

Närakutmottagningar viktig del av ny sjukvårdsstruktur i Skåne

r I Region Skåne pågår en genomgripande översyn av den skånska hälso- och sjukvården inom ramen för projektet Skånsk Livskraft – vård och hälsa. Närsjukvården skall vara basen i hälso- och sjukvården och ansvara för huvuddelen av människors vardagliga sjukvårdsbehov. En viktig uppgift för närsjukvården blir att samordna funktioner, kompetenser och resurser utifrån vårdbehovet. Detta kräver ett fördjupat samarbete mellan det som idag är primärvård, kommunernas hälso- och sjukvård samt övriga specialister. Internmedicinen har här en central roll.

JESPER PERSSON
med dr, verksamhetschef, medicinkliniken, Centralsjukhuset, Kristianstad
(jesper.persson@skane.se)

STEFAN RYDÉN
docent, regionöverläkare/medicinsk rådgivare, Region Skåne

II I Region Skåne pågår sedan 2001 en samlad översyn av sjukvården, Skånsk Livskraft – vård och hälsa, som syftar till att skapa en långsiktigt bättre vård på de olika nivåer där vård bedrivs i regionen idag. I detta projekt har den samlade hälso- och sjukvården delats in i fyra olika områden (närsjukvård, specialiserad akut- och planerad sjukvård samt hög-specialiserad sjukvård) på tre nivåer (Figur 1). Akut och planerad verksamhet finns inom alla tre nivåer (markerat med rött respektive grönt). Inom de tre förstnämnda områdena finns idag formulerade målbilder som sammanfattar de grundläggande tankarna för den framtida sjukvården. En målbild för den hög-specialiserade vården väntas vara klar under hösten.

Allt fler äldre i vardagssjukvården

Vi vet från Socialstyrelsens inventering av landets medicinkliniker att nästan 40 procent av patienterna är över 80 år, 90 procent läggs in akut och 76 procent kommer hemifrån; mindre än hälften kan återvända hem [1]. En tredjedel av dem som inte behövde sjukhusets resurser kom från äldreboende och hade med fördel kunnat vårdas i annan vårdform. Slutligen konstaterades brister i samordning mellan sjukvård och kommun. Medan andelen äldre över 80 år har ökat med 16 procent under perioden 1990–2000 har vårdplatserna under samma tidsperiod minskat med 23 procent.

Denna demografiska förändring och den minskade tillgången på vårdplatser ställer allt högre krav på att vården vid medicinklinikerna, inom primärvården och kommunerna fungerar och att samarbetet mellan vårdgivare löper smidigt.

Nuvarande sjukhusstruktur i Skåne

I Skåne, med 1,1 miljon invånare, finns 10 sjukhus; 6 mindre, 2 medelstora och 2 stora universitetssjukhus. Samtliga dessa sjukhus bedriver internmedicinsk akutverksamhet i delvis olika former. På alla sjukhusen utom vid Universitetssjukhuset MAS, Malmö, och Universitetssjukhuset i Lund finns medicinklinikerna kvar som sammanhållna enheter som bedriver och ansvarar för den internmedicinska akutvården dygnet runt. Två av de mindre sjukhusen (Landskrona och Simrishamn) har reducerad verksamhet nattetid. På Universitetssjukhuset MAS finns en bibehållen internmedicinsk medicinklinik som bemannar de internmedicinska jourlinjerna, dock finns separata kardiolog- respektive neurologkliniker med egna jourlinjer. I Lund har man ingen samlad medicinklinik, utan den internmedicinska verksamheten är uppdelad i olika divisioner. Här är akutvården organiserad under en separat akutklinik.

Jourbördan på de sjukhus som har akutverksamhet dygnet runt är hög och skapar periodvis en oacceptabelt hög arbetsbelastning med rekryteringssvårigheter till internmedicin som följd. Detta problem är störst på de mindre sjukhusen där det ibland även är problem med att med ordinarie bemanning täcka de internmedicinska jourlinjerna.

