

RIKSSTÄMMAN 2007

Bättre logistik tar bort »trafikinfarkter«

Tvåfiliga kösystem på akuten med anpassade personalinsatser ser till att lasta av enklare patienter för att få tid med de svårare sjuka. Bättre planering kan även ge 10 procent fler opererade patienter.

Sven Lethvall, läkare vid Universitetssjukhuset i Malmö, UMAS, har arbetat med adaptiv processstrategie, överställt till Adapt-modellen, på flera svenska sjukhus. Idén bygger på ett tvåfiligt system där köerna inte tar resurser från varandra och skapar »intäkter«.



Sven Lethvall

Foto: Urban Orzolek

– Adapt skapar två tydliga vägar. En hemgångsfil och fast track för sk hemgångspatienter som bara behöver enklare handläggning innan de kan gå hem igen. Den andra in-filen

är för akut sjuka eller avdelningsbehandling som ska läggas in, sa Lethvall, som deltog i symposiet Logistik i sjukvården på torsdagen.

Karolinska Universitetssjukhuset Solna har arbetat enligt modellen sedan april 2006, men har hittills inte kunnat påvisa tidsvinster. Varför?

»Mycket pyssel för att få saker och ting på plats«, förklarade Sven Lethvall, som ändå märker förbättringar.

– Det har höjt kvaliteten och säkerheten. Vi kommer säkert snart också se bättre effektivitet, sa han.

Att köer uppstår på akuten beror ofta på för liten personalkapacitet i förhållande till efterfrågan. Sätt in extra läkare och undersköterskor som enbart arbetar med de enklare hemgångspatienterna, är Sven Lethvalls råd. I dag ser han problem på akuten med överproduktion av



Foto: Sven-Olof Ahlgren/Scampix

Bättre planering kan ge 10 procent fler opererade patienter.

provtagningar, »enorma mängder icke-värdeskapande väntetider« för patienter och onödiga transporter. Han vill se fler snabba, tidiga beslut och reducera antalet »steg«.

– Man kan t ex skriva remiss på CT direkt när patienten kommer – för att få bort flera timmars väntan – och sedan låta patienten träffa läkaren igen.

Nya sätt att fördela personalresurser kan även optimera operationsavdelningen. Lena Nilsson, anestesiolog på Universitetssjukhuset i Linköping, berättade om arbetssätt på urologkliniken som ökat den tillgängliga operationstiden med 25 procent och skapat utrym-

me för tio procent fler opererade patienter. Tidsregistrering gjordes för varje delmoment före och efter operation för att kunna förbättra vårdprocessen. Resultatet blev att personalen jobbar mer förberedande och omlott i dag.

– Vi börjar ofta dagen med ett kort ingrepp kl 7.45, helst i narkos, eftersom vi vet att narkosläkaren kan vara en propp på morgonen. Nästa patient är startklar redan från kl 8.00 för att göra nästa operation mer effektiv och utnyttja salen bättre. Före projektet ringde vi efter patient nummer två först när första operationen var färdig, sa Lena Nilsson.

Agneta Borgström

Sjukskrivning följs upp med förskrivarkod

Från februari eller mars kommer nya sjukintyg som innehåller arbetsplatsens förskrivarkod så att sjukskrivningarna kan följas upp.

Uppgifterna kommer att återföras till landstingen och verksamhetscheferna från Försäkringskassan, berättade Sveriges Kommuner och Landstings Anna Östbom på symposiet om de nya sjukskrivningsriktlinjerna.

– Hur ser du på att förskrivarkoden används i ett annat sammanhang? frågade moderatorn Eva Nilsson Bågenholm.

– Det är Socialstyrelsen som tagit beslutet och lands-

tingen som ska använda den, inte Försäkringskassan, sa Anna Östbom.

– Tanken är inte att Socialstyrelsen ska använda uppgifterna utan att de används lokalt för att följa upp praxis, sa Socialstyrelsens Jan Larsson.

Enligt Jan Larsson är läkarnas största farhåga vad som ska hända till våren när Försäkringskassan



Nylegitimerade läkaren Pelle Söderström, Gamleby vårdcentral, har haft hjälp av de nya sjukskrivningsriktlinjerna.

Foto: Urban Orzolek

börjar tillämpa beslutsstödet. Rädslan finns att det kan bli en fyrkantig hantering.

– Det är vår absoluta ambition att det inte ska bli på det viset, sa Jan Weibring, Försäkringskassan.

Nylegitimerade läkaren Pelle Söderström, Gamleby vårdcentral, deltog i somras i en pilotstudie av beslutsstödet och berättade hur han hade hanterat en patient med epikondylit.

– Tack vare beslutsstödet remitterade jag redan från början till arbetsterapeut, uppmanade henne att träna hemma och gav en rimlig prognos. Utan stödet hade jag

nog bara sjukskrivit, sa han.

Som ung läkare tyckte han att stödet var en väldig fördel, men påpekade att det inte var till hjälp i svåra situationer när annat kommer in som inte ska vara grund för sjukskrivning, till exempel sociala förhållanden.

En distriktsläkare i publiken påpekade att kvinnan med enbart epikondylit inte är något problem. Svårare blir det däremot om hon också har alkoholproblem och en sociopatisk chef.

– Man får inte blunda för den aspekten, annars blir beslutsstödet en akutläkarbok för unga läkare, sa han.

