

# Leading Health Care

LHC REPORT NR 1, 2019

Anna Krohwinkel,  
Tomas Müllern &  
Jon Rognes

# Operationsrådets verksamhet i Region Örebro Län

EN FORMATIV UTVÄRDERING



## Om författarna

Ek Dr **Anna Krohwinkel** är forskningschef vid Stiftelsen Leading Health Care. Hennes expertområden inkluderar ett brett spektrum av frågor kring hälso- och sjukvårdens styrning, ledning, organisering och utveckling. Hon har författat och redigerat ett stort antal publikationer om bland annat ersättningsystem, innovation och mottaglighet, samt verksamhetsutveckling i praktiken.

**Tomas Müllern** är professor i företagsekonomi vid Internationella Handelshögskolan i Jönköping. Hans forskning har fokuserat på förnyelse och förändring i olika typer av verksamheter. I ett nytt forskningsprojekt studerar han läkare och sjuksköterskors involvering i ledningsarbete på vårdcentraler.

**Jon Rognes**, Ek Dr, Civ Ing, är forskare knuten till Handelshögskolan i Stockholm och Stiftelsen Leading Health Care. Jon fokuserar på verksamhetsutveckling och ledning och har forskat på vårdsektorn under mer än 20 år. Han har även medverkat i utredningar, utvecklingsprojekt samt ledningsutbildning och har publicerat ett flertal rapporter och artiklar inom området.

# **Operationsrådets verksamhet i Region Örebro Län**

**EN FORMATIV UTVÄRDERING**

Anna Krohwinkel, Tomas Müllern & Jon Rognes

**Leading Health Care**

# Förord

Stiftelsen Leading Health Care fick hösten 2017 i uppdrag av Region Örebro att genomföra ett utvärderingsprojekt av Operationsrådets verksamhet. Denna rapport sammanfattar den följeforskning som pågått fram till och med hösten 2018.

Till syvende og sidst är allt utvecklingsarbete lokalt. Det är gnetigt. Och alldeles underbart! Det är nämligen bara sådana förändringar som direkt påverkar patienter såväl som personal. Att ändra invanda beteendemönster är svårt, tålamodsprövande och, när ändringen går i rätt riktning, belönande. I denna rapport beskrivs de arbetsätt som utvecklats under de år då Operationsrådet varit i funktion, sedan 2014. De studeras i två olika perspektiv: ett som tar fasta på den interna effektiviteten – gör vi saker på rätt sätt? – och ett som handlar om den externa effektiviteten – gör vi rätt saker i förhållande till de omgivande delarna?

Ofta formulerar vi arbeten av denna typ med sikte enbart på den första aspekten. Man arbetar med de parametrar som ligger inom de givna ramarna och mandatet. Men hur dessa förhåller sig till det omgivande systemet hamnar därmed i skymundan. Arbetet med planering och effektivisering inom de operativa enheterna får konsekvenser för både för- och eftervård, och hela kedjan delar samma utmaningar i form av att på bästa sätt hantera patienter med olika behov. Rapporten beskriver båda dessa perspektiv och pekar på skeenden och resultat i båda dimensionerna. Rekommendationer ges också ur båda perspektiven på hur arbetet kan formas framåt för att nå ytterligare resultat.

Arbetet med rapporten har letts av Ek Dr Anna Krohwinkel, forskningschef på Stiftelsen Leading Health Care, och genomförts i samarbete med professor Tomas Müllern, Internationella Handelshögskolan i Jönköping och Ek Dr Jon Rognes, LHC och Handelshögskolan i Stockholm. Fil Dr Patrik Hidefjäll, utredare vid Socialstyrelsen, har gett värdefulla kommentarer på slutversionen. Och inte minst har beställaren, i form av Produktionschef Kurt Pettersson, både genom initiativet att låta forskare följa arbetet i Operationsrådet samt med stor entusiasm och kunskap gjort genomförandet av allt arbete med dokument, möten och workshops möjligt. Stort tack för detta!

Nu är det upp till dig, käre läsare, att utnyttja Region Örebro's generositet att dela med sig av sina erfarenheter för att få korn på några svårigheter men också möjligheter i den ständiga strävan vi har att få en bättre sjukvård för alla. Trevlig läsning!

Stockholm i januari 2019

Hans Winberg,  
Generalsekreterare  
Stiftelsen Leading Health Care

# Innehåll

<b>1. Introduktion</b> .....	8
2.1 Uppdrag, bakgrund och syfte.....	10
2.2 Om den här rapporten.....	12
<b>2. Om Operationsrådet</b> .....	10
2.1 Bakgrundsproblematik.....	10
2.2 Operationsrådets uppdrag.....	12
2.3 Organisering och aktiviteter.....	13
2.4 Dokumenterade effekter innan denna studie.....	13
<b>3. Våra utgångspunkter</b> .....	14
3.1 Ett systemperspektiv.....	17
<b>4. Metod</b> .....	18
4.1 Intervjuer.....	20
4.2 Deltagande observation.....	21
4.3 Workshops.....	21
4.4 Dokument.....	21
4.5 Avgränsningar och begränsningar.....	21
<b>5. Empiriska observationer – tematisk analys</b> .....	23
5.1 Positiva effekter.....	23
5.2 Utvecklingsområden och utmaningar.....	24

<b>6. Analys – organisationsteoretiska perspektiv för att förklara mönstren</b> .....	27
6.1 Implementering och styrning.....	27
6.2 Organisatorisk samverkan.....	32
6.3 Operations management.....	33
<b>7. Slutsatser – råd för operationsrådet framåt</b> .....	39
7.1 Intern effektivitet – trimma nuvarande arbetssätt.....	39
7.2 Extern effektivitet – ompröva fokus och avgränsningar i arbetet.....	39
<b>8. Appendix 1 – Organisering av operationsverksamheten i Region Örebro</b> .....	53
<b>9. Appendix 2 – Lista över intervjupersoner</b> .....	53



# Introduktion

## 1.1 Uppdragets bakgrund och syfte

Region Örebro är inne i en utvecklingsprocess för att utveckla formerna för ledning, styrning och organisering av vård. Nya krav på specialisering, samverkan och tillgänglighet har bland annat satt igång en översyn av operations- och anestesiverksamheternas resursutnyttjande. Inom ramen för detta arbete prövas nya former för organisering på ett mer integrerat sätt. En central aktör i utvecklingsarbetet är Operationsrådet, en ny organisatorisk enhet som sedan 2014 har i uppdrag att samordna kapacitets-, produktions- och schemaplanering för optimal fördelning av personal, vårdplatser och robot. Uppdraget berör flera kliniker och området och ska kännetecknas av ett förvaltningsövergripande synsätt.

Att utifrån ett tvärfunktionellt mandat arbeta i ett system som domineras av enhetsvis subspecialisering och stor variation mellan verksamheter innebär särskilda utmaningar, som förtjänar att tidigt lyftas upp och hanteras så att satsningen kan ge avsedda resultat. LHC har fått i uppdrag att göra en formativ utvärdering av Operationsrådets arbete, för att vetenskapligt dokumentera utvecklingsprocessen över tid och ge framåtsyftande feedback under resans lopp.



Resultatet utgörs av en kartläggning av hur olika mekanismer påverkar mottaglighet och implementering, såväl ur ett internt effektivitetsperspektiv: får Operationsrådets arbete avsedda effekter? som ur ett systemperspektiv: hur passar Operationsrådets arbete in i den bredare vårdorganisationen?

## 1.2 Om den här rapporten

Utvärderingsprojektet har pågått under hösten 2017 till hösten 2018, och detta är dess slutrapport. I rapporten redovisas en kvalitativ studie av Operationsrådets arbete, där vi genom bland annat intervjuer, deltagande observation och genomgång av tillgänglig dokumentation har kartlagt drivkrafter och hinder för mottaglighet i berörda verksamheter. Studiens upplägg och hur vårt arbete har bedrivits beskrivs närmare i metodavsnittet.

I analysavsnittet diskuteras funna mönster kring styrkor, svagheter och dilemman med stöd av perspektiv från organisationsvetenskaplig teori kring bland annat styrning och implementering, organisatorisk samverkan samt operations management.

De empiriska observationerna ligger till grund för en analys av förutsättningar och utmaningar med den typ av förbättringsarbete som Operationsrådet vill främja. Våra slutsatser handlar om viktiga avvägningar för Operationsrådets arbete framåt, dels vad gäller arbetsformer och styrmedel, men också vad gäller rådets övergripande inriktning och avgränsning i relation till vårdsystemet som helhet inom regionen.

Rapporten baseras på de medverkande forskarnas analys, och författarna ansvarar själva för innehållet, inklusive slutsatser. Rapporten är offentlig och materialet får spridas fritt av båda parter.

# Om Operationsrådet

## 2.1 Bakgrundsproblematik

Hälsa- och sjukvården inom Örebro län har under en lång period stått inför utmaningar med en ansträngd ekonomi och bristande tillgänglighet. Länets hälso- och sjukvård har uppvisat negativt resultat alla år sedan 2012, och sammanlagt under de senaste sex verksamhetsåren har man gått med över en miljard kronor i förlust.<sup>1</sup> Nationella jämförelser av tillgänglighet visar att Örebro län legat långt ned på listan inom både primär- och specialistvård under åren 2009 - 2016, och kraven enligt vårdgarantin har inte kunnat uppfyllas.<sup>2</sup>

Mot bakgrund av läget tillsatte landstingsledningen under 2013 en utredning med syftet att ge förslag på hur sjukvårdens organisation skulle kunna utvecklas för att ge bättre förutsättningar att uppfylla de värdemässiga och ekonomiska mål som landstinget satt upp.<sup>3</sup>

---

1 Örebro läns landsting/Region Örebro län (2013–2018), Årsredovisningar 2012–2017.

2 Socialstyrelsen (2014–2017), Uppföljningar av den nationella vårdgarantin.

3 Karlsson, Peder (2014) Utredningsrapport: Närsjukvård och samordnad produktionsplanering. Örebro läns landsting, oktober 2014.