För närvarande pågår i Skåne en intensiv informationsverksamhet om hur sjukvården i regionen ska omstruktureras med utgångspunkt i Skånsk Livskraft – vård och hälsa. Nästa fas i utvecklings-

Tema: Akutsjukvård

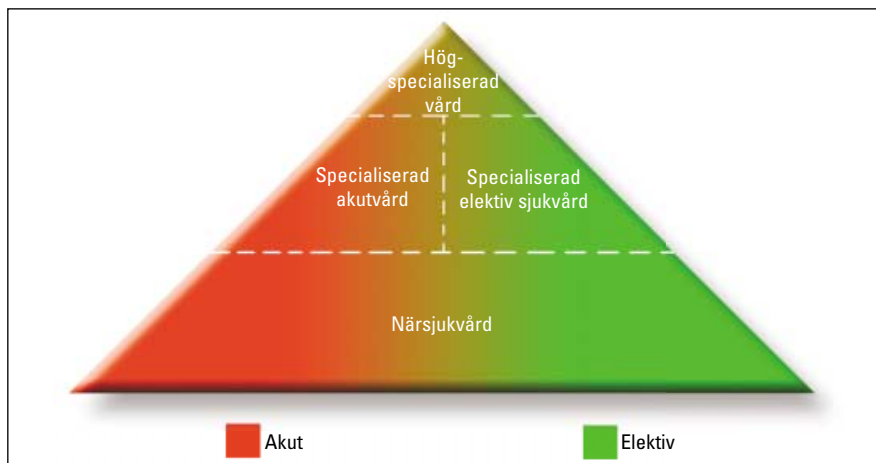
Se även medicinsk kommentar på sidan 3214 i detta nummer. Ytterligare artiklar på samma tema publiceras i nästa nummer.

arbetet innebär en konkretisering av målbilderna för de fyra olika vårdområdena. Tveklöst kommer ett förverkligande av intentionerna att innebära synnerligen genomgripande omdaningar av den skånska sjukvården, med tonvikt på förstärkta samband mellan vårdgivare med olika organisatorisk hemvist och inom olika nivåer i sjukvården. Det fortsatta arbetet sker i nära samverkan mellan landsting och kommuner.

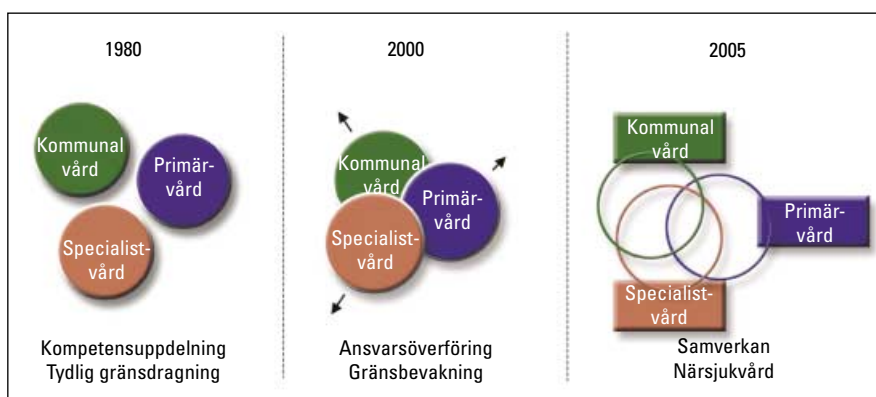
Närsjukvård – helhetssyn

Närsjukvården är basen i sjukvården, där en god kvalitet förutsätter nära samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård, primärvård och sjukhusvård. Närsjukvården blir därmed en funktion och inte en vårdnivå, vilket innebär att närsjukvården definieras utifrån sitt vårdinnehåll och inte utifrån organisation. Närsjukvården måste präglas av tillgänglighet, helhetssyn, kontinuitet och trygghet, som tillsammans med geografisk närhet för vanliga åkommor ska skapa hög patientupplevd kvalitet. Väl fungerande vårdprocesser, uppdaterade vårdprogram och bred generalistkompetens ska säkra en hög medicinsk kvalitet.

