

# Vård 2010 – vision inför en ny verklighet

Vård 2010 är ett projekt för att öka kvaliteten och effektiviteten inom NU-sjukvården. De kliniker som omfattas av projektet är klinikerna för medicin, hud, infektion, kirurgi, anesthesi-operation-intensivvård, ortopedi och ögonkliniken samt akutverksamheten och diagnostikområdet.

Klinikerna inom barn, psykiatri, kvinnosjukvård samt öron-näsa-hals och käkkirurgi berörs inte direkt av Vård 2010-projektet.

# 1. Från början fanns NÄL och Uddevalla sjukhus, med var sin länssjukvård. Relationerna präglades av både samarbete och konkurrens.

Fyrbodalen är ett nutida namn för ett område som sträcker sig på båda sidorna av en gammal riksgrens mellan Sverige och Norge. Områdets delar har skilda historiska bakgrunder, ekonomiska strukturer och kulturella traditioner. Sjukvården var tidigare organiserad i olika landsting.

Under 1980-talet togs de första samarbetskontakterna på kliniknivå mellan Norra Älvsborgs länssjukhus, NÄL, och Uddevalla sjukhus. Kontakterna visade på gemensamma intressen och möjligheter att komplettera varandra men också på skillnader mellan sjukhusens kulturer och arbetssätt.

1996 blev NU-sjukvården *en* organisation med gemensam ledning. Samarbetet mellan sjukhusen styrdes utifrån en övergripande målsättning. Fem av de mindre klinikerna utnyttjade möjligheterna till gemensam utveckling och samlokalisering till ett av sjukhusen. Vissa av de stora verksamheterna, som medicin, anestesi och röntgen, fanns på båda ställena och upplevde mindre behov av samverkan. Inom kirurgin kunde en gammal samverkanstradition utvecklas, men kravet på akutverksamhet vid båda sjukhusen ledde till att kirurgins verksamheter fördelades mellan sjukhusen. Detta ledde i sin tur till bristande interna samband.

1999 bildades Västra Götalandsregionen och sedan dess har man i olika omgångar försökt få till en tydligare samarbetsstruktur mellan NÄL och Uddevalla sjukhus samt de tre lokalsjukhusen i Bäckebo, Dalsland, i Lysekil och i Strömstad. Lokala opinioner har uttryckt en oro för utarmning av såväl Uddevalla sjukhus som av lokalsjukhusen. Dessutom har det funnits en misstro mot strukturomvandlingarna från de anställda.

## 2. De politiska kraven på en enhetlig och sammanhållen regional sjukhusstruktur var starten för Vård 2010.

2004 beslutade Västra Götalandsregionens fullmäktige att det enbart skulle finnas ett akutsjukhus inom vart och ett av regionens fyra delområden. Vid sidan av akutsjukhusen kunde det finnas sjukhus med speciella uppdrag.

Beslutet fattades utifrån regionens projekt ”*Framtidens sjukvård*”, som anlade ett regionalt perspektiv på sjukhusstrukturen och där de strukturella och ekonomiska argumenten vägde tungt. I sammanhanget beslutades att NÄL skulle bli ett akutsjukhus med bred specialiserad akutsjukvård och att Uddevalla sjukhus skulle ha en minskad akutverksamhet men mer planerad vård. Att centralisera sjukhusvården till färre orter var politiskt och opinionsmässigt kontroversiellt.

För att kunna genomföra det politiska beslutet behövde beslutsfattarna få stöd från personalen. Samtidigt fanns det kraftfulla lokala opinioner som motsatte sig förändringar av den befintliga sjukvårdens struktur.

### 3. Behovet av en utvecklad specialistvård var verksamheternas drivkraft för Vård 2010.

I takt med sjukvårdens medicinska och tekniska utveckling har NU-sjukvårdens fått allt större problem att rekrytera specialister. Det gäller framför allt inom områdena medicin, kirurgi, anestesi och röntgen, som i NU-sjukvården tidigare bedrevs på två ställen.

