



Nytt akutkoncept för västra Blekinge

Delrapport 1

Blekingesjukhuset
Lina Öhlin
160527





Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Bakgrund.....	3
Metod	4
Resultat.....	5
Diskussion	15
Slutsats	17

Bakgrund

Uppdraget att utveckla ett nytt akutkoncept kommer från förvaltningsledningen för Blekingesjukhuset, BLS, vilken i sin tur fått detta via politiska beslut. Uppdraget innebär att avveckla befintliga verksamheter vid dagakuten och övervakningsavdelningen vid BLS i Karlshamn samt istället starta en akutavdelning. Uppdraget att leda arbetet tilldelades Lina Öhlin i mitten av mars 2016.

Akutavdelningen ska enligt uppdrag från BLS förvaltningsledning innehålla:

- **Totalt 14-16 vårdplatser**
- Vårdplatser för **intermediärvård** av den typ som tidigare funnits vid övervakningsavdelningen
- **Observationsplatser** för patienter som behöver observeras kortare tid inför hemgång eller inskrivning i slutenvård.
- **Platser för bedömning och behandling.** Läkare ska kunna göra bedömningar och ordinera kortare behandlingar för patienter utan att de skrivs in i slutenvården.
- **Ambulansangöring**
- **Mobila team** bestående av läkare och sjuksköterska som möter patienten i dennes hem för bedömning och behandlingsinsatser.
- **Direktinläggning** – Patienter ska kunna komma till avdelningen utan att passera en akutmottagning.
- **VIP-patienter** – Individer ur särskilda patientgrupper med stort återkommande vårdbehov som själva ges möjlighet att kontakta avdelningen vid behov.
- **Trombolysbehandling** – beskrivning skall ges av hur trombolys kan organiseras för att ges vid akutavdelningen.

Uppdragets syfte

Att skapa dokumenterade riktlinjer och rutiner så att BLS kan starta upp en akutavdelning i Karlshamn som bas för det akuta omhändertagande för västra Blekinge senast under hösten 2016.

Uppdragets mål

- Dagakuten ska fasas ut så snart som möjligt.
- Dagakuten och ÖVA ska avvecklas samtidigt som akutavdelningen skapas.
- Kommuner och primärvård ska involveras i arbetet på ett tidigt stadium och ska bjudas in för att ingå i arbetsgrupper

Metod

Bildande av övergripande arbetsgrupp

Förvaltningschef vid BLS, Lars Almroth, bjöd in de fem kommunerna i Blekinge, primärvård och kliniker vid BLS att medverka i den övergripande arbetsgruppen för nytt akutkoncept för västra Blekinge. Verksamhetscheferna vid BLS beslutade vilka kliniker, och vilka personer från respektive klinik, som skulle finnas representerade i detta och andra pågående projekt (specialiserad rehabilitering i hemmet, SPRIH och utveckling av avancerad hemsjukvård, ASIH). Skyddsombud har inte suttit med i den övergripande arbetsgruppen.

Att framtagandet av nytt akutkoncept för västra Blekinge skulle ske genom diskussioner i arbetsgrupper och med samverkan mellan kommuner, primärvård och BLS var en av grundstenarna i detta arbete och också detta ett önskemål från förvaltningsledningen för BLS. Deltagare i den övergripande arbetsgruppen presenteras i bilaga 1.

Operativa arbetsgrupper

Förutom den övergripande arbetsgruppen bildades tio operativa arbetsgrupper. Dessa bildades genom att deltagarna i den övergripande arbetsgruppen vid sitt första möte listade alla frågor man kunde tänka på som behövde besvaras för att kunna arbeta fram ett nytt akutkoncept för västra Blekinge samt listade de aktiviteter som man ansåg behöver genomföras. Frågor och aktiviteter kategoriserades och utifrån detta bildades de operativa arbetsgrupperna. Frågorna och aktiviteterna har också fungerat för utgångspunkt för respektive operativ arbetsgrupp att arbeta med. De operativa arbetsgrupperna besattes med deltagare från involverade verksamheter genom att medlemmarna i den övergripande arbetsgruppen utsåg medarbetare från sina respektive arbetsplatser samt själva valde att sitta med i olika grupper efter behov och intresse. Skyddsombud deltar i de flesta grupper.

Projektleddning

Lina Öhlin har fungerat som samankallande i samtliga operativa arbetsgrupper såväl som i den övergripande arbetsgruppen. Minnesanteckningar har skrivits vid varje möte och skickats ut till respektive grupps deltagare och berörda chefer.

