

de tidigare rekommendationerna från 1986 att erbjuda kvinnor i åldern 40 till 74 år hälsoundersökningar med mammografi.

För Socialstyrelsen

Nina Rehnqvist, överdirektör

I utarbetande av detta svar har expertgruppen deltagit. I expertgruppen har ingått Ingvar Andersson, Malmö, Nils Bjurstam, Trollhättan, Jan Frisell, Stockholm, Ingvar Karlberg, Socialstyrelsen, ordförande, Elisabet Lidbrink, Stockholm, Lennarth Nyström, Umeå, Lars Erik Rutqvist, Stockholm och Lázló Tabár, Falun. Referensgruppen har representerats av sin ordförande Ulrik Ringborg, Stockholm.

Referenser

1. Nyström L, Rutqvist LE, Wall S, Lindgren A, Lindqvist M, Rydén S et al Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. *Lancet* 1993, 341: 973-8.
2. Tabar L, Duffy SW, Chen HH. Quantitative interpretation of age-specific mortality reduction from the Swedish breast cancer screening trials. *J Natl Cancer Inst* 1996, 88: 52-5.
3. Bjurstam N, Björnelid L, Duffy SW, Smith TC, Cahlin E, Eriksson O et al. The Gothenburg breast screening trial: first results on mortality, incidence, and mode of detection for women ages 39-49 years at randomization. *Cancer* 1997, 80: 2091-9.
4. Nyström L, Larsson LG, Wall S, Rutqvist LE, Andersson I, Bjurstam N et al. The overview of the Swedish randomised trials. The total mortality pattern and the representativity of the study cohorts. *J Med Screen* 1996, 3: 85-92.
5. Andersson I, Jansson L. Reduced breast cancer mortality in women under age 50: Updated results from the Malmö mammographic screening programme. *J Natl Cancer Inst Mono* 1997, 22: 63-8.
6. Larsson LG, Andersson I, Bjurstam N, Fagerberg G, Frisell J, Tabár L, Nyström L et al. Updated overview of the Swedish randomized trials on breast cancer screening with mammography: Age group 40-49 at randomization. *J Natl Cancer Inst Mono* 1997, 22: 57-62.
7. Andersson I. Utmärkta resultat av mammografiscreening. Ändå en balansgång mellan nytta-skada-kostnader. *Läkartidningen* 1998, 95: 2042-50.

Behöver Sverige akutmedicinare?

I Sverige bärs en stor del av primärjournsverksamheten av de minst erfarna läkarna. Ett sätt att lösa detta och andra kompetensproblem skulle kunna vara att även i vårt land inrätta en särskild specialitet för akutmedicin.

Två skilda system för läkarbemannning på akutmottagningar existerar internationellt. I Sverige och i ett antal andra länder bemannas akutmottagningarna av en eller flera jourlinjer, som beroende på sjukhusets storlek, omhändertar »medicinpatienter».

Vid de största sjukhusen finns i olika varianter separata primär- eller bakjournlinjer för infektion, geriatrik, neurologi, kardiologi och lungmedicin. Parallellt finns en eller flera jourlinjer som omhändertar »kirurgiska patienter». Inom denna sfär kan finnas separata jourlinjer för ortopedi, handkirurgi, urologi, neurokirurgi, brännskadevård och thoraxkirurgi.

Vid vissa akutmottagningar finns parallellt med denna organisation även en akutmottagning för primärvården.

Specialutbildad grupp

I ett flertal andra, framför allt anglosaxiska länder, sker däremot det primära omhändertagandet av specialister i akutmedicin. Denna specialitet, som ännu ej finns i Sverige, är specialutbildad för att kunna diagnostisera och akut omhänderta samt sortera den oselecterade patientgrupp som söker på akutmottagningen. Dessa specialister i akutmedicin omhändertar därför patienterna oberoende om de är »kirurg»- eller »medicin»-patienter.

Efter en bedömning, snabbt insatt terapi eller annat omhändertagande kontaktar därefter specialisten i akutmedicin en representant för den klinik som är adekvat för den vidare handläggningen av patienten. Dessa representanter för de olika klinikerna är oftast sjukhusbundna jourlinjer, men deltar vanligtvis ej i det primära omhändertagandet på akutmottagningen.

