

# Redovisning kvalitetsarbete schemaläggning 2010-2012

## Bakgrund

I nya ST ställs krav på att ST-läkarna skall genomföra ett kvalitetsarbete (delmål 20 för internmedicin). Klinikomfattande kvalitetsarbete enligt lean-modell, som erbjuder ST-läkarna rutinmässigt aktivt deltagande var en ambition vid Akutcentrum SUS Malmö.

ST-läkare skulle rekryteras tidigt under sin ST och schemaläggas under längre perioder vid en och samma avdelning för att beredas möjlighet att delta i avdelningars olika kvalitetsprojekt. Ambitionen var att skapa arbetsgrupper för kvalitetsfrågor, vilket på andra ställen (läs barnkliniken i Kristianstad) hade varit mycket uppskattat av såväl ST-läkarna som avdelningspersonal. Pågående kvalitetsarbete skulle sedan rapporteras till efterträdaren och skulle på så vis bli kontinuerliga projekt.

Konkret föreslogs följande lösning:

1. Klinikledningen skulle besluta om övergripande kvalitetsarbete (enligt lean-modell). Avdelningschef och ansvarig(a) överläkare skulle få i uppdrag att påbörja förbättringsarbete på varje avdelning. ST-läkare skulle sedan kunna leda lokala förbättringsgrupper.
2. Tanken var att arbetsgrupperna skulle definiera frågeställningar att arbeta med. Omfattning skulle vara så beskaffad att de hann bearbetas inom en tidsram på 6 (-9) månader. ST-läkaren skulle få ansvar för att genomföra ett av de projekt som gruppen hade definierat. Tanken var att arbetet skulle vara tvärprofessionellt.
3. Till handledare för ST-läkarna föreslogs i första hand ansvarig avdelningsöverläkare.
4. Formen för ST-läkarens kvalitetsarbete var tänkt att variera efter lokala förutsättningar men tänktes innehålla en intervention med mätning av resultat. Enligt Region Skånes riktlinjer för ST-utbildning skulle arbetet sedan sammanfattas i en skriftlig rapport.

För att åstadkomma detta bedömde vi att följande förutsättningar krävdes:

1. Planering av ST-läkarnas avdelningstjänstgöringar under längre tidsperioder än vad som dittills varit vanligt. Vi bedömde det rimligt med en sammanhållen avdelningstjänstgöring på minst 6 månader, gärna upp mot ett år. För att praktiskt lösa frågor kring frånvaro för jourtjänstgöring, kurser och andra ledigheter föreslogs att 2 (-3) ST-läkare delade en position på en avdelning på samma sätt som för KUA.
2. Starten på kvalitetsarbetet skulle planeras så tidigt som möjligt under ST. Arbetet var sen tänkt att fullgöras under tjänstgöring i allmän internmedicin (AIM). I praktiken blev denna period dock kortare när man räknat bort tidigare erfarenheter och tjänstgöringar, vikariat före ST etc. Dessutom var vi medvetna om att sammanlagt drygt 6 månader skulle räknas bort för tjänstgöring på KUA och AVA.
3. Ett tydligt uppdrag att delta i avdelningens kvalitetsarbete och att vara handledare åt de ST-läkare som tjänstgjorde på avdelningen.

Ovanstående förslag lades hösten 2010.

För att utvärdera effekten av att försöka knyta upp enskilda ST-läkare till avdelningar har den procent av den totala tjänstgöringstiden under en 3 månaders period som tillbringas vid samma avdelning registrerats före och efter interventionen. Veckorna 9-22, 2010 respektive 2012 jämfördes med varandra. Detta som ett indirekt mått på huruvida individer i schemat fått en större närvaro vid enskilda avdelningar. Vidare gjordes en telefonuppföljning till ansvariga avdelningschefer med 7 frågor rörande projektet, publicerad nedan under resultat.

## Resultat

Sammanfattning av tjänstgöringsfördelning för 3 månader.

Tjänstgörande antal läk	Med 1	Med 2	Med 4	Med 5	Med 15	KUA	AVA	AKVA 3	Resurs	Jour	Ledighet
2012	12	7	7	11	8	3	3	9	2	21	18
2010	8	8	8	6		2	3	7		18	17
Tjänstgöring vid samma avd i % läkartid	Med 1	Med 2	Med 4	Med 5	Med 15	KUA	AVA	AKVA 3	Resurs	Jour	Ledighet
2012	29	31	43	23	30	36	46	12	12	13	22
2010	47	20	36	30		50	56	18		18	17

I fem fall av sju avdelningar har det primära effektmåttet, andel tjänstgöring på samma avdelning varit lägre 2012 jämfört med 2010. Antalet involverade läkare på samma avdelning har på 3 av 7 avdelningar ökat mellan de två perioderna. Sett som ett medel för alla avdelningar var antalet involverade läkare högre 2012 jämfört 2010.