De påtagliga problemen med att rekrytera specialistutbildad personal inom olika yrkeskategorier har bidragit till en ändrad inställning till omstruktureringen bland NU-sjukvårdens anställda. Till detta kommer de bristande interna sambanden inom olika specialiteter, framför allt inom kirurgin.

De lokala opinionerna har fokuserat på närheten till akutsjukvård och inte engagerat sig i rekryterings- och kvalitetsproblem. Men om NU-sjukvården håller hög kvalitet inom diagnostik, behandling och omvårdnad i framtiden kommer patienterna att välja våra sjukhus för sin vård. Samtidigt gagnar det Fyrbodals invånare att intressanta utvecklings- och arbetsuppgifter inom sjukvårdsområdet bedrivs inom NU-sjukvården, eftersom det påverkar möjligheterna att rekrytera nyckelpersonal.

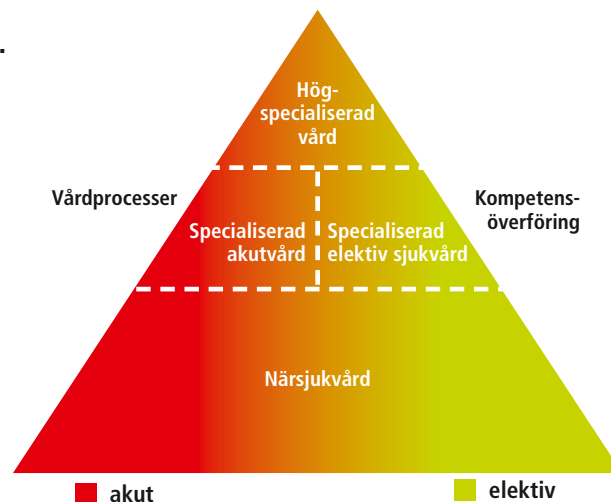
I november 2007 beslutade styrelsen för NU-sjukvården om idé och struktur för NU-sjukvårdens utvecklingsarbete, kallat Vård 2010.

## 4. Vårdlogik är ett avgörande begrepp.

Begreppet *vårdlogik* hjälper till att analysera hur sjukvården arbetar i dag och hur den borde arbeta i framtiden. Begreppet är lånat från Region Skåne som använde det för i sitt omstruktureringsprojekt av sjukvården, några år före NU-sjukvården.

Modellen visar hur sjukvården vanligtvis organiseras. Vi tenderar att utföra alltför mycket vård i den vänstra, röda delen samt för högt upp i pyramiden. Det ger både ökade kostnader och lägre effektivitet samtidigt som det kan medföra medicinska nackdelar för de patienter som vårdas inom fel del av sjukvården. NU-sjukvården, i likhet med stora delar av landets övriga sjukvård, vill öka hälso- och sjukvårdens basnivå och överföra så stora delar som möjligt från den röda till den gröna sektorn. Patienterna ska erbjudas sin planerade vård så nära hemorten som möjligt. Det ger fler nöjda patienter och mer jämlik vård. Därför behöver medicinsk kompetens och information om patienten överföras mellan de olika vårdgivarna inom region och kommuner och vårdens processer göras tydliga.

Detta är ett mål för Vård 2010-arbetet.



## 5. Vi ska arbeta utifrån vårdens processer. Inte utifrån vår organisation.

Sjukvården i Sverige är av tradition hierarkiskt uppbyggd och NU-sjukvården liknar på det sättet andra sjukvårdsorganisationer. Personalen organiseras sedan i kliniker, avdelningar och olika yrkesgrupper. Så länge patienternas diagnoser överensstämmer med inriktningen på den klinik där de blir omhändertagna fungerar vårdens arbetsprocesser väl. Men när sjukvården ska arbeta klinikövergripande riskerar både effektiviteten och kvaliteten att försämrats.

Sjukvård ska erbjudas utifrån patientens behov och bestå av en kedja av åtgärder som är värdeskapande för patienten, oavsett vilket område, klinik eller verksamhet som står för vården och vilka yrkesgrupper som står för arbetsinsatsen. Det kan tyckas vara en självklarhet. Traditioner, gamla strukturer och administrativa system kan vara hinder för att erbjuda patienterna en så bra vård som möjligt. Därför behöver NU-sjukvården utveckla ett mer klinikövergripande arbetssätt, med början i våra patienters vanligaste diagnoser.

