

# Sjukvården och patienterna behöver akutmedicinare

**En utveckling av akutmedicinen bör ske utan en fragmentering av intermedicinen i fler subspecialiteter. Ett första steg kan i stället vara en förbättrad samverkan mellan olika specialister, främst kirurger och akutmedicinare. Här redovisas den modell som fram i år tillämpas vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset för den akutmedicinska verksamheten och akutintaget.**

Under senare år har många synpunkter på akutsjukvård och verksamheten på akutintagen framförts. Traditionella gränssnitt mellan huvudspecialiteterna har ifrågasatts och börjat lösas upp, samtidigt som nya modeller inom akutmedicin etablerats på flera sjukhus i Sverige. Vi står också inför en förväntad brist på specialister och en sjukvård i behov av restaurering framför allt av organisatorisk art.

De många omorganisationerna inom sjukvården kan vara ett tecken på att de modeller som byggts upp inte är förändringsorienterade i tillräcklig grad. Verksamhetsproblem förklaras ofta med brist på resurser utan analys av organisationens effektivitet. Att skjuta till mer pengar till en ineffektiv organisation förlorar både patienter, huvudman och sjukvårdsorganisationen på.

På Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) finns en akutmedicinsk verksamhetsmodell med stor utvecklingspotential och starkt intresse för ökat ansvar för akutmedicin och verksamheten på akutintaget.

## Förändrat verksamhetsinnehåll

I tidigare artiklar har diskussioner förts om hur akutvården på akutintagen skall organiseras [1, 2]. På många sjukhus planerar man att förändra, eller har förändrat akutvårdsorganisationen. Det finns flera orsaker till detta.

Det akutmedicinska innehållet (inklusive kirurgi) har förändrats, vårdtider har kortats och möjligheten till

avancerad diagnostik hela dygnet har förbättrats. Dessutom finns uppenbara bemannings- och kompetensproblem inom jourlinjerna på akutintagen. Vi står också inför en läkarbrist som ytterligare kommer att tvinga fram nya organisationsmodeller.

I en tidigare artikel redovisade vi en modell för akutmedicinsk vård när patienten väl passerat akutintaget [3]. I en debattartikel har en grupp internmedicinare i Uppsala ställt frågan: »Behöver Sverige akutmedicinare?» [2].

Vi är i de allra flesta stycken eniga med Uppsalagruppen om hur akutmedicin bör utvecklas, men vi anser att denna utveckling bör ske utan en ytterligare fragmentering av internmedicin i fler subspecialiteter. Vi vill här redovisa delar av det fortsatta arbetet inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset och diskutera hur vi tror att framtiden kommer att se ut både på akutintagen och inom akutmedicin.

## Gårdagens modell

Hur akutvården är organiserad beror givetvis på sjukhusets storlek och därmed belastning på och tillgång till läkare för jourssystemet. På större sjukhus, centralasarett och större, finns olika modeller som i huvudsak bygger på tradition och hur klinikerna är organiserade, och i många fall är det finansiella gränssnitt som styr organisationsmodellen.

Den till antalet dominerande patientkategorin på akutintagen, oavsett storlek, är de med internmedicinska diagnoser. Dessa utgör dessutom den dominerande gruppen av patienter som läggs in på sjukhuset. På akutintaget Sahlgrenska söker ca 58 000 patienter/år. Av dessa är ca 26 000 medicinpatienter och 32 000 kirurg-/ortopedpatienter. Denna grova indelning innehåller givetvis både medicinska och kirurgiska subspecialiteter.

Den dominerande delen av dessa patienter ses av primärjouren för medicin, kirurgi och från och med i år även ortopedjour. Av dessa läggs 45 procent av medicinpatienterna, och 27 procent av kirurg-/ortopedpatienterna in för slutenvård. Inom vårt akutintag fanns

*»Denna utveckling kan stöta på hinder bland traditionister, men utifrån vårdkvalitet kommer det med största säkerhet bli bättre under förutsättning att samverkan och rationella organisationsmodeller etableras och att tillräcklig kompetens finns.»*

## Författare

BENGT R WIDGREN

docent, överläkare och sektionschef för akutmedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska

BENGT PERSSON

docent, överläkare

BJÖRN ANDERSSON

med dr, specialist i internmedicin

KATARINA SALDEEN-NILÉHN

med dr, specialist i internmedicin och infektionsmedicin

BJÖRN HORNESTAM

specialist i internmedicin och kardiologi; samtliga akutmedicin MAVA/S, divisionen för internmedicin, kärl- och thoraxkirurgi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

fram till det senaste årsskiftet en traditionell bemanning inom huvudspecialiteterna och subspecialiteter att tillgå vid behov.