Genomlysningen av verksamheten visade bland annat på behovet att utveckla hälso- och sjukvårdens produktionsplanering, framför allt med avseende på en sammanhållen styrning och fördelning mellan länets elektiva vård.

Ungefär samtidigt hade ett internt uppdrag getts inom operationsverksamheten för att utreda hur fördelningen av resurser mellan de olika opererande klinikerna kunde samordnas och effektiviseras.<sup>4</sup> Bakgrunden var att prioriteringarna av nödvändiga resurser såsom operationslokaler, operatörer, operationsteam, anestesiteam, pre/postoperativ service och teknik (robot) upplevdes som en utmaning som lett till konkurrensförhållanden och ibland öppen osämja mellan klinikerna. Hantering av anestesiresurser beskrevs som det mest problematiska, delvis på grund av att ansvaret att fördela anestesiresurser och operationssalstid mellan de olika klinikerna låg på anestesikliniken. Bilden var att detta gjordes grundat på tradition och outtalade hierarkier utan något ordentligt underlag och analys, och uppdraget var att utreda hur fördelningen kunde ske mer rationellt och rättvist.

Förslag togs fram om inrättade av ett gemensamt Operationsråd, som skulle svara för resursoptimering och koordinering i samråd med representanter från de opererande klinikerna. Rådet bildades våren 2014 och operationssamordnare anställdes under året.<sup>5</sup> Under 2016 kompletterades rådet med en nyinrättad befattning som Produktionschef vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Produktionschefen är enligt uppdragsbeskrivningen ordförande i operationsrådet.<sup>6</sup> Operationsrådets uppdrag och arbete beskrivs närmare nedan.

---

4 Område opererande och onkologi (2014), Resursoptimering av operations- och anestesiverksamheterna inom område OO, inom Region Örebro län. Örebro läns landsting

5 Region Örebro län (2015) Uppdragsbeskrivning: Operationsråd för resursstyrning inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen. 2015-08-24.

6 Region Örebro län (2016) Uppdragsbeskrivning: Produktionschef vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen. 2016-07-07.

Ett annan samtidig åtgärd för att öka tillgängligheten inom länet som helhet var att inrätta länskliniker – det vill säga att verksamheter inom en vissa delar av specialistsjukvården samlades under en gemensam chef. Arbetet med att identifiera vilka verksamheter som bäst lämpades för detta påbörjades 2015, och länsklinikerna blev operativa från och med år 2016.<sup>7</sup>

I samband med regionbildningen 2016 skärptes målen kring tillgänglighet och en ekonomi i balans, med hänvisning bland annat till att länsverksamheterna borde ge möjlighet till bättre samordning av vårdproduktionen och ett effektivare resursutnyttjande.<sup>8</sup> Dessa generella omorganisationer och styrsignaler har på olika sätt interagerat med och påverkat Operationsrådets arbete.

## 2.2 Operationsrådets uppdrag

Inledningsvis omfattade Operationsrådets uppdrag endast Universitetssjukhuset Örebro, men i samband med regionbildningen 2016 utökades ansvaret till att gälla hela regionen, det vill säga opererande verksamheter samt anestesiverksamheten vid regionens tre sjukhus – USÖ, Karlskoga och Lindesberg.<sup>9</sup> Totalt handlar det om ca 32 000 operationer per år.

Operationsrådets uppgift är att samordna tillgängliga resurser för operation och anestesi så att de samlade resurserna används så effektivt som möjligt ur ett tillgänglighets- och ekonomiskt perspektiv. Mer specifikt omfattar uppdraget att:

- 
- 7 De fem länsövergripande områdena utgörs av Medicin och rehabilitering, Opererande och onkologi, Thorax, kärl och diagnostik, Psykiatri samt Habilitering och hjälpmedel.
  - 8 Regionstyrelsen (2016), Beslut om handlingsplan för utvecklingsinriktad och hållbar hälso- och sjukvård i ekonomisk balans. 2016-04-12.
  - 9 De kliniker som omfattas inom område Opererande och Onkologi är: Anestesi-och intensivvårdskliniken, Handkirurgiska kliniken, Kirurgiska kliniken, Kvinnokliniken, Onkologiska kliniken, Ortopediska kliniken, Plastik- och käkkirurgiska kliniken, Urologiska kliniken, Vårdenhet hud, plastik och öron, Ögonkliniken samt Öron-, näs- och halskliniken. För en utförligare beskrivning av hur operationsverksamheten i Örebro län är organiserad och indelad, se Appendix 1.

- Fastställa beräknade behovsvolymer inom respektive överenskomna patient- och diagnosgrupper.
- Lång- och kortsiktig resursfördelning av anesthesi-, operations- och gemensamma resurser utifrån tillgänglighet och behov i respektive verksamhet.
- Löpande uppdatera fördelningen utifrån väntetider och tillgängliga resurser.
- Fortlöpande följa och rapportera aktuell tillgänglighet inom respektive patient- och diagnosgrupper.
- Samverka med länsgrupper för de specialiteter som inte är samordnade som länskliniker.

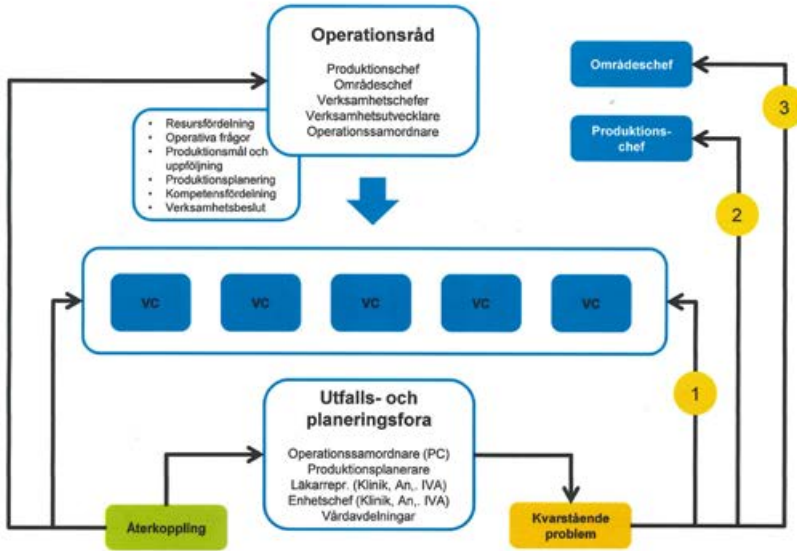
Rådet är också ett forum för representanter från samtliga kliniker att träffas för gemensam lång- och kortsiktig uppföljning och planering.

## 2.3 Organisering och aktiviteter

Operationsrådet har en styrgrupp som utgörs av hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp, där föredragande är områdeschefen för opererande och onkologi. Ordförande i rådet är produktionschefen vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Organisationen bygger på att alla verksamhetschefer, eller någon av verksamhetschefens medarbetare med mandat, representerar sin respektive klinik. Även operationssamordnare och verksamhetsutvecklare deltar på operationsrådsmötena.

### Operationsrådsmöten

Operationsrådet träffas var 14:e dag. Arbetet som sker i rådet inbegriper både lång- och kortsiktig planering och beslut kring resursfördelning. Agendan sätts i huvudsak av ordföranden, med möjlighet till inspel från övriga deltagare. En viktig återkommande punkt är uppföljning av olika nyckeltal.



Operationsrådet använder sig framför allt av följande mål och mått för att följa upp resurseffektiviteten inom verksamheterna:

- Knivtid: Hur mycket av den faktiska tillgängliga tiden i varje operationssal som används som effektiv operationstid
- Operationsstart: Andel patienter som varit på sal kl 07.45
- Tidpunkt för patient in i sal och patient ut ur sal
- Bytestider
- Robotutnyttjande
- Kö och kö per resurs
- Tillgänglighet

Dessa indikatorer mäts per dag och redovisas, i urval, på operationsrådsmötena som en utveckling över tid per klinik. Avvikelse tas upp, förklaras och diskuteras vid behov. All statistik finns tillgänglig på intranätet. Operationssamordnarna är ansvariga för sammanställningen och presentationen av statistiken.

En ambition från produktionschefens sida är att statistiken, förutom att följa resursutnyttjande på klinikknivå och över tid, även ska ligga till grund för beslut om omfördelning av resurser. Som vi kommer att diskutera senare i rapporten är denna styrning inte helt okontroversiell, och den stöter också på en del utmaningar i sitt praktiska genomförande. Det beror delvis på att Operationsrådet, parallellt med att vara ett organ för produktionsplanering, samtidigt är ett forum för att lyfta olika generella ärenden, principfrågor och informationsärenden/styrksignaler från hälso- och sjukvårdsförvaltningen; och ett forum för att ta tag i akuta frågor. Beroende på läget så ägnas varierande tid under mötena till att diskutera långsiktiga strategiska frågor som t ex införandet av ett nytt gemensamt IT-system eller ett nytt pålagt spararbete, vs. att lösa akuta problem, t ex en förändrad personalsituation på någon klinik som kräver omplanering av operationer.

Utöver den kontinuerliga styrningen och samordningen kan Operationsrådet även initiera kortare, mer fokuserade verksamhetsutvecklingsprojekt, som sedan tas på remiss till klinikerna (se under projekt nedan).

## **Utfalls- och planeringsmöten**

De opererande klinikerna och AnIVA-kliniken (anestesi och intensivvård) har varje vecka utfalls- och planeringsmöten, som leds av operationssamordnarna. Medverkande är (i idealfallet) ansvarig anestesilog, operationsplanerare, operationssamordnare, programansvarig anestesijuksköterska samt operationssjuksköterska, programansvarig kirurg, representant för operationsservice samt representant från vårdavdelning.

Syftet med uppföljningsmötena på klinisknivå är att på ett framåtsyftande sätt diskutera faktiska utfall gentemot operationsplan. Det inkluderar bland annat antal operationer, hur resurserna (salar) utnyttjades, tidavvikelser och strykningar, samt personal- och arbetsmiljöfrågor. På mötena skall även planeringen av kommande vecka diskuteras, om den ser rimlig ut och om det finns synliga problem/flaskhalsar. Mötena har en mer praktisk och lokal karaktär än operationsrådsmötena, t ex finns utrymme att diskutera individuella patientfall.