Genom att kartlägga patienternas behov definierar vi de insatser som olika avdelningar och professioner behöver göra och hur dessa bör samordnas. Utifrån det arbetet beskrivs vårdprocesserna och de medicinska och administrativa stödsystem som behövs för att ge en säker och effektiv vård. Exempel på sådana strukturer som håller på att byggas upp i NU-sjukvården är samarbetet mellan de medicinska äldrevårdsavdelningarna och primärvården, de interna sambanden inom Bröstcentrum och arbetsprocesserna inom det planerade Centrum för tumörsjukdomar.

## 6. Diagnos och behandling är kärnan i sjukvården. Vi ska göra så mycket som möjligt i planerade former och så lite som möjligt akut.

Dagens sjukvård kräver mycket planering för att fungera effektivt. Ju kortare tid mellan planering och behandling, desto svårare blir det att planera så att de olika vårdprocesserna har rätt personal till antal och kompetens, tillgängliga lokaler, rätt stödprocesser och väl fungerande eftervård i beredskap. NU-sjukvården har arbetat med att förkorta planeringstiden men i de flesta processer har man inte lyckats få ner tiden under 4-6 veckor. Det som måste göras inom kortare tid får hanteras på annat sätt, inte sällan genom hänvisning till akutmottagningen.

Akutverksamheten berörs av sjukvårdens planeringsprocesser på så sätt att dit hänvisas de patienter som den långsiktiga planeringen inte klarar av. På akuten blandas de patienter som vi misslyckats med att planera vården för med svårt akut sjuka eller skadade patienter. Det leder till dålig fokusering av vårdinsatserna och sämre vård och omvårdnad för alla patienter.

NU-sjukvården måste bli bättre på att organisera planerad vård med kort framförhållning. Ett sätt kan vara att planera särskilda vårdprocesser utanför de ordinarie akutmottagningarna för den vård som inte behöver äga rum inom de närmaste tolv timmarna. Exempel på sådana processer kan vara *Öppna returer*, dvs att man blir utskriven från en avdelning men kan komma tillbaka om det behövs, möjligheter för primärvårdens läkare till *telefonkonsultationer* samt akuta öppenvårdstider hos NU-sjukvårdens specialister, så kallade *subakuta mottagningar*, som bör kunna avlasta akutverksamheten. Genom nya arbetssätt kan vi använda specialistresurserna bättre samtidigt som våra patienter kan erbjudas en bättre vård.

## 7. Specialistvård – anpassad till varje patients behov.

För att kunna erbjuda Fyrbodals invånare bästa möjliga länssjukvård måste NU-sjukvården hänga med i den snabba medicinska utvecklingen. Men det får aldrig bli en medicinsk-teknisk utveckling på den goda vårdens bekostnad. De medicinska insatserna ska anpassas till patientens behov och möjlighet att tillgodogöra sig åtgärderna. Vi måste hela tiden ha patienternas bästa i fokus.

I Fyrbodal, liksom överallt i Sverige, blir befolkningen allt äldre och bärare av fler sjukdomar. Många av de äldre är patienter 365 dagar om året och deras huvudsakliga vårdgivare är kommunerna och primärvården. Dessa patienter har begränsad nytta av akutmottagningen. När de behöver specialistvård ska de kunna komma direkt till en specialistavdelning där de erbjuds en vård som utformats efter kunskapen om deras behov, som hålls ständigt uppdaterad inom ett väl sammansvetsat vårdteam från de olika vårdgivarna.

I framtiden måste NU-sjukvården samarbeta med övriga vårdgivare för att skapa en kontinuitet som gör vården säker och anpassad till de äldres behov. NU-sjukvården vill anpassa vårdprocessen till patienterna istället för efter organisationen.

