

i stället utgör en förutsättning för deras egen tillgång till bra vård.

När det gäller det framtida antalet privatpatienter borde detta knappast vara ett problem. Så länge köerna är betydande inom sjukvården kommer egna företagare, industri- och tjänsteföretag, för att inte nämna statliga verk, att söka försäkringsskydd för viktig personal. Här finns det mycket pengar att tjäna i sparade sjukskrivningsmånader. Många privatpersoner, som också skulle anse det viktigt att utöver obligatorisk sjukavgift kunna försäkra sig om ett snabbt omhändertagande, skulle utnyttja möjligheten. Men när köerna tar slut då? Glöm det! Det kommer aldrig att hända.

Sahlbergs spärr mot privata patienter

Det s k Sahlbergsska utredningsförslaget, som just nu remissbehandlas, lämnar öppningar för ett ökat privat huvudmannaskap. Tyvärr innehåller förslaget en spärr mot vård av privata och allmänna patienter på samma sjukhus. Detta för att omöjliggöra mer än en bagatellartad privatfinansiering i svensk sjukvård. Se det som en politisk eftergift för regeringens ideologiska argument att sjukvård inte får bli en handelsvara.

Med skällsordet handelsvara underförstås då möjligheten att köpa sjukvård på ett sätt som drabbar den vanliga patienten. Men om nu den vanliga patienten i stället gynnas, skulle inte det kunna ge anledning att tänka om på högsta ort? Allrahelst som också försäkringskassornas katastrofala utgifter torde påverkas i gynnsam riktning.

Allmänheten, och säkerligen de allra flesta som arbetar i sjukvårdssektorn, önskar inget hellre än att den offentliga kassan skulle räcka till för all behovsprövad sjukvård. Men om nu detta inte är möjligt och andra finansieringskällor måste tillgripas, är det då inte rimligt att noga granska möjligheten till ett ökat privat kapitaltillskott, även om det skulle innebära ett paradigmskifte?

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Patientnära hjärtultraljud öppnar nya möjligheter för akutinriktad medicinvård

Möjligheten att utföra hjärtultraljundsundersökningar på den medicinska akutmottagningen har höjt vårdkvaliteten bl a i form av bättre diagnostik och behandling och kortare vårdtider. Att själv kunna se undersökningen på avdelningen ger den ansvarige klinikern ett komplement till statusfynd och anamnes. Största problemet för verksamheten i framtiden är bristen på ultraljudsutbildade läkare.

SVEN-OLOF GRANSTAM
överläkare
Sven-Olof.Granstam@lio.se

JAN LJUNGHUSEN
överläkare; båda vid akutkliniken, Universitetssjukhuset, Linköping

|| För att klara det akuta omhändertagandet föreligger ett behov av snabb utredning och snabbt insatta behandlingsåtgärder. På medicinska akutmottagningen (AVA) tas ett blandat patientklientel emot, t ex obstruktiv lungsjukdom, bröstsmärta, tromboembolisk sjukdom, intoxicationer, förmaksflimmer och infektioner. Många patienter är äldre med flera bakomliggande kroniska sjukdomar.

Hjärtultraljud ger möjlighet till bättre förstärkelse av akuta problem hos patienterna. Möjligheten att själv kunna se undersökningen på avdelningen ger den ansvarige klinikern ett komplement till statusfynd och anamnes. Sedan år 2001 bedriver vi hjärtultraljud på akutavdelningen, s k AVA-eko. Vi vill här beskriva hur man på en akutmottagning kan bygga upp en verksamhet i nära samarbete med klinisk fysiologi för att kunna bibehålla en hög kvalitet.

Utredningarna

Vi utreder alla som bedöms kunna ha nytta av undersökningen. Verksamheten bedrivs i ett särskilt rum på AVA med möjlighet till goda undersökningsbetingelser och korta transporttider. Flera av patienterna är medtagna varför fördelar även finns övervakningsmässigt då man kan ha kvar telemetri och ha närhet till personalinsatser när detta behövs. Vi gör mellan 25 och 40 undersökningar per månad. Ett avtal har upprättats där akutkliniken betalar totalt 50 000 kronor per månad (med uppehåll två sommar-månader) till fysiologiska kliniken för tillgång till apparat, arbetstid för biome-

dicinska analytiker (BMA) och service oavsett hur många AVA-ekon som görs. Läkare och BMA på fysiologiska kliniken, däribland Miriam Johansson som kontaktperson och Göran Eklund som ansvarar för utrustningssupport, har haft en betydelsefull funktion.