Under 2018 har man börjat med en så kallad checklista, ett dokument per operationssal och dag där avvikelser och deras orsaker noteras, samt även personalens uppfattning om hur teamarbetet fungerat. Målet är att återkommande problem lättare ska kunna identifieras, så att frågan vid behov kan lyftas för vidare diskussion inom operationsrådet.

## **Fokuserade projekt**

Utöver gemensamma regelbundna möten har det bedrivits fokuserade "operationsrådsprojekt" i form av grupparbeten inom olika verksamheter, t ex projektet "in på sal 07.45", med fokus på att öka effektiviteten genom att börja operera tidigare på morgonen.

Det har även bedrivits ett stort antal verksamhetsinitierade projekt för att korta köerna inom specifika diagnosområden. Exempel på områden som berörts är gråstaroperation, hudtumör och rygg- och nackkirurgi. Fokus har legat på processkartläggningar för att förbättra effektiviteten i patientflödena, och flertalet av projekten har initierats inom ramen för ett flerårigt arbete kring införandet av produktions- och kapacitetsplanering, snarare än på initiativ av Operationsrådet. Dock är det övergripande syftet liknande – att öka produktionen och förbättra tillgängligheten – och Operationsrådet tillhandahåller på sin internwebb en idébank för att underlätta för olika kliniker att informera sig och inspireras av varandras förbättringsarbeten.



## Införande av produktions- och kapacitetsplanering

Behovet av att införa en mer systematisk produktions- och kapacitetsplanering är något som uppmärksammats på länsnivå åtminstone sedan 2014.<sup>10</sup> Arbetet har egentligen ett bredare fokus än de verksamheter som berörs av Operationsrådet – tanken är att all elektiv vård ska inbegripas. Det är dock främst inom område Opererande och onkologi som arbetet hittills har implementerats, och därav finns många beröringspunkter med Operationsrådets uppdrag och verksamhet.

Inom hälso- och sjukvården i Region Örebro län finns ingen central ”beställare”, och någon övergripande produktionsplan på landstingsnivå har, som påpekats av landstingsrevisorer, inte fastställts för tidigare år.<sup>11</sup> Istället har det legat på verksamhetschefen inom varje specialitet att ta fram en produktionsplan utifrån uppskattat behov för året. Formaliteten och omfattningen på dessa planer har varierat mellan verksamhetsområden, men under det senaste året har en mer systematisk produktions- och kapacitetsplanering börjat införas, där verksamhetscheferna fått sätta upp vilka mål de tror sig klara av.<sup>12</sup> Inom område OO har två verksamhetsutvecklare med logistikbakgrund från industrin anställts för att ansvara för arbetet. De erbjuder bland annat information och stöd till verksamheterna kring hur data ska rapporteras, samt arbetar med sammanställning och presentation av data.

Med början sent under 2018 kommer ett nytt produktionsplaneringssystem att införas som i högre grad ska möjliggöra visualisering av insamlad statistik och förenkla koordineringen av produktions- och kapacitetsplanering mellan enheter.

---

10 Se t ex Karlsson, Peder (2014) Utredningsrapport: Närsjukvård och samordnad produktionsplanering. Örebro läns landsting, Oktober 2014.

11 Odgaard, Jean & Grönwold, Linnea (2017) Granskning av operationsverksamheten, Region Örebro. Revisionsrapport, mars 2017.

12 Hedefjäll, Patrik (2018) Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen, Bilaga 7. Produktions- och kapacitetsplanering inom division opererande Region Örebro län. Socialstyrelsen 2018-12-1.

## Operationssamordnarnas arbete

Operationssamordnarna är sjuksköterskor med lång erfarenhet som är direkt underställda Operationsrådet. De har inget bemanningsansvar eller direkt inflytande över arbetsuppgifter, men som indikerats ovan har de en viktig roll i mycket av Operationsrådets arbete. Bland annat ansvarar de för statistikrapporteringen vid operationsrådsmötena, håller i utfalls- och planeringsmöten varje eller varannan vecka med alla kliniker, samt ansvarar för innehållet på Operationsrådets intranät.

Operationssamordnarna innehar också en central funktion när det gäller den kontinuerliga planeringen av operationer och målet att stryka så få operationer som möjligt. Den huvudsakliga planeringen ska göras med ett par veckors framförhållning, men en viktig uppgift är att planera in akuta patienter, samt att kortsiktigt omfördela salsresurser som av någon anledning är outnyttjade.

Förutom den löpande planeringen och uppföljningen kring utfall per operationssal arbetar operationssamordnarna även med olika typer av utredningar, t ex avseende arbetstidskartläggning eller behovet av köpt vård inom olika områden. Sammantaget har de en mycket bra överblick över operationsplaneringen inom område OO både på övergripande- och detaljnivå.

## 2.4 Dokumenterade effekter innan denna studie

Eftersom flera parallella arbeten pågår inom Regionen för att förbättra tillgängligheten och öka effektiviteten inom operationsverksamheten, är det svårt att entydigt visa på Operationsrådets inverkan. Statistik från Socialstyrelsen visar dock att tillgängligheten i Regionen som helhet har förbättrats; för 2017 ligger Region Örebro län för första gången bättre än det nationella genomsnittet för väntetider till specialistvård.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Socialstyrelsen (2018), Tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

Landstingets centrala förvaltning rapporterar att utvecklingen gått framåt med en ökad produktion av operationer med 4 000 stycken totalt för år 2017.<sup>14</sup>

Operationsrådet har enligt egna uppgifter inga möjligheter att göra analyser där ekonomi, produktion och personal korreleras, utan fokuserar på knivtid och övriga mått som indikatorer på resurseffektivitet. Knivtiden uppges enligt rådets interna statistik ha förbättrats från ca 30% (avser endast USÖ) innan operationsrådets bildande till 35–45% under 2018. Utfallen varierar per sjukhus (Karlskoga och Lindesberg som kom in i arbetet senare ligger lägre). De varierar också stort mellan kliniker, där bland annat Ortopedi ligger i topp.

Operationsrådets ordförande uppfattar att skillnaderna inte främst har att göra med att verksamheterna i sig är olika, utan att det snarast handlar om en varierande mottaglighet för Operationsrådets arbete. Införandet har gått olika fort på olika ställen, och uppfattningen från ledningens sida är att förbättringstakten generellt har minskat – man har nått en plåtå. Det är utifrån den bakgrunden som LHC har fått uppdraget att genomlysa arbetet och ge framåtsyftande feedback.

---

14 <https://www.regionorebrolan.se/sv/Om-regionorebrolan/Press/Nyheter/2018/Stor-okning-av-operationer--Karlskoga-okar-mest/#>

# Våra utgångspunkter

Studien utgår från ett organisationsteoretiskt perspektiv, där produktionsplanering och resursoptimering ses som en styrform som avses ge förändringar i berörda verksamheters arbetssätt. Resultatet utgörs av en kartläggning av hur olika mekanismer påverkar mottaglighet och implementering.

Studiens ansats:

- Tar ett systemperspektiv för att identifiera och beskriva mottaglighet för den studerade förändringen (eller ambitionen att styra mot förändring).
- Mottaglighet studeras både med avseende på intern effektivitet (genomförs förändringar som styrningen avsett?) och extern effektivitet (i ett bredare systemperspektiv, vad kan man säga om styrningens inriktning?)
- Synliggörande av flera perspektiv leder till diskussion kring avvägningar och alternativ samt förslag kring hantering av dilemman, snarare än en optimal lösning.

Vår analys utgår från en bred organisationsvetenskaplig grund, där lämpliga teorier och modeller förs in baserat på relevans och tillämpbarhet, utifrån deras förklaringsvärde i den observerade situationen. I denna studie har särskilt teori om styrning och implementering, organisatorisk samverkan samt operations management visat sig användbara (se analysavsnitt).

## 3.1 Ett systemperspektiv

Att studien utgår från ett systemperspektiv kan behöva förtydligas något. Det handlar framförallt om att studiens avgränsning i vissa avseenden skiljer sig från Operationsrådets formella mandat.

I traditionella effektstudier är det vanligt att avgränsa sig tydligt – till ett visst projekt, införandet av ett visst verktyg, eller en viss organisations uppdrag. Men ingen enhet (t ex ett Operationsråd) agerar i ett vakuum. Konflikterande mål/prioriteringar är en realitet, både inom enheter, men också mellan enheter och inom hälso- och sjukvården i stort.

Studien tar hänsyn till detta på två olika sätt:

- I relation till den interna effektiviteten (gör man som det är tänkt/enligt styrningen?) Vi kartlägger hur systemförutsättningar såsom organisering, ekonomi och patientsammansättning påverkar arbetet, både på lednings- och verksamhetsnivå.
- I relation till den externa effektiviteten (gör man rätt saker/har man rätt fokus?) Här problematiserar vi hur arbetet passar in i det omgivande vårdssystemet och i relation till de övergripande målen för hälso- och sjukvården. Finns anledning att se över alternativ till dagens inriktning?

Studien syftar till en problematisering snarare än normativ bedömning av systemfaktorer. Det innebär konkret att en rad olika förklaringsfaktorer bakom förändringsmotstånd synliggörs, med ambitionen att synliggöra de olika förhållanden som ligger bakom vad som normalt klumpas ihop som ”attitydproblem”.

# Metod

En explorativ ansats har använts för att utforska hur chefer, vårdprofessionella och sjukvårdsadministratörer ser på det pågående styrnings- och implementeringsarbetet som Operationsrådet bedriver. En kvalitativ forskningsmetodik har använts, grundad i intervjuer, deltagande observation, workshops och dokumentstudier.

## 4.1 Intervjuer

Intervjuerna har varit semistrukturerade, vilket innebär att ett frågeunderlag har utgjort utgångspunkten för intervjuerna, som sedan tagit formen av mer djupgående diskussioner. Intervjuerna har strukturerats på följande sätt:

- Introduktion till studien;
- Öppna frågor till respondent om Operationsrådets arbete och vederbörandes roll/relation till detta;
- Frågor om hur arbetet påverkat den egna verksamheten, positiva/negativa erfarenheter;
- Djupare diskussion om de eventuella problemområden som respondenten själv lyft upp;
- Frågor och eventuell efterföljande diskussion om hinder och möjligheter att utveckla Operationsrådets arbete och/eller på andra sätt utveckla sjukvårdsverksamheten i regionen.