### Kompetensproblem

På de flesta större akutintag är väntetider och handläggningstider i många fall för långa. En orsak kan vara att patienterna ibland väntar på att »rätt» säng skall bli ledig. En annan orsak kan vara att primärjouren har för kort erfarenhet och därmed också naturligtvis ett lägre tempo, eller att tillgången till subspecialistjourer gör att patienterna vandrar runt mellan olika jourer på akutintaget.

Skälen till detta kan vara många, men hög belastning i kombination med upplevd för låg egen kompetens kan medverka till fenomenet. Ett problem är att även den som konsulteras ofta saknar specialistkompetens. Huvudsyftet med att upprätthålla en jourlinje inom en subspecialitet är ju att tillföra kompetens, men detta saknas tyvärr alltför ofta även på större sjukhus.

Givetvis måste blivande subspecialister även få eget ansvar och gå jour, men detta måste ske med närvarande kompetent backup-funktion i primärledet. Att man »remitterar internt» är ett problem framför allt på de stora sjukhusen, vilket ofta förlänger handläggningstiden på akutintaget avsevärt.

### Akutmedicin egen specialitet?

Frågan är om akutmedicin skall utvecklas till en egen specialitet. Blir kvaliteten bättre då? Vi tror inte att en egen specialitet löser problemen. Skälen är många, men ett av de viktigaste är att Sverige är för litet, dvs klinikerna för små och antalet läkare som skall fungera som rekryteringsbas för litet om medicinklinikerna fragmenteras i ytterligare subspecialiteter. Denna åsikt har också tidigare framförts av Svensk internmedicinsk förening [4]. Dessutom finns för närvarande en trend att ej godkänna alltför många olika subdiscipliner, vilket vi tycker är bra.

Däremot är akutmedicin en stark och dominerande gren inom internme-

dicin och kan utvecklas till att omfatta även andra verksamhetsområden på det sätt som beskrevs av Uppsalagruppern [2]. Under en övergångsperiod bör man dock organisera arbetet både på akutintag och på medicinska akuttvårdsavdelningar (MAVA), så att framför allt kirurger och akutmedicinare får arbeta parallellt i stark samverkan.

En viktig samverkanspartner i en sådan utveckling kan vara primärvården, som bör delta i handläggningen av det ofta stora antal primärvårdsfall som söker sjukhusens akutintag. En sådan utveckling är logisk eftersom primärvården redan nu har en stor andel »akuta» patienter på sina mottagningar. Under jourtid bör dock samverkan ske på, eller i anslutning till, sjukhusens akutintag, vilket skulle medföra stora logistikvinster både i omhändertagande och i uppföljning.

### Dagens och morgondagensmodell

Inom verksamhetsområdet internmedicin på Sahlgrenska har man sedan februari i år prioriterat verksamheten på akutintaget utifrån kompetensbehovet, genom att en överläkare dagtid arbetar på akutintaget fram till kl 18.00. Dennes uppgift är att prioritera och sortera akutfallen, utgöra en arbetsresurs och en kunskaps-backup för dagjouren.

Rekryteringen till överläkarfunktionen sker genom att en grupp av intresserade specialister inom medicin bildats. Alla har lång erfarenhet, och många är dubbelspecialister med erfarenhet från flera av sjukhusets jourlinjer, inklusive bakjourlinjen. Dessa har förbundit sig att tjänstgöra 3–4 veckor/år på akutintaget fördelade på 2 st 1–2-veckorspass.

När överläkarfunktionen infördes förändrades även dagjoursschemat vardagar. För närvarande tjänstgör dagtid, utöver överläkaren, en läkare kl 08.00–16.30 och en kl 15.00–21.00. Utöver denna »dagbemanning» finns kvälls- och nattjour kl 18.00–08.00, varav en kl 18.00–01.00 och en kl 01.00–08.00.

Denna organisationsmodell utgår från en behovsanalys uppbyggd på patientflöden och kompetensbehov. Utvär-

dering av modellen görs under hösten 1998, men det allmänna intrycket är att modellen fungerar med avsedd effekt, dvs kortare handläggningstider samt högre och närvarande kompetens.

Modellen med 1–2-veckorspass minskar slitaget på de läkare som tjänstgör på akutintaget, ett annars vanligt problem utomlands. Dessutom medför rekryteringsmodellen att flera specialiteter tillför sin kompetens i gruppen och att grenspecialisterna tillförs kunskap via akutintaget ut till sina specialiteter.

### Ökad samverkan och dynamik

Den tidigare beskrivna modellen för sluten akutmedicinsk vård [3] finns nu också etablerad på Mölndals sjukhus och Östra sjukhuset. Ett starkt samarbete finns också etablerat mellan »MAVA-enheterna» i syfte att finna lämpliga gemensamma riktlinjer för arbetet inom SU-organisationen.

Morgondagens akutmedicinska modell kommer med stor sannolikhet att innehålla fler patienter med diagnoser som tidigare traditionellt ej handlades av internmedicinare. Denna trend finns redan på MAVAs/Sahlgrenska, där vi handlägger allt fler tidigare traditionellt kirurgiska diagnoser.