Avseende uppföljningen till avdelningschefer inkom följande svar;

### **Känner du till att det under 2010-2012 fanns en ambition att få tillstånd avdelningsanknutna kvalitetsarbete för ST-läkare enligt Kristianstad-modell?**

Här svarade man på de 4 medicinavdelningarna att detta var ett projekt man hade kännedom om.

### **I vilken grad har du själv varit involverad i något sådant?**

Här har alla fått informationen. De avdelningsanknutna kvalitetsarbetena för ST läkare har generellt inte varit framträdande inslag i avdelningarnas förbättringsarbete. På en avdelning finns projekt med ST-läkar engagemang där man inom ramen för flera tänkta avhandlingar följer patienter med andningssvårigheter tvärprofessionellt.

### **I vilken grad har avd ÖL varit involverad och drivande i ett dylikt projekt?**

Man har inga löpande projekt i exakt denna form på någon avdelning. På den avdelning där man genomför projekt i liknande former finns ett stort överläkar engagemang i projektet.

### **Fanns/finns det på avd ett forum för kvalitetsarbete?**

Samtliga avdelningar har pågående förbättrings och kvalitetsarbeten, dock inte helt inom ramen för ovanstående projekt. För flera projekt hade man önskat större deltagande från läkarsidan, då inte minst ST-läkar sidan. Samtliga avdelningar har olika typer av kvalitetsarbeten. På en avdelning finns ST-läkar engagemang och mätningar före och efter. På en annan avdelning har ST-läkare varit involverade i strukturella förändringar av rondan, det är inte känt om detta lett fram till uppfyllande av delmål 20. På en avdelning finns exempelvis projekt kring vårdplanering, detta saknar dock läkarengagemang. På en annan avdelning har man i samband med avdelningsmöte en öppen tvärprofessionell dialog kring förbättringsmöjligheter som helt utgår ifrån patientens behov. Utvärdering av eventuella förändringar som görs efter sådana möten sker fortlöpande. Eftersom mycket av det som görs i sådana förbättringsåtgärder är svårt att mäta är utvärdering vansklig men man uppfattar att man lyckas fånga upp effekten av förändringen ur ett patient perspektiv.

### **Är dessa arbeten en bra idé?**

Samtliga avdelningsföreståndare ställer sig positiva till kvalitetsarbeten med ST-läkar engagemang.

### **Varför har dessa inte kommit till stånd i föreslagen form?**

Här listas några exempel på förslag till varför projekten med ST-läkar engagemang inte är mer vanligt förekommande, bristande ST-läkar intresse, dålig bemanningskontinuitet för ST-läkare och ÖL, avsaknad av konkret uppgift att utgå ifrån. Man angav också att uppgiften var något otydligt definierad, man undrade vilka som skulle ingå och vad man skulle arbeta kring. Uppföljningen av att projektet som sådant var otillräcklig. Alla ST-läkare upplevs inte prioritera att vara avdelningsnära.

Projektet kan ha drunknat i floden av förslag och parallellt löpande förbättrings projekt.

### **Hur borde detta ha implementerats?**

Projektet borde ha inletts med ett möte mellan ÖL, avd chef, ST-läkare och initiativtagare. Bättre kontinuitet i ST-läkarbemanningen hade underlättat. Föresatsen om ST-projekt borde ha följts upp, den drunknade i floden av idéer man matats med. Större tydlighet kring innehåll och om att detta var prioriterat. Större engagemang från ÖL hade underlättat. Återkommande möten med avstämning hade underlättat. En farhåga var att fokus på patienten riskerar att försvinna om alltför många projekt drivs parallellt.

## **Diskussion av utfall**

I ljuset av den ambition som man hade med förslaget tycks resultatet, att den procent av tid som den enskilde doktorn vistas vid en viss avdelning sjunkit, nedslående. Antalet doktorer som under en tremånaders period passerar en viss avdelning hade ökat sett som ett snitt. Dessa resultat till trots har man mycket positiva erfarenheter på de enheter som haft hjälp av ST-läkare i samband med andra kvalitetsprojekt. Flera faktorer tycks ha bidragit till att resultatet blivit som det blivit.

**ST läkar kontinuiteten har inte varit tillräcklig.** Förklaring till detta kan vara schemaläggarens tillkortakommande, visionen ovan kanske var alltför ambitiös särskilt om man vill rotera på mer belastade schemapositioner. Man bör dock framhålla att avdelning med ST-läkare knuten till ett kvalitetsprojekt haft läkare med upp emot 80% av sin tjänstgöringstid på samma avdelning. Möjligen delvis som en konsekvens av att projektet behövt ST-läkaren.

*Förbättringspotential:* Eventuellt kan tidigt anvisad hemavdelning och kanske därtill knuten handledare underlätta genom att kvalitetsprojekt på detta vis etableras och får ovanstående effekt.