Elisabet Ohlin

Löneskillnader börjar jämnas ut på chefsnivå

Det var glest i bänkraderna när kvinnliga läkares löner diskuterades. Alla i panelen betonade de djupa lönegapen mellan könen – utom en som såg ljusningar i statistiken.

Knappt 20 personer, varav två män från fackligt håll, hade samlats i salen för att lyssna till symposiet om löneskillnader. Faktum efter faktum lades fram från podiet. Oavsett utbildningslängd, legiti-



Lena Emanuelsson

mationsår, yrke och akademiska meriter finns skillnader som ofta förklaras bort, menade bland andra Anna Thoursie, nationalekonom vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Hon pekade på rådande osan-

ningar, till exempel att kvinnor skulle ha sämre humankapital än män och att kvinnor anhopas till vissa yrken, vilket skulle ge lägre lön.

Lena Emanuelsson, Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, hade granskat den senaste statistiken från november 2006 som visar att en viss utveckling av antalet kvinnliga chefer på klinik- och överläkarnivå har skett. På chefsnivå börjar också löneskillnaderna att jämnas ut. Bland specialister finns dock löneklyftor kvar, kvinnor har lägre lön än män i alla specialiteter. På nationell nivå finns naturliga förklaringar, ansåg Emanuelsson:

– Kvinnorna är något yngre än män. När det gäller år med specialistbevis finns det också skillnader, inom till exempel thoraxkirurgin har män tolv år i snitt och kvinnor åtta år.



Foto: Urban Orzolek

Vad har sjukvårdspolitiker för ansvar? Det undrar Sjukhusläkarförbundet, vars styrelse illustrerade med ett rollspel på Stora scenen på torsdagsförmiddagen. Här Karin Bätelson som höftpatient som bollas mellan ansvariga och Lars Nevander som politiker. Svårigheten att rekrytera läkare till verksamhetschefspositioner diskuteras. Det medicinska ledningsansvaret måste kopplas till rätt befogenheter kompetens och resurser, var ett av budskapen.

Totalt sett förefaller löneskillnader ändå verkliga, betonade hon, eftersom kvinnor har lägre lön än män i de flesta andra jämförelser.

Ur publiken kom råd inför löneförhandlingar. Lars Nevander, Mellersta Skånes läkareförening, har i Lund inte kun-

nat hitta några osakliga löneskillnader på överläkarnivå. Däremot på specialistnivå.

– Där har vi i facket gått in och korrigerat. I en traditionell förhandlingsmodell finns det mycket större möjligheter att göra det än i individuella förhandlingar.

Agneta Borgström

Kvalitetskontroll av ST i teori och praktik

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för stöd till bättre kvalitet i ST, inklusive de nya målbeskrivningarna, är snart klara. De har redan börjat kompletteras med mer detaljerade modeller för praktiken.

– Vi har nu fått in 50 av 56 av de nya målbeskrivningarna, berättade Anna Sundberg, jurist och samordnare för den nya specialiseringstjänstgöringen och arbetet med målbeskrivningar och föreskrifter på Socialstyrelsen, på symposiet Kvalitetssäkring av ST under rikssämman.

I slutet av januari går hela förslaget till föreskrifter ut på remiss och i slutet av maj 2008 beräknas de vara klara. Då har det gått två år sedan de började gälla.

– Men vi har hela tiden uppmanat till att snegla på det

nya som kommer och vi hoppas att det är det man har gjort, sa Anna Sundberg. Vi har ju också övergångsregler som gäller ända fram till 2013.

På symposiet berättade Magnus Domellöf, vetenskaplig sekreterare i Svenska Barnläkarförbundet, om föreningens egen modell för kunskapskontroll i ST.

Magnus Domellöf hade själv helst sett en obligatorisk, nationell examination. Men det blev ingen.

– Så hur göra det bästa av situationen? frågade han.

Svaret blev en modell med bland annat en checklista för varje medicinskt delmål. För varje delmål ska ST-läkaren ha en klinisk handledare, som inte är ST-handledaren, och en introduktion, en halvtidsavstämning och en slutträff med kunskapskontroll,



Anna Sundberg

utvärdering och underskrift av den kliniske handledaren. I en matris kan man efter hand, för varje sjukdomstillstånd, fylla i var ST-läkaren befinner sig vad gäller teoretisk kunskap respektive klinisk erfarenhet. Den kliniska erfarenheten delas in i observerat, handlagt med handledare, självständigt handlagt och rutinerat handlagt.

Modellen har under hösten testats i Umeå och Göteborg.

ST-läkarna var mycket positiva, sa Magnus Domellöf. Handledarna var också mycket positiva, även om de initialt var rädda för mycket jobb.

Schemaläggarna var dock inte lika positiva, eftersom det var svårt att kombinera med att folk blir sjuka och jourer behöver fyllas.

En åhörare undrade hur Socialstyrelsen såg på detaljeringsgraden i modellen. Ska den inte vara så från början i föreskrifterna?

– I samband med att vi fick uppdraget framfördes kritik mot detaljeringsgraden i nuvarande målbeskrivningar, sa Anna Sundberg. Nu strävar vi efter att föreskrifterna ska bli övergripande och hållbara i tid.

Magnus Domellöf höll med om att Socialstyrelsens föreskrifter inte ska vara så detaljerade, utan att det är bättre att föreningarna gör detta.

– Så att det kan ändras lättare när det behövs.

Karin Bergqvist