Orsaken till detta är att ett stort antal av de patienter som söker primärt med en kirurgisk diagnos ofta har flera internmedicinska diagnoser sedan tidigare. Flera av dessa kan utgöra differentieldiagnoser men kan också utgöra komplicerande faktorer, som innebär ett högre monitoreringsbehov än vad som kan erbjudas på en kirurgisk vårdavdelning. Denna utveckling kräver större dynamik och samverkan mellan specialister, vilket ställer högre krav på samordning från den medicinskt ansvarige på MAVAs.

Denna utveckling kan stöta på hinder bland traditionalister, men utifrån vårdkvalitet kommer det med största säkerhet bli bättre under förutsättning att samverkan och rationella organisationsmodeller etableras och att tillräcklig kompetens finns. Dessutom behövs kompetensmässig beredskap för tem-

poväxling och dynamik i diagnostik/behandling.

## Ledarskapet måste vara tydligt

Traditionellt finns inom sjukvården många chefer, men ofta saknas ett gott ledarskap, trots att det finns engagemang och en stark vilja på olika chefsnivåer. Bristande förmåga och resurser att tillgodose att ledarna erhåller tillräcklig kompetens spelar sannolikt stor roll. Den nuvarande trenden inom sjukvårdsorganisationen med dubbla chefer på produktionsnivå kommer på sikt att visa sig ineffektiv. Stor risk finns att ledningsfunktionerna utvecklas åt olika håll med minskad medicinsk kvalitet och säkerhet som följd.

De skatta organisationerna med ett stort antal, ofta parallella, chefsbefattningar som en ensam verksamhetschef skall kommunicera med bidrar också till bristande funktionellt ledarskap. Ansvarslogik måste införas, dvs att nödvändiga befogenheter delegeras för att befattningshavarna skall kunna hantera ansvaret. På många håll finns emellertid en rädsla för att delegera nödvändiga befogenheter ut till produktionsnivå, med minskad motivation som följd.

## Sammanfattande synpunkter

Utvecklingen leder internmedicinen in i en mer differentierad akutmedicin än tidigare, och vi är övertygade om att detta är en för patienten positiv utveckling. För huvudmannen innebär det att de opererande specialisterna på sikt kan avlastas en del av arbetet på akutintaget och rikta sin uppmärksamhet mot de patienter som läggs in på sjukhuset.

En sådan förändrad verksamhet måste ske gradvis och med tillräcklig utbildningsaktivitet. En anpassning av organisationen med ökad samverkan mellan huvudspecialiteterna är också nödvändig. Det är också mycket viktigt att man vid uppbyggnaden av akutmedicinska enheter ser över ledarskapet, och att ansvar och befogenheter följs åt och att ansvarsintegritet respekteras. Enheterna måste också vara resultatansvariga avseende ekonomi och kvalitet

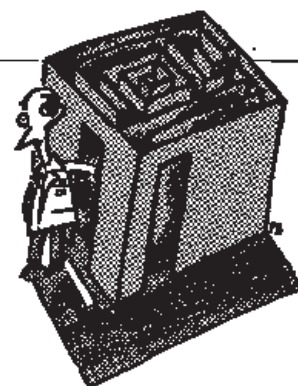
men organiserade inom internmedicinska verksamhetsområden.

Ett sätt att driva på processen i en tydlig riktning vore att i Sverige skapa ett gemensamt forum för utbyte av erfarenheter och idéer mellan kolleger intresserade av den akutmedicinska utvecklingen. Intresserade kan höra av sig till Bengt R Widgren, sektionen för akutmedicin, division B, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg.

E-post:  
bengt.widgren@sahlgrenska.se

## Referenser

1. Callaghan P. Dags för kirurgen att lämna akutintaget? *Läkartidningen* 1995; 92: 2566-7.
2. Lind L, Mattson M-O, Olsson T, Säfvenberg U. Behöver Sverige akutmedicinare? *Läkartidningen* 1998; 95: 3156-7.
3. Widgren BR, Persson B, Sandberg C, Rydberg RM, Svensson L. God vårdkvalitet trots kortare vårdtider. *Läkartidningen* 1998; 95: 1807-10.
4. Lindgren S, Juhlin P. Behövs emergency doctors i Sverige. *Internisten* 1998; 2: 6.



**enligt  
min  
erfarenhet**

## Läkartidningens serie 1990-1992 i särtryck

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Pris 55 kr. Vid 11-50 ex 50 kr, vid högre upplagor 47 kr/ex.

Beställ här:

..... exemplar av  
Enligt min erfarenhet

Namn .....

Adress.....

.....  
Sändes till Läkartidningen,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet med  
»Enligt min erfarenhet»

Beställning per fax:  
08-20 76 19