

# RENODLAD ARBETSSTRUKTUR EFFEKTIVISERAR KIRURGIN

**Vid kirurgiska kliniken i Lund har under 1990-talet en övergripande strategi varit att renodla akut och elektiv verksamhet respektive högspecialiserad kirurgi och baskirurgi. Den 1 januari 1996 gick kirurgkliniker i Lund och Landskrona samman, vilket gav möjlighet till ytterligare utveckling av denna strategi.**

**Erfarenheterna från första året är mycket positiva med ökning av såväl produktivitet som effektivitet.**

Sjukvården i Skåne genomgår för närvarande stora förändringar. En första grundprincip var bildandet av så kallade parsjukhus. Först ut var Ystad-Simrishamn följt av Kristianstad-Hässleholm.

Ytterligare tre parsjukhusbildningar pågår men är ännu inte avslutade. Kirurgiska kliniker i Lund och Landskrona tjuvstartade dock genom att på klinikledningarnas initiativ gå samman den 1 januari 1996, och vi vill här redovisa första årets erfarenheter.

## **Ett medicinskt ledningsansvar**

När formerna för samverkan började diskuteras var alla överens om nödvändigheten av en medicinsk ledning (chefsöverläkare) gemensam för båda ställena. En läkare (platschef) fick driftsansvar för verksamheten i Landskrona enligt särskild delegationsordning. Viktigt var också att vårdplane-

ringen (väntelistan) var gemensam. Eftersom man hade infört vårdplatsenhet i Landskrona omfattade chefsöverläkarens personalansvar förutom läkarna och sekreterarna också kirurgmottagningens och, under det första året, akutmottagningens personal.

Landskronaenheten fick ansvaret för större delen av den elektiva baskirurgin vid den gemensamma kliniken och disponerade för detta ett antal 5-dygnspplatser.

Bakjouren i Lund blev tillika bakjour för inneliggande patienter i Landskrona. Akutpatienter som krävde observation eller operation skulle oavsett tidpunkt på dygnet handläggas i Lund, och på icke kontorstid sändes alla patienter som behövde kirurgbedömning från jourläkarcentralen i Landskrona till Lund. Öppenvårdsverksamheten inklusive endoskopiverksamheten skulle fortsätta som tidigare. För patienter med kroniska sjukdomar eller i behov av terminalvård tilldelades kliniken ett mindre antal 7-dygnspplatser på vårdplatsenheten.

## **Obesitaskirurgin – en profil**

Eftersom operationer för morbid obesitas redan gjordes i Landskrona, och den tillträdande platschefen var expert på just detta område, valde vi att koncentrera denna typ av kirurgi till Landskrona. I övrigt inriktades verksamheten, förutom mot diagnostik av kirurgiska sjukdomar, mot behandling av gallsten, bråck, varicer och proktologi. Vissa plastikkirurgiska ingrepp skulle också göras. Samma kliniska rutiner (PM-pärm) skulle tillämpas i Lund och Landskrona, och uppföljning av behandlingsresultat (kvalitetssäkring) skulle planeras gemensamt och göras enligt samma riktlinjer och metoder. Gemensamma forsknings- och utvecklingsprojekt skulle stimuleras liksom olika typer av efterutbildningsaktiviteter.

## **Ny struktur med reducerade resurser**

Hösten 1995 fick båda klinikerna kännbara sparbetting. För Landskronas del innebar det en reduktion av antalet disponibla vårdplatser på drygt 20 pro-

cent med motsvarande personalminskning. Med tanke på den verksamhet som skulle bedrivas i Landskrona valde vi att etablera en kortvårdsenhet som skulle vara öppen fem dagar i veckan och ha tolv platser. Den gemensamma väntelistan skulle administreras härifrån och avdelningens personal tillsammans med platschefen svara för vårdplanering, kallelser och uppföljning förutom vården av patienter på avdelningen.

Det kortvårdskoncept som utarbetats och använts i Lund [1] implementerades nu i Landskrona. Detta innebär i korthet att handläggningen av patienter med enklare kirurgiska diagnoser renodlas och får separata vårdavdelnings- och operationsresurser. Avdelningen bemannas helt av sjuksköterskor som tillämpar ett annorlunda arbetssätt. Förutom ansvar för sina patienter har varje sköterska också ett områdesansvar för en av de diagnoser som avdelningen handlägger. I detta åtagande ligger att hela tiden bevaka väntelistan. Konceptet förutsätter noggrann vårdplanering, och denna sker helt och hållet från avdelningen av ansvarig läkare och sjuksköterskor. En viktig del av sjuksköterskornas arbete är att informera patienterna om vad som kan förväntas under den pre-, per- och postoperativa perioden; målet är att patienterna i varje moment ska känna trygghet. Optimal smärt lindring och snabb mobilisering är andra viktiga komponenter i kortvårdskonceptet.

