



ÖVERBELÄGGNINGAR. Den traditionella rondan har avskaffats, en bedömning av vårdtyngden görs omedelbart när patienten kommer in på avdelningen, och det finns en samordnare som i samma stund börjar planera för utskrivning. MAVA i Linköping är enligt Arbetsmiljöverket ett föredöme när det gäller att ta itu med problemet med överbeläggningar.

TEXT: CATARINA GISBY FOTO: STAFFAN GUSTAVSSON

Planering för patientens hemgång börjar direkt

Nej, detta är inte någon solskenshistoria. Det vore att måla med för bred pensel. Men det är inte fel att påstå att man på den medicinska akutvårdsavdelningen, MAVA, på Universitetssjukhuset i Linköping har lyckats med konststycket att skingra orosmolnen när det gäller det stora problemet med överbeläggningar.

– Vi är fortfarande i händerna på sjukhusets övergripande vårdplanering, understryker Kerstin Arbring, överläkare och verksamhetschef. Antalet medicinska akutvårdsplatser är fortfarande för få som vi ser det.

– Men man kan säga att MAVA har funnit en väg att ta itu med problemen på den egna kliniken, fyller ST-läkaren Sofia Engdahl i.

– Vi har hittat ett sätt att arbeta som gör vardagen hanterbar för medarbetarna, sä-



»Det är inte så att vi aldrig är överbelagda, men vi har fått beröm av Arbetsmiljöverket för vårt sätt att arbeta för att minimera riskerna med sådana situationer när de uppstår«, säger Kerstin Arbring, överläkare och verksamhetschef på MAVA i Linköping.

ger vårdenhetschefen Mari-
tha Claesson. Avdelningen

balanserar inte på randen till
kaos trots att det finns en oro

runtomkring oss på grund av
att antalet vårdplatser inte
räcker.

Arbetet med att förändra rutinerna inleddes 2008, även om det har förfinats sedan dess.

En modig (kollegorna använder det ordet) överläkare bestämde sig då för att slopa den klassiska rondan.

En påtaglig fördel med att inte ha någon klassisk, samlad rond är att patienter kan skrivas ut kontinuerligt under dagen.

– Många patienter kan på så vis gå hem tidigare än vad de skulle ha gjort annars, och därmed frigör vi vårdplatser för nyanlända, berättar Kerstin Arbring. Tidigare skrevs nästan alla patienter ut inom loppet av ett par timmar på eftermiddagen, vilket innebär att patienter från akutmottagningen fick vänta på

Arbetsmiljöverkets inspektör:

Lena Jansson är inspektör på Arbetsmiljöverket.

Tillsammans med kollegan Minke Wersäll och Socialstyrelsens representant Eva Ohlin besökte hon MAVA i Linkö-

ping för en planerad inspektion nyligen.

–Det är sanslöst bra att man gör en bedömning av vårdtyngden direkt, säger Lena Jansson. Detta i kombination med att de har

rondfritt och en social samordnare som tidigt planerar för patientens hemgång gör att de inte har så många överbeläggningar som de annars skulle ha haft, vilket i sin tur skapar en bättre situation för personalen. Så här skulle

man vilja att det fungerade överallt.

Lena Jansson säger att hon är medveten om att Arbetsmiljöverkets inspektioner har sina begränsningar.

Som inspektör är man på plats under en förhållandevis kort tid och

i det här fallet var besöket dessutom annonserat i förväg.

– Men mitt intryck är ändå att det här är en arbetsplats där alla drar åt samma håll. De använder de resurser de har på ett effektivt sätt.

Catarina Gisby



Sjuksköterskan Mikael Emilsson, undersköterskan Sofie Claesson och underläkaren Sofia Engdahl på ett av vårdlagens expeditioner. »Kommunikationen mellan yrkesgrupperna är tät och intensiv«, säger Sofia Engdahl. »Vi har alla en helhetssyn på patienten.«

sängplats och arbetsbelastningen blev ojämn.

På MAVA i Linköping har man i stället för den klassiska ronden infört individuella ronder, det vill säga en läkare (ibland tillsammans med en sjuksköterska eller undersköterska) besöker patienterna utifrån deras behov.