Totalt har 12 intervjuer genomförts med chefer på olika nivåer, läkare, sjuksköterskor, operationssamordnare, controller samt verksamhetsutvecklare. Urvalet av intervjupersoner har skett i samråd med uppdragsgivaren. Intervjuerna utgör grunddata från vilken en övergripande bild tecknats av Operationsrådets arbete.

En lista över intervjuade personer återfinns i Appendix 2. Sekretess och anonymitet har tagits hänsyn till i utformning av rapporten, så att alla citat presenteras avidentifierade.

## 4.2 Deltagande observation

Som komplement till intervjuerna har forskarna deltagit som observatörer vid två operationsrådsmöten, ett planerings- och utfallsmöte vid en klinik, ett arbetsmöte på verksamhetsnivå i projektet ”In på sal 07.45”, och en presentation av verksamhetsutvecklare kring arbetet med produktionsplanering.

## 4.3 Workshops

Enligt uppdraget har löpande återkoppling och interaktion med Region Örebro samt studerade verksamheter ingått som en del i den formativa utvärderingen. Det interaktiva elementet har i huvudsak utformats som workshops för presentation och gemensamma diskussioner. Vid två tillfällen under studieperioden anordnades en hel- respektive halvdagsworkshop där större delen av medlemmarna i operationsrådet deltog.

Den första workshopen fokuserade i huvudsak på positiva effekter respektive utmaningar med Operationsrådets arbete så långt. Den andra fokuserade på utvecklingsmöjligheter framåt, både avseende Operationsrådets interna arbete, och hur arbetet eventuellt skulle kunna kopplas eller spridas till andra delar av vårdverksamheten.

## 4.4 Dokument

Förutom de dokument som löpande refereras i noter har forskarna tagit del av följande interna dokument kring Operationsrådets arbete:

- Interna beskrivningar kring hur operationsrådsmöten, utfalls- och planeringsmöten, samt produktions- och verksamhetsplanering är tänkt att fungera
- Produktionsstatistik från Operationsrådet för 2018
- Avvikelselistor, så kallade checklistor från operationsdagen, per operationssal, för 2 veckor under våren 2018

## 4.5 Avgränsningar och begränsningar

Forskarnas ambition har varit att få en mångsidig bild av Operationsrådets verksamhet genom att använda en bredd av informanter och källor. Med undantag från deltagande observation i vissa projekt- och arbetsmöten har vi dock haft begränsad kontakt med vårdpersonal som inte har någon formell roll i Operationsrådets arbete. Vi har därmed ingen förstahandsuppfattning om hur styrningen påverkar vardagsarbetet för dessa personer, utan detta har fått härledas genom intervjuerna med klinik- och avdelningschefer. Det kan eventuellt finnas en bias eftersom uppdragsgivaren i hög grad valt ut respondenterna.

En allmän begränsning är att de effekter och utmaningar vi observerar inte alltid renodlat kan kopplas till Operationsrådet, då fler förändringar skett under perioden då rådet etablerats (t ex den nya länsklinikorganisationen). Det bör också noteras att skillnader i organisation hos operationsavdelningarna mellan de olika sjukhusen ger delvis olika förutsättningar att motta styrningen, något vi återkommer till i analysavsnittet.





Year	Q1	Q2	Q3	Q4	Total
2018	100	120	150	180	550
2019	120	150	180	220	670
2020	150	180	220	280	830
2021	180	220	280	350	1030
2022	220	280	350	450	1300

Text block containing placeholder text (Lorem Ipsum) describing data trends and analysis.



Text block containing placeholder text (Lorem Ipsum) describing data trends and analysis.

# Empiriska observationer – tematisk analys

Baserat på genomförda intervjuer och workshops presenteras nedan ett antal teman som genererats ur det empiriska materialet. Temana är baserade på ett stort antal utsagor från intervjupersoner och deltagare i workshops. Dessa utsagor kodades och en initial indelning i 19 kategorier gjordes. Dessa 19 kategorier har sedan grupperats i en iterativ process och slutligen landat i fem distinkta teman. Temana presenteras här utan någon inbördes prioritetsordning.

## 5.1 Positiva effekter

### Bättre resursutnyttjande

Ett viktigt motiv till att bilda Operationsrådet var att bidra till att utnyttja befintliga resurser på ett bättre sätt, både vad gäller personella resurser och materiella (operationslokaler och utrustning). Resursutnyttjandet var omvitnat otillräckligt när man inledde arbetet och många av de intervjuade lyfter fram fokus på måttet knivtid som ett tydligt tecken på detta.

Temat resursutnyttjande kan delas upp i flera komponenter. En första komponent handlar om en ökad produktion och minskade köer. Det finns en uppfattning i intervjuerna att man under perioden som Operationsrådet och de nya länsklinikerna varit verksamma opererat fler patienter samt att detta lett till en ökad tillgänglighet och minskade köer. Med tanke på de flera samtidiga organisationsförändringarna är det inte helt tydligt i vilken utsträckning detta kan kopplas till rådet och dess verksamhet.

Det som är tydligare kopplat till operationsrådet är hur resurser används och inte minst utnyttjandet av operationssal, knivtiden. Man pekar bland annat i intervjuer på att klinikerna har blivit bättre på att lämna tillbaka resurser (kan handla om personal som inte behövs och som någon annan kan använda). Operationsrådet har också som ambition att omfördela resurser från kliniker med låg utnyttjandegrad till dem med bättre, det vill säga att fördela resurser på ett mer effektivt och konkurrensbaserat sätt. Operationsrådet är också ett forum för samordning mellan klinikerna och där man ger/får information. Här pekar man speciellt ut bristen på narkosresurser som något av en flaskhals, där man sett förbättringar i samordningen kopplat till operationsrådet.

## Utvecklad mätning

Det framkommer i både intervjuer och workshops att mätning har blivit en mer integrerad del av verksamhet och verksamhetsutveckling. Det finns också förhoppningar att mätningar ska bli både enklare och mer använda i och med den nya produktionsplaneringen, där man ska uppskatta antal och typ av operationer per år/månad/vecka. Tidigare system har varit administrativt krävande och gjort att man endast i efterhand kan ta fram genomsnitt. Nu skapas istället en rapport där man närmast i realtid kan följa utfallen, dag för dag. För att nå fram till en utnyttjandegrad om exempelvis 50% på sal, så menar man att det är värdefullt att ha ständigt uppdaterade data tillgängliga.

Under hösten 2018 är man i färd med att införa ett nytt IT-baserat produktionsplaneringsverktyg, Goli. Detta skall införas i hela

regionen men först på Opererande Onkologi. Detta innebär att den tidigare excelbaserade mätningen ersätts av ett modernt system. Här pekar man bland annat på möjligheterna att visualisera planeringen.

En annan viktig del av mätningen handlar om händelsebeskrivning,- och hantering, vilket sedan följs upp på de så kallade utfallsmötena. Dessa utfallsmöten har ett fokus på att visa på och diskutera störningar som kan handla om sådant som att patienter kommer sent till sal, att man fått vänta på operatören, sena återbud från patient, oroliga patienter, sjuk personal, operation som tagit längre tid än beräknat och så vidare. Här menar många att man kan göra mer för att systematiskt följa upp orsaker som har att göra med vårdgivare respektive patient.

## **Ökad transparens**

Operationsrådet har utvecklats till att bli en arena där man synliggör olika verksamheter för varandra och skapar en förståelse för att kunna arbeta med gemensamt förändrings-/förbättringsarbete. I intervjuerna och workshops menar man att det faktum att man öppet redovisar både lyckade exempel men också problem skapar incitament till att förbättra. Där har de olika planerings- och uppföljningssystemen, med en mer systematisk mätning och uppföljning, spelat en viktig roll. Man ska inte heller underskatta det sociala tryck som skapas i en grupp där man öppet redovisar resultat. Vi kan konstatera utifrån både intervju- och workshopdata, samt utifrån observationer vid Operationsrådets möten att man har utvecklat ett gott samtalsklimat mellan deltagarna. Även när det gäller svårare frågor kring prioriteringar så är samtalen respektfulla och lugna.

## **Helhetssyn på operationsverksamheten**

Nära kopplat till temat transparens finns också den omvittnat ökade helhetssynen som skapats genom Operationsrådet. En viktig aspekt på detta är det länsövergripande perspektiv som Operationsrådet bidragit till i samband med skapandet av en länsklirik för opererande

verksamhet (förutom de delar som ligger utanför länskliniken, t ex Kärl/Thorax, Kvinnokliniken, Ögon och Öron). Här uttrycks att Operationsrådet fungerar väl som en plattform för samordning mellan kliniker och mellan sjukhus, och det underlättar också kommunikation mellan klinikerna. Vi kan dock konstatera att organisationslogiken haltar då all opererande verksamhet inte ligger under länskliniken och anestesiresurserna är olika organiserade mellan de olika sjukhusen – något som kommer ofta fram i intervjuer, workshops och i observationer av Operationsrådets möten. Vad gäller samordning mellan de opererande verksamheterna och anestesi är bilden också splittrad – många återkommer till hur Operationsrådet har skapat en större förståelse, medan andra menar att det finns kvarvarande förbättringsmöjligheter på området.

## **Lärande mellan kliniker och professioner**

I intervjuer och workshops återkommer man ofta till beskrivningen av operationsrådet som en mötesplats där man kan föra en dialog. Genom att mötas så pass ofta som varannan vecka kan frågor hanteras smidigt och effektivt vid mötena. Det finns också ett moment av lärande i operationsrådet där just den sociala dimensionen lyfts fram, det finns en vilja att lära av varandra, och också en möjlighet till sådant lärande genom den öppna redovisningen av problem och lösningar. Här lyfter man också fram operationssamordnarna samt de nya funktionerna som verksamhetsutvecklare som viktiga. De nya IT-systemen som införs ger möjligheter att ta fram mycket data som potentiellt går att använda för förbättringsarbete, och här kan Operationsrådet även fortsättningsvis spela en viktig roll för att kanalisera detta. Operationsrådet kan initiera förändrings- och förbättringsarbete som sedan kan beslutas och genomföras på kliniknivå.

