

Ny delegations- och beslutsordningen

En ny delegations- och beslutsordning för sjukhuset har tagits fram. Syftet är att delegera ansvar och befogenheter - besluten ska så långt det är möjligt fattas ute i organisationen. Den nya ordningen skiljer sig från tidigare framförallt på tre punkter; den har fått en ny och tydligare struktur, är skriven utifrån de fyra perspektiven i vår verksamhetsplan samt betoningen på decentralisering.

Beslutanderätt utövas inom respektive ansvars- och verksamhetsområde enligt delegations- och beslutsordning och efter samråd med berörda administratörer, arbetsledare, samverkansgrupp eller genom MBL-förhandling. Divisions- och stabschefer ska utarbeta lokala beslutsordningar för sina respektive verksamheter och mallar för detta har tagits fram.

Den nya delegations- och beslutsordningen bifogas som bilaga i detta Chefsinfo.

Ny FoUU-organisation

Vid årsskiftet antogs en ny FoUU organisation inom SLL. Den hade förberetts under cirka två års tid och godkänts såväl i Landstingsfullmäktige som i KI:s konsistorium. I korthet innebär den nya organisationen att KI och SLL bildar gemensamma organ för Forskning, Utbildning och Infrastruktur. Den nya organisationen har nu tillryggalagt drygt två månader och erfarenheterna är mycket goda och planerna har snabbt realiserats i praktiken. Genom samgåendet förväntas vår akademiska potential väsentligt kunna öka och att vi stärker vår gemensamma position i ett internationellt perspektiv. Som en viktig del i förändringen har landstingsledningen i Stockholm i sitt ägardirektiv till sjukhusdirektören bland annat lyft fram att Karolinska Universitetssjukhuset ska vara navet för FoUU-verksamheten inom SLL. Detta ger oss en helt annan roll än tidigare. Framst gäller detta ansvaret för helheten inom SLL. En viktig uppgift som framförallt ställer höga krav på Karolinska där nu allianser och förstärkta samarbeten ska leda till en positiv utveckling för alla.

Flödesarbetet kan leda till förändringar i bemanningsstruktur

Vi har i förra veckan och denna haft ledningsbeslutsmöten i akutflödesprojekten. Testerna som genomgående utfördes under vecka 8 visade klara förbättringar, inte bara när det gäller ledtider på akuten utan också när det gäller arbetsmiljön. Vi är nu framme vid den tidpunkt där vi måste fatta beslut om att införa de nya arbetssätten. En del förbättringsgrupper vill fila lite till på sina lösningar och testa igen medan andra vill implementera det nya arbetssätten så fort möjligt. Jag har hela tiden sagt att de förändringar som kommer att införas kommer att resultera i radikalt annorlunda arbetssätt och att många medarbetare kommer att få ändrade arbetsuppgifter jämfört med tidigare. Det gäller samtliga kategorier. Nu är vi där. Vi ser att på vissa områden kan strukturen när det gäller personalkategorier behöva förändras. Vissa mindre justeringar i förhållandet mellan undersköterskor och sjuksköterskor kan komma att behövas i vissa patientflöden. Dessa förändringar måste naturligtvis hanteras på verksamhetsnivå och är ytterst verksamhetschefens ansvar. Här måste facklig samverkan fungera enligt regelverket på verksamhetsnivå. I Sjusam kommer vi att diskutera övergripande frågor när det gäller flödesförbättringsarbetet, framförallt hur vi

ska samverka kring den nya ledningsstruktur som nu växer fram kring flödesarbetet. Det centrala i sammanhanget är att ingen behöver vara orolig för att man blir av med arbetet på grund av flödesförbättringsarbetet, vårt problem i dag är snarare brist på vårdpersonal.

Nytt ersättningssystem införs 2009

Ett nytt ersättningssystem kommer att tas fram under hösten 2008 för att sedan börja gälla under 2009. Detta är resultat av den utredning som McKinsey har drivit på uppdrag av landstingsdirektören. Avtalsdiskussionerna för 2008 kommer nu att slutföras så fort möjligt för att sedan återupptas igen och ta sikte på ett tvåårsavtal 2009-2010 med ett nytt ersättningssystem som grund. Det nya ersättningssystemet kommer även i fortsättningen att baseras på DRG-systemet.

Nya projekt för profilering

Vid ledningsgruppsmötet i måndags beslutades om analysstart av verksamhetsprofilering för neurologin. Sedan tidigare har även ett beslut tagits om profileringsanalys av kvinnokliniken. Arbetet med profileringsanalys av ÖNH och hematologen fortsätter.