Vi fick till vårt förfogande 8,5 operationssalar (två salar måndag-torsdag, en fredag förmiddag) i veckan och hade dessutom tillgång till den nyöppnade dagdygnkirurgiska avdelningen där postoperativa patienter med behov kan stanna över natten. Denna avdelning lyder under anestesikliniken i Landskrona.

## **Ny läkartjänst trots samma budget**

Vi fick också möjlighet att disponera samma läkarlönebudget som under 1995. Eftersom bakjouren drogs in räckte de frigjorda medlen för att anställa ytterligare en läkare, vilket under 1996 har inneburit att sammanlagt 4,5

## **Författare**

JAN HEDENBRO

överläkare/platschef, Landskrona

ANDERS ALWMARK

överläkare, Landskrona

CHRISTER STAËL VON HOLSTEIN

biträdande överläkare, Lund

INGEMAR IHSE

chefsöverläkare, Lund-Landskronakliniken.

**Tabell I.** Jämförelse av några resurs- och verksamhetsmått mellan åren 1995 och 1996 vid Landskrona-enheten. Läkarlöner anges i 1 000-tals kronor i 1996 års löneläge inklusive sociala avgifter. Med 5-dygnsvård menas öppethållande måndag kl 07.00–fredag kl 16.00.

	Antal vårdplatser	1995	1996
Läkarlöner		3 174	3 083
Antal vårdplatser	7-dygnsvård, 42 veckor	24	6
	7-dygnsvård, 10 veckor	12	6
	5-dygnsvård, 45 veckor	fanns ej	12
Antal vård dagar	7-dygnsvård	5 093	2 726
	5-dygnsvård	fanns ej	1 503
	Totalt	5 093	4 229
Antal vårdtillfällen	7-dygnsvård	1 187	377
	5-dygnsvård	fanns ej	706
Totalt antal vårdtillfällen		1 187	1 083
Beläggningsprocent	7-dygnsvård	76	115
	5-dygnsvård	fanns ej	105
Medelvårdtid, dagar		4,3	3,8
Antal operationer, sluten vård		330	671
Antal operationer, öppen vård		302	721
Antal operationer, per kirurg		158	278
Antal anestesiminuter, sluten vård		36 963	73 461
Antal anestesiminuter, öppen vård		19 875	55 537
Antal mottagningsbesök		1 426	2 416 <sup>1</sup>
Antal gastrointestinala endoskopier		1 159	1 084

<sup>1</sup>inkluderar Landskronakirurgers mottagning i Lund.

läkarresurser funnits i Landskrona. Två av dessa är tidigare »Landskronakirurger» medan platschefen, som är halvtid i Lund, och de två övriga utgörs av kirurger från Lund som ambulerar mellan de båda enheterna under kortare eller längre perioder. En dag i veckan har en Landskronakirurg heldagsmottagning i Lund för patienter som sedermera opereras i Landskrona, och alla kirurger vid den gemensamma kliniken deltar i efterutbildningsaktiviteter, t ex klinikmöte en kväll i veckan.

### Kulturkrocken kom av sig

När två verksamheter som tidigare haft egna identiteter och integritet slås ihop finns alltid risken för besvärande kulturkrockar. I vårt fall kan vi säga att dessa snabbt kom av sig, om de någonsin hann uppstå. Viktigt var att »båda sidor» visade varandra berättigad respekt och att stor vikt lades vid att informera berörd personal och så tidigt som möjligt göra dem delaktiga i utformningen av den nya strukturen och verksamheten.