## 5.2 Utvecklingsområden och utmaningar

I intervju- och workshopmaterialet finns en rad kategorier som visar på områden som kan utvecklas och där det finns utmaningar. I analysen har vi fört samman ett antal kategorier i tre breda teman på samma sätt som i föregående avsnitt.

### Målkonflikter

Detta tema är omfattande och berör en lång rad olika aspekter som alla kan sägas handla om målkonflikter/dilemman som man ser i samband med arbetet med att effektivisera verksamheterna. Bland de intervjuade och i workshopmaterialet finns en bred förståelse för behovet av att förbättra mått som t ex knivtid. Samtidigt problematiseras ett alltför ensidigt fokus på detta och andra liknande indikatorer. Ett genomgående tema i intervjuer är en möjlig målkonflikt mellan ett tydligt produktions-/produktivitetfokus å ena sidan och medicinska mål samt arbetsmiljö å andra sidan.

*Produktionsplanering blir svårt när man gör prioriteringar på medicinsk grund*

*Kan ibland finnas en motsättning patientorientering – produktivitet*

*Knivtid 50% slår olika mot olika verksamheter*

Temat målkonflikter är genomgående i intervjumaterialet/workshops och det finns en uppfattning att fokuset på produktivitet och tidsmått har lett till ökad stress hos personalen. Några uppfattar att man får prioritera ner/planerar om sådant som morgonmöten och planeringsmöten till förmån för att få igång operationer enligt operationsprogrammet. Detta, i kombination med att personalscheman ibland inte tar hänsyn till var i huset salarna ligger, skapar tidspress.

*Ofta börjar inte operationer i tid, kliniken ligger långt bort i huset och det tar tid att ta sig dit, Jag har beställt en sparkcykel*

Det kommer också fram synpunkter att ett mått som knivtid kan slå olika beroende på vilken typ av operationer man genomför och att detta missgynnar verksamheter med många korta operationer. Detta menar man skapar orättvisa konkurrensförhållanden mellan olika delar av verksamheten.

*Definitioner av vad som är en operation... Vi pratar om olika saker. Har betydelse när man jämför sig mellan kliniker men också nationellt*

## **Otydlig struktur, mandat och arbetssätt**

Under detta tema för man upp ett antal synpunkter av relativt praktisk natur, som förenas i en efterfrågan på mer struktur och ordning i Operationsrådets arbete. Ett antal kommentarer handlar om själva mötena i rådet där man efterfrågar sådant som tydligare agendor för mötena, men också att minnesanteckningar/protokoll kommer ut snabbare. En synpunkt som också kommer upp är att deltagandet i OP-rådet tar en hel del tid och mötena kunde effektiviseras.

Ett undertema som återkommer i materialet handlar om utmaningar kring den formella organisationsstrukturen inom regionen. Att vissa opererande verksamheter ligger utanför Opererande/ Onkologi menar man skapar oklarheter bl a kring Operationsrådets roll vis á vis de enheter som ligger utanför. Det framstår också som en utmaning att hantera det faktum att man bedriver opererande verksamhet på tre sjukhus, där vissa pekar på kvarvarande hierarkier som ett problem och att Operationsrådets arbete ses som "Örebrofokuserat".

En större fråga som berörs handlar om behovet av tydlighet i definitioner och mål, samt vem som äger olika frågor. Flera menar att det finns en potential att komma längre med att använda sig av produktionsplaner med tydlig uppföljning och fördelad åtgärdshantering.

Här förs också upp tankar kring hur arbetet med att effektivisera påverkar olika delar i systemet och hur detta kräver mer av ”ett koncerntänk” och en gemensam strategi för hela hälso- och sjukvårdsverksamheten. Här återkommer synpunkten att fördelningen av mandat mellan Operationsrådet och förvaltningen i övrigt skulle behöva förtydligas.

Fördelningen av mandat mellan Operationsrådet och verksamheterna är också föremål för diskussion. Formellt har rådet inget direkt beslutsmandat över verksamheterna, utan bygger på en idé om samverkan, beslut och genomförande i konsensus där respektive klinikchef ansvarar för att de beslut som rådet antar implementeras i verksamheterna. Samtidigt som en del klinikchefer är måna om att behålla denna frihet, finns det också synpunkter kring Operationsrådets praktiska genomförandekraft, där några menar att det är mer av diskussioner än beslut i rådet.

*Dagordningen på mötena är ofta ad hoc*

*Borde vara tydligare agenda på mötena*

*Det kunde vara mer effektivt, 2h/vecka [sic!] mötestid känns mycket<sup>15</sup>*

## **Bristande förankring**

Temat förankring summerar ett antal kategorier som har att göra med hur väl man lyckats att få en förståelse för Operationsrådets verksamhet ”på vårdgolvet”. Bilden är en smula splittrad där flera menar att man över tid fått en god förståelse bland personalen för OP-rådet och fokuset på produktivitet, medan andra menar att förändringarna inte varit tillräckligt förankrade.

---

<sup>15</sup> Not: Operationsrådet möts 2h varannan vecka.



På den positiva sidan menar man att ett initialt motstånd har förbytt i en mycket mer positiv attityd där man gått från att beskriva operationssamordnarna som "tidspoliser", till att se dem som en värdefull resurs. Andra menar istället att det finns en brist på förankring som hänger kvar, och som skapar konflikter mellan områdesnivå och medarbetarnivå. Det finns en uppfattning från personalen att det har blivit pressat och att man tittar för mycket på enskilda minuter, och att det har blivit en arbetsmiljöfråga. Det är inte helt tydligt vad av detta som är en reaktion på operationsrådets verksamhet och vad som kan vara en reaktion på underbemanning eller andra orsaker.

*Förändringar har inte varit tillräckligt förankrade och har genomförts med fel attityd*

*Har lett till konflikter mellan områdesnivå och medarbetarnivå*

*VC får överbrygga mellan områdeschef och klinisk ledning  
– han jobbar mycket med att lösa arbetsmiljöfrågor*

# Analys – organisations- teoretiska perspektiv för att förklara mönstren

Denna undersökning fokuserar på utmaningar och hinder för mottaglighet när det gäller Operationsrådets arbete med att införa produktionsplanering samt att samordna denna mellan olika verksamheter. Nedan presenteras några teoretiska perspektiv som vi anser vara relevanta för att förstå de utmaningar som uttryckts i empirin. Insikter från tre teoriområden används: implementering och styrning, organisatorisk samverkan och operations management. Vi ser perspektiven som kompletterande och utifrån vilket av dem som används så framstår utmaningarna i lite olika ljus.

## 6.1 Implementering och styrning<sup>16</sup>

En första möjlighet är att se på Operationsrådets utmaningar som ett implementeringsproblem. Implementering förstås här som ambitionen att realisera ett centralt fattat beslut om en viss styrmodell.

---

<sup>16</sup> Se t ex Fernler, Karin (2012), Perspektiv på implementering: Vad är god implementering och hur kan det stödjas?, LHC Report nr 8:2012 och Krohwinkel, Anna et al (2013), Ledande frågor: 13 röster från praktiken möter organisationsforskare om villkoren för ledning och styrning av vård, LHC Report 2013:1.

Det finns många orsaker till att införandet av lednings- och styrmodeller kan uppfattas gå trögt. En vanlig förklaring bland styraktörer, som vi också ser spår av inom Operationsrådets representanter, är att en del av de som är verksamma i den lokala praktiken är okunniga om nyttan, ovilliga eller allmänt obenägna att förändra sig i den riktning det är tänkt. En mer självkritisk beskrivning av samma problembild är att förändringsinitiativet är dåligt förankrat. Vi kommer att återkomma till hur dessa problem kan hanteras, men som underlag till det vill vi belysa några grundläggande implementeringsutmaningar som beskrivits av forskare, och som påverkar förutsättningarna för hur en avsedd förändring kan få genomslag i praktiken:

### **Mångfaldig styrning på verksamhetsnivå**

Hälso- och sjukvårdsverksamhet utmärks av att den har att hantera ett stort antal viktiga värden samtidigt, vilket ur ett verksamhetsperspektiv innebär att de styrsignaler som påverkar vardagsarbetet är många, olika och ibland rentav motstridiga. I diskussionerna inom Operationsrådet ser vi många exempel på att målet om optimalt resursutnyttjande behöver samsas med arbetsmiljöfrågor, patientperspektiv, utbildningsuppdrag, mm. Det som ur ett ledningsperspektiv kan framstå som bristande genomslag för en viss styrsignal, kan delvis ha att göra med utmaningen att i praktiken göra avvägningar mellan olika legitima värden och perspektiv.

### **Otydlighet kring prioriteringar på övergripande nivå**

Vaghet och oklarhet kring innebörden i beslut och vilka faktiska förändringar som måste till är en generellt försvårande omständighet vid implementering. I Operationsrådets arbete nämns ofta avsaknaden av en övergripande strategi för resursoptimering som en komplicerande faktor. En ambition från produktionschefens sida är att uppnåda resultat i termer av resursutnyttjande ska ligga till grund för omfördelning av resurser, mer specifikt att de kliniker som haft

bra utfall i termer av olika indikatorer kan belönas genom att delges mer resurser, och vice versa. I praktiken blir denna styrprincip ofta underordnad andra strategiska frågor såsom personaltillgång inom olika områden, generella sparbetning, signaler om vilka medicinska fokusområden som Region Örebro bör satsa på, resurser till inomläns- vs. utomlänspatienter, etc. Det finns dock inget formellt beslut kring vilken prioritet dessa olika frågor har som fördelningsgrund i Operationsrådets arbete, vilket medför att styrningen kan uppfattas som vag.