En samarbetsyta på landstingets intranät är under uppbyggnad för publicering av samtliga dokument.

Vid möten i den övergripande arbetsgruppen har resultaten från de operativa arbetsgrupperna presenterats löpande för dialog innan förslag har lämnats vidare till BLS förvaltningsledning. Återkoppling mellan Lina Öhlin och Peter Pettersson vid staben för BLS förvaltningsledning har skett en gång/vecka samt oftare vid behov.

Workshop

Lanstinget Blekinge bjöd under april och maj 2016 in till två gemensamma workshops för länets kommuner, primärvård och BLS i syfte att ta en gemensam utgångspunkt i det kommande arbetet och att samarbeta mot gemensamma mål. Inbjudan skickades ut till verksamhetschefer och den övergripande arbetsgruppen. Vid den första workshopen fick deltagarna lista frågor och farhågor relaterat till nya arbetssätt samt goda exempel från andra verksamheter. Likaså genomfördes en cafédiskussion med utgångspunkt i vad som finns idag för att möta framtiden och vad som behöver genomföras för att åstadkomma utveckling på sikt. Detta resulterade i en tapet av post-it lappar som den övergripande arbetsgruppen har gått igenom och vävt in i sitt arbete och i de operativa arbetsgruppernas delfrågor. Med stöd av avdelningen för kunskapsstöd kommer alla post-it lappar från cafédiskussionen tas omhand för vidare genomarbetning. Vissa kommer att hanteras inom arbetsgrupperna för akutkonceptet, vissa av de tre projektledarna tillsammans (akutkoncept, SPRIH och ASIH) och andra kommer lyftas vidare till LSVO.

Facklig referensgrupp

En facklig referensgrupp bestående av förtroendevalda och skyddsombud på BSG-nivå från, akut-, anestesikliniken och thoraxcentrum bildades i syfte att vara delaktig under arbetets gång samt komma med synpunkter och idéer. Under våren har Lina Öhlin träffat den fackliga referensgruppen fysiskt vid två tillfällen och där emellan skickat uppdateringar mejlledes enligt gruppens önskemål. Initialt har MBL-förhandling har skett på FSG-nivå då verksamhetsförändring har gällt fler än en klinik. För deltagare i den fackliga referensgruppen var god se bilaga 2.

Resultat

Organisation för akutavdelningen

Akutavdelningen kommer att organiseras under akutkliniken vid BLS. MBL-förhandling skedde på FSG 160509.

Vårdplatser på akutavdelningen

Följande vårdplatser är tänkta att finnas på akutavdelningen:

- **Bedömning/Behandling** – Är en mottagningsdel där läkarbedömningar görs av inkommande patienter och patienten ligger kvar i väntan på prov-, röntgensvar etc. Kortare läkemedelsbehandlingar kan förekomma av patienter som inte är i behov av slutenvård.
- **Observation** – Ett förlängt akutbesök som får vara maximalt 24 timmar. Patienten observeras i syfte att utröna om slutenvård behövs eller ej.
- **Vårdplatser** – Slutenvårdsplatser för vård >24 timmar. Ska eventuellt tidsbestämmas.
- **Intermediärvård** – Steget mellan intensivvård och normal vårdnivå. Samma vårdnivå som tidigare bedrivits på ÖVA. Ingen tidsbestämd maximal vårdtid.

Antal vårdplatser av varje typ kan fastställas först när lokal för akutavdelningen att starta i är bestämd av fastighetsavdelningen. Se mer om detta under resultat för lokalgrupp.

Tidsaspekter

160903 stängs möjligheten att på dagakuten ta omhand patienter med kirurgiska åkommor. Samtidigt stängs också ytterdörren och därigenom möjligheten för patienter att på eget initiativ söka vård vid dagakuten. Patienter som kommer via ambulans och på remiss från primärvården kommer att fortsätta tas omhand på samma sätt som idag. Detta är också delvis de patienter som kommer omhändertas på akutavdelningen efter dess öppnande. Dagens kriterier för vilka patienter ambulansen inte kör till BLS Karlshamn föreslås fortsatt gälla även efter 160902, med tillägget att detta enbart gäller medicin- och thoraxpatienter, och fram till dess att de intermediära vårdplatserna på akutavdelningen öppnas. Detta regleras i PM ”Särskilda rutiner för val av destination” som ägs av akutklinken. Datum för när akutavdelningen kan öppna i en och samma lokal är i nuläget inte färdigt. Mer om detta nämns under resultat för lokalgrupp.

