



Nationell koordinering

Nytt arbetssätt för
transplantationskoordinatorer



Sveriges Kommuner och Landsting
Vävnadsrådet

Kerstin Engman
Mobil: +46 708 964 046
kerstin.engman@soprasteria.com

Förord

Under 2016 togs ett initiativ av Nationella Nätverket Transplantationskoordinatorer Organdonation (NNTO), för att belysa medlemmarnas arbetssituation i syfte att minska personalomsättningen, minska sårbarheten, behålla kompetensen samt att minska patientsäkerhetsriskerna. För att finansiera projektet söktes medel från Vävnadsrådet.

Ungefär samtidigt genomförde Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO), inspektioner vid landets fyra transplantationssjukhus. Fokus var bemanning, spårbarhet, ledningssystem för kvalitet och säkerhet, samt de avvikelser och biverkningar som verksamheterna rapporterat in till IVO.

Genom tillsynen ville IVO få en samlad bild av transplantationsverksamheterna, deras förutsättningar att bedriva god vård och de eventuella risker som verksamheterna identifierat ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Sammanfattningsvis konstaterar IVO att verksamheterna är välfungerande men sårbara.

Transplantationsverksamheterna måste vara bemannade dygnet runt årets alla dagar för att kunna koordinera och genomföra transplantationer närhelst en organdonator identifieras. Ett fåtal individer med specialistkompetens som inte går att ersätta på kort tid, upprätthåller verksamheten och löser uppdragen bland annat genom beredskapstjänstgöring. Arbetsspassen kan bli långa¹ och den stressade situationen kan medföra patientsäkerhetsrisker bland annat i form av missar i informationsöverföringen.

Verksamheterna gör noggranna kontroller av de olika arbetsmomenten som ingår i en donationsprocess². I detta ingår att rapportera avvikelser och biverkningar till IVO. Arbetsmomenten för donationsprocessen, tillsammans med kontaktuppgifter, finns enhetligt beskrivna i regionala donationspärmar som är tillgängliga för alla donationssjukhus. Här skulle IVO gärna se att verksamheterna inkluderar, på ett liknande sätt, all dokumentation av transplantationsverksamhetens egna ledningssystem för kvalitet och säkerhet³. För närvarande pågår ett arbete inom NNTO med att ta fram en nationell donationspärm.

IVO:s sammanfattande reflektioner

- En styrka är det välfungerande samarbetet och samverkan mellan de olika aktörerna från donationssjukhuset till mottagarsjukhuset.

¹ Se sammanställning av arbetspassens längd i bilaga 1.

² Socialstyrelsen. Främjande av organdonation, en vägledning för vårdgivare och verksamhetschefer.

³ SOSFS 2012:14 3 kap §1

- Erfaren personal med specialistkompetens är en styrka hos alla verksamheterna, men samtidigt en risk eftersom det är sårbart med en liten personalstyrka som ska bemanna en direkt livsavgörande verksamhet dygnet runt alla årets dagar.
- I en verksamhet med ojämn arbetsbelastning, långa arbetspass och där informationsöverföring sker via telefon finns alltid en risk att missa viktig information på grund av en stressad situation.

IVO:s granskning samt initiativet från NNTO, ledde till att Vävnadsrådet inom Sveriges Kommuner och landsting avsatte medel för ett arbete i syfte att se över transplantationskoordinatorernas arbetssituation. Resultatet föreligger i denna rapport.

Rapporten kommer att överlämnas dels till projektets styrgrupp, dels till beställaren; VOG Organ inom Vävnadsrådet.

