

vudman och systemen har utvecklats och organiserats väldigt olika. Decentraliseringen har i nedskärningstider medfört att landstingen gärna kör på i gamla spår som börjar bli slitna på sina håll.

Primärvårdens barnmorskor tar proven men deltar inte i den vidare handläggningen, och får ofta inte heller information om denna. Cytopatologerna har oftast hand om databaserna som uppdateras inom budget på billigaste sätt utan att man tar till vara deras möjligheter till överblick vid behandlingskontroll och klinisk uppföljning.

Samordningen har på många håll varit bristfällig mellan primärvård, cytopatologer, gynekologer, gyn-onkologer och datafolk. Det går diken mellan landstingen och mellan de kliniskt verksamma och de som forskar i virologi, genetik och epidemiologi.

Vaga definitioner och otydliga befogenheter

De nationella råd som utfärdas tillämpas ofta mekaniskt, och bara i några få landsting har man analyserat sin cancersjuklighet i förhållande till effekten av det egna screeningprogrammet. Ansvar ut i landstingen är ofta vagt definierat med otydliga befogenheter.

De ansvariga för screeningprogrammen har ganska sällan deltagit i internationella kongresser och möten om screeningproblematik. Nationella myndigheter/organisationer som Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Socialdepartementet har inte hört samman tidigare förslag om nationell samordning och kvalitetssäkring av verksamheten.

Verktyg finns – putsning behövs

Vi håller därför med Peter Bistoletti om att det är hög tid att se över organisation och innehåll, och vi är eniga med honom i de förslag till förbättringar han redovisar.

Vi hyser dock gott hopp eftersom det i Sverige finns goda verktyg bara de plockas upp och samordnas. Här finns innehållsrika databaser som kan utnyttjas bättre. Här finns aktiv forskning om humant papillomvirus (HPV), genetik, epidemiologi och beteendevetenskap, många goda krafter finns utspridda i landet och det finns mycket att lära från andra länder. Onkologiska centra engagerar sig alltmer.

Seminarium om förebyggande

Vad vi än vill göra i framtiden måste vi hålla reda på vilka som deltagit i

screeningen och hur länge, om tveksamma prov är optimalt utredda och om behandlade lesioner är uppföljda. Historiken bakom inträffade cancerfall måste analyseras, och användningen av ny teknologi utvärderas. Allmänheten måste få information så att man inte skräms bort dem som behöver komma. Det här kräver stor flexibilitet i organisationen.

HARG har därför utlyst ett seminarium om förebyggande av cervixcancer på Läkaresällskapet i Stockholm den 13 oktober 2000 kl 10–16. Avsikten är att inventera problematiken och skapa ett nätverk mellan dem som är aktiva inom forskning och screeningprogram. Intresserade inbjuds att anmäla sig till under tecknad på e-postadressen: bengt.andrae@lg.se

Det kommer också ett symposium om HPV-screening på Riksstämman i Göteborg den 1 december.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Gynekologisk cellprovskontroll. Förslag till screeningprogram. SoS-rapport 1998:15. Stockholm: Socialstyrelsen, 1998.
2. Miller AB, Chamberlain J, Day NE, Hakama M, Prorok PC. Report on working of the UICC (International Union Against Cancer) project on evaluation of screening for cancer. *Int J Cancer* 1990; 46:761-9.
3. Sigurdsson K The value of screening as an approach to cervical cancer control. Göteborg: The Nordic School of Public Health 1999. NHV Report 1999/4:33.
4. Sasieni P, Adams J. Effects of screening on cervical cancer mortality in England and Wales: analysis of trends with an age period cohort model. *BMJ* 1999; 318: 1244-5.
5. The Swedish Cancer Registry. Cancer Incidence in Sweden 1958–1998. Stockholm: Socialstyrelsen, 1960–2000.
6. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi: Att förebygga cervixcancer samt vaginal- och vulvacancer. Riktlinjer för diagnos, behandling och kontroll av intraepitelial neoplasia och papillomvirusinfektioner i cervix, vagina och vulva. Stockholm: SFOG, 1997. ARG-rapport nr 35, 1997.
7. Monsonego J, ed. Cervical cancer control. Joint international meeting. General statements and Guidelines. Paris: EUROGIN Sci publ, 1997: 18-9.
8. Andrae B, Smith P. Clinical impact of quality assurance in an organized cervical screening program. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78: 429-35.
9. Kenter GG, Schoonderwald EM, Koelma IA, Arentz N, Hermans J, Fleuren GJ. The cytological screening history of 469 patients with squamous cell carcinoma of the cervix uteri; does interval carcinoma exist? *Acta Obstet Gynaecol Scand* 1996; 74: 400-3.
10. Andersson-Ellstrom A, Seidal T, Grannas M, Hagmar B. The pap-smear history of women with invasive cervical squamous carcinoma. A case-control study from Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79: 221-6.