– Det innebär många fördelar, säger Sofia Engdahl. Vid den vanliga ronden kan man mycket väl hamna hos de sjukaste patienterna sist. Här tar vi de prioriterade patienterna först. Vid en vanlig rond är det också många människor inblandade; över-

och underläkare, sjuksköterskor, undersköterskor och läkarkandidater. Ur ett etiskt perspektiv är den individuella ronden mycket bättre för patienten. Dessutom blir kommunikationen mellan yrkesgrupperna öppnare och friare. Här pågår hela tiden en dialog inom vårdlaget om de aktuella patienterna.

MAVA har tjugofem vårdplatser fördelade på fyra vårdlag. Fem av vårdplatserna är för patienter med behov av förhöjd vårdnivå. Avdelningens inriktning är bred internmedicin med akutprofil. Flera

»Antalet medicinska akutvårdsplatser är fortfarande för få ...«

olika subspecialiteter finns representerade i läkargruppen.

När en patient kommer till MAVA (ungefär hälften av alla internmedicinska patienter som läggs in på sjukhuset via akuten kommer hit) möts han eller hon av ett vårdlag bestående av underläkare, sjuksköterska och om möjligt även en undersköterska. Dessa två eller tre gör tillsammans upp en individuell

vårdplan för patienten, en vårdplan som har en tidsgräns satt ett antal timmar senare. Då görs en ny avstämning. Vad har hänt? Går utredning och behandling som planerat? Behöver vårdplanen justeras? Diskussioner förs med ansvarig överläkare.

– Det pågår också en dialog med specialistkollegor så att den specialkompetens som finns på sjukhuset kommer patienten till nytta samtidigt som handläggningstiderna minimeras, säger Kerstin Arbring.

Avdelningens sociala samordnare, en undersköterska

Fackliga representanten:

Styrelseledamoten i Sylf Östergötland, ST-läkaren Ted Cabreira, är åter på MAVA i Linköping efter att ha varit tre månader på annan ort.

– Jag längtade faktiskt tillbaka hit, säger han.

Det sättet vi arbetar på här är ett lyft ur arbetsmiljösynpunkt.

Att den traditionella ronden är slopad är »otroligt befriande«, menar han.

– Jag kan skriva ut pa-

tienter när som helst och behöver alltså inte vänta på att alla ska rondas först. Det innebär att arbetet flyter på bättre, att det inte blir så mycket spiltid och faktiskt säl-lan övertid. Vårdflödet är mera effektivt. Jag tycker också att det täta samar-

betet med de övriga i vårdlaget stärker mig som underläkare, liksom det faktum att jag – med stöd från överläkaren – får arbeta nära patienterna med flera bedömningar per dygn. Jag är mer aktiv i vårdprocessen.

Det senare är positivt ur utbildningssynvinkel.

– Jag blir en bättre doktor helt enkelt. Att vi har en högre rotation av patienter är också viktigt för en underläkare under utbildning. Vi får ju ta del av fler fall på det viset.

Catarina Gisby

ÖVERBELÄGGNINGAR

som alltid har detta som arbetsuppgift, börjar redan i detta tidiga skede att se över patientens sociala situation och planera för hans eller hennes hemgång. Planering för utökad hemtjänst kommer på så vis igång omgående och förkortar den tid som patienten annars måste vara kvar på sjukhuset för att invänta sådana insatser sedan den medicinska vården är klar.

Flertalet patienter färdigvårdas på avdelningen. Några flyttas till andra avdelningar för fortsatt vård. Det finns inte någon absolut övre gräns för hur länge någon får stanna, men den genomsnittliga vårdtiden på MAVA är tre dygn.

– Vi har med andra ord en hög omsättning och förhållandevis korta vårdtider, konstaterar Maritha Claesson.

– Ja, arbetssättet gör att tiden som vi har patienter på överbeläggningsplats eller som satellitpatienter på annan avdelning minskar, fortsätter Kerstin Arbring. Och vi har inga patienter placerade i korridorerna.

En erfaren sjuksköterska fungerar som koordinator på avdelningen. Med hjälp av en



»Underläkarna får ett roligare jobb med vårt sätt att arbeta«, säger Anne Ericsson, överläkare på MAVA.

enkel vårdtyngdsregistrering (som görs i de fyra vårdlagen) har koordinatören god koll på belastningen och kan fördela inkommande patienter på ett optimalt sätt. Avdelningskoordinatören har också tät kontakt med sjukhusets övergripande vårdplatskoordinatorer.