Stockholm i december 2018

Innehållsförteckning

Förord.....	1
IVO:s sammanfattande reflektioner	1
Sammanfattning.....	5
1 Förslaget.....	6
2 Inledning	7
3 Projekttidé	7
3.1 Projektmål.....	8
3.2 Avgränsningar	9
3.3 Projekttidplan	9
3.4 Projektgrupp.....	9
3.5 Styrgrupp	9
3.6 Arbetsformer mm	10
4 Nulägesanalys.....	10
4.1 Kartläggning av beredskapsarbete	10
4.2 Flödesschema	11
4.3 Tid från 1:a kontakt till start av allokering.....	11
5 Omvärldsanalys.....	11
6 Likheter och olikheter	12
7 Digitalt stöd och telefoni	12
7.1 Webblösning	12
7.1.1 iSMaRT.....	12
7.1.2 YASWA.....	13
7.2 Telefoni	13
7.2.1 Telefonlösning journummer OFO Mellansverige (Stockholm Uppsala)	13
7.3 Webbaserad Nationell koordinatorsmanual.....	13
8 Bemanning och beredskap – nationell koordinering	14
8.1 Kostnad	14
8.1.1 Passfördelning över helg	15
8.1.2 Arbetstidsmodell	16
8.2 Rekommendation från Schemagi	16
8.3 Projektgruppens synpunkter på bemanningsförslaget	17
8.4 För- och nackdelar med nationell koordinering?	17
8.5 Roller.....	18
9 Riskanalys	18
9.1 Risker utan förslaget	18
9.2 Risker med förslaget.....	19
10 Referenser	19

11	Bilageförteckning	19
----	-------------------------	----

Sammanfattning

I föreliggande förslag till förändring av arbetssätt för landets transplantationskoordinatorer, finns en riskanalys av förslaget. Det är emellertid lätt att konstatera att de verkliga riskerna uppstår om förslaget *inte* genomförs.

Projektet har fokuserat på att hitta en arbetsmodell som innebär

- lägre patientsäkerhetsrisk
- mindre sårbar organisation
- förbättrad samordning
- ökad insyn och transparens
- mer hälsosamma arbetspass
- lägre personalomsättning
- lägre risk för att tappa erfarenhet och kompetens med ett bättre anpassat arbetssätt

Donationsverksamheten idag kännetecknas av toppars och dalar och det är en omöjlighet att bemanna för att täcka topparna. Ett samarbete regionerna emellan är därför en förutsättning för en fungerande verksamhet av hög klass.

Förslaget innebär självklart ett förändrat arbetssätt för den berörda målgruppen, men det kommer även att påverka omgivande verksamhet och organisation. En förutsättning för ett genomförande är att transplantationskoordinatorernas arbete likriktas regionerna emellan, vilket bland annat delvis kommer att förändra vem som gör vad i framtiden.

Ett positivt mervärde som tillkommit i detta projekts genomförande är den ökade och förbättrade insynen i samt förståelsen för varandras arbete.

1 Förslaget

Projektets huvudförslag är att etablera en nationell koordineringsfunktion. Detta ska ske i samverkan mellan samtliga transplantationscentra. Ett exempel på bemanning, beredskap och kostnader presenteras i rapporten.

Förslaget förutsätter att de regionala organisationerna anpassar sina arbetssätt så att de blir så likriktade som möjligt. Detta för att få så få lokala varianter som möjligt och därigenom sänka patientsäkerhetsrisken.

Förslaget förutsätter också ett gemensamt, långsiktigt hållbart informationsstödsystem (idag iSMaRT), en gemensam telefonlösning samt en digital, web-baserad koordinatorshandbok.

Förslaget förutsätter också att det genomförs samtidigt över hela landet. Implementeringen bör också ske i projektform med en tydlig projektplan, inklusive projektledning, budget och styrgrupp.

Mer information om förslaget finns att läsa längre fram i rapporten.

2 Inledning

Koordinering är att samordna kedjan donation – tillvaratagande - transplantation av organ från avlidna till recipient. Ökad donationsfrekvens och nya donatorskategorier kommer att ge ökad arbetsinsats och mer komplex koordinatorfunktion. För att fortsatt kunna säkerställa verksamheten och dess kvalitet behövs ett utvecklat och anpassat arbetssätt.

Projektet har bedrivits inom ramen för Vävnadsrådet som är knutit till Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. Vävnadsrådet utarbetar stöd till verksamheter inom områden där organ, vävnader, celler och blod hanteras. Projektet sorterar under Vävnadsområdesgrupp (VOG) Organ som också är projektägare.

Projektet knyter delvis an till DCD-projektet⁴ som bedrivs inom samma VOG och där VOG Organs ordförande ingår i DCD-projektets styrgrupp. En implementering av DCD i Sverige kommer att ställa nya krav vid koordinering som kan påverka hur de nya rutinerna ska utformas.