Arbetsgången

En BMA från fysiologiska kliniken gör vanligen först basundersökningen. En läkare på AVA granskar, kompletterar samt skriver svaren. Man får med denna modell en daglig dialog med fysiologiska kliniken personal. Vi är för närvarande tre ultraljudsutbildade doktorer. Detta är ett minimum, och fem personer vore att föredra.

I Linköping ges signeringsrätt för svar när kompetens finns för att bedöma undersökningarna. I praktiken har detta inneburit att man arbetat en tid inom ultraljudsverksamheten på fysiologiska kliniken för att få denna kompetens. Läkare utan signeringsrätt kan ingå i verksamheten men måste även då ha en god grundkunskap i ultraljundsundersökning. Läkare från fysiologiska kliniken har då granskat svaren.

Utvärdering

Under fyra månader 2002 har utskrivande läkare fått fylla i en blankett för utvärdering av AVA-ekoverksamheten. Av 123 lämnade formulär har 118 återlämnats (96 procent). Följande frågor ställdes:

- Har medicinändring skett efter AVA-eko?
- Har AVA-ekosvaret givit diagnos som inte fanns före undersökning?
- Har möjligheten till AVA-eko minskat vårdtiden?
- Har vårdkvaliteten påverkats av möjligheten att göra AVA-eko?
- Har du haft hjälp eller nytta av

AVA-eko för placering av patient eller för val av insatsnivå?

- Hur lång väntetid tog det från det att du skrev remiss tills patienten blev undersökt?

Resultaten visade att hos totalt 52 procent av de undersökta skedde en medicinändring som följd av svaret på undersökningen (Figur 1). Upp till 67 procent av patienterna fick en ny diagnos efter undersökningen. Vårdtiden ansåg man kunna minska för 64 procent av patienterna som en följd av undersökning. Vårdkvaliteten ansågs påverkats av möjligheten att göra AVA-eko hos hela 95 procent. Totalt sett gjordes AVA-eko inom ett dygn från det att remissen skrevs på 94 procent av de undersökta!

Diskussion

Med avdelningsanknuten hjärtultraljudsverksamhet kan vi höja den totala vårdkvaliteten. Patienterna kommer att ha fler (ibland färre) och mer korrekta diagnoser, som behandlas bättre. Vårdtiden förkortades hos många av de undersökta, vilket kan bero på dels att man tidigt fått klart med planerad undersökning och kunnat skriva ut patienten i direkt anslutning till denna, dels på tidigt

insätta åtgärder som kunnat korta vårdtiden. Möjligheten finns att utreda direkt efter det att patienten lagts in från akutmottagningen, och man kan ibland tidigt flytta patienten till optimal avdelning, t ex till hjärtintensivvård.

Det har känts naturligt att integrera AVA-eko i avdelningsarbetet då undersökningen passar väl in i ett akut invärtesmedicinskt arbetssätt. Vi utreder fler patienter när undersökningsmöjligheterna blir mer tillgängliga. De patienter som inte bedöms klara medicininsättningar eller som är i livets slutskede bör dock inte utredas extensivt.

Ultraljudskompetens

En förutsättning för att det ska fungera väl är alltså att tillräckligt många doktorer på akutavdelningen har ultraljudskompetens. Alla ST-läkare i akut invärtesmedicin behöver inte ha fysiologisk placering i sina planer, men flera bör uppmuntras ha 6 månaders ultraljudsutbildning som de sedan kan bygga vidare på för att kunna delta som AVA-ekodoktorer. ST-läkare under randutbildning från kardiologiska kliniken kan också med fördel ingå i AVA-ekoverksamheten.

II Fakta 1

- Eko-apparat (GE Vingmed) tillhandahålls av fysiologiska kliniken under eftermiddagar samt jourtid.
- Biomedicinsk analytiker deltar 3 timmar per vardagseftermiddag
- Läkare från medicinska akutvårdsavdelningen ansvarar för utlåtandena men kan vid behov rådfråga ultraljudsansvarig läkare på fysiologiska kliniken.
- Undersökningarna dokumenteras som bilder och rörliga loopar i lagrings- och bearbetningssystemet Echopac (GE Vingmed). Svar skrivs och arkiveras i det patientadministrativa systemet för fysiologi (PAF, MTA, Södersjukhuset).
- Undersökningen följer i princip samma omfattning som på fysiologiska kliniken.
- Fullgod kvalitet eftersträvas för såväl undersökning som svar.

