

Minnesanteckningar från Regionstyrelsens träff med Område Akuts ledningsgrupp 20170613

Närvarande: Anita Secher OC, Britt-Marie Stolth Ambulansen, Ulrika Fjellstrand Nyman Verksamhetsutvecklare, Christel Nord Ambulansen, Pernilla Forsman Verksamhetsstöd, Helena Ivansson EC Ambulansen, Elisabeth Ågren EC Centraloperation, Christine Jonsson EC Akutmottagningen, Caroline Starlander EC Medicinavd/MLA Akutområdet, Carina Bouvine EC Centraloperation.

Ann-Marie Johansson, Christer Siwertsson, Elin Lemon per telefon
Ingela Jönsson och Gertrud Bertilsdotter-Reineke

Hur arbetar ni med utvecklingsarete enligt LEAN ?

Besök RS Presidium 170613

- Hur vi arbetar med utvecklingsarbeten enligt Lean
 - Resurser verksamhetsutvecklare, inte leancoach, flera medarbetare leanutbildade
 - Flöden, enhetliga rutiner, rätt vårdnivå (Förbättrings-A3, värdeflödesanalyser)
 - Samverkan via Opråd – tidigare opstart, standardiseringar
 - Samverkan via akutråd, förändrat arbetssätt akm, flöde receptionen, snabbspår, förändrad läkarkompetens och PNA saknas
 - Ambulansen enhetlig utrustning
 - IVA – utbildning att använda kval register i förbättringsarbete = förkortad respiratortid
 - Rätt vårdnivå – akm ssk bedömningar, hänvisning ambulans (lämna hemma)
 - Daglig eller veckostyrning

Använder inte "ordet LEAN" som ord. 1 person utbildad LEAN-coach, dock har den personen inte möjlighet att jobba som coach p g a bemanningsläget av ane ssk. Flera ssk har gått lean-utbildning. Vi pratar mer flöden, enhetliga rutiner och rätt vårdnivå.

Vi använder de verktyg som finns t ex A3, 5S mm

Ambulansen har påbörjat det stora förbättringsarbetet tillsammans med primärvården. På Akutmottagningen kommer ca 15 patienter om dagen som enbart får en sjuksköterskebedömning, antingen är egenvård eller primärvård, dvs inte borde komma till akuten. Vart kommer de ifrån? mest Östersunds kommun och skickade av 1177. Det är också på gång att försöka göra kvalitetsgranskning med hjälp av 1177- Vilka patienter hänvisas av 1177, Vad händer med dem som kom till akuten?,

Ett annat problem är att det är för låg läkarkompetens i första nivån på akuten. Att förändra läkarkompetensen - Vem äger frågan? Svaret är att det är flera verksamheter inblandade men också en kostnadsfråga. Det är gjort en utredning dvs första paketet i LUPen, det återstår kostnadsberäkningar som ska göras bl a av Annika Jonsson, men pga andra uppdrag har detta inte prioriterats än. Det finns många olika modeller/lösningar. Vi försöker hitta "vår" modell, men till syvende o sist handlar det om kostnaderna.

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

Produktions och kapacitetsplanering

- Ingen egen verksamhet
- Bemanning utifrån flöden
- SOS Alarm larmplaner
- C-op samordning med kliniker

- Behov av resurs med mandat att planera op-programmet för hela c-op

Hur långt har ni kommit med kompetensförskjutning ?

Kompetensförskjutning

- Akm – kartläggning klar
- C-Op –
 - Allmänssk Uppvakningsavdelning/opentré
 - VNS personalkök och VNS mellanstäd mellan operationer
 - All instrumenthantering dag/kvälltid till STC
 - Usk plockar instrument till operationer
 - Bemanningsansvariga (i st för fler EC)
- IVA – allmänssk, usk

Brist på anesthesi ssk - ersatta med allmän ssk på UVA/opentrén
IVA har förändrat bemanningsmål med lägre andel ssk

Visa remisser t ex röntgen av vissa ortopedpatienter, ska kunna skrivas av ssk på akutmott.
Detta skulle kunna gå via karriärvägar. Undersköterska ta över gipsning från ssk

Förmodligen skulle mer överföring av arbetsuppgifter från läkare till sjuksköterska vara
möjlig med fasta läkare på akm

Hur samarbetar ni med andra enheter när det gäller bemanning ?

Samverkan med andra enheter när det gäller bemanning

- C-op och IVA kring postop
- C-Op och Öronmottagning, opssk
- Akm använder OBS som dragspel
- Kombinationstjänster vid önskemål
- Amb och akm i höst

Samverkan med Campus när det gäller narkosläkare och narkossköt

Lysande verksamhet ex HC Funäsdalen

Väntar med spänning på den prehospitla utredningens resultat

Under hösten kommer ssk från ambulansen, med erfarenhet från akm, att arbeta på akm p g a brist på ssk på akm

Beskriv er interna budgetprocess

Interna budgetprocessen

- Genomgång med ekonom och EC för att beräkna budget, "gissa" intäkter
- Arbetade timmar utifrån bemanningsmål
- Inga pengar att omfördela, fördelning utifrån föregående års utfall/budget
- Fasta kostnader och avtal ökar mer än uppräknig,
- Personalkostnader, helikopter, avtal SOS Alarm, sjukvårdsartiklar, utökat uppdrag C-Op

- Planeringsförutsättningar och behov/ uppdrag som är kopplat till budgeten?

Idag räcker inte pengarna till - saknar ett antal miljoner. Vet inte "hur" ska man tänka, vad är uppdraget? Ex hur många operationstimmar ska c-op utföra och budgetera för?

Varför ökar/växer kostnaderna?

- Donationsosal
 - Öron Op-sal
 - Campus
 - Nytt helikopteravtal
 - Lönesatsningar
- Dvs nya utökade verksamheter utan ökad budget
- Samöva, internationellt
 - Ambulansen
- En liten ökning varje år
- Medicinteknikutveckling
 - Äldre befolkning

Hur följer ni upp er verksamhet och vad sker om man inte håller sig inom ramarna ?

Uppföljning av verksamheten

- Kort uppföljning på LG, pulsmöten, 2-3 ggr per år uppföljning av uppdrag och VP, kval register
- Genomgång med ekonom
- Budget eller andra mätetal
 - Arbetade timmar, oövertid, sjuktal
 - Produktion/bemannning
 - Kostnader som ökar mer än förväntat
 - Uppdraget

- Konsekvenser om man inte håller sig inom ramarna

Tittar i första hand på personalkostnader och arbetade timmar och koppling till produktion

Tittar på varför, om det är något som kostar mer än förväntat– om det är något specifikt

Det stora underskottet, ser man redan när man lagt budget utifrån det förväntade uppdraget