3 Projektidé

Koordineringen vid avliden donator sker idag från fyra transplantationsenheter;

- Akademiska sjukhuset, Uppsala
- Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge
- Skånes Universitetssjukhus i Malmö
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Sverige är indelat i tre regioner gällande organdonation och det finns tre transplantationskoordinatorer i tjänst dygnet runt 24/7⁵: OFO Mellansverige (Stockholm/Uppsala), Malmö och Göteborg där även Island inkluderas. Därutöver finns en thoraxkoordinator i Lund som enbart handhar transplantationsprocessen av thoraxorgan i Lund.

När en person avlider och vill donera organ är koordineringsprocessen lång och intensiv. I en sammanställning gjord 2013 på donationer inom OFO-regionen beräknades koordineringen från konstaterandet av död till start av donationsoperationen till i medel 13 timmar. Till det får man lägga till ca fem timmars

⁴ DCD står för Donation after Circulatory Death, som vi i Sverige valt att kalla ”donation då döden inträffar efter cirkulationsstillestånd”. I de länder där DCD förekommer utgör denna typ av donation ett komplement till DBD och fler patienter erbjuds då möjligheten att få donera efter sin död. DCD-projektet skall utreda möjligheterna för DCD, samt skapa förutsättningar för ett välplanerat införande av kontrollerad DCD (DCD kategori III) i Sverige.

⁵ SOSFS 2012:14, 4 kap §8

operationstid. Arbetspassen för en transplantationskoordinator överstiger ofta 24 timmar.

Ett nationellt koordineringssamarbete skulle kunna innebära att nationell koordinering sker via telefon-, dator- eller annat digitalt stöd, oavsett var i landet donatorn befinner sig, fram till donationsoperationen. Därefter lämnar den nationella koordinatoren över till den regionala koordinatoren som fortsätter att handha fallet och som också närvarar vid själva donationsoperationen. I föreliggande projektrapport beskrivs förutsättningar och möjligheter att genomföra en sådan förändring.

I Sverige har vi idag ett ökande antal avlidna donatorer och i kombination med att donation då döden inträffar efter cirkulationsstillestånd (DCD), sannolikt kommer att införas kommer detta att innebära en ökad arbetsinsats för transplantationskoordinatorerna.

Donationsverksamheten är oplanerad och kommer ofta ”stötvis”, ett utökat nationellt samarbete förväntas minska sårbarheten. Konsekvenserna för transplantationskoordinatorerna av DCD är inkluderat i projektet genom att flertalet av deltagarna ingår i DCD pilotverksamhet och/eller ingår i DCD projektgrupp.

Projektet kommer att utreda förutsättningar och ta fram förslag till en nationell organisation av koordineringsprocessen samt ta fram förslag till nationellt samordnade rutiner för koordinering som kan accepteras av samtliga transplantationscentra i Sverige. Projektet konstaterar att DCD lämpar sig väl för nationell koordinering.

Projektet kommer att utreda förutsättningar och möjligheter för ett utökat nationellt samarbete gällande koordinering av avlidna donatorer avseende:

- möjlighet till datorstöd
- logistik
- utarbeta och samordna rutiner och ledningssystem avseende exempelvis ansvarsförhållanden, PM, avvikelshantering inom samarbetet mm
- eventuella utbildningsbehov.

3.1 Projekt mål

Projektets mål är att ta fram förslag till en organisation som är

- stabil och har tillräcklig bemanning för att klara en ojämn och ökande arbetsinsats
- säkerställer kvalitet i hela koordineringsprocessen, särskilt vid informationsöverföring.
- i möjligaste mån samordnad i sitt arbetssätt över hela landet.

3.2 Avgränsningar

Projektet avser inte att hantera förändring av rutiner för väntelistor eller allokeringsregler.

Det ligger inte inom projektets mandat eller uppdrag att genomföra de förslag som projektet kommer att presentera.

3.3 Projekttidplan

Projektet startade höstterminen 2016 och avslutades höstterminen 2018.