Ekonomiska beräkningar

Controller vid akutkliniken, Johan Silveräng, är behjälplig i arbetet med att ta fram förslag till budget för akutavdelningen. Detta arbete pågår. Innan driftbudget kan beräknas behöver antalet vårdplatser av respektive typ vara fastställt.

Risikanalyis

Risk- och konsekvensanalys är ej genomförd för verksamhetsförändringen. Önskemål om planering för detta är lyft till BLS förvaltningsledning och därifrån vidare lyft till utvecklingsavdelningen och utvecklingsdirektör Gunilla Skoog.

Operativa arbetsgrupper

Nedanstående operativa arbetsgrupper bildades:

- Direktinläggning och Patientflöden
- Dokumentationsgrupp
- Kompetensutvecklingsgrupp
- Lokalgrupp
- Läkemedelsgrupp
- Mobila Team
- Personal- och Bemanningsgrupp
- Rondprocessgrupp
- Trombolysgrupp
- Intermediärvård

För deltagare i respektive grupp samt arbetsfrågor att utgå från; var god se bilaga 3.

Direktinläggning och Patientflöden

Två möten har genomförts och ytterligare minst ett planeras under våren 2016.

Ett förslag till flödesschema för in- och utskrivning vid akutavdelningen har tagits fram. Var god se bilaga 4. Förslag till inläggningskriterier har utarbetats. Dessa innebär att man innan intermediärvård är i bruk behåller dagens kriterier för ambulansen kring vilka patienter som inte körs till BLS Karlshamn dock med tillägget att enbart medicinska- och thoraxpatienter tas emot på akutavdelningen. Detta regleras i akutklinikens PM ”Särskilda rutiner för val av destination”. Efter att intermediärvården tagits i bruk föreslås alla triagefall tas emot på akutavdelningen i Karlshamn. Samma kriterier föreslås gälla för mobilt team och bedömningsbilar som för ambulans.

Primärvårdsläkare önskar i nuläget inte egen direktinläggningsrätt på akutavdelningen. Därför kvarstår istället möjligheten att konsultera slutenvårdens läkare och ställa remiss till akutavdelningen efter telefonsamtal för bedömning av patient.

Av stor vikt är att all patientremittering oavsett avsändare föregås av en kontakt till akutavdelningen så att kontroll kan hållas över inflöde. För detta kommer särskilt telefonnummer användas till avdelningsläkare eller avdelningskoordinator.

VIP-patienter, dvs. individer ur särskilda diagnosgrupper som erbjuds möjlighet att själva kontakta akutavdelningen vid behov av vård, föreslås finnas från thoraxmottagningens patientkategorier. Detta kan exempelvis röra sig om patienter med hjärtsvikt, nyinsatta läkemedel, hjärttransplanterade eller patienter som väntar på ingrepp vilket kan förorsaka behov av tät kontakt med sjukhuset och behov av slutenvård. Rutin för hur VIP-patienter ska kontakta avdelningen och tas omhand återstår att utforma. Likaså beslut om hur många patienter detta ska röra sig om numerärt. Thoraxcentrum, Steen Jensen, har fått i uppgift att arbeta med dessa frågor initialt.

Kvar för denna grupp att arbeta med, förutom att utforma rutiner för VIP-patienter, är utflöde. Förslag om tidsbestämning för respektive typ av vårdplats på akutavdelningen, rapportering och remittering till annan vårdgivare vid utskrivning. Primärvården önskar också en samverkan gällande hur patienter ska transporteras från jourcentral till akutavdelning. Detta är en fråga vi får återkomma till.

Dokumentationsgrupp

Två möten har genomförts och ytterligare ett finns inbokat innan sommaren. Denna grupp har fokuserat på hur dokumentation ska ske i NCS och andra system på den nya akutavdelningen. Akutkliniken har idag ingen egen journal i NCS och förslaget är att dokumentation av patienterna på akutavdelningen även in framtiden journalförs i respektive kliniks journal (medicin och thorax). Detta då vi inom ett par år står inför ett byte av journalsystem som kommer innebära stora förändringar och omarbetningar i journalen. Att i nuläget bygga en ny journal i NCS är ett alltför omfattande arbete som kommer ta lång tid. Detaljer kring förslag till dokumentationsrutiner för respektive typ av vårdplats finns i bilaga 5.

En förändringsbegäran till förvaltning vårdssystem kommer att behöva göras av akutkliniken verksamhetschef. Lina Öhlin förbereder denna när ytterligare detaljer kring akutavdelningens utformning är klara innan dess kan detta inte göras.

