

Anteckningar från NHS mötet den 11 september 2014
(Christer Bergqvist leder mötet; 18 medlemmar deltar)

Temat för mötet är kirurgisk verksamhet och forskning

Metoder för effektivisering av kirurgisk verksamhet (enligt SBAR)

Presentation av

Lars Rydberg, verksamhetschef vid kirurgiska kliniken Skaraborg sjukhus

Lars inleder sin intressanta presentation med att konstatera att väntelistan för patienter med ljumskbrott visade en annan utveckling än andra patientgruppers. Den minskade inte. Särskilda åtgärder krävdes.

Totala antalet patienter på väntelistan för ljumskbrott uppgick i augusti/september 2010 till 150. Måluppfyllelsegraden var 42 %. På drygt en månad ändrades dessa siffror. Väntelistan sjönk till 42 patienter och graden för måluppfyllelse steg till 54 %.

Siffror för utvecklingen under 2011 visar dels att antalet ljumskbrottopperationer steg successivt under 2011 och översteg produktionsplanen, dels att den samlade benigna operationsproduktionen per månad stämde överens med produktionsplanen.

För att åstadkomma detta underströk Lars nödvändigheten att han måste få hela personalen att inse att situationen för ljumskbrottpatienter var

- ohållbar
- situationen var komplicerad och att
- alla måste engagera sig.

Lars underströk att det var nödvändigt att få organisationen att inse att situationen krävde genomgripande organisatoriska åtgärder med hållbara förändringar, även strukturellt.

Ett projekt sjuöppades som ett "Fritjof Nansen-äventyr/seglats mot okända vatten", där personalen fick olika roller i "besättningen".

Åtgärder/engagemang genomfördes på olika plan, t.ex.:

- krismedvetenhet la grunden för ökad motivation,
- strukturella åtgärder behövdes för att åstadkomma stadigvarande förändring med stöd av
- utbildning med preciserade mål.

Kunskapen om produktionen med fokus på kvalitet var en grogrund för förbättringsarbete

- Jämnare operationsintag
- Förståelse för operationsbyte
- Översyn av kompetensprofilen för läkare
- Jämnare närvaro på mottagningen

Vilket resulterade i

- 29 % ökad benign op. produktion
- 40 % mindre variation mottagningen

Och dessutom

- Inga extramottagningar/operationer
- Inga stafetter

Kirurgiska forskningens villkor

Presentation av

Kent Lundholm

Kent inleder sin framställning med en presentation av sin yrkeskarriär och konstaterar att han 1985 var en av tre överläkare inom (allmän) kirurgi 1985, blev professor 1990, var studierektor för regionala specialiteter inom kirurgi och ingick i områdesledningen. Hans uppskattning av sin chef, professor Tore Scherstén, var inte att ta miste på.

Inom ramen för akademins 3-e uppgift ledde Kent

- Projekt med externt intäktsfinansierad högspecialiserad cancervård
- Utveckling av system för intelligent beslutsstöd i patientvården
- Datastyrda regionala vänsterlistor
- Utveckling av journalsystem/kvalitetsuppföljning

Kent drar sig inte för att konstatera att mycket av detta utvecklingsarbete ”rann ut i sanden”.

Kents forskning var inriktad på

- Kir. metabolism (cancer, palliativ forskning etc)
- Kärkirugi
- Tumörbiologi
- Appendicitforskning

som samlat ledde fram till 31 avhandlingar.

På 80-talet fanns möjlighet att lokalt starta projekt med inriktning på forskning/utveckling på avdelningen (bara man klarade av sin budget). Denna möjlighet existerar inte idag.

Som ett annat exempel på hur förutsättningarna ändrats över tid nämner Kent tidsåtgången för att gå rond på en kirurgavdelning med 20-22 patienter. På 80-talet tog det 45 minuter och idag 6 timmar.

Kent understryker nutritionens betydelse.

Cellerna har en bibehållen energikapacitet. Detta trots att vikten minskar.

Han var med om att utbilda hemsjukvårdsteam för palliativ vård, där bl.a. denna kunskap togs tillvara. Effekten av sådan anti-inflammatorisk behandling vid tumörsjukdom med en kostnad på några kronor per dag var nästan lika effektiv som dagens behandling med dyra läkemedel. Denna kunskap har gått förlorad, liksom hemsjukvårdsteamerna.

Kent konstaterar att forskningens verklighet kännetecknas av bl.a.

- Att det är svårt att få gehör för oväntade resultat
- Att resultat ofta tolkas med specifika syften
- Att resultat oftast styrs med utgångspunkt i konventionella uppfattningar
- Att akademins värderingar motverkar ofta forskningens syften

Betydelsen av klinisk forskning understryks av det faktum

- Att det är oetiskt att inte veta vad som är aktuell kunskap
- Att det oetiskt att behandla utan att vara förankrad i kunskap/beprövad erfarenhet.

Kent formulerar¹ några frågor som utgångspunkt för en fortsatt diskussion:

1. Hur skall den medicinska etiken implementeras i sjukvården?
2. Är det oetiskt att behandla komplexa sjukdomstillstånd om endast ”beprövad erfarenhet” föreligger?
3. Hur långt kan man kräva att medicinska vetenskapligt grundade krav styr utformningen av sjukvårdens struktur och tillgänglighet?
4. Vad är bästa indikatorer på kvalitet i vården?
5. Skall kvalitetsindikatorer redovisas för: sjukhus, enheter, avdelningar, enskilda operatörer (med namn)?
6. Hur löser man problemet med ”erforderligt patientunderlag” om VGR inte uppfyller vetenskapliga kriterier för statistiskt underbyggd kvalitetssäkring på löpande basis vid t.ex. operation av rectalcancer?

Ordföranden tackar de två föreläsarna för eminenta föreläsningar. Medlemmarna ger dem en varm applåd och uttalar önskemålet att denna diskussion får fortsätta vid nästa möte den 30 oktober.

Övrigt

Medlemmarna ger uttryck för inställningen att NHS- mötena bör börja kl 16.00 i fortsättningen

Avslutning

Ordföranden avslutar mötet.

Vid anteckningarna

Per-Olof Brogren

¹ Med redigering i efterhand