3.4 Projektgrupp

Till projektet har en arbetsgrupp knutits som arbetat kontinuerligt under hela projektets gång. Arbetsgruppen har utgjorts av följande personer från respektive transplantationscentra:

- Christina Andréasson transplantationskoordinator, Akademiska sjukhuset, Uppsala
- Fatma Bergqvist transplantationskoordinator, Sahlgrenska Universitets-sjukhuset, Göteborg
- Maria Söderström transplantationskoordinatorer, Karolinska Universitets-sjukhuset, Huddinge
- Kerstin Karud och Charlotte Lovén, transplantationskoordinatorer, Skånes Universitetssjukhus, Malmö
- Jenny Warheim och Åsa Klitthammar transplantationskoordinatorer, Lund
- Kerstin Engman, projektledare Sopra Steria Sweden AB

3.5 Styrgrupp

Styrgruppen har utgjorts av respektive verksamhets verksamhetschefer, för närvarande följande personer

- Alireza Biglarnia, Region Skåne
- Lars Algotsson, Region Skåne
- Gunnar Söderdahl, Stockholms läns landsting
- Pål Foyen Jörgensen, Region Uppsala
- Per Lindnér, Västra Götalandsregionen

Styrgruppen har inte haft några gemensamma styrgruppsmöten, men har via mail en gång per termin informerats om projektets progress och därmed också givits möjligheter att förmedla synpunkter.

3.6 Arbetsformer mm

Arbetsgruppen har träffats vid 10 tillfällen och arbetet har bedrivits i workshopform. Varje möte har föregåtts av en agenda och följts upp med minnesanteckningar. Mellan varje mötestillfälle har deltagarna i arbetsgruppen dels arbetat med att ta fram och sammanställa material till projektet, dels med att förankra projektets diskussioner bland kollegorna.

Vid ett tillfälle har ett konsultföretag anlåtts, Schemagi <http://www.schemagi.se/> för att bidra i gruppens arbete med bemanning och schemaläggning.

Agendor och minnesanteckningar finns samlade på projektets yta på Projektplatsen. <https://www.projectplace.se/>

4 Nulägesanalys

4.1 Kartläggning av beredskapsarbete

En kartläggning av transplantationskoordinatorernas beredskapsarbete under 2015-2018 är genomförd, se bilagor. Kartläggningen omfattar

- Totalt antal aktiviteter 2015 – alla regioner
- Totalt antal aktiviteter - alla regioner 2016
- Antal aktiviteter per region och år – 2015
- Antal aktiviteter per region år 2016
- Aktiviteter per dag – januari till och med december 2016

Beredskap för denna befattning innebär att vara tillgänglig dygnet runt alla dagar i veckan, via telefon och att börja jobba med eventuellt donationsfall momentant, det vill säga utan inställetid.

Det kräver nätuppkoppling under hela dygnet för att komma åt de olika data-system som är nödvändiga för kommunikation och dokumentation i kontakten med aktuellt donationssjukhus och övriga instanser nationellt, nordiskt och eventuellt med övriga länder i Europa.

Transplantationskoordinatorns spindelfunktion genom hela koordineringen går via kommunikation med en mängd personer/instanser, från första samtalet från intensivvården till att donationen är utförd och alla organ och team är åter på respektive sjukhus – hundratals samtal, tidsåtgång 12h-48h (aktiv tid).

I denna kartläggning framgår det tydligt att belastningen är mycket ojämnt fördelad över hela året. Slutsatsen är att det inte kommer att gå att bemanna vare sig efter topparna eller efter dalarna och att ett nationellt samarbete över regiongränserna skulle vara av stort värde.

4.2 Flödesschema

En beskrivning av arbetet - vad gör en koordinator under en koordinering - är upprättat i samtliga regioner, se bilaga Koordineringsprocessen, kronologisk beskrivning.

4.3 Tid från 1:a kontakt till start av allokering

Denna tid är svårt att mäta pga. stora variationer; från ett par timmar till flera dygn.

5 Omvärldsanalys

Projektgruppen har studerat om det finns organisatoriska, tekniska eller andra lösningar i andra länder, som är värda att studera närmare, att lära av i ett svenskt perspektiv?

Projektgruppens analys bygger främst på besök i och erfarenhet från de nordiska länderna, men även från Storbritannien och Frankrike m fl. länder.

Det samstämmiga omdömet är att rollen som transplantationskoordinator är väl utvecklad i Sverige med ett relevant ansvar. De länder som har ett någorlunda jämförbart arbetssätt jämfört med Sverige, är Norge och Finland. Andra länder i Europa har särskilda organisationer som sköter allokering t.ex. Eurotransplant som är ett samarbete mellan åtta länder och 72 transplantationscentrum <https://www.eurotransplant.org>

Det som kan saknas är en karriärstege som finns i bl.a. Storbritannien, men varken i Storbritannien eller i andra länder, är organisationerna helt jämförbara, varför långtgående slutsatser är svåra att dra.