Dokumentationsrutiner för det mobila teamet är inte helt klara. Arbetet är påbörjat men kommer att behöva fortlöpa under tidig höst 2016.

Framtagande av dokumentationsrutiner för det dagliga arbetet på akutavdelningen föreslås som ett utvecklingsarbete som kan ske när akutavdelningen varit i bruk en tid.

Kompetensutvecklingsgrupp

Två möten har hållits under våren. En samanställning av den introduktion som medarbetarna vid ÖVA och dagakuten kan tänkas behöva är gjord och planering för detta är påbörjad.

Samanställning för introduktionsbehov finns i bilaga 6. Viss introduktion kan starta redan nu innan sommaren.

Det som beräknas ta längst tid är introduktionen för återöppnandet av de intermediära vårdplatserna. Utifrån vad vi vet om personalgruppen idag kommer det under hösten 2016 finnas ca sex sjuksköterskor och ungefär lika många undersköterskor finnas i tjänst som har intermediärvårdskompetens sedan tidigare. För flera av dem har man dessutom inte arbetet mycket praktiskt med intermediärvård då denna patientkategori enbart sparsamt har förekommit på ÖVA under senaste tiden. För introduktion i intermediärvård är anestesikliniken involverade. En utbildningsplan bestående av föreläsningar och praktik är framtagen av anestesikliniken. För att kunna sätta startdatum för utbildningen behöver anesthesi svar på vissa frågor från verksamheten vilket pågår. När vi vet startdatum för utbildningen kan datum för intermediärvårdplatsernas återöppnande estimeras.

För en bra introduktion som ger trygga medarbetare föreslås september månad användas till detta syfte. När förändringen av dagakutens verksamhet träder i kraft, från 160903, kommer personal att kunna frigöras för introduktion.

En oro finns hos medarbetarna vid både dagkuten och ÖVA att de ska komma att börja arbeta på den nya akutavdelningen utan den introduktion de känner behov av och då utföra arbetsuppgifter som man inte känner sig trygg i och därigenom äventyra patientsäkerheten.

Lokalgrupp

Denna grupp har haft två möten och ytterligare minst ett är planerat under våren 2016. Som stöd och samarbetspartner i lokalfrågan finns från Landstingsservice Linnea Hervén – lokalplanerare, Johan Larsson – fastighetsförvaltare och Roger Edlund – byggprojektledare med i den operativa arbetsgruppen. Lokalfrågan arbetas med ur ett långt och ett kort perspektiv. Fastighetsavdelningens rekommendation är att initialt att starta i tillfälliga lokaler på plan 4 i byggnad 5 vid BLS, Karlshamn, de lokaler som idag nyttjas av ÖVA. Nu pågår

rumspanering för att så fort som möjligt kunna få ett startdatum från fastighetssidan för ny verksamhet i dessa lokaler. Datum är idag ej klart idag. Förslag om att placera akutavdelningen på plan 8, byggnad 5 i Karlshamn har lyfts av verksamheten. Detta anser fastighetsavdelningen ej som genomförbart inom rimlig tidsram och till rimlig kostnad. Lokalens storlek och rumsfördelning kan komma att innebära begränsad möjlighet till full verksamhet vid akutavdelningen från start. Här behövs en tydlig prioritering från förvaltningsledningen för BLS vilka delar som ska startas om lokalen på plan 4 ska användas. Tveksamheter finns från akutkliniken sida till om de planerade tillfälliga lokalerna på plan 4 är stora nog att bedriva verksamheten i även under en övergångsfas. Det långsiktiga arbetet mot en funktionell lokal utformad efter verksamhetens alla behov är startat. Detta arbete leds av Linnea Hervén och kommer att fortskrida även efter akutavdelningens öppnande efter prioritering från BLS. Den fackliga referensgruppen påtalar att hänsyn bör tas till patientnära arbetsätt i utformningen av lokalen för akutavdelningen på lång sikt likaså att ett arbetsrum för ansvarsområden kan behövas.

Läkemedelsgrupp

Denna operativa arbetsgrupp har haft två möten under våren. Ytterligare ett planeras efter sommaren. Gruppen har framförallt tittat på vilka PM som gäller på dagakuten och ÖVA idag och hur dessa kan användas och förändras för verksamheten i den nya akutavdelningen. Detta gäller generella ordinationer, blandningsinstruktioner av läkemedel, läkemedels PM som idag tillhör Thoraxcentrum och Lokala läkemedelsinstruktioner. Framtagningen av nya dokument är inte gjord då detta arbete kommer behöva göras av medicinskt ansvarig för verksamheten, Håkan Klementsson, i samarbete med klinisk farmaceut Lena Olsson och läkemedelsansvariga sjuksköterskor.