Nyckeln till en bra framtida närsjukvård är flexibelt och revirfritt samarbete över administrativa och ekonomiska gränser. Under 1980-talet hade vi en relativt ändamålsenlig uppdelning i primärvård, kommunal vård och sjukhusvård (Figur 2). Under 1990-talet har vi genom Ädelreform och demografisk utveckling sett att allt fler patienter är gemensamma för de tre vårdgivarna. Problemet är att respektive vårdgivare inte på ett strukturerat sätt strävat efter samverkan utan tvärtom efter avgränsning. Detta fenomen är välkänt för alla inom akutvården och ses i olika grader på olika sjukhus och mellan olika specialiteter, där nog den internmedicinska jourläkaren oftast står sig slätt emot de opererande specialisterna. Vi ser det också dagligen i kontakterna mellan kommun, sjukhus och primärvård. De stora förlorarna i detta spel är i första



Figur 1. Vårdstruktur i Region Skåne (rött markerar akut vård och grönt elektiv vård).



Figur 2. Hälso- och sjukvårdens tre aktörer. Det finns ett betydande gemensamt ansvar för stora patientgrupper som har ökat och kommer att öka. Den organisatoriska uppdelningen är inte ändamålsenlig för den framtida vården av dessa grupper av patienter/vårdtagare.

hand patienterna och i andra hand ekonomin, eftersom detta är slöseri med tid och därmed resurser. Denna utveckling måste brytas för att vi ska få en kostnadseffektiv och ändamålsenlig vård på alla nivåer. Utan en välfungerande bas inom närsjukvården raseras hela vårdpyramiden.

En strukturerad och nödvändig satsning på hälsofrämjande åtgärder, egenvård och ökade möjligheter att tidigt upptäcka och åtgärda försämrat hälsotillstånd, framför allt hos äldre med kronisk sjukdom, kan med all säkerhet bidra till att vårdbehovet – inte minst det akuta – reduceras till gagn för alla. Detta är viktiga uppgifter för närsjukvården.

Närsjukvård och internmedicin

Omkring hälften av alla akutfall på svenska sjukhus hör till det internmedicinska området [2]. Detta förhållande är likartat oberoende av sjukhusets storlek. Däremot varierar andelen akutfall som kunnat handläggas inom primärvården avsevärt mellan olika sjukhus. Detta är avhängigt av hur primärvården fungerar och är bemannad. På akutmottagningen i Malmö har till exempel olika mätning-

ar visat att 30 procent av patienterna dagtid och 40 procent nattetid borde handlagts inom primärvården [3]. Dessutom vet vi att många av de äldre, de äldre-äldre och de multisjuka hade mått bättre av att behandlas i eget eller särskilt boende om lämplig medicinsk kompetens med läkarhembesök och sjuksköterskeinsatser hade kunnat tillhandahållas. För många förflyttningar mellan olika vårdinrättningar/akutmottagningar/vårdavdelningar ställer allt som oftast dessa patienter i ett sämre hälsotillstånd än vad som hade behövts om vården skett närmare patientens hemmiljö.

Tyvärr är generalistkompetensen inom internmedicin idag en bristvara. Subspecialiseringen har en tendens att gå för långt i förhållande till det reella behov som de stora patientströmmarna skapar. Önskvärt vore att de subspecialiserade läkarna fanns som en resurs, antingen inom närsjukvården (för de stora diagnosgrupperna) eller i nätverk med nära kontakt med generalisterna (för mer sällan förekommande sjukdomar). Kompetenssamverkan är en central funktion i en fungerande närsjukvård,

och med hänsyn till vårdens innehåll finns här ett stort behov av internmedicinsk kompetens. De flesta patienter på dagens akutmottagningar kan handläggas inom ett närsjukvårdskoncept i samverkan mellan internister och allmänmedicinare och med tillgång till konsulter från andra baspecialiteter (till exempel kirurgi och ortopedi) utan att patienten behöver remitteras vidare till annan vårdnivå.