Vid den europeiska kongressen EDTCO i München i november 2018, presenterades uppgifter som visade att svenska koordinatörer har högst antal handlagda donatorer per koordinator i Europa.

6 Likheter och olikheter

Förutsättningen för att etablera en organisation med nationella koordinatörer är att lokala rutiner i så stor utsträckning som möjligt görs gemensamma. I de fall de lokala rutinerna (kontaktuppgifter, lokala avtal etc.) måste behållas ska det tydligt framgå i den nationella, digitala koordinatorsparmen, vilka uppgifter som är aktuella och vilka rutiner som ska tillämpas.

Förslag till innehåll till en nationell koordinatorsmanual har arbetats fram. Detta arbete måste färdigställas inför en etablering av en ny organisation.

Under projektets gång har det blivit uppenbart att trots att rollen som transplantationskoordinator har en nationellt gemensam beskrivning, finns ganska stora regionala skillnader. Dessa skillnader består främst i lokala kulturer – det som sitter i väggarna – samt lokala traditioner – så här har vi alltid gjort. Det betyder att för att möjliggöra en nationell koordineringsfunktion, måste en del lokala varianter ”slipas av” och arbete som idag görs av transplantationskoordinatorerna kommer behöva utföras av andra. Exempel på detta är främst inringning och planering av recipient (inkl. operation, transporter mm).

Dessa regionala variationer i ”vem som gör vad” kan äventyra möjligheten i att genomföra projektets förslag om nationell koordinering.

7 Digitalt stöd och telefoni

7.1 Webblösning

7.1.1 iSMaRT

Idag används iSMaRT för rapportering och informationsöverföring i donations-/transplantationsprocessen. iSMaRT används idag vid alla transplantationscentra i Sverige.

Vid skandinaviska samarbeten används YASWA.

iSMaRT tillhandahålls av wTxSystemsAB som är ett mindre aktiebolag. Företaget utvecklar och underhåller programvaror avseende sjukvård, speciellt transplantationsverksamhet, driver nät- och supporttjänster avseende dessa programvaror samt bedriver konsultverksamhet inom medicinska områden.

Databasen som iSMaRT arbetar mot, har Region Skåne som huvudman och personuppgiftsansvarig. Regions Skåne har personuppgiftsbiträdesavtal med AddPro. Databasen, via centrala funktioner, administreras av ERC Syd som lagt ut tjänsten för serverdrift på AddPro AB.

Om wTxSystems AB och eller AddPro AB har informationssäkerhetsrutiner i enlighet med ISO 27001/27002 är i dagsläget okänt.

Det är uppenbart i arbetsgruppen att ett digitalt stöd för informationshantering är en nödvändighet i koordineringsarbetet, inte minst vid nationell koordinering, men det upplevs som en risk att dagens leverantör är så liten och därmed sårbar.

7.1.2 YASWA

Den lösning som finns inom Scandiatransplant, YASWA, uppfattas av projektet som en möjlig och sannolikt bättre lösning på sikt.

7.2 Telefoni

Om ett förändrat arbetssätt införs för transplantationskoordinatorerna, är det viktigt att telefonilösningen anpassas och även fortsättningsvis utgör ett stöd för verksamheten. Ett möjligt alternativ är hämtat från den telefonilösning som används i OFO – Stockholm/Uppsala.

7.2.1 Telefonilösning journummer OFO Mellansverige (Stockholm Uppsala)

”Vi anlitar sedan 2013 aurora innovation TeleQ.

<https://aurorainnovation.com/sv/>

Det innebär att det finns ett gemensamt nummer för samtal: 020 - 224 224 som är kopplat till Karolinska Huddinge sjukhus växel där OFO Mellansverige har en egen anknytning 08-58 58 58 58. Det numret är i sin tur vidarekopplat till auroras nummer som man loggar in sig på.

I systemet kan man logga in i datorn och se vem som är inloggad, administrera användare (man registrerar användare/specifika telefoner), se hur många samtal man haft och hur lång tid de varat mm.

Systemet möjliggör att det är lätt både kan logga in och av, exempelvis vid flygresor.