En annan viktig fråga som denna grupp arbetet med är hur läkemedelsgenomgångar kan struktureras på akutavdelningen. Förslaget är att klinisk farmaceut, anställd vid patientsäkerhetsavdelningen, gör läkemedelsbedömningar på de patienter som är inskrivna > 24 timmar samt på intermediärvårdsplats. Läkemedelsgenomgången kommer att baseras på "Skånemodellen" vilken har evidens bakom sig att fungera väl för att komma underfund med vilka läkemedel patienten nyttjar "på riktigt" i hemmet. Utifrån farmaceutens läkemedelsgenomgång ges ett förslag till avdelningsläkare till eventuell förändring i

patientens läkemedelsordination. Farmaceutens ansvar är att genomföra själva läkemedelsgenomgången och lämna förslag till läkemedelsjustering till ansvarig läkare. Läkaren är fortsatt ansvarig för patientens medicinering. För patienter som vårdas på avdelningen <24 timmar (observationsplats eller bedömningsdel) görs en läkemedelsgenomgång av läkare som idag vid akutvårdsbesök. Om behov finns av ytterligare läkemedelsgenomgång kan därför särskilt framtagen varselblankett lämnas till farmaceut som då kan kontakta patienten i ett senare skede. Resultatet av dessa läkemedelsgenomgångar lämnas då till ansvarig vårdgivare i slutenvård eller primärvård. I framtiden kan en tänkbar utveckling vara att läkemedelsgenomgångar görs vid behov av kliniks farmaceut för patienter som besöks av det Mobila teamet.

Frågor som rör BLS Apotek är inte klara pga. förhinder att medverka vid möten i den operativa arbetsgruppen. Detta rör framtagande av ny bassortimentslista för akutavdelningen och möjligheten till läkemedelsservice från start av avdelningen. Dessa frågor är lämnade till chef för BLS Apotek, Anders Bohlin.

Mobilt team

Den operativa arbetsgruppen för mobilt team har träffats två gånger under våren och har ytterligare ett möte bokat innan sommaren. Gruppen identifierade två problemområden vid BLS som det mobila teamet, bestående av läkare och sjuksköterska utgående från akutavdelningen, initialt kan rikta sitt arbete mot:

A – Vi vill korta vårdtiderna för slutenvården vid BLS genom tidiga utskrivningar när detta är möjligt. Det mobila teamet kan medverka till detta genom att följa upp patienter efter hemgång och även sköta den uppföljningen som pga. kort tidsram ej kan remitteras till primärvården.

B – Vi vill undvika slutenvård för de patienter där vi kan erbjuda läkerbedömning och uppstart av eventuell behandling i hemmet. Det mobila teamet kan medverka till detta genom att göra hembesök för bedömningar och initiera behandlingar i hemmet.

Ett flödesschema för kontaktvägar till det mobila teamet har tagits fram. Se bilaga 7.

Vilka som ska ges möjligheten att kontakta det mobila teamet har diskuterats i både operativ och övergripande arbetsgrupp. Delar av den operativa arbetsgruppen önskar möjliggöra för kommunala sjuksköterskor att kontakta det mobila teamet för läkarbedömningar i de fall primärvården inte kan erbjuda ett hembesök av läkare inom kort tid. Detta anses primärvårdens representanter samt av förvaltningschef vid BLS vara primärvårdens uppdrag

och därför inte lämpligt för ett mobilt team från BLS att utföra. Här finns olika önskemål men det vi har att rätta oss efter är gränsdragningen mellan sluten- och primärvård varför kommunala sjuksköterskor initialt inte kommer ges möjligheten att kontakta det mobila teamet.

Ett annat problematiskt område som lyfts i den övergripande arbetsgruppen är vem som bär patientansvaret för de patienter det mobila teamet besöker, primärvård eller BLS. För patienter som skrivs ut från BLS tas vårdgivareansvaret formellt över av primärvårdens läkare när remiss mottages av primärvården. Läkemedelsansvaret tas över av kommunerna när pratormeddelande kvitteras. Problematiken kring ansvarsfördelningen inte ny men kan kompliceras ytterligare av att ytterligare en aktör, mobilt team, också ska involveras i vården. Denna fråga kommer inte kunna lösas på nivån för den övergripande arbetsgruppen utan behöver lyftas uppåt i organisationen.