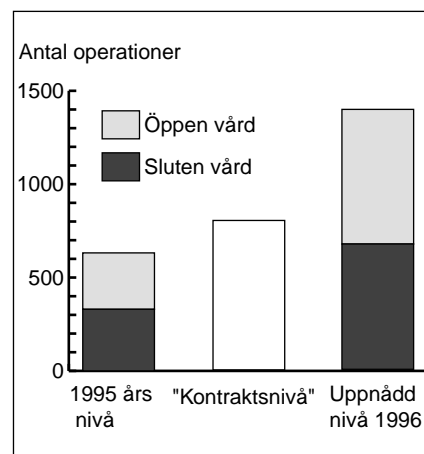
Viktigt var också att klinikledningen tydligt visade att det inte rörde sig om någon påtvingad förändring utan en utveckling som emanerade från de egna leden och som inte bara syftade till att reducera kostnader utan också bibehålla eller helst öka vårdkvaliteten.

Vid de personalenkäter som genomförts i maj och oktober har 85 procent angett att samarbetet med Lund fungerat bra och 55 procent att arbetsbelastningen är lagom. Ytterligare några fler anger att de orkar fortsätta i samma takt, medan endast 5 procent efterlyser ett

högre tempo. Nästan 90 procent har angett att de tycker det är roligt att gå till jobbet, och få anger att de upplever en daglig, negativ stress. Över 60 procent vill ha mera utbildningsaktiviteter, och ca 90 procent tycker att arbetstiden är bra. Den entusiasm och tillfredsställelse som svaren på dessa enkäter andas torde delvis kunna förklara de goda resultat som uppnåddes under det första året. Det är vår förhoppning att denna anda ska kunna bibehållas och kanske bli ännu bättre när utbildningsaktiviteterna för personalen kommer igång på allvar.

### Första året – en stor framgång

Trots minskat antal vårdplatser och därmed sammanhängande minskad personalkostnad, och trots oförändrade



**Figur 1.** Antal operationer vid Landskronaenheten under 1996 i jämförelse med 1995 års nivå och den kontraktsnivå som överenskomms med sjukhusledningarna.

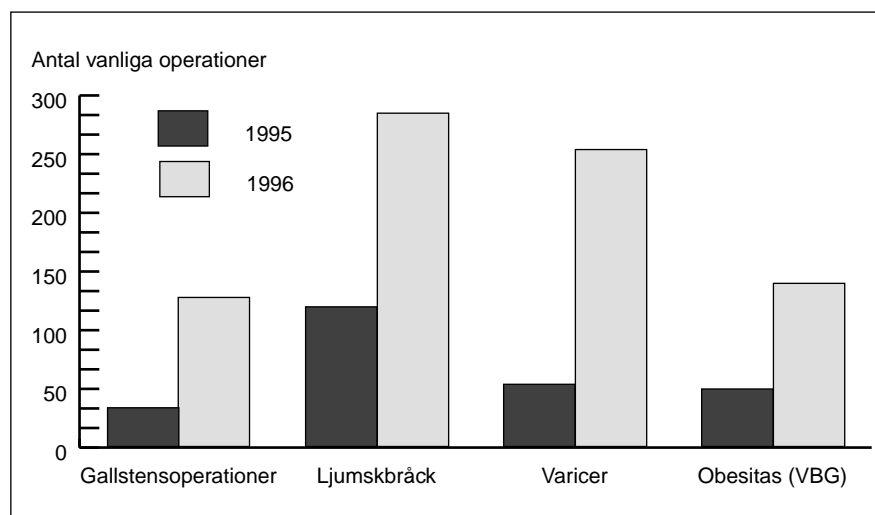
läarkostnader, skedde under 1996 en kraftig ökning av verksamheten jämfört med 1995 (Tabell I).

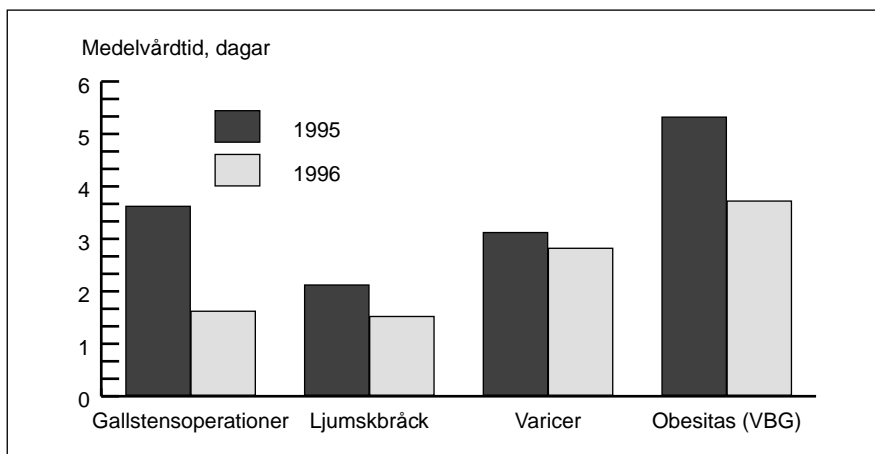
Medan antalet vårdtillfällen endast minskade med 9 procent (trots vårdplatsreduktionen) minskade antalet vård dagar med 17 procent, vilket förklaras av att medelvårdtiden gick ner från 4,3 till 3,8 dagar.