7.3 Webbaserad Nationell koordinatorsmanual

Den nationella koordineringen bygger på att man har tillgång till uppgifter om regionala förhållanden, tillvägagångssätt, kontaktuppgifter mm. Projektet har arbetat med ett förslag till innehåll i den nationella pärmen. För att uppgifterna både ska vara lätt åtkomliga och lätta att uppdatera/underhålla, är det en förutsättning att pärmen är digital/webbaserad.

8 Bemanning och beredskap – nationell koordinering

I detta arbete har projektgruppen tagit hjälp av företaget Schemag i Linköping. Schemagi har levererat en rapport från den workshop de hade tillsammans med projektet. Hela rapporten biläggs denna rapport och en sammanfattning följer här.

Indata till bemanningsanalysen är samtliga scheman från Malmö, Lund, Göteborg, Stockholm och Uppsala, men vi har valt att utesluta Lund i analysen på grund av begränsad kapacitet för gemensamt arbete. Dessa analyserades för att få en bild av hur arbete sker idag och vilka olika utgångspunkter som råder inför en förändring. Detta då de olika regionerna arbetar på olika sätt utifrån en bemanningssynpunkt samt har olika förutsättningar när det gäller resurser och vilket behov som ska mötas med dessa.

8.1 Kostnad

Utifrån de diskussioner som förts har ett antal alternativa lösningar presenteras (se rapport - Bemanningsanalys).

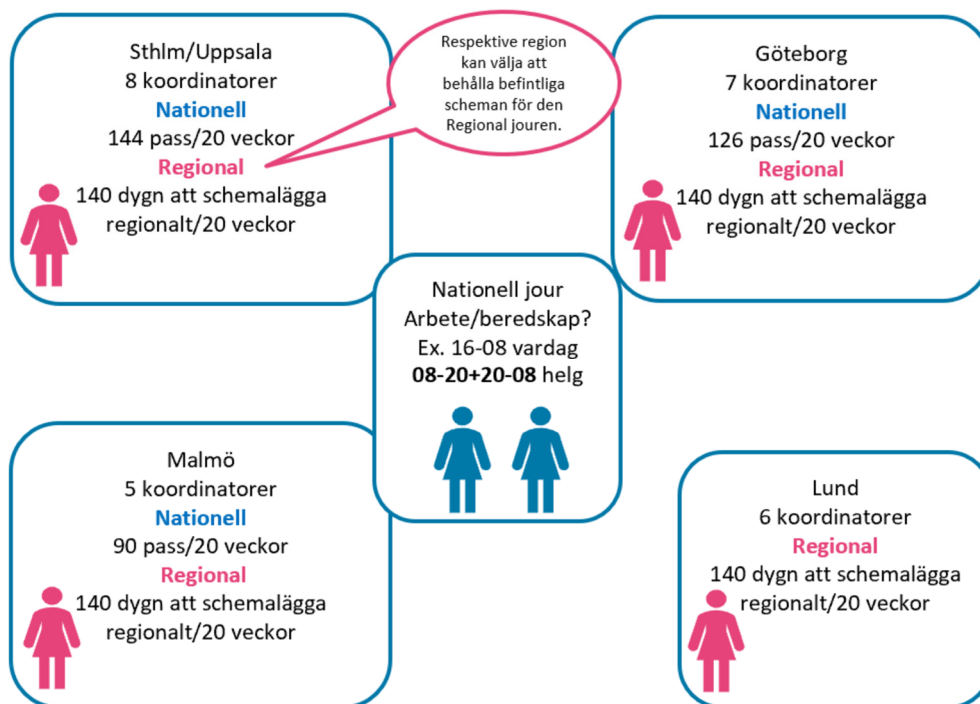
Oavsett vilket av alternativen som väljs och hur bemanning kommer att fördelas beräknas personalkostnaden att öka med ca 6 mnkr per år. Detta är även oberoende av om den nationella organisationen bemannas med faktiskt arbete eller beredskap då den relativt sett höga andelen arbete i beredskap jämnar ut kostnaden.

I kostnadsberäkningarna har schabloner använts för timkostnad och andel beredskap i jämförelse med arbete vilket begränsar säkerheten i siffrorna.