Teknologiutvärdering av hälso- och sjukvården

Vid ledningsgruppsmötet i måndags diskuterades de synpunkter som inkommit kring den teknologiutvärdering av hälso- och sjukvården (HTA) som planeras inom SLL. Det finns en debatt kring att vi inom rutinsjukvården inför teknik allt för snabbt och utan stöd av evidens eller djupare forskning. Därför finns ett behov av tydligare riktlinjer. Frågan är dock vem som ska ställa upp dessa riktlinjer – är det ett nationellt organ, ska det ske på landstingsnivå eller på det egna sjukhuset? Vid diskussionen i ledningsgruppen framkom en tveksamhet till införandet av HTA. De synpunkter som framkom tar jag med mig till vidare diskussioner i Sakkunnigkommittén. Beslutet i frågan kommer dock att fattas av landstingsdirektören.

Prioriterade förslag till Rikssjukvårdsnämnden

Per Gillström har sammanställt förslag på verksamheter vid Karolinska som vidare ska utredas för att definieras som rikssjukvård. De kriterier som gäller för att en verksamhet ska kunna definieras som rikssjukvård är att sjukdomen/tillståndet är ovanlig, diagnosen/behandlingen är komplicerad och kräver speciell kompetens samt att den medför hög resursförbrukning. Följande verksamheter, i prioriterad ordning, har föreslagits för vidare utredning:

Vuxensjukvård:

- 1) Cochleaimplantat på barn
- 2) Allogen stamcellstransplantation
- 3) Viss avancerad övre abdominell kirurgi
- 4) Utredning och behandling av ärftliga ämnesomsättningssjukdomar
- 5) Intrauterin laserbehandling vid TTS (twin-to-twin transfusion)
- 6) Buksarcom
- 7) Bensarcom

Barn- och ungdomssjukvård:

- 1) Avancerad barn- och ungdomskirurgi
- 2) Komplicerad lungsjukdom och andningsbesvär
- 3) Barnnefrologi
- 4) Leversjukdomar
- 5) Osteogenesis imperfecta, upp till 18 års ålder

Förslagen är inhämtade från klinikerna via divisionscheferna och lämnas nu vidare till Rikssjukvårdsnämnden. Beslut fattas först om ett år.

Nyheter i Visare

Måndag den 10/3 uppdaterades Visare med februari månads data och samtidigt genomfördes ett antal förbättringar. På startsidan visas nu grafer för ekonomi, vårdproduktion och personal för hela Karolinska med möjlighet att enkelt byta till visning av annan organisatorisk enhet. Val av olika rapporter och statistikområden kan ske direkt från sidan. Resultaträkningen har också förändrats, bland annat genom att uppdelningen i externa och interna kostnader försvunnit. Inom några veckor planeras även Visares väntetidsrapporter att lanseras. En länk blir då synlig i ramen med rubrik "Produktion". Behörigheter till cirka två väntelistansvariga (utöver chefer) per klinik erbjuds liksom utbildningstillfällen för dessa. Utförligare information finns på [Inuti](#).

Patientsäkerhet i USA

Under en höstvecka 2007 besökte Carl-Johan Wallin, överläkare vid Anestesi- och intensivvårdskliniken, fyra institutioner i USA som är kända för sitt arbete med patientsäkerhet. Vid ledningsgruppsmötet i måndag delade han med sig av de erfarenheter och kunskaper han fått under sitt besök.

Alla organisationer som besöktes redovisade en kraftig förändring av sin kultur, från traditionell vårdkultur till en säkerhetskultur - en resa som hittills tagit cirka 15 år. Oavsett hur tekniskt avancerade systemen än är, så är missöden oundvikliga när människor är inblandade men principen för säkerhetsarbetet är en nollvision. Grunden för säkerhetskulturen är en utveckling av ledarskapet. Säkerhetsarbete är en uppgift för ledarna och ett personligt engagemang krävs. Det är kort sagt ledarna som sätter säkerhetskulturen. Men här finns även en skyldighet hos all personal att rapportera avvikelser och att säga till om patientsäkerheten är hotad. Oavsett vem som är på väg att göra en avvikelse så ska den som ser det säga till enligt mottot "see it – say it – fix it". För att exempelvis öka säkerheten vid operationer använde sig samtliga operationsavdelningar som besöktes av standardiserade avstämningar (SBAR) och "Time-outs". Detta görs bland annat för att se att alla föreberedelser är korrekt utförda. Utgångspunkten för patientsäkerhetsarbetet var ursprungligen etisk och moralisk. Sjukhusen började då aktivt leta efter patientskador för att ersätta patienter samt förbättra sina processer. Efter 15 år redovisades dock en avsevärd vinst i juridiska, ekonomiska och sociala förtjänster förutom det förtroende de samtidigt byggt upp. Genom att gå från en defensiv till en proaktiv säkerhetsstrategi har målet varit att radikalt öka kvaliteten på vården. För dig som vill veta mer om patientsäkerhetsarbete i USA finns information om National Centers for Patient Safety's verktyg och utbildningar på www.patientsafety.gov.

Hälsningar, Birgir