En annan viktig fråga som är kvar att besvara är hur det mobila teamet ska bemannas läkarmässigt. En idé kan vara att vid akutkliniken anställa läkare som har intresse och erfarenhet av mobilt arbetssätt för huvudsaklig tjänstgöring där.

En möjlig utveckling för att beredda det mobila teamet på sikt är att arbeta mer mot anslutna instabila patienter i behov av tät kontakt för att undvika slutenvård. Denna modell används idag av några mobila team runt om i Sverige, till exempel i Lidköping och till viss del Ängelholm. Om denna modell ska utvecklas bör utvecklingen ske i samråd med Avancerad sjukvård i hemmet, ASIH, så att två parallella spår inte bildas. Gränsdragningen mellan dessa två verksamheter bör vara tydlig. I denna typ av verksamhet torde personalkontinuiteten, både på läkar- och sjuksköterskesidan, vara än viktigare för att arbeta utifrån ett person- och symptomcentrerat arbetssätt. Ett studiebesök i en liknande verksamhet kan vara av godo innan planering startar. Värt att nämna är att utvecklingen av Lidköpings mobila team från projektstart till anslutna patienter fortgick mellan 2001 – 2008.

För det mobila teamet finns en lista på tänkbart utrustningsbehov framtagen.

Beredskapssamordnare har varit involverad i att ge input på fordons- och kommunikationsutrustningsbehov. Beställning av dessa håller förvaltningsledningens stab i.

Innan ett startdatum för det mobila teamet kan sättas behöver läkarbemanningen beslutas om och ett startdatum för lämpligt fordon finnas. Billeverens beräknas ta ca fyra månader från beställning. Således kan möjlig startpunkt estimeras till november 2016 men innan dess återstår många frågeställningar gällande ansvarsfördelningar också att lösa.

Den fackliga referensgruppen påpekar risken med att ha få upplärda sjuksköterskor som arbeta i mobilt team. Detta kan leda till svårigheter att bemanna sommartid eller vid sjukfrånvaro.

Personal- och Bemanningsgrupp

Bemanningsförslag finns framtaget för sjuksköterskor, undersköterskor, chef och en grovplanering för läkare. Vg. se bilaga 8. Bemanningsförslaget för chef, sjuksköterskor och undersköterskor är lämnat till controller Johan Silveräng för beräkning av personalbudget till akutavdelningen och omfattar totalt 44,5 heltidstjänst inklusive mobilt team och avdelningschef.

Ett förslag som bygger på fasta scheman finns framtaget från dagakutens sida. Oavsett om fasta scheman införs eller tvättstugescheman bibehålls behöver detta MBL-förhandlas på BSG-nivå för akutkliniken.

Riskbedömning ur arbetsmiljöaspekt sker 160616 med fackliga förtroendevalda samt avdelningschefer vid dagakuten, ÖVA och patientadministration vid thoraxcentrum.

Rondprocessgrupp

Denna operativa arbetsgrupp har träffats två gånger under våren. Här har grunden för rondprocess lagts för den nya akutavdelningen. Förslaget är att PULS-rond används på de vårdplatser där patienterna vårdas >24 timmar. För medicinsk rond har en prioriteringsordning tagits fram med patientflödet som utgångspunkt:

Medicinläkare

- a. Intermediärplats
- b. OBS-plats
- c. Vårdplats

Thoraxläkare

- a. OBS-plats
- b. Vårdplats

Ett eventuellt problem som gruppen identifierar är att samma sjuksköterska troligen kommer att ronda med två olika läkare. Detta kan fördröja rondens framförallt läkarna. Väntetiden föreslås användas till att förbereda hemgångar.

PULS-rond föreslås ske 09.15-09.30, gemensam för medicin- och thoraxläkare. Därefter följer medicinsk rond. Ronder bör vara klara senast 11.00 för att hinna med administrativt arbete före lunchrast.

I denna grupp har även vissa frågor rörande arbetsätt vid akutavdelningen diskuterats. Två problemområden har lyfts fram av ÖVAs deltagare i gruppen; långa rapporttider framförallt i början av dagpasset och osäkra hemgångar i form av att patienten inte alltid får med sig det mottagande vårdgivare anser sig behöva. Detta leder i sin tur till irriterade telefonsamtal från andra vårdgivare vilket tar mycket tid och energi från avdelningens arbete. Erfarenheter och lösningar från andra vårdavdelningar har presenterats då dessa problem känns igen. Gruppmedlemmarna har fått material att ta del av och eventuellt använda sig av i det dagliga arbetet på akutavdelningen.