Schemagi rekommenderar alternativ C med följande beräkningsexempel:

Givet samma bemanning som idag innebär detta alternativ under en 20-veckorsperiod per koordinator följande utöver befintliga arbetspass:

- Totalt 18 pass som Nationell koordinator, varav
 - 10 pass vardag
 - 8 pass helg (lördag/söndag)
- Antal pass/koordinator ökar i snitt med 0,9 pass/vecka



För att bibehålla samma belastning som idag i schemalagd tid kräver detta alternativ ytterligare 6,4 årsarbetare. Det ska dock noteras att andelen faktisk arbetad tid utav beredskapstiden kommer sjunka med ca 50% då detta kommer utföras av de nationella koordinatörerna.

Vardag 5 arbetsdagar x 52 veckor x 16 h(16-08) x 2 arbetspass (2 koordinatörer) = 8320 h

Helg 2 arbetsdagar x 52 veckor x 12 h(08-20) x 2 arbetspass (2 koordinatörer) = 2496 h

Helg 2 arbetsdagar x 52 veckor x 12 h(20-08) x 2 arbetspass (2 koordinatörer) = 2496 h

Total arbetstid under en 52-veckorsperiod = 13312 h, 256 h/ vecka

256 h / 40 h = 6,4 årsarbetare

Kostnad beredskap

6,4 årsarbetare x 430kr = 5 724 160 kr.

8.1.1 Passfördelning över helg

Att fördela helgarbete på flera pass är att rekommendera då det inte har någon inverkan på bemanningsbehovet men avsevärt minskar risken för extremt långa arbetspass.

Föreslagen struktur skulle då se ut enligt följande:

- • Pass 1, start fredag 16.00 till lördag 08.00

- • Pass 2, start lördag 08.00 till lördag 20.00
- • Pass 3, start lördag 20.00 till söndag 08.00
- • Pass 4, start söndag 08.00 till söndag 20.00
- • Pass 5, start söndag 20.00 till måndag 08.00

8.1.2 Arbetstidsmodell

Utifrån regional bemanningsstyrning är det förmodligen att förorda att fortsätta med fasta scheman som tidigare när det gäller regionala scheman. När det gäller den nationella jouren kan någon form av önskeschemaläggning vara intressant att överväga för att uppnå hög effekt i prioriterade områden med bibehållen regional bemanningsstyrning. Önskeschemaläggning visar sig i många fall vara ineffektivt men kan i detta fall vara en framgångsfaktor. Det skulle exempelvis kunna fungera enligt:

- Schema läggs årsvis (av schematekniska skäl förtjänstfullt för att nå balans med regionala scheman)
- Fördelning av antal pass per region enligt nyckel
- Varje region ansvarar för att möta sin kvot
- Individen väljer pass där regionen ansvarar för att varje individ möter sin individuella kvot
- Regionen ansvarar för att arbetsmiljö, patientsäkerhet etc. upprätthålls för varje individ

Detta skulle medföra att individen får större inflytande över sin tid trots en upplevd centralisering. Fördelning av semestrar, röda dagar etc. kan även ske jämnt utifrån ett nationellt perspektiv vilket kommer vara mycket svårare med fasta scheman. Forskning visar att upplevd hälsa skattas högre desto större påverkansmöjlighet individen har vilket även skall bidra till att vara en attraktiv arbetsgivare.

8.2 Rekommendation från Schemagi

Schemagi rekommenderar alternativ C ovan i första hand baserat på:

- Mindre känslig organisation för avvikelser som sjukdom etc.
- Minskad risk för extremt långa pass jämfört med alternativ där du kan gå från nationell organisation direkt över till faktiskt arbete i beredskapen för den regionala organisationen.
- Minskad risk för extremt långa pass med en passfördelning med flera pass över helg.
- Regionala scheman kan behållas som de ser ut i nuläget

- Schemagi rekommenderar att välja arbete på plats istället för beredskap i den nationella jouren. Då detta är kostnadsneutralt talar detta alternativ för bättre kontinuitet och tålighet mot avvikelser samt ökad regional samverkan vid bemanning från samma region.
- Vidare undersöka modell för önskeschemaläggning för att stärkas som attraktiv arbetsgivare.

8.3 Projektgruppens synpunkter på bemanningsförslaget

Projektgruppen ser att förslaget från Schemagi är en förbättring av dagens arbetssituation, men för att verksamheten ska bli hållbar på sikt, uppfattar projektgruppen att det nationella koordineringsansvaret ska pågå över hela dygnet oavsett veckodag.

