

Lyckad akutsatsning i Ljungby, med team och högre primärjournskompetens

 Bred akutverksamhet dygnet runt, året om. Det är vad Ljungby lasarett ska kunna erbjuda. Och trots att lasarettet är ett av de minsta länsdelssjukhusen i landet och att landstinget Kronoberg är ett av de landsting som avsätter minst pengar för sjukvård klarar Ljungby lasarett idag att ha en akut verksamhet 24 timmar per dygn inom invärtesmedicin, kirurgi, ortopedi, gynekologi och BB/förlösning.

LARS EKHOLM
biträdande länssjukvårdsdirektör,
landstinget Kronoberg, när artiklen
skrevs verksamhetschef, medicinklini-
ken, Ljungby lasarett
(lars.ekholm@ltkronoberg.se)

■ Verksamheten på Ljungby lasarett består till 70 procent av akut sjukvård. Åtgärder som påverkar den akuta vården får därför direkta återverkningar på lasarettets ekonomi, men också på kvalitet och väntetider.

Samtidigt ökar kraven från våra patienter på att det ska finnas tillgång till specialister med kompetens inom invärtesmedicinen i närområdet.

För att möta våra patienters behov och kunna uppfylla de krav som ställs när det gäller god arbetsmiljö, hög kompetens, kvalitet och kostnadseffektivitet har vi på medicinkliniken i Ljungby jobbat intensivt med de här frågorna de senaste åren.

För fem år sedan var vi 6 specialister på vår medicinklinik, idag är vi 16. Då duggade jourpassen tätt och var dessutom långa. Det var svårt att rekrytera nya specialister, och samtidigt var vi medvetna om att en fullbemannad enhet, där alla kan dela på jourbördan, är av stor vikt för en god arbetsmiljö.

Primär- och bakjour i samma person

Lösningen för oss blev en ny arbetstidsmodell som innebär att vi slopade ett jourled torsdag till söndag. Överläkare, i en och samma person, fick ta hand om såväl primär- som bakjour. Jouren varar som högst ett dygn och schemat rullar på nio veckor, vilket i praktiken innebär att varje överläkare arbetar ett dygnspass var tredje helg. I och med detta fick vi en högre kompetens i primärjournsledet samtidigt som vi frigjorde resurser så att vi kunde anställa ytterligare två specialister.

För patienterna innebär det här att de

i det akuta skedet möter en läkare med högre kompetens och i många fall kan slutbehandlas redan på akutmottagningen. Färre patienter läggs in för observation, och det i sin tur leder till att beläggningen på vårdavdelningarna minskar.

En av de nya överläkartjänsterna som vi kunde skapa genom den nya modellen använder vi som dagbakjour. Var nionde vecka har överläkarna dagbakjour och kan då även ge ett kontinuerligt stöd till utbildningsläkare på akutmottagningen, sköta antikoagulantiamottagning, vara konsulter, ta allehanda kontakter med telefonsjuksköterska samt vara en resurs vid sjukfrånvaro. Detta är en vinst även för övriga läkare, som utan större störningar kan planera sin verksamhet i lugn och ro.

Bra arbetstider och bra lön

Läkarna har efter ett rullande schema ansvar för avdelning, mottagning och akutverksamhet, och jourkomp tas i första hand ut med en fast ledig dag per vecka. Hos oss har vi löst det genom att hälften av specialisterna har ledig tisdag och andra hälften ledig torsdag. Arbetstiden är 7.45–17.00 måndag till torsdag, på fredagar slutar de 12.45. Med en halvtimmes lunch ger detta 40 timmars arbetsvecka, alltså en heltidstjänst. Konkret innebär det att läkarna tjänstgör tre och en halv dag per vecka, vilket ger möjlighet till en bra mix mellan arbete och fritid i en tid där det ställs stora krav både på arbetet och i hemmet.

Förutom bra arbetstider finns det andra faktorer som är viktiga vid rekrytering. Det kan till exempel vara möjlighet till utveckling, utbildningsmöjligheter, ansvarsområden, arbetsmiljöbefrämjande åtgärder och givetvis lön. Den som gör en god arbetsinsats ska kunna få respons av arbetsgivaren genom lönen.

De förändringar som vi har genomfört på medicinkliniken har tillsammans medfört att antalet specialister stadigt

Tema: Akutsjukvård

Se även artikeln på sidan 3324 i detta nummer samt medicinsk kommentar och artikel i nr 41/03.

har ökat. I dagsläget är vi 16 specialister och 3 ST-läkare, och för att vara ett länsdelslasarett bedriver vi en bred verksamhet som bland annat omfattar utredning och behandling av akuta såväl som kroniska tillstånd inom internmedicin.

Sedan många år bedriver vi även ett »PM-arbete« som klargör handläggning av de vanligaste akuta sjukdomstillstånden. Genom detta kan subspecialisternas spetskunskap förmedlas till övriga kolleger på ett sammanfattande sätt.

Sjuksköterskebaserad mottagning

För att testa våra tankar om teamarbete deltog vi för några år sedan i Landstingsförbundets genombrottsmetodik. Vi noterade då att hjärtsvikt var den vanligaste inläggningsdiagnosen på kliniken och beslutade oss för att se om det var möjligt att förebygga kostnadskrävande slutenvård till förmån för öppenvård och därmed få en bättre livskvalitet för patienterna.