Kvar i denna grupp är att innan öppnandet av akutavdelningen åter samlas för en sista genomgång av rondprocessen och det dagliga arbetet.

En PULS-tavla samt magneter till denna behöver införskaffas till akutavdelningen och placeras nära sjuksköterskornas arbetsstation. Gruppdeltagarna är inbjudna till att hospitera vid avdelning 9 under PULS-rond för att se hur denna går till. Det har även diskuterats i denna grupp om behov finns av en kortare daglig genomgång av vad som behöver utföras på OBS-patienter under dagen, någon form av ”mini PULS-rond”. Detta anser dock gruppen att vi avvaktar med att utveckla då det är mycket som kommer att starta på en och samma gång i höst. Uppstår behovet kan detta göras på sikt. Tillsvidare sker genomgång innan morgonarbete startar mellan sjuksköterska och undersköterska kring ordinerade åtgärder för OBS-patienterna.

Trombolysgrupp

Denna grupp har under våren haft ett möte och planerar i nuläget inte för fler.

Arbetsgruppen föreslår att Trombolysbehandling bör ges vid akutavdelningen. Fungerande rutin finns idag på dagakuten som på ett enkelt sätt kan appliceras i den nya verksamheten. Goda anledningar till att framledes förlägga trombolysverksamheten till akutavdelningen är bland annat:

- Medarbetarna på dagakuten och ÖVA är vana vid detta och andra arbetsmoment av akut karaktär.

- Enbart ett fåtal sjuksköterskor i verksamheten har idag inte trombolyskompetens. Således är behovet av upplärning och introduktion litet även i den nya organisationen.
- Efter given trombolys övervakas patienten i två timmar. Skulle komplikation uppstå under denna tid är patienten på rätt vårdnivå för akut omhändertagande vilket bidrar till en ökad patientsäkerhet.
- Trombolysuppdraget bör inte flyttas mellan olika enheter med korta intervall som har varit fallet, pga. tvingande skäl. Flyttarna ger en osäkerhet i hur rutiner ser ut för närvarande eftersom de ofta har förändrats med kort varsel. Akutavdelningen är tänkt att fungera som basen för västra Blekinges akuta omhändertagande och blir förhoppningsvis en stabil avdelning där trombolys kan vara en del av verksamheten även på lång sikt.

När beslutet om trombolysverksamheten ska förläggas till akutavdelningen är fattat kan detaljplanering och omarbetning av visst arbetsmaterial starta.

Intermediärvård

Denna grupp har haft ett möte under våren och planerar för ytterligare ett innan sommaren. Frågor rörande intermediärvård berörs i många operativa arbetsgrupper och denna grupp har fått fungera som ett samlande organ för dessa frågor.

Att det känns angeläget och högt prioriterat att så fort det är möjligt återinrätta intermediära vårdplatser vid BLS i Karlshamn är alla överens om. Detta kräver dock en hel del kompetensmässigt för att kunna bedrivas på ett patientsäkert sätt vilket beskrivits under resultat för kompetensutveckling. Därav idag ej möjligt att uppskatta när i tid intermediärvården kan återinrättas.

Diskussion

Metod

Metoden att involvera medarbetare och chefer i byggandet av rutiner för nya akutavdelningen har varit viktigt för att förankra arbetet i verksamheten. Metoden gör att arbetet har tagit tid jämfört med om beslut hade fattats högre upp i linjeorganisationen men har förhoppningsvis givit en större delaktighet och förståelse för den kommande verksamhetsförändringen.

Stundtals har medarbetare på olika nivåer från olika arbetsplatser uttryckt frustration om att beslut dröjer vilket de också ibland har gjort. Detta dock i linje med det valda arbetssättet; frågor processas i arbetsgrupper innan beslut fattas.

Resultat

Många frågor återstår att arbeta med. Mycket för den nya verksamhetens utformning är beroende av vilken lokal akutavdelningen får starta i och när denna kan tas i bruk. Denna fråga äger fastighetsavdelningen vid landstingsservice. När vi har svar på detta vet vi också hur många vårdplatser vi faktiskt får plats med och därefter kan justera bemanningsförslaget som är lagt samt detaljplanera akutavdelningens utformning. Blir lokalen alltför liten kommer patientflöde samt möjlighet till slutenvård att påverkas negativt och likaså arbetsmiljön för medarbetare vid akutavdelningen.