Projektgruppen uppfattar inte heller att fördelningen av antal beredskapspass kan göras enbart utifrån befolkningsunderlag, utan även utifrån antal genomförda transplantationer mm.

En annan modell är en gemensam nationell finansiering av verksamheten.

8.4 För- och nackdelar med nationell koordinering?

Projektet har gjort en mycket enkel analys och kom fram till följande:

Fördelar

- Mindre sårbar organisation
- Utökad samordning och utökad samarbete mellan regionerna
- Hälsosammare arbetspass
- Mer enhetligt arbete
- Kvalitetssäkrar
- Lägre personalomsättning
- Bibehållen kompetens
- Mer transparent verksamhet

Nackdelar

- Fler och tätare beredskapspass

- Fler beredskapspass leder till mer oplanerat arbete (svårare att boka in övrigt koordinatorsarbete)
- Olika huvudmän har olika policys, kulturer och traditioner avseende arbetssätt

8.5 Roller

I den nya organisationen benämns de nya rollerna som

- Nationell koordinator
- Regional / Uttagskoordinator

9 Riskanalys

Projektet har identifierat risker med att införa den nya organisationen (som är virtuell) och det nya arbetssättet. Man har också gjort en identifiering av risker som uppstår genom att *inte* genomföra förslaget.

9.1 Risker utan förslaget

Genom ett ökat nationellt samarbete minskar sårbarheten i den regionala organisationen genom att insyn och transparens ökar, arbetssättet likriktas och möjligheten att stötta varandra vid exempelvis mycket hög belastning över gränserna ökar. Det mervärdet uteblir om förslaget inte genomförs och stabiliteten i verksamheten försämras.

Redan idag är arbetspassen ohälsosamt långa, vilket sliter på personalen vilket i sin tur leder till högre personalomsättning än som skulle vara fallet med kortare arbetspass. Omsättning av personal leder också till att upparbetad kompetens och erfarenhet försvinner som tar lång tid att ersätta

Med dagens bemanningssituation kommer beredskapspassen att successivt bli längre och längre. Det utifrån en idag redan ohälsosam nivå.

Om/När DCD-projektets resultat implementeras i större utsträckning än den pilotverksamhet som genomförs idag, kommer donations-/transplantationsverksamheten att öka. Det kommer leda till en ännu mer ansträngd bemanningssituation än idag.

9.2 Risker med förslaget

Förändringen i sig uppfattas som den största risken. Ingen förändring sker av sig självt. Att förändra arbetssätt och vanor är svårt och kräver en tydlig plan och ett tydligt ledarskap. Förändringen måste också genomföras samtidigt vid alla centra.

Den nationella koordinatören har inte lokalkännedom. Därför måste den digitala webbaserade koordinatorsmanualen vara väl utvecklad och också testad i simulerat läge. ”Den tysta kunskapen och kompetensen” kommer vara svår att dokumentera.

Termer och begrepp; man tror man menar samma sak och man tror att man uppfattat situationen rätt, men så är inte fallet. En begreppsmodellering bör föregå ett genomförande.

Den nya organisationen kommer kräva en högre bemanning och därmed renderar den en högre kostnad, än idag. Den utökade bemanningen en förutsättning för att kunna korta de idag ohälsosamt och därmed patientosäkra, långa arbetspassen.

Nya medarbetare i koordinatorsrollen kan inte genast delta i den nationella koordineringsfunktionen. Gissningsvis krävs ett års erfarenhet, innan det är möjligt.

10 Referenser

Transplantationsverksamheter i Sverige; Rapport från nationell tillsyn 2016
<https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2016/transplantationsverksamheter-i-sverige-rapport.pdf>

11 Bilageförteckning

1. En beskrivning av arbetet, ett flödesschema, upprättad för samtliga regioner.
2. Kartläggningar av jourarbete 2015-16 - OFO Mellansverige, Göteborg, Malmö och Lund.
3. Kartläggningar av jourarbete 2017 - OFO Mellansverige, Göteborg, Malmö och Lund.

4. Kartläggningar av jourarbete 2018 - OFO Mellansverige, Göteborg, Malmö och Lund.
5. Schemagi: Bemanningsanalys – Projekt för transplantationskoordinatorer. Rapport 2018-09-26 av Emelie Göransson och Simon Johansson