Konkretiseringar

De första konkretiseringarna av Skånsk Livskraft – vård och hälsa omfattar det akuta omhändertagandet. Det är inte ekonomiskt eller medicinskt försvarbart att ha tio fullt utrustade akutsjukhus i Skåne. Alla sjukhus i Skåne kommer dock att utgöra betydelsefulla delar av den sjukhusbundna delen av närsjukvården, där medicinklinikerna utgör basen. Den helt övervägande delen av den internmedicinska verksamheten bedöms tillhöra närsjukvården. Inom närsjukvården måste det finnas möjlighet till akut omhändertagande dygnet runt, året om. Vi ser olika nivåer på det akuta omhändertagandet.

Familjeläkarmottagningarna är den naturliga första nivån inom närsjukvården, om man bortser från vård i hemmet. Här bör de allra flesta patienter med närsjukvårdsbehov i framtiden kunna tas om hand när behovet uppstår, det vill säga »här och nu«. När familjeläkarmottagningen är öppen skall patienter efter bedömning av vårdbehovet hänvisas dit. En hög tillgänglighet till familjeläkarmottagningen är därmed en nyckelfaktor för en välfungerande närsjukvård.

Därutöver behövs ytterligare en nivå för det akuta omhändertagandet inom närsjukvården i form av en närakutmottagning med tillgång till utökad medicinsk service, som laboratorium och röntgen, samt med så kallade närvårdplatser för slutenvård. I Skåne skapas nu begreppet »närakutmottagningar«. Denna funktion skall finnas på alla Skånes sjukhus och baseras på internmedicinsk kompetens. Under de tider på dygnet som kan motiveras av vårdbehovet, och då familjeläkarmottagningarna är stängda, skall det även finnas familjeläkar-kompetens på närakutmottagningen. Däremot bör närakutmottagningen under dagtid inte handlägga patienter lämpade för familjeläkarmottagningen utan skall då ses som ett komplement till familjeläkarmottagningen för mer resurskrävande närsjukvård. Beroende på verksamhetens utformning och närhet till specialiserad vård kan andra medicinska kompetenser verka inom närakutverksamheten. Närvårdsplatserna sköts gemensamt i nära samverkan mellan oli-

ka medicinska specialiteter som också har inläggningsrätt. Patientansvaret tas av den specialist som har relevant kompetens, men detta kan avgöras efter initialt omhändertagande och när patienten är på plats. Risken för »onödiga« inläggningar skall inte öka om man inom närsjukvården tar ett gemensamt medicinskt och praktiskt ansvar för patientomhändertagande. En sådan närakutenhet skulle kunna bli en plats för gränslös samverkan mellan olika specialiteter med olika organisatorisk hemvist men med ett gemensamt närsjukvårdsuppdrag. En gemensam arbetsplats för personal från olika organisationer inom närsjukvården skulle kunna bidra till ett ökat kunskapsutbyte och sammanhållna vårdprocesser.

Arbetet med att konkretisera innehållet i denna verksamhet tar nu sin början. Även om grundstruktur och funktion innebär ett nytt arbetssätt måste utformningen anpassas till de olika lokala förhållanden som råder. I Västmanland har man arbetat med en modell med reducerade akuta resurser på de mindre sjukhusen, vilket har förorsakat stor debatt lokalt om hur akutsjukvården skall se ut (se artiklar och debattinlägg i Västmanlands Läns Tidning 3–6 juni 2003). Debatten har här blivit till ett ifrågasättande av en del av de små sjukhusen.