Behöver Sverige akutmedicinare?

Ja, men på våra villkor

Den 7–8 oktober 1999 samlades cirka 150 läkare från större delen av Sverige till »Första svenska mötet i akutmedicin» i Uppsala. Syftet med mötet var att dels diskutera behovet av och den eventuella utbildningen för speciella akutmedicinare, dels att diskutera hur vi skall organisera intagnings-/akutvårdsavdelningar i Sverige.

Framför allt i anglosaxiska länder finns sedan ett par decennier tillbaka en specialitet som kallas emergency medicine. Läkare med denna specialistkompetens handlägger majoriteten av de patienter som söker på akutmottagningarna. Dessa läkare har i allmänhet ingen annan grundspecialitet. I de flesta fall finns då separata jourlinjer i kirurgi och medicin/kardiologi som handlägger ineliggande patienter på sjukhuset. Akutläkarna har oftast inläggningsrätt på sjukhusets avdelningar.

Erfarenheten från framför allt USA är att dessa akutläkare är välbetalda, arbetar långa arbetspass på akutmottagningen, snabbt blir utbrända samt avbryter sin bana som akutmedicinare. Det råder därför en bred enighet bland akutmedicinskt intresserade läkare i Sverige att inte okritiskt anamma den anglosaxiska modellen.

Hur ska vi utforma tjänsterna?

En lämplig utgångspunkt för denna diskussion bör vara att en akutmedicinare inte skall jobba mer än cirka halv-

Författare

LARS LIND

docent, överläkare
lars.lind@medsci.uu.se

ANDREAS TERÉNT

docent, överläkare; båda vid sektionen för akut- och invärtesmedicin, medicencentrum, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

Det finns en stark vilja i Sverige att förändra jourbemanningen på akutmottagningen.

tid varje vecka på akutmottagningen. Resten av arbetstiden bör ägnas åt undervisning, forskning eller mer traditionell tjänstgöring inom en moderdisciplin.

En annan förutsättning är att redan från början koppla akademiska tjänster och forskningsverksamhet till akutmedicin. Även om det i anglosaxiska länder finns specifik forskning inom akutmedicin är denna akademiska tradition eftersatt i jämförelse med de traditionella specialiteterna.

Status av subspecialitet

En tredje förutsättning för att konceptet med akutmedicinare skall bli lyckat i Sverige är att verksamheten får status av subspecialitet med definierad specialistutbildning. Förutom subspecialiteten akutmedicin skall läkaren ha specialistkompetens inom ett traditionellt område, till exempel internmedicin, kardiologi, anestesi eller kirurgi.

Fördelen med denna dubbelspecialisering är att akutmedicinerna dels kan tillföra akutverksamheten erfarenheter från flera specialiteter, dels ha ett naturligt alternativ till akutmottagningsarbetet om man efter en tids tjänstgöring vill återgå till mer elektiv verksamhet.

Vilka läkare skall utbilda sig till akutmedicinare?