## 8. Utvecklade medicinska metoder och samarbete med vårdgrannar minskar behovet av vårdplatser.

Under många år har de medicinska metoderna utvecklats, från öppna operationer till titthålsoperationer, och från operationer till medicinsk behandling/läkemedelsbehandling. Behandlingarna har blivit skonsammare och kan därför erbjudas till allt äldre och sjukare patienter. Fler tillstånd kan nu behandlas framgångsrikt i öppenvården, vilket minskar behovet av vårdplatser.

Våra vårdplatser är värdefulla, de är viktiga för våra patienter men också en dyrbar resurs som är avsedd för diagnos och behandling. Den som inte behöver sjukhusets vårdresurser bör inte heller vårdas inom länssjukvården utan kan, med stöd av primärvården, vårdas i hemmet eller i ett särskild boende. Sjukhusvården är inte heller någon tillgång för de patienter som inte behöver en specialiserad vård. Risken för vårdskador och infektioner kan tvärtom utgöra ett hot för den som är äldre eller kroppsligt skör.

En del patienter som vänder sig till akutmottagningarna därför att de upplever akuta medicinska eller sociala behov skulle få sitt vårdbehov bättre uppfyllt inom närsjukvården. Det är viktigt att kunna identifiera processer och strukturer som gör att vi kan upptäcka dessa patienter i tid och samtidigt se till att de får en patientsäker vård dygnet runt utan att behöva vända sig till akutmottagningen. Om NU-sjukvården tillsammans med primärvård och kommuner kan ordna vårdkedjor som fungerar dygnet runt, och som tillgodoser både vårdbehov och patientsäkerhet, behöver vårdplatserna bara användas för de patienter som av strikt medicinska skäl inte kan vårdas i hemmet. Det ökar vårdkvaliteten för patienterna och minskar trycket på sjukhusens vårdplatser.

## 9. NÄL och Uddevalla sjukhus behöver varandra i framtidens sjukvård Båda sjukhusen ska utvecklas.

Ett av målen med Vård 2010 är att utveckla tydliga roller och identiteter för både NÄL och Uddevalla sjukhus. För NÄL handlar det om akutvård och tyngre planerad vård, för Uddevalla sjukhus om att ta hand om det stora utbudet av planerad vård, äldrevård, tumörsjukvård och palliativ vård. Avsikten är att sjukhusen inte ska konkurrera utan bidra till varandras utveckling.

Utifrån en förutbestämd plan kan en patient flyttas mellan sjukhusen under olika faser av vårdtiden. Det kräver att specialkunskaper finns på båda sjukhusen och kan innebära att vissa specialister måste arbeta på båda ställena. Inget av sjukhusen kommer någonsin att vara komplett. Det ömsesidiga beroendet måste finnas kvar för att NÄL och Uddevalla sjukhus ska utvecklas tillsammans. För den goda vården av patienterna är det en nödvändighet!

## 10. NU-sjukvårdens geografiska struktur kräver nytänkande och flexibilitet för att förändringarna ska komma patienterna till del.

Om all sjukvård inom NU-sjukvården hade samlats på ett centralsjukhus, så som sker på de flesta håll i landet, vore allt mycket enklare. Men så ser inte Fyrbodals geografiska, befolkningsmässiga och historiska verklighet ut. Istället måste alla som arbetar inom NU-sjukvården se samtliga lokaler som gemensamma resurser och använda dem på bästa sätt.

För att det medicinska arbetet ska utföras så effektivt som möjligt måste vi analysera och utveckla våra arbetsprocesser. Resultatet av de analyserna styr vilka verksamheter som ska finnas var. Samtidigt sker en snabb utveckling inom logistik- och telemedicinområdet som i framtiden kan komma att förändra synen på geografiska avstånd. Det är viktigt att den medicinska utvecklingen också drar nytta av teknikutveckling i det omgivande samhället.

Till sist handlar möjligheterna till framgång med Vård 2010 om inställningen hos NU-sjukvårdens anställda till nya och förändrade arbetssätt!

NU-sjukvårdens kansli  
NÄL  
461 85 TROLLHÄTTAN

[www.nusjukvarden.se](http://www.nusjukvarden.se)