**Mängden parallellt löpande projekt riskerar att stjäla fokus från patienten och detta projekt har därför inte kunnat prioriteras.**

*Förbättringspotential:* Prioritering bland projekt och genomförande av dem som är patienten mest till gagn bör självklart tillämpas, det är dock min övertygelse att ST-läkaren har mycket att bidra med inom ramen för sådana arbeten. Samtliga avdelningar rapporterar dessutom pågående förbättringsarbeten dock med varierande ST-läkar engagemang, detta torde kunna utökas.

**Projektet är i denna form inte en helt naturlig del av avdelningarnas vardagliga arbete.**

*Förbättringspotential:* Häri finns som jag ser det den största förbättringspotentialen, det är inte realistiskt att tro att avdelningarna från grunden skall förändra sitt arbetsätt kring kvalitetsfrågor för att passa ovanstående mall för ST-läkare. Det är dock min övertygelse att ST-läkar inverkan i de olika fungerande forum för kvalitetsfrågor som beskrivits ovan

skulle komma patienten till nytta. Utmaningen ligger istället i att skapa ett klimat där detta tänk ”sitter i väggarna”. Med rätt ingångsvärden skulle ST-läkaren med hjälp av sin handledare inom ramen för ett avdelningsknutet forum kunna tillgodose delmål 20.

### **Tydlighet och uppföljning har varit bristande**

*Förbättringspotential:* Initiativtagaren till projektet borde upprepat ha påmint om möjligheterna att genomföra ST-läkar knutna projekt. Vidare hade en tidigt anvisad hemavdelning med tillhörande handledare med direkt ansvar för delmål 20 kanske underlättat processen.

Inom ramen för projektet intervjuades också tidigare verksamhetschefen i ärendet. Anledningarna till att projektet inte utfallit helt som förväntat framträdde i detta samtal som multipla och initiativtagaren till projektet, klinikchef, studierektor och ansvariga överläkare och avdelningschefer har ett gemensamt ansvar i detta. För att inte överanalysera det som varit, identifierade man framgångsfaktorer för en nylansering av projektet och här identifierades flera punkter.

1. Vi befinner oss idag på en annan plats än vid starten av projektet. Hemavdelning är ett begrepp och kunskapen om nya ST mer spridd. Samtliga avdelningschefer har redan kännedom om projektets existens och en avdelning har mer eller mindre lyckats fullt ut med att implementera en liknande modell.
2. Vid en nystart är det viktigt att vindlägga sig om att projektet får bred förankring och att informationen verkligen når ut, initiativtagaren till projektet, klinikchef, studierektor och ansvariga överläkare och avdelningschefer är helt vitala i detta och nås exempelvis i samband med ett samrådsmöte.
3. Det är helt centralt att det ännu tydligare framgår att detta är ett projekt riktat helt åt att förbättra för patienten och verksamheten och inte är designat för att enkom möta delmål 20. Att ST-läkaren genom ett dylikt projekt fyller delmål 20 är underordnat. Syftet är att skapa förbättringar för patienten och verksamheten. Projektet är alltså tänkt att vara en naturlig del av ett multidisciplinärt brett arbetssätt med syfte att ta tillvara hela avdelningens kunskap.

I samma anda intervjuades också avdelnings-överläkare på den avdelning där projektet fått fotfäste och nedanstående ytterligare framgångsfaktorer utkristalliserades i detta samtal.

4. Engagemang från de ansvariga på avdelningen, läs överläkare och avdelningschef, som hjälp för att identifiera lämpliga utvecklingsprojekt för att skapa mervärden för verksamheten, de som jobbar i den och i slutändan viktigast av allt för patienten.
5. Vikten av att ha ett klimat där idéer och förändringar kommer ifrån verksamheten själv och också implementeras av den till gagn för den och dess syfte.

## **Konklusion**

Det förefaller finnas en bred enighet kring att kvalitetsarbeten med ST-läkar engagemang är bra.

I mina ögon förefaller arbete enligt den modell man föreslagit under hösten 2010 allttjämt tilltalande och en avdelning med avdelningsknutet projekt med ST-läkar engagemang utmärker sig också med hög närvaro av den engagerade ST-läkaren enligt ovan.

Formen för ST-läkarens kvalitetsarbete skulle i de fall man vill bygga vidare på konceptet ännu mer kunna anpassas efter lokala förutsättningar för tvärprofessionellt arbete. Detta med den konkreta uppgiften att med patientens bästa i fokus delta i avdelningens utvecklingsarbete och medverka i en intervention med mätning av resultat, i enlighet med Region Skånes riktlinjer för ST-utbildning.

Fortfarande framstår avdelningschef och ansvarig avdelningsöverläkare som nyckelpersoner i rollen som handledare och koordinerande krafter för dessa arbeten.

Oskar Hammar ST läkare