## **Mätning och uppföljning – avsedda och oavsedda effekter**

Uppföljning av kvantitativa mått såsom knivtid är en viktig del i Operationsrådets arbete mot att öka effektiviteten och produktiviteten. Mätningarna avses stimulera till lärande och kvalitetsutveckling genom att visa på var varje klinik ligger och hur resultaten förändrats över tid. Men mätningar kan också skapa problem och ibland vara direkt kontraproduktiva. Forskning visar att ett alltför starkt fokus på indikatorer ökar risken att verksamheter börjar ägna sig åt ”conformance” snarare än ”performance”, det vill säga att man lägger sin tid och energi på att få bra värde på måtten snarare än att förbättra själva verksamheten. Medan många av våra informanter pekar på positiva effekter av Operationsrådets mätningar, så finns också en medvetenhet om den andra sidan av myntet, vilket kan illustreras av det något lakoniska (men inom mätlogiken fullt rationella) uttalandet ”ska vi operera långsammare för att få upp knivtiden”? Vi har inga indikationer på att detta faktiskt har omsatts i praktiken, men det visar på att måttet knivtid i vissa avseenden uppfattas som ologiskt, vilket kan försvaga dess styrka som styrmedel.

## **Översättning och anpassning till skilda verksamheter**

De verksamheter som Operationsrådet råder över har olika förutsättningar i termer av organisering, personalsammansättning och patientkaraktäristika. Kliniker får olika faktiska utfall på knivtiden beroende på om man har få långa operationer, eller många korta där bytestider blir en större del jämfört med själva ingreppen. Att samma styrning ger olika utfall och beskriver verksamheter olika bra innebär också att innebörden och relevansen av styrningen kommer tolkas olika – det implementeringsforskare kallar för översättning. Därmed kan också uppfattningar kring nyttan och rättvisan i jämförelser variera. En del informanter uttrycker det som att ”en ny typ av orättvisa” införts efter att den mer maktbaserade fördelningslogiken försvann. Även om avsikten med mätningarna enligt produktionschefen inte är att jämföra mellan kliniker, så uppfattar flertalet respondenter att fokus ligger på hur ens prestationer förhåller sig till andra. Andra påpekar att målsättningar kring knivtidsprocent baserat nationella och internationella benchmarks kan halta, då man inte vet vilka verksamheter som ligger bakom siffrorna.

## **Tidsperspektivet i implementeringsprocessen**

I Operationsrådet uppfattas det som frustrerande att de största förbättringarna i knivtid noterats vid varje sjukhus under de första årens deltagande, för att sedan stagnera. Man frågar sig hur man nu kan öka genomslaget för arbetet. Teoretiskt sett är det dock en oundviklighet vid all form av implementering och utvecklingsarbete att marginaleffekten av oförändrad styrning efter ett tag kommer att avta. En del forskare menar att man av denna anledning med jämna mellanrum bör byta styrindikatorer, alternativt regelbundet byta implementeringsstrategi och växla mellan ”hårda” och ”mjuka” styrformer, t ex att varva traditionell indikatorstyrning med att placera den större frågan på verksamheternas dagordning och uppmuntra lokala genomförandeprojekt.

## 6.2 Organisatorisk samverkan

En andra möjlighet är att titta på utmaningarna utifrån ett samverkansperspektiv. En central aspekt på operationsrådets verksamhet är att stimulera en helhetssyn över de olika klinikerna, men också med enheter utanför Opererande Onkologi. Forskningen kring samverkan i och mellan organisationer visar å ena sidan på vikten av denna för att hantera stora utmaningar. Å andra sidan visar forskningen också att det finns många hinder som visat sig göra det svårt att nå målen om effektiv samverkan. I detta avsnitt diskuteras några av de vanligaste hindren mot samverkan som forskningen identifierat<sup>17</sup> och dessa diskuteras i ljuset av denna utvärdering. Vi beskriver nedan några viktiga orsaker som på olika sätt finns representerade när det gäller operationsrådets verksamhet, och som därmed kan sätta fokus på viktiga områden att arbeta vidare med.

### **Professionella skillnader, attityder och värderingar**

Ett vanligt problem i samverkan är att olika aktörer agerar utifrån olika bevekelsegrunder och att man får svårare att samverka grundat i olika professionella utgångspunkter, olika värderingar och sätt att se på verksamheten. Här finns en utmaning vad gäller relationen mellan det etablerade medicinska perspektivet som det företräds av professionen, och de nya, industriellt influerade perspektiv som i ökande utsträckning färgar verksamheterna. De två verksamhetsutvecklare som anställts kommer båda från industrin och här blir perspektivskillnaderna tydliga. Man har bland annat fört diskussioner kring om det är medicinskt respektive ekonomiskt befogat att operera på kvällstid. Operationsrådet har på flera sätt lyckats överkomma denna typ av hinder, åtminstone vid rådets möten. Vi har vid våra observationer kunnat se en vilja från deltagarna att förstå den större helheten, trots att man i sakfrågor kan ha olika uppfattningar.

---

17 Anderson, H., Danilovic, M. och Müllern, T. (2019) Barriers to collaborative innovation. Under review i Journal of Purchasing & Supply management.

Utanför själva operationsrådet kan vi dock se indikationer på attitydskillnader där operationsrådet har en fortsatt förankringsresa att göra. En uppfattning är att kulturen kring hur man i verksamheterna förhåller sig till centralt tagna beslut kan förbättras. Detta är en fråga om ledarskapet på den enskilda kliniken, men även en fråga på klinisknivå kring hur operationsrådets arbete förs ut till medarbetarna.

## Strukturer

Ett vanligt problem vid samverkan, oavsett om det är inom eller mellan organisationer är organisatoriska och andra strukturer, system, rutiner och arbetssätt som försvårar samarbetet. Det kan handla om skillnader i både ansvar och befogenheter, men också oklarheter i den formella strukturen som verkar hindrande. En fråga som kan hänföras till detta hinder är den övergripande strukturen där delar av den opererande verksamheten ligger under länsklirik, medan andra delar (också medlemmar av operationsrådet) ligger under närsjukvården. Organisationsskissen i appendix 1 visar tydligt att den organisatoriska strukturen även efter förändringen med länsklirik och områden delar upp den opererande verksamheten på fyra områden. Vissa gemensamma resurser, t ex anesthesi och sterilcentral, är olika organiserade vilket kan uppfattas som rörigt. Det är en större fråga om och hur denna struktur ytterligare kan renodlas vilket kräver beslut på regionnivå. En annan viktig observation är att operationsrådet jobbar inom befintliga organisationsgränser för en viss funktion (operation), snarare än i patientflödet inklusive för- och efterföljande vård. Här kan synen behöva utvecklas för att ta hem ytterligare effektiviseringar (se vidare operations management-perspektivet). En nära kopplad utmaning är mångfalden av IT-system som gör det svårt att koppla samman produktions-, ekonomi- och personalsystem. Nuvarande IT-system är ”operationsinternt” och hjälper inte vid koordinering t ex av eftervårdsplats.

Samverkan mellan enheter försvåras också i situationer där man saknar kompetenser och kunskaper, eller där kunskaper är organiserade enhetsvis. I en avancerad verksamhet som hälso- och

sjukvård, och inte minst den opererande verksamheten med sina medicinska specialiteter, kommer den senare frågan alltid att vara en utmaning vad gäller helhetssyn och samverkan. Hur får man en högspecialiserad verksamhet att samverka för att främja en större helhet? Man har kommit en bit på väg (operationssamordnare ses nu som problemlösare snarare än tidspoliser, t ex) man kan behöva jobba med vidare utbildningsinsatser för personal kring vikten av produktionsplanering.

## **Brist på resurser och personal**

Forskningen kring samverkan pekar på att brist på resurser verkar hindrande på samverkan. Detta kan bland annat bero på att samverkan är tidskrävande och att det kan ta tid från ordinarie verksamhet, vilket kan vara svårt att motivera speciellt under perioder av nedskärningar. Sparbeting och nedskärningar kan också skapa polariseringar mellan enheter när verksamheten behöver prioritera. Vi har tidigare visat hur operationsrådets medlemmar vid sina möten har visat en god vilja att hantera denna typ av prioriteringsdiskussion, även om det kan skönjas en irritation över att prioriteringar, och resonemangen bakom dessa, inte är tydliga från hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledning (se också nedan policies och regler). Personalsituationen påverkar genomslaget i styrmodellen med knivtid, i och med att personalbrist ofta är det som blir utslagsgivande i slutändan. Finns det ingen personal så spelar det ingen roll hur bra knivtiden tidigare har varit – man kan ändå behöva stänga en sal.

## **Organisatoriska policies och regler**

Skillnader mellan enheter vad gäller organisatoriska policies och regler kan göra samverkan svårare. Det kan handla om lagstiftning som formar förutsättningar för verksamheter, till exempel avseende vilka vårdgarantier som ska gälla inom olika vårdområden, men det kan också vara mindre formella interna regler och policies som hindrar samverkan. Vi har inte sett några stora frågor kring det formella



regelverket som verkar hindrande på operationsrådets arbete. De synpunkter som framkommer handlar snarast om en vaghet i övergripande styrning och policies lokalt inom regionen. Här kan det vara befogat att fråga efter förtydliganden som kan guida arbetet, medan det samtidigt är viktigt att fortsätta utveckla en känsla av att operationsrådet och de olika verksamheterna har relativt stora möjligheter att agera lokalt och fortsätta utveckla verksamheten. Här kan man fundera över om vagheten kring vad man ska göra (avsaknaden av tydliga regler) de facto har gynnat samverkan. Både så att operationssamordnarna har fått utrymme att jobba, och så att kompromisser har fått växa fram i konsensus i Operationsrådet. Detta är kanske av större vikt än den formella styrningen, som ju snarare bygger på en konkurrenstanke.