Antalet operationer mer än fördubblades. Detta berodde inte på att fler tidsmässigt kortare operationer ägde rum; den genomsnittliga tiden per operation var under 1996 samma som 1995. Intressant är att bytestiderna mellan operationerna (från en operations slut till att nästa påbörjas) kortades från 125 minuter 1995 till 65 minuter 1996. Antalet operationer per kirurg steg från 158 till 278.

Vad gällde mottagningsbesök kunde vi konstatera en ökning på 69 procent jämfört med 1995, medan antalet gastrointestinala skopier var oförändrat.

**Figur 2.** Jämförelse mellan 1995 och 1996 rörande några vanliga operationer vid Landskronaenheten.





**Figur 3.** Medelvårdtider i slutenvård för några vanliga operationer vid Landskronaenheten. Jämförelsen gäller åren 1995 och 1996.

Som framgår av Figur 1 blev den operativa verksamheten vida mer omfattande än vad som motsvarar den nivå som beskrevs i det kontrakt som gjordes upp mellan de två sjukhusdirektionerna innan verksamheten startade.

Figur 2 visar i en jämförelse med 1995 ökningen i antal av några av de vanligaste operationerna, och Figur 3 sänkning av medelvårdtid för fyra vanliga operationer som gjordes i slutenvård.

En enkät som vi gjort på inlaggande patienter visade att nästan 70 procent av patienterna tyckte att kort väntetid var viktigare än närheten till lasarettet.

Detta har stärkt oss i uppfattningen att det ökade reseavstånd som en del patienter i lundaområdet får med den nya organisationen inte betyder så mycket. 90 procent av patienterna svarade att de skulle vända sig till Landskronaenheten igen om behov skulle uppstå.

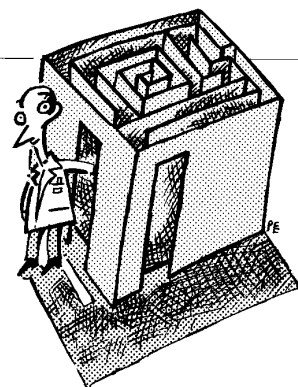
### Renodling ger vinster

Vi tycker att vi med detta kan påstå att den strategi vi tillämpat under 1990-talet, som syftar till renodling av å ena sidan högspecialiserad kirurgi och baskirurgi samt å andra sidan elektiv och akut kirurgi, är riktig. Åtminstone talar erfarenheterna från det första året vid Lund-Landskronakliniken för detta. Trots reducerade resurser har vi med minst bibehållen kvalitet ökat verksamheten påfallande, vilket betyder att kostnadseffektiviteten stigit. Innan den nya organisationen startade var kirurgiska kliniken i Landskrona en mycket välskött och välfungerande klinik med erfaren personal inom alla områden. De förbättrade produktionsresultaten menar vi därför vara en följd av den nya organisationen och det nya arbetssättet. Renodling kan säkert vara av godo även på andra områden.

I Lund har vi under samma tid, dvs sedan den 1 januari en ny modell där vi tillämpat renodlingsprincipen på ett likartat sätt.

### Referens

1. Staël von Holstein C, Lundgren PO, Wallin E, Ihse I. Kortvägskirurgi eliminerar köer. Ny vårdorganisation har stor utvecklingspotential. Läkartidningen 1995; 92: 3232-6.



**enligt  
min  
erfarenhet**

### Läkartidningens serie 1990-1992 i särtryck

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Pris 55 kr. Vid 11-50 ex 50 kr, vid högre upplagor 47 kr/ex.

Beställ här:

..... exemplar av  
Enligt min erfarenhet

Namn .....

Adress.....

Sändes till Läkartidningen,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet med  
»Enligt min erfarenhet»

Beställning per fax:  
08-20 76 19