Den akutmedicinska profilen och det faktum att man inte längre har någon traditionell rond ställer högre krav på överläkarnas tillgänglighet.

– Vi måste finnas nära till hands under hela arbetsdagen, säger Kerstin Arbring. Det fungerar inte om alla frågor sparas till sen eftermiddag. Då skulle ju tempot dras



»Vi har ett väl utvecklat teamarbete som skapar arbetsglädje«, säger vårdenhetschefen Maritha Claesson.

»Vi har nog lyckats lämna en del gamla strukturer bakom oss.«

ned och tanken med hela systemet förfelas.

För en utomstående verkar det som om mycket av hemligheten bakom MAVA:s framgångsrecept är att man vågat ta itu med gamla hierarkiska strukturer och låter olika personalgrupper arbeta mera jämsides än under och över varandra.

– Vi har nog lyckats lämna en del gamla strukturer bakom oss, bekräftar Maritha Claesson.

– Men det medicinska ansvaret är alltid läkarnas, be-



»Ur ett etiskt perspektiv är det en stor fördel med individuella ronder jämfört med en vanlig, traditionell rond«, menar underläkaren Sofia Engdahl.

tonar överläkaren Anne Ericsson.

– Ja, det ansvaret är odis-kutabelt, säger Kerstin Arbring. Men vi tänker mer i termer av teamarbete än vad vi gjorde för några år sedan. För mig handlar det väldigt mycket om att skapa en arbetsplats där det är högt i tak och medarbetarna känner arbetsglädje. Då skapar vi också patientsäkerhet.

Det kan tilläggas att MAVA bland underläkarna har gått från att vara en ganska ointressant utbildningsplats till att bli en attraktiv dito.

– Från en termin till en annan blev vi populära, avslutar Maritha Claesson.

Catarina Gisby

Regeringen värnar specialiteten allmänmedicin

Regeringen värnar Sveriges rätt att skilja mellan specialister i allmänmedicin och Europaläkare.

– Det var ett mycket bra svar. Det visar att det finns plats för båda titlarna inom det svenska sjukvårdssystemet, säger Ove Andersson, ordförande, Svenska distriktsläkarförbundet.

Socialdepartementet lämnade onsdagen den 1 december svar till EU-kommissionen. Europaläkare, med tre års fortbildning efter grundexamen, kan förvisso beredas plats i svensk vård men har inte rätt att få specialistbevis i allmänmedicin.

– Vi håller inte med kommissionen om att vi måste erkänna Europaläkare som specialister i allmänmedicin, säger Sara Rosenmüller, handläggare på rättssekreteriatet, Socialdepartementet.

EU:s krav på efterlevnad av direktiv kan inte dras så långt att medlemsländer måste ändra sina sjukvårdssystem. Sverige har inte diskriminerat Europaläkare, tillbakavisar Socialdepartementet: »Skälen till att få kompetensbevis som Europaläkare beviljats i förhållande till antalet specialistkompetensbevis, är att få har ansökt om detta kompetensbevis, inte att Sve-

rige nekat att ömsesidigt erkänna personer med allmänläkarutbildning från EES-länder«, framhåller Socialdepartementet.

Ove Andersson är mycket nöjd med Socialdepartementets svar till kommissionen:

– Den enda eftergiften är att vi får en ny kompetens i primärvården, med egna problem för lönesättning, konstaterar Ove Andersson.

Sverige är dock inte först att driva frågan om specialistläkarkompetens i allmänmedicin, berättar Sara Rosenmüller. Men Tyskland valde att backa.

Kommissionen kan nu komma att vilja ha in ytterli-

gare information från Sverige, alternativt anse frågan avklarad och lämna ett slutgiltigt besked.

Parallellt med att Sverige drivit läkarfrågan inom EU:s regelbyggande instanser har frågan om specialistkompetens i allmänmedicin vunnit mark inom Europafacket. På nationell förbunds nivå verkar CPME, en sammanslutning av EU:s medlemsländers nationella läkarförbund, för att specialistkompetens i allmänmedicin erkänns som egen specialitet i de olika EU-länderna, uppger Ove Andersson.

Marie Närlid