## 6.3 Operations management<sup>18</sup>

En tredje möjlighet är att använda teorier om operations management för att förklara utmaningarna som Operationsrådet har stött på. Detta forskningsperspektiv beskriver produktion som en process av på varandra följande aktiviteter. Den opererande verksamheten kan här ses som del i en vårdkedja som i normalfallet innefattar mottagning, operation och eftervårdsavdelning. Operationsrådet har valt att fokusera på en avgränsad del av denna kedja – det som händer i operationssalen. Anledningen till detta är, enligt produktionschefen/ordföranden, att man valt att börja med förbättringsarbetet inom det område som är kapitalintensivast. Denna avgränsning medför dock utmaningar när det gäller koordinering med för- och efterföljande steg.<sup>19</sup>

---

18 Se t ex Modig, Niklas och Åhlström, Pär (2013). Detta är lean: Lösningen på effektivitetsparadoxen, SSEIR, 2014.

19 Det bör nämnas att mycket av det lokala förbättringsarbetet vid enskilda kliniker som initierats i samband med införandet av produktions- och kapacitetsplanering, har utgått från ett flödesperspektiv. I Operationsrådets arbete framkommer detta perspektiv dock inte lika starkt.

Även det faktum att det inom operationsverksamheten inryms väldigt olika typer av operationer innebär utmaningar för resursoptimering sett ur ett flödesperspektiv.

## **Flödesfokus eller resursfokus?**

Vid en första anblick kan det tyckas som om Operationsrådets arbete innebär en förändring mot ökat flödesfokus för verksamheten. Det är dock inte fallet. Vad man gör är att optimera resursutnyttjandet för en trång resurs, operationssalen och dess kringresurser.

Det kommer att få konsekvenser för det övergripande flödet och möjliggör ett ökat flödesfokus, men leder inte automatiskt till detta, utan kan till och med vara i konflikt med ett övergripande flödesfokus. Vi skall här analysera hur det hänger ihop.

Ett flödesfokus innebär att fokus läggs på hur väl ett objekt (en patient) flyter genom den totala vårdkedjan. För att detta skall kunna ske måste centrala resurser vara tillgängliga när de behövs för det enskilda objektet. Vid hög grad av standardisering av objekt (alla patienter är lika och förutsägbara) kommer utnyttjandegraden kunna vara hög hos alla resurser, men vid hög variation mellan objekten (blandade patienter med olika egenskaper och behov) kommer utnyttjandegraden att vara lägre, eller så kommer flaskhalsar och påföljande väntetider att uppstå.

Operationsrådets mätningar lägger fokus på det interna flödet i operationssalen, dvs en optimering av resursen operationssal. För att det skall kunna göras effektivt bör objekten helst vara kända och enhetliga, det vill säga det är en fördel om patienterna är likadana och väl planerade. Det görs enklast om man har en fullt ut elektiv verksamhet med en lagom lång kö, dvs inte med fokus på genomflöde utan på effektiv operationssalsanvändning. Så är dock sällan fallet, utan i verkligheten måste olika typer av operationer hanteras (akuta/elektiva, dagkirurgi/inneliggande, enkla/komplicerade etc. etc.). I praktiken blir det då en avvägning mellan effektiv användning av operationssal och flexibilitet gentemot inflöde och väntetider.

## Koordinering och övergångar

Om vi utgår ifrån att Operationsrådets arbete syftar till att förbättra resursanvändningen för salar kommer det att påverka de enheter som delar den resursen. Det får i sig konsekvenser för graden av koordinering mellan enheter. Det är i sig inte ett processarbete i ett vårdkedjersperspektiv, men kan komma att få positiva konsekvenser för patientflödet. Delning av en resurs tvingar fram samverkan (eller leder till dåligt utnyttjande av resursen, vilket har varit fallet historiskt).

Notera att fokus fortfarande bygger på en produktionslogik, inte en patientflödeslogik. Operationsplanerare och vårdplatskoordinatorer är resurskoordinerande funktioner, inte flödesfunktioner. Bättre resursanvändning leder dock till bättre tillgänglighet för dessa resurser, vilket påverkar flödet positivt.

En sekundär effekt är att när en flaskhals i produktionen tas bort kommer andra flaskhalsar att uppstå. Exempelvis kommer beroenden och övergångar mellan angränsande processteg att synliggöras. En produktionsökning genom ökad nyttjandegraden av operationssalar kommer ge snöbollseffekter i form av ett ökat tryck på vårdavdelningarna och behov av fler vårdplatser för att kunna hantera fler ineliggande patienter som har blivit opererade.

Av intervjuer och workshops framgår också att koordineringen särskilt mot vårdavdelningar kan förbättras, det gäller både planering av resurser (sängar), att förbättra kommunikationen så att övergångar flyter smidigare, och att skapa en samsyn kring flödet behöver skapas så att vårdavdelningar inte uppfattar att de "får en patient till på halsen". För att fullt ut kunna dra nytta av den ökade kapacitet som skapats genom ett effektivare utnyttjande av operationssalar kan vissa delar av operationsrådets arbete och därmed förknippade samordningsfunktioner därför behöva utökas till andra berörda enheter. Vi återkommer till detta i diskussionen om Operationsrådets fokus framåt.

## Hantering av variation

När olika slags processer ska likriktas uppstår oundvikligen avvikelser och skillnader i utfall på ett gemensamt mått som knivtid. Beroende på hur operationerna fördelas, till exempel med avseende på långa vs. kortare operationer, kommer det ge olika utslag på olika kliniker, något som vi berört under mätning ovan.

Ett annat variationsproblem handlar om att patienterna som behandlas är sinsemellan olika. Det kan gälla även inom samma diagnos/ingrepp. Barn, multisjuka, och personer med samtidiga somatiska och psykologiska besvär är några av de komplexare patienttyperna. Det finns en konsensus om att det är medicinskt befogat med ett patientanpassat omhändertagande, dvs en operation bör få ta olika lång tid beroende på individuella behov. Operationssamordnare arbetar praktiskt med att jämna ut variationer, så att det blir en bra patientmix över dagen med hänsyn t ex till om patienten förväntas kräva mer resurser/tid, och om det finns övergångar att ta hänsyn till (är patienten tillrest eller inneliggande, är anestesibedömning gjord på förhand eller ej, finns risk för inläggning efteråt, etc.) Vid schemaläggningen av operationer används dock i hög grad schablontider, och avvikelser från planerad tid ger upphov till felkällor i termer av redovisad knivtid. Praktiskt ägnas en del tid vid planerings- och utfallsmöten att förklara sådana avvikelser, medan man vid Operationsrådets möten håller sig till den klinikbaserade analysnivån och dess aggregerade resultat. Ett alternativ vore att förväntad vårdtyngd i högre grad får styra schemaläggningen utifrån en systematisk strategi. Detta skulle dock kräva utvecklade former av preoperativ samverkan med remitterande avdelningar/mottagningar.

## **Behovet av planering vs. flexibilitet**

Värt att notera är också att oavsett om man lyckas bättre med att jämna ut variationer och att få övergångar att flyta, så kommer mer rigid planering aldrig att lösa "allt" eller optimera verksamheten fullt ut. Så länge patienterna och deras behandlingar och behov är olika så kvarstår vikten av flexibilitet för att få det dagliga schemat att flyta. Det är flödesteoretiskt omöjligt att ha både hög beläggning och god tillgänglighet om inte patientflödet är fullständigt förutsägbart, eller personalen fullständigt rörlig. En viss mån av slack (inte resurstillskott, utan oplanerade resurser) kommer fortsatt att vara fördel för att kunna hantera avvikelser. I detta perspektiv är operationssamordnarnas mandat, förtroende och kunskaper kring att planera och planera om på en ad hoc basis något centralt, som skulle kunna exporteras till angränsande verksamheter (se vidare nedan).

# Slutsatser – råd för operationsrådet framåt

I den här rapporten har Operationsrådets arbete studerats ur ett systemperspektiv, dvs vi har analyserat våra observationer både med tanke på intern effektivitet – hur det löpande arbetet i rådet och kopplade aktiviteter kan förbättras, och extern effektivitet – hur rådets roll och funktionssätt kan tydliggöras och stärkas inom ramen för det större hälso- och sjukvårdssystemet. Nedan presenteras dessa två perspektiv efter varandra, med förslag på vad som utifrån vår uppfattning kan förbättras både vad gäller innehåll och inriktning.

## 7.1 Intern effektivitet – trimma nuvarande arbetssätt

Givet nuvarande målbild kring Operationsrådets arbete kan vi ge ett antal direkta råd som bygger på praktiska observationer och kommentarer som framkommit i intervjuer, samtal och workshops. Detta perspektiv utgår från att inriktningen på det pågående arbetet är relevant, och att vi önskar öka genomslaget och effekten av den pågående resursoptimeringen som pågår.

Som vid allt förändringsarbete finns ibland skillnader mellan de ambitioner som uttrycks i styrdokument, fattade beslut, tillgänglig

statistik osv, och vad som faktiskt görs, används och uppfattas i praktiken. Råden nedan utgår från att vi önskar utveckla det senare.

I varierande uträkning kan råden röra sådant som redan görs, och då är vår uppfattning att detta är rätt inriktning, men det kan också gälla saker som inte görs idag eller där implementeringen varierar, och då är rådet att pröva dessa saker alternativt sprida dem vidare.

## Planeringsarbete

- Salstilldelning utifrån målet att ha ett jämnt patientflöde per dag, sett till variationer i patientkaraktäristika. Variationer analyseras i hög grad retroaktivt - det framåtsyftande arbetet vid utfalls- och planeringsmöten kan stärkas i detta avseende.
- Ökad samverkan i planeringsarbetet med pre- och postoperativa funktioner. Ett naturligt sätt att sprida operationsrådets arbetsätt är att länka de opererande verksamheterna till angränsande enheter innan och efter operation (se vidare om att kopiera framgångsrika arbetssätt nedan).
- Produktionsmål utifrån olika typer av operationer. Denna punkt är direkt kopplad till den variation både inom och mellan kliniker som uppföljningarna visar på och där mer diversifierade produktionsmål kan göra de olika verksamheterna mer rättvisa.

## Förankring

- Överväg att delegera deltagandet i operationsrådet längre ner i verksamheterna, där kontakten med medarbetarna är mer direkt. I konkreta frågor kan andra än verksamhetschef ha viktiga tankar och synpunkter och det kan också främja engagemang och förståelse för operationsrådets verksamhet.
- Uppmuntra fler lokala projekt för att öka engagemanget kring produktionsplanering och visa på den praktiska nyttan i vardagsarbetet.