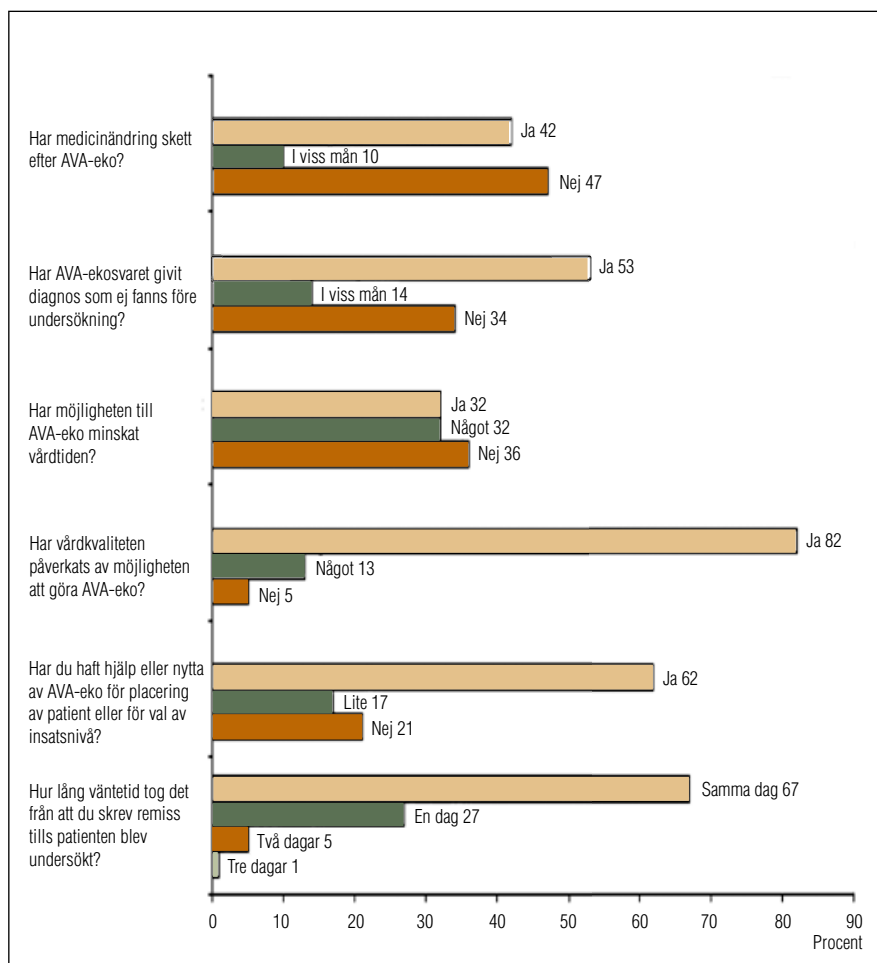
Största problemet för verksamheten framöver är bristen på ultraljudsutbildade läkare. Ultraljudsutbildningen bör med fördel ske på fysiologisk avdelning för att deltagarna ska få en gemensam grund, men vidareutbildning blir naturlig på AVA. Man får avsätta tid för ansvariga läkaren även när BMA medverkar. När man undersöker tre patienter per eftermiddag är det rimligt att räkna med två timmars doktorstid och tre timmars BMA-tid. Om den ekoutbildade doktorn gör fler undersökningar helt själv måste denne ges ytterligare tid i schemat.

De komplexa frågeställningarna och fynden gör att screeningundersökningar inte ger adekvat information. Det är av stor vikt att undersökningarna håller en viss standard beträffande innehåll och kvalitet oavsett var på sjukhuset de utförs.

AVA-ekoverksamheten har kunnat ske inom befintlig budget. Vi arbetar med en fast månadsavgift, vilket innebär att vi även gör en ekonomisk insats med varje utförd AVA-eko. Man måste dock vara beredd att göra justeringar i såväl verksamheten som det ekonomiska avtalet mellan klinikerna. En fördel med vårt samarbete med fysiologiska kliniken – förutom de som redan nämns – är att befintliga maskinella och personella resurser utnyttjas optimalt.

Vi kan konkludera att med AVA-eko öppnas nya möjligheter för akutinriktad medicinvård. Patientvården kan uppnå kvalitetsvinster. Utbildning och tillgång på kompetens kring ultraljud är den stora utmaningen för framtiden.

* Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.



Figur 1. Resultat av utvärdering av AVA-ekoverksamheten 2002. Procent.