”Det skulle med lätthet efter ytterligare tjänstgöring på kirurgiska discipliner kunna gå att utveckla dessa ST-tjänster till en komplett specialitet i akutmedicin, som även omfattar handläggningen av ’kirurgpatienter’ på akutmottagningen.”

Flera kompetensproblem

Fördelen med systemet som finns i Sverige skulle kunna vara att alla patienter direkt på akutmottagningen handläggs av specialister i ämnesområdet. Det har dock i praktiken visat sig att en mycket stor del av primärjournsverksamheten uppbärs av de minst erfarna läkarna. I många fall träffar patienterna på akutmottagningen AT-läkare, vikarierande underläkare som meriterar sig för AT-block eller ST-tjänster eller randutbildande läkare med specialisttjänstgöring i andra discipliner.

På större sjukhus, med två eller fler primärjournlinjer, försöker man naturligtvis para ihop en oerfaren läkare med en mer erfaren kollega, men med det högt uppdrivna tempo som krävs vid dagens akutmottagningar finns tyvärr sällan tid för diskussioner mellan primärjournerna om handläggningen av patienterna.

På större sjukhus finns oftast en be-

Författare

LARS LIND

docent, överläkare

MATS-OLA MATTSSON

ST-läkare i akutmedicin

THOMAS OLSSON

ST-läkare i akutmedicin

URBAN SÄFVENBERG

ST-läkare i akutmedicin; samtliga vid medicinkliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

tydligt högre kompetens, mätt i antalet läkarår, hos kirurg- än hos medicinprimärjournen. En nackdel för den kirurgiska disciplinen i det nuvarande svenska systemet är att en mycket stor del av de yngre kirurgernas arbetstid åtgår till primärjourns verksamhet med åtföljande jourkompensationsledighet.

Detta leder till att en svensk kirurg i genomsnitt opererar mindre än hälften så mycket som till exempel en engelsk kollega, något som från kirurgiskt håll framställts som ett allvarligt kompetensproblem. Detta har belysts i en debattartikel i Läkartidningen för ett par år sedan under rubriken »Dags för kirurgen att lämna akutintaget?» [1].

Utbrändhet kan motverkas

Vad är det som i Sverige talar emot att vi skulle anamma systemet med specialister i akutmedicin? Det främsta skälet emot är att en stor del av dessa doktorer snabbt blir utbrända och ger upp sin specialitet mycket tidigare än andra specialister. Att, som i USA, betala dessa akutmedicinare en högre lön förefaller knappast kunna hjälpa mot utbrändhet.

Vårt förslag är därför att man utbildar akutmedicinare som en påbyggnad till en annan etablerad grundspecialitet. På så sätt skulle akutmedicinaren i Sverige kunna arbeta en del av sin tid på akutmottagningen och till en annan del tjänstgöra inom grundspecialiteten på ett mer traditionellt sätt.

Denna växling i arbetsuppgifter bör kunna motverka den tendens till utbrändhet som tycks vara så vanlig bland utländska akutmedicinare.

Lämpliga specialiteter

Vi inbillar oss att de lämpligaste grundspecialiteter som man kan bredda till att omfatta även en kompetens i akutmedicin är internmedicin eller anesthesiologi.

Vår erfarenhet är att de läkare som väljer att specialistutbilda sig till kirurger gör detta på grund av att de vill ägna sig åt operativ verksamhet. Det förefaller då mindre troligt att en större andel kirurger skulle välja denna subspecialitet.

Då det oftast ingår ett halvår kirurgi samt ett halvår invärtesmedicin/kardiologi i ett specialistblock i anesthesiologi, bör ytterligare ett års kirurgi samt ett och ett halvt års medicin med tyngdpunkt på kardiologi räcka för en kompetens i akutmedicin med anesthesiologi som grundspecialitet.

För en internmedicinare bör denna

grundspecialitet kompletteras med ett och ett halvt års anestesi samt lika stor del kirurgi. En del av den kirurgiska placeringen bör utföras inom neurokirurgin. Inom den internmedicinska grundspecialiteten bör en stor del av tjänstgöringen ske på kardiologsektion/klinik.