När det gäller patientflöden och direktinläggningar återstår att utforma rutiner för VIP-patienter och att tidsätta hur länge patienter ska vårdas på akutavdelningen (den del för vård >24 timmar) samt titta på rutiner för rapportering och remittering till annan vårdgivare efter besök eller vårdtillfälle.

För dokumentationen vid akutavdelningen finns en tydlig plan framtagen. Vissa bitar kvarstår men de viktigaste bollarna är fångade av förvaltning vårdssystem. God kompetens och erfarenhet i den operativa arbetsgruppen har varit en framgångsfaktor för detta arbete.

Kompetensutvecklingsmässigt finns en plan framtagen för vad som kommer att behövas. För att genomföra denna kommer tid och personella resurser behöva avsättas. September månad vore bra att planera till detta syfte. Då finns en övertalighet på dagakuten efter neddragning av kirurglinje samt stängning av ytterdörr. Bemanningsproblematik på ÖVA kan komma att utgöra ett hinder för detta under tidig höst.

För läkemedelsgruppen återstår arbete med att sammanföra eller skapa nya dokument. Detta arbete behöver dock utföras av verksamheten själva så att arbetet anpassas efter akutavdelningens behov.

Mobilt team har en grund att starta från med utpekade patientgrupper att besöka. Oklart är hur teamet ska bemannas läkarmässigt. En lösning vore att anställa läkare till akutkliniken med inriktning mot att arbeta i det mobila teamet. Samannonsering för akutkonceptet och ASIH gällande sjuksköterskor och läkare är under planering och kommer att genomföras innan sommaren.

Olika meningar kring vilka som ska kunna kontakta det mobila teamet för besök finns hos deltagarna i den operativa arbetsgruppen. Att tillgodose allas önskemål är inte möjligt initialt

pga. gränsdragning mellan sluten- och primärvård. Den stora svårigheten i ansvarsfördelning för de patienter som mobila teamet besöker behöver lyftas högre upp i organisationen för diskussion.

En vidareutveckling av det mobila teamet mot anslutana patienter och övertagande av vårdgivaransvar är tänkbar. Denna utveckling bör göras i samråd med ASIH så att två alltför likvärdiga verksamheter inte planeras. En tydlig gränsdragning behöver göras mellan de två verksamheterna. Ett studiebesök i likande mobil verksamhet kan behöva genomföras för att hitta rätt väg i detta arbete.

Bemanningsförslag finns framtaget. Detta kan behöva justeras efter att vi mer exakt vet antal vårdplatser/patientkategori, vilket i sin tur är beroende på startlokal för verksamheten.

Förslag till strukturering av ronder är framtaget. På sikt kan en typ av kortare genomgång ”mini-pulsrund” för OBS-patienter utvecklas om behov finns av detta.

Att organisera trombolys på akutavdelningen innebär inga större förändringar från dagens arbetssätt. Det som nu behövs är ett beslut i frågan vart trombolysen ska utföras innan finjusteringar i arbetsmaterial utförs.

Intermediärvården är som tidigare beskrivet högt prioriterad att återinrätta vid BLS, Karlshamn. Avhängt när detta kan ske är när personalen på akutavdelningen är introducerad för att utföra arbetsmomenten.

Slutsats

Flera förslag till grunder för arbetssätt och strukturering av akutavdelningen är framtagna av de olika operativa arbetsgrupperna. Flera övergripande frågor och aktiviteter kvarstår dock att besvara och genomföra. Detta arbete kommer att fortlöpa under tidig sommar. Som viktiga kvarstående moment kan nämnas:

- Risk- och konsekvensanalys
- Risbedömning ur arbetsmiljösynpunkt
- Beslut kring lokal att starta verksamheten i och därefter beslut om antal vårdplatser ur respektive kategori

- Datum för start av akutavdelningen i dess primära lokal
- Budgetberäkningar
- Implementeringsplan med tidsaxel
- Detaljplanering för kompetensutveckling
- Ansvarsfördelning mellan slutenvård och primärvård för patienter det mobila teamet ämnar besöka

Under hösten kommer arbetet med utformningen av akutavdelningen fortlöpa. Grunden för detta kan utgöras av de operativa arbetsgrupperna som kan förfina och utveckla sina respektive områden.

Mycket viktigt känns också att fortsätta den samverkan med kommuner och primärvård som har startat. Tillsammans kan vi förhoppningsvis, under ett mer långsiktigt arbete, utveckla det akuta omhändertagandet ytterligare för invånarna i västra Blekinge.