralt för ortopederna – vad bör vi göra och vad vi gör och differensen däri mellan. Det är många faktorer att beakta inklusive sånt som i ej kan påverka, ex halka

Primärvården är med i arbetet kring våra vårdflöden. Flera skulle kunna åka till hemkommunen, det handlar om 6-10 bäddar. LOSUS – upplevs positivt

Just nu funderar vi över förändringarna i Sollefteå; elektiv verksamhet, hur kan vi samarbeta med dem. Ambussen går ju via Sollefteå. Ortopeden har för många vårdgaranti patienter. Kan samarbete med Sollefteå vara en lösning ?

Campus flyter på bra, måste i framtiden vara med mer delaktiga i områdets planering
Tar tid innan man ser effekterna i vårdflödena.

Vi kollar de remisser som kommit in, 1 ggr/vecka. Det görs manuellt från COSMIC, går inte på något annat sätt idag. Överlag är utdata är ett problem på många sätt, när det gäller effektiv produktions och kapacitetsplanering.

Christer S frågade om ortopederna använder/samarbetar med akuten (riktat mot usk) när det gäller gipsteknikerna? Ja det samarbetas bra där med intressanta utvecklingsområden. Diskussioner har inletts för vidareutbildning av akutens personal. Intressant om detta också skulle kunna spridas till HC i länet

Hur långt har ni kommit med kompetensförskjutning?

Avd: undersköterskor – kompetenskort

Medicinska sekreterare vara med på rond och skriva det de kan direkt.
Ortogeriatrisk – koordinator.

Mott: Sekreterare tagit över vissa arbetsuppgifter. Ryggmott sedan många år. Osteoporoskoordinator.

At/Sg: Remissbokningar till handrehabteamet. Första besök vid avgipsning. Sjukgymnaster tar återbesök axelpatienter, vissa nybesök. Vissa återbesök fot.

Har gjort översynen enligt modellen som pågår just nu. Våra usk har gjort sin kompetensutveckling fullt ut. Vi ligger långt fram i detta. USk ska ha bra nivå, det har framkommit vid kartläggning kompetenskort

Undersköterskeutbildningarna i länet har en del brister i sina utbildningar. Wargen är Ok, men Vuxenutbildningarna saknar delar i sin utbildning

Ortopeden har många äldre patienter. Därför har vi en osteoporoskoordinator och har delat in avdelningen i en geriatrisk del.

Personal har varit till Gävle på studiebesök och studerat deras arbetssätt när det gäller kring osteoporos och frakturkedjan.

Utbildningen av sjukgymnaster så att de kan avlasta distriktsläkare och själva skriva remisser – gäller det också privata sjukgymnaster. Nej vi fokuserar i 1:a hand på Regionens anställda. Om privata sjukgymnaster ska delta får betala sin utbildning själva

Hur samverkar ni med andra enheter när det gäller bemanning?

Ffa inom egna enheter. Sekreterare skriver för alla. Lån av arbetsterapeut från remonthagen, roterar inom At/Sg.
Funderingar kring kombinerad tjänst avd/mott. Ortopedprojektet – samarbete inom avd.

Extern: Tipsar andra om timvikarier. Sekreterare skriver ibland åt akm.
Gipstekniker – akuten.

Mestadels inom den egna enheten. Våra medicinska sekreterare, akut diktat även för andra vid behov.

Fråga om hur läkarna är organiserade: Ortopeden har en särskild läkaravdelning för alla läkare. Svårt att organisera på något annat sätt eftersom de roterar mellan alla verksamheter.

Beskriv er interna budgetprocess. Redogör för där ni har stora differenser hur tänker ni där?

Budgeten görs per enhet/kostnadsställe; OC, EC och ekonom. Fokuseras på grundbemanningen för att klara uppdraget, minimigrundbemanning. Vi har svårt att se en lösning för nollresultat. Tänker mer långsiktigt, minska obalansen.

Skulle behövas inkomster. Ev. genom personer som verkligen kan DRG-kodning, samt har kontroll på avtal.

Ser över möjligheten att öka var enhets arbete i budgetprocessen, för att EC skall få en bättre relation till budgeten, få tänket. Tänka till, var lägger vi obalanserna. Vad är rimlig budget för olika områden, t.ex. utbildning.

Områdeschef och ekonom har möte med varje enhetschef där vi fokuserar på personalkostnader. Svårt att se att det går lägga en nollbudget.

Ortopeden har fått ökade utgifter pga Campus, kostnader som ej budgeterats. Just nu pågår diskussioner om att utöka verksamheten på Campus, men analyser behöver göras hur isåfall?

Ökning med 1.2 % på nettokostnaderna jämfört med ifjol

Svårt att öka inkomsterna, Christer S frågar om Norgepatienter. Vi kan inte försvara att en Norgepatient går före kön.

Hur följer ni upp verksamheten? Är det den givna budgeten som gäller eller finns andra måttetal? Vad sker om man inte håller sig inom ramarna?

Månatligen; OML och produktionsmöten (ekonomi, personal – utförd tid, produktion, tillgänglighet), ffa på områdesnivå men även på enhetsnivå (följa upp mer på enhetsnivå?). Kostnads- och intäktsutvecklingen följs. Fokus på nettokostnadsminskning/ökning, samt intäktsutveckling. Vårdgarantipatienter följs.

Den akuta operativa verksamheten är svår att påverka vad avser inflödet.

Budgeten beror även av patientsäkerhet, tillgängligheten, arbetsmiljön. (Ej stafett-sjuksköterska, minska vårdplatser, ej operera elektivt, kostnaderna går upp).

Stå till svars – diskuterar hela tiden åtgärder !

Varje enhet tittar på detaljerna / posterna med ekonomen.

Vid uppföljning läggs mycket tid på utomlänsfakturorna och uppföljning av vårdgarantipatienterna.

Vi har dialog med patienterna om väntetiden och försöker trots långa väntetider att se om vi kan undvika att de åker nån annanstans.