Specialister i nästa led

En förutsättning för systemet med specialister i akutmedicin i Sverige är att specialister i de discipliner som övertar värden efter det initiala omhändertagandet på akutmottagningen finns nära tillgängliga. Detta gäller framför allt traumapatienter.

Detta torde knappast vara ett stort problem, då tendensen i Sverige för närvarande är att akutkirurgin försvinner vid små länsdelslasarett och centraliseras till större enheter. På dessa större enheter bör därför en kompetent kirurg med vana vid traumaomhändertagande finnas bunden till sjukhuset.

Engagemang för utveckling

En stor nackdel med den svenska modellen för jourtjänstgöring är att de flesta läkare upplever sin arbetsinsats på akutmottagningen som en tillfällig, övergående, mer eller mindre påtvingad syssla. Det blir därför naturligt att alla dessa »gästarbetare» på akutmottagningen ej i någon större omfattning engagerar sig i utveckling av akutmottagningens verksamhet, kvalitetssäkring m m.

En förutsättning för ett sådant engagemang är att läkaren upplever akutmottagningen som *sin*, om ändå inte enda, arbetsplats. Det kanske till och med krävs att läkaren, åtminstone delvis, är anställd av akutkliniken för att det hos denne skall uppstå ett engagemang som leder till utveckling och framåtskridande.

I dagens organisation är, i bästa fall, endast en läkare anställd av akutkliniken, ofta i en chefsposition. En utveckling av en specialitet i akutmedicin skulle säkert driva på en kvalitetsmässig förbättring i de riktlinjer och vårdprogram för omhändertagande av akut sjuka patienter som bör finnas på varje akutklinik.

Akutmedicinsk inriktning

På medicinkliniken på Akademiska sjukhuset i Uppsala har vi inför planeringen av en medicinsk intermediärvårdsavdelning inrättat tre stycken ST-tjänster i allmän internmedicin med in-

riktning på akutmedicin. Förutom tjänstgöring inom den »klassiska» internmedicinen finns i dessa ST-tjänster även inlagt minst ett års tjänstgöring vid anestesikliniken.

Meningen är att man under denna tid skall skaffa sig färdigheter i omhändertagande av patienter med andningsproblem inklusive färdighet i intubation, samt lära sig lägga in centrala och perifera venkatetrar samt artärkateter. Dessutom skall man tillägna sig kunskap om intensivvård, som även skall vara tillämplig på en medicinsk intermediärvårdsavdelning. I ST-tjänsterna ingår även minst ett års kardiologi.

Tanken med denna specialistutbildning är att man skall stå väl rustad för att kunna omhändertaga akuta »medicinpatienter», sköta en medicinsk intermediärvårdsavdelning, svara för både primärjourns- och bakjournsuppgifter på akutmottagningen, handlägga akuta remisser från andra kliniker, samt handha en »halvakut» mottagning inom den traditionella medicinmottagningens ram.

Denna typ av akutmedicinare skulle också vara väl lämpade att arbeta på en akutmedicinavdelning av den modell som presenterades från Sahlgrenska sjukhuset i en nyligen publicerad artikel i Läkartidningen [2].

Kan bli komplett specialitet

Det skulle med lätthet efter ytterligare tjänstgöring på kirurgiska discipliner kunna gå att utveckla dessa ST-tjänster till en komplett specialitet i akutmedicin, som även omfattar handläggningen av »kirurgpatienter» på akutmottagningen. Vi ser detta som ett första led i en strävan att utveckla en sådan specialitet även i Sverige, men där vi undviker andra länders tendens till utbrändhet och »kort halveringstid» på de läkare som är specialister i akutmedicin.

I en artikel i Dagens Medicin (24 mars 1998) rapporterades att diskussioner pågår inom Stockholms läns landsting om inrättande av akutläkare. Det är vår förhoppning att detta är första steget till en mer omfattande debatt i detta ämne.

Referenser

1. Callaghan P. Dags för kirurgen att lämna akutintaget?. Läkartidningen 1995; 92: 2566-7.
2. Widgren BR, Persson B, Sandberg C, Rydberg RM, Svensson L. God vårdkvalitet trots kortare vårdtider. Läkartidningen 1998; 95: 1807-10.