På denna fråga finns inget klart svar i Sverige. Karolinska sjukhuset kommer inom kort att anställa ett antal medicinare och kirurger som akutmottagningsläkare. Dessa läkare kommer att ta sig an sina »traditionella» patientkategorier. Om dessa traditionella jourlinjer med tiden kommer att smälta samman till en gemensam disciplin där akutläkaren tar sig an alla typer av patienter

som söker på mottagningen är en öppen fråga.

Internmedicinare i Uppsala

I Uppsala har vi agerat enligt tanken att eftersom andelen medicinpatienter hela tiden ökar, och andelen kirurgpatienter minskar, är det rimligast att akutmedicinen har internmedicin som grundspecialitet. Vi har därför som påbyggnad på specialistutbildningen i allmän internmedicin lagt extra kardiologitjänstgöring utöver den obligatoriska och ett års anestesi- och intensivvård.

Med ytterligare 1–1,5 års tjänstgöring inom kirurgiska discipliner bör läkare som utbildats enligt denna norm kunna primärhandlägga alla patienter som kommer till akutmottagningen. Detta förutsätter dock att en bakjournkompetent kirurg finns att tillgå för till exempel traumafall samt för den slutgiltiga bedömningen av akuta bukar.

Alla jourlinjer skall naturligtvis ej bemannas av akutmedicinare eftersom det finns ett stort behov av utbildning för AT- och ST-läkare. Dessa läkare under utbildning bör dock alltid arbeta tillsammans med en rutinerad akutmedicinare för stöd och handledning.

Öppenvårdsläkarna i akutorganisationen

Traditionellt har distriktsläkare haft jourtjänstgöring vid speciella jourcen-

”En lämplig utgångspunkt bör vara att en akutmedicinare inte skall jobba mer än cirka halvtid varje vecka på akutmottagningen.”

traler, ofta ej förlagda på sjukhuset. Vi tror att öppenvårdsläkarna skulle ha en given plats på akutmottagningen och då omhänderta de fall som de tidigare skött på jourläkarmottagningen samt fall av denna karaktär som kommer till akutmottagningen.

Hur skall vi organisera akutvårdsavdelningar?

Speciellt i Västsverige har ett antal akutvårdsavdelningar (AVA) vuxit fram under de senaste åren. Målsättningen är korta handläggningstider, stor patientgenomströmning samt snabb diagnostik och behandling. För att kunna genomdriva detta har dessa avdelningar förtur till viss diagnostik, till exempel ultraljud och datortomografi. Akutmedicinerna utför dessutom själva vissa undersökningar såsom arbetsprov och ekokardiografi.

Denna typ av akutvårdsavdelningar kan tjäna som förebild för organisationen av omhändertagandet av alla akutpatienter som kräver sluten vård. En förutsättning är också gott samarbete med en geriatrisk rehabiliteringsklinik samt den kommunala hemtjänsten.

Tjänstgöring på dessa akutvårdsavdelningar kan vara en av de arbetsuppgifter som akutmedicinare kan ha förutom sin halvtidstjänstgöring på akutmottagningen och i moderdisciplinen. Det är ett väl känt faktum att arbetet på en slutenvårdsavdelning oftast är intensivast för läkarna på förmiddagen medan patienttillströmningen på akutmottagningen har sin topp under eftermiddagen.

Bred uppslutning nödvändig

Sammanfattningsvis finns i dag en stark vilja i Sverige till förändring av jourbemanningen på akutmottagningen. Några färdiga mallar för hur denna förändring skall ske finns inte, men framtida praktiska erfarenheter får bana väg i denna utveckling.

Vid mötet i Uppsala bildades som ett uttryck för denna vilja Svensk förening för akutmedicin. Det övergripande målet för föreningen är att utveckla organisatoriska och medicinska modeller för akutsjukvård. Detta initiativ kommer från internmedicinen, men för att denna förening på ett effektivt sätt skall kunna utveckla akutmedicinen är det naturligtvis helt nödvändigt att ha med läkare från alla specialiteter som handhar akutpatienter, inklusive primärvården.

Den intresserade kan kostnadsfritt bli medlem i föreningen genom anmälan till: akutmedicin@medicin.uas.lul.se •