## Uppföljning

- Följ upp händelser mer strukturerat. Redan idag finns en stor mängd data som går att analysera djupare, bland annat ”checklista från operationsdagen”. Därmed finns också en potential i att hitta återkommande orsaker till effektivitetsbrister.
- Tillåt variation i verksamhetsprocesserna vid olika kliniker och betona förbättring enhetsvis istället för jämförelse i absoluta tal mellan enheter. Variationer kan till del förklaras med olika förutsättningar vid olika kliniker och genom att i större utsträckning ta hänsyn till dessa så kan mätningar bli än mer relevanta.
- Överväg att i högre grad synliggöra kompletterande mått utöver knivtid, framför allt kö- och väntetider. Detta är motiverat utifrån Operationsrådets övergripande uppdrag att öka tillgängligheten.

## Kommunikation

- Tydligare agendor och mötesanteckningar. Flertalet operationsrådsmedlemmar efterfrågar detta.
- Arbeta mer med grafiska och visuella former av dokumentation och produktionsplaner för att tydliggöra mål, avvikelser och progress. Enligt uppgift ger Goli nya möjligheter att åstadkomma detta.

## Ledarskap

- Tydliggör hur operationsrådets representanter ska föra ut pågående arbete och till verksamheterna, och hur verksamhetscheferna ska se till att beslut genomförs.
- Var särskilt mån om att föra ut goda resultat.



## Flöden/övergångar

- Förbättra samverkan med angränsande enheter i patientflödet, t ex genom att leva upp till ambitionen med avdelningspersonal på utfalls- och planeringsmöten. Samverkan med pre-operativ bedömning kan också förbättras, speciellt för de patienter som kommer från annat län.
- Utnyttja möjligheterna i nytt IT-system med poolad data från angränsande verksamheter, exempelvis för planering av eftervårdsplatser.

## Strategi

- Tydliggöra och utveckla operationsrådets strategi gentemot den centrala förvaltningen och den politiska sfären genom att agera proaktivt och visa på goda exempel.
- Efterfråga tydligare underlag till prioriteringar och vägval av högre förvaltning.
- Påbörja ett utvecklingsarbete kring hur operationsrådets arbetsätt och ”anda” kan spridas till angränsande verksamheter.

## Kopiera framgångsrika arbetsätt

- Låt de kliniker och ledare som varit framgångsrika i förbättringsarbetet berätta om sina erfarenheter och strategier för att nå resultat, för att stimulera ett lärande.
- Stärk mandatet för dem som är engagerade i verksamhetsutveckling lokalt på kliniker med inspiration från hur man arbetat kring operationssamordnarna. Op-samordnarna har fått ett mandat att ta operativa beslut, och detta bör kunna kopieras till både närliggande och andra enheter. Här kan man peka på rollen som vårdkoordinator där många menar att en uppgradering med mer verksamhetsutveckling och tydligare beslutsmandat kan både stärka rollen och minska ifrågasättandet av dem.

- Följ upp beslut som fattas på vårdplatsmöten på ett mer strukturerat sätt, utifrån hur det görs vid planerings- och utfallsmöten med operationssamordnarna.

## **7.2 Extern effektivitet**

### **– ompröva fokus och avgränsningar i arbetet**

Extern effektivitet är centralt ur ett systemperspektiv, där man utgår från antagandet att ingen enhet kan operera i ett vakuum utan är del av ett större organisatoriskt sammanhang.

Formellt är ett fokus på extern effektivitet i det här fallet motiverat utifrån produktionschefens förvaltningsövergripande uppdrag, vilket innebär en möjlighet att även exempelvis öppna mottagningar, medicinkliniker och röntgen, skulle kunna ingå i Operationsrådets arbete (eller i liknande arbete organiserat i ett parallellt med samordnat forum). Empiriskt är ett bredare fokus motiverat då produktionsförändringar på operation får faktiska följd effekter på för- och eftervård, och många avvikelser sker i övergångar.

En genomgående uppfattning bland våra respondenter är att Operationsrådet har bidragit till större helhetssyn, men att det samtidigt fattas ett koncerntänk. Denna tudelade bild visar på behovet att diskutera gränserna för "helheten" samt vems helhet som avses. I vilken grad ska vedertagna områdes/organisationsavgränsningar styra arbetet, kontra patientens helhet i vårdkedjan/vårdsystemet? Här kan inga entydiga råd ges, utan medlemmar i Operationsrådet och dess uppdragsgivare måste fortsätta diskussionerna sinsemellan. Ur ett forskningsperspektiv kan vi dock konstatera att en bredare syn på hur "helheten" avgränsas innebär att många fler alternativ öppnas till hur effektivisering kan åstadkommas i operationsverksamheten (utöver att öka nyttjandegraden i enskilda salar).

Ge några exempel på aspekter som kan övervägas:

- Organisation av patienter enligt nya principer i syfte att minska variation i patientunderlaget – t ex rent elektiva operationsenheter.
- Främja mer resurssnåla operationssätt – kan fler operationer utföras i dagkirurgi och med mindre invasiva metoder, ges kortare vårdtider på avdelning.
- Satsningar på prevention i syfte att minska behovet av en del operationer.

Vi är medvetna om att denna typ av frågor har ett betydligt längre tidsperspektiv och kräver högre mandat än vad som är nuvarande fokus för Operationsrådet. De praktiska möjligheterna till ett omprövat fokus för arbetet kommer att vara begränsade av den medicinska kompetensutvecklingen, politiska faktorer, etablerade strukturer och nuvarande styrning på övergripande nivå. Dock placerar den här sortens frågor Operationsrådets arbete i linje med många av de generella utvecklingstendenser vi nu ser i hälso- och sjukvården som helhet, och vi anser därför att det är relevanta frågor som förtjänar att lyftas i ett centralt organ som Operationsrådet.

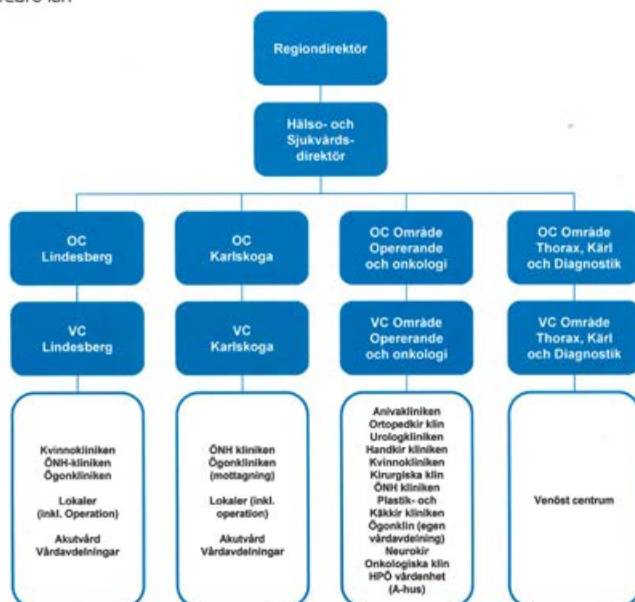
## **8. Appendix 1: Organisering av operations- verksamheten i Region Örebro**

I Region Örebro län finns tre sjukhus, Universitetssjukhuset Örebro (USÖ), Karlskoga lasarett och Lindesbergs lasarett. Sedan den 1 januari 2016 är delar av specialistsjukvården inom länet organiserad i länskliniker med gemensamma produktionsplaner för besök, behandlingar och operationer.

De opererande klinikerna inom länet leds av en områdeschef för opererande och onkologi. Inom området finns tre länsverksamhetschefer för kirurgi, anestesi och ortopedi som har ansvar för respektive länsklínik och personalansvar för läkarresurserna.

Operationsverksamheten på de tre sjukhusen är idag organiserade på olika sätt. På USÖ leds ortoped- och kirurgklinikens operationspersonal av en avdelningschef vid respektive klínik. Anestesipersonalen tillhör anestesi-klinikén och är uppdelad i tre olika avdelningar som specifikt arbetar gentemot en eller flera kliniker/specialiteter. På Lindesbergs lasarett ansvarar en avdelningschef för operationspersonal, anestesi-personal samt sterilcentralen. På Karlskoga lasarett har länsverksamhet kirurgi ansvar för operationspersonalen och sterilcentralen medan anestesi-personalen tillhör länsverksamheten AnIVA.

Det finns också tre olika organisationer för sterilverksamheten. På USÖ är den en egen verksamhet, i Karlskoga tillhör den kirurgiska klíniken och i Lindesberg, som framgår av ovan, anestesi-klinikén.



## 9. Appendix 2: Lista över intervjupersoner

NAMN	POSITION
Anna Isaksson	Avdelningschef Onkologen
Anne Gro Egeberg	Läkarchef AnIVA
Anneli Ljunggren	Operationssamordnare
Beata Persson	Överläkare Urologen
Charlotte Eriksson	Verksamhetsutvecklare Område OO
Gill Kullberg	Läkarchef KK
Jennie Liling Ståhl	Områdeschef Område OO
Kristin Grip	Controller område OO
Kurt Persson	Produktionschef, ordförande Operationsrådet
Lars Lundgren	Hälso- och sjukvårdsdirektör
Malena Einestam	Operationssamordnare
Peter Flodström	Verksamhetschef, Kirurgkliniken USÖ



**Leading Health Care (LHC) är en akademisk tankesmedja för fördjupad dialog om framtidens hälso- och sjukvård.**

LHC främjar forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning av verksamheter inom hälsa, vård och omsorg, samt sprider information om detta. LHC arbetar dels med ett brett akademiskt nätverk, dels med ett partnersnätverk som för närvarande består av ca 30 organisationer från olika delar av sektorn. Sedan 2009 är LHC en oberoende och icke vinstdrivande stiftelse. Vi finansieras huvudsakligen genom vår uppdragsforskning samt årliga bidrag från partnerorganisationerna.

Läs mer om oss och ladda ner våra publikationer gratis på  
[www.leadinghealthcare.se](http://www.leadinghealthcare.se)



**LEADINGHEALTHCARE.SE**