Vid den här tiden var vårt hjärteam under uppbyggnad och vi hade sjuksköterskor med akademisk utbildning i hjärtsvikt. Därför började vi bygga upp en sjuksköterskebaserad mottagningsverksamhet med läkarstöd utifrån målet att reducera antalet slutenvårdsdagar med 25 procent under en sexmånadersperiod. Vi provade att inrätta en poliklinisk hjärtmottagning och införde en checklista för patienter med diagnosen i slutenvården. Patienterna fick redan under vårdtiden kontakt med mottagningssköterskan, och vi startade patientutbildning med bland annat pektdator. Efter några dagar i hemmet tog en sköterska kontakt med patienten via telefon och kunde följa upp insatt behandling och eventuellt efterhöra behov av medicinkorrigering.

Vår undersökning håller kanske inte för en djupgående vetenskaplig analys av resultaten, men den visar ändå att antalet slutenvårdsdagar för diagnos hjärtsvikt minskat med 30 procent och att antalet vårdtillfällen reducerats med 35 procent. Det allra viktigaste är ett bättre omhändertagande av patienten,

eftersom det leder till att patienten inte i samma utsträckning hamnar i ett sådant allmäntillstånd att slutenvård är nödvändig. Dessutom kan patienten även vistas hemma, vilket är av stor vikt.

Under senare år har vi arbetat vidare med ett strukturerat teamarbete i projektform. Den övergripande målsättningen var att förbättra klinikens dokumentations- och utvecklingsarbete, men också att höja kompetensnivån i hela organisationen för att med bästa kvalitet kunna möta morgondagens vårdtagare.

Varje teamgrupp fick till uppgift att inventera sitt områdes pensum. De får bedriva kvalitets- och utvecklingsarbete och beskriva vård- och handläggningsrutiner för de sjukdomar och processer som hör till deras område.

Samtidigt har vi gjort en akademisk satsning på att utbilda sjuksköterskor för att kunna starta sjuksköterskebaserad mottagningsverksamhet med läkarstöd. Detta ger möjlighet till ett optimalt utnyttjande av den kompetens som finns i sjukvården. Alla besök behöver inte vara läkarbesök, utan en selektion av behovet kan göras och en del besök kan läggas på en sjuksköterska, även om det måste finnas möjlighet att tillkalla läkare om det behövs. En stor fördel med sjuksköterskebaserade mottagningar är att läkartid frigörs så att läkare med kort varsel kan ta emot halvakuta patienter inom sin specialitet. Detta vinner både läkare och patient på, genom att det är enklare för ordinarie läkare att handlägga och patienten slipper träffa en ny läkare på akutmottagningen.

II Fakta

Omsättning och vårdstatistik

Medicinkliniken i Ljungby omsätter 70 miljoner kronor per år. I denna summa är förutom medicinklinik även rehabilitering och kemiskt laboratorium medräknat. I upptagningsområdet bor cirka 57 000 invånare.

Antalet läkarbesök har de senaste fyra åren ökat med närmare 2 000 besök med i stort oförändrad budget. Under samma period har antalet sjukvårdande behandlingar ökat med cirka 4 000.

Antalet vårdplatser har under perioden varit oförändrat 43, och vårdplatsbeläggningen låg 2002 på 83 procent. Målet var en vårdplatsbeläggning på 85 procent eftersom det ger möjlighet till optimalt omhändertagande i kombination med rimlig arbetsbelastning och god arbetsmiljö.

Team inom alla subspecialiteter ett mål

Att få igång fungerande team inom samtliga subspecialiteter är av stor vikt för att nå ett ökat samarbete mellan olika vårdkategorier. Idag kör varje yrkeskategori i för stor utsträckning sitt eget lopp och samverkar inte optimalt i patientens intresse. Samtliga yrkeskategorier inom vården har samma mål, det vill säga patientens väl, men vi har olika bakgrund och utbildningar. Genom samverkan når vi en större helhet i vårdprocessen, vilket ligger i såväl patientens som vårdpersonalens intresse.

Nu när vi nått finalen, efter tre år, har arbetet i våra team på medicinkliniken blivit allt intensivare. Mycket av struktur och dokumentationsarbete är klart och har redovisats under två klinikdagar i Göteborg. Men det innebär inte att arbetet med att utveckla och göra vårdprocessen under vistelsen på medicinkliniken så optimal som möjligt är avslutat. Vi ska ständigt göra små förändringar, testa och mäta för att få ett så bra resultat som möjligt med patienten i fokus.

Ur patientens synvinkel har KUPP-enkäter (Kvalitet UPplevd av patienten) genomförts, och för att mäta personalens uppfattning har omfattande stressanalyser gjorts. Resultatet har pekat på nöjda såväl kunder som medarbetare, och i skrivande stund kan sägas att medicinkliniken totalt omfattar 193 tjänster inklusive rehabilitering och kemiskt laboratorium. Samtliga är besatta.

Sammanfattningsvis kan sägas att vi genom att införa team fått ett optimalt utnyttjande av kompetensen i vården. Vi har infört sjuksköterskebaserad mottagningsverksamhet, vi har gjort det möjligt för läkare att inom ramen för sin mottagningsverksamhet klara av att ta hand om sina egna patienter som kommer in halvakut och vi har höjt kompetensen i jourledet. Genom att göra detta har vi också skapat en möjlighet för ett mindre länsdelslasarett att på ett kostnadseffektivt sätt och med god kompetens och arbetsmiljö klara sitt uppdrag.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.