Vilka minimikrav skall ställas på en verksamhet för att den skall kallas akutmottagning? Svensk internmedicinsk förening har bland annat hävdat att både röntgen och laboratorieservice skall finnas dygnet runt för att den akuta internmedicinska vården skall hålla rimlig kvalitet. Det är av största betydelse att verksamheten vid närakutmottagningarna och inom närsjukvården kan erbjuda fullgod kvalitet med de resurser för diagnostik och behandling som motiveras av vården. I den skånska modellen förutsätts att den internmedicinska verksamheten till största delen rymms inom begreppet närsjukvård. Den måste omfattas av samma höga kvalitetskrav som idag, vilket ställer motsvarande krav på medicinsk service och andra stödresurser. Det finns annars en inte obetydlig risk att närsjukvårdsbegreppet inklusive verksamheten vid närakutmottagningen degraderas till en andra rangens vård. Detta hindrar inte att delar av den internmedicinska verksamheten kan komma att koncentreras till färre enheter. Denna utveckling styrs av såväl nationella riktlinjer som regionala medicinska program. Vår bedömning är att detta volymmässigt utgör en mindre del av verksamheten inom det internmedicinska fältet.

I arbetet med Skånsk Livskraft har nästa nivå inom akutsjukvården benämnts specialiserad akutsjukvård.

Denna skall tillgodose det resurskrävande medicinska omhändertagande som krävs vid livshotande tillstånd eller akut allvarligt insjuknande eller skada. I den presenterade målbilden förslås att denna verksamhet koncentreras till färre enheter än idag. Den resurskrävande akutsjukvården inom opererande specialiteter kommer därför att koncentreras till fyra sjukhus i Skåne: Helsingborg, Kristianstad, Lund och Malmö.

Hinder för genomförandet

Ett stort hinder för genomförandet av denna förändring är att de mindre sjukhusens läkare idag upplever att den planerade inriktningen mot närsjukvård medför en degradering av den vård som erbjuds idag. Man befärar att det blir andra klassens sjukhus med ett B-lag som utgör det samlade läkarkollektivet. Det är uppenbart mer spektakulärt att kunna mycket om lite än tvärtom. Men vad dagens (och morgondagens) patientflöden behöver är breda kompetenser i de första leden. En mental förändring beträffande detta synsätt vore önskvärd och borde inledas redan under grundutbildningen. Arbetet inom närsjukvård måste också göras mer attraktivt arbetsmiljömässigt, ekonomiskt och vetenskapligt.

Samtidigt finns idag en påtaglig oro från primärvårdens företrädare att bli uppslukade av sjukhusvärlden, inte minst i anslutning till arbetet på närakutmottagningarna. Här finns ett annat område där vi genom tydliga uppdrag, förtroendeskapande diskussioner och prestigelöst samarbete måste hjälpas åt att skapa en bra grund för närsjukvårdens utveckling. Ett arbete som måste få ta sin tid. Misstänksamheten om att få andras problem i sitt knä har en lång och ibland tyvärr välgrundad tradition.

Ett tredje hinder är den kärva ekonomiska situationen, där Region Skåne måste få balans i ekonomin. Det är svårt att genomföra strukturella förändringar som blir bättre och samtidigt spara pengar.

På de större sjukhusen kan det också vara problematiskt att innefatta tre olika »vårdlogiker« med delvis olika identiteter. Även på sjukhus med specialiserad akutsjukvård är nämligen en stor andel av de internmedicinska akutfallen av närvårdskaraktär. Akutvården måste därför även här organiseras på så sätt att en bred generalistkompetens för de internmedicinska fallen finns tillgänglig. Utbildningsaspekterna avseende såväl grundutbildning, allmäntjänstgöring samt specialistutbildning inom allmän internmedicin och dess grenar måste beakta behovet av generalistkunnande.

De medelstora sjukhusen har ett

verksamhetsinnehåll som tillgodoser de funktioner som behövs för att bedriva specialiserad akutsjukvård, och genom sammanhållna internmedicinska verksamheter kan antalet jourlinjer hållas på en rimlig nivå.

De allra största sjukhusen – i Skåne och i Sverige – har svårt att i läkarledet bibehålla och organisera denna breda kompetens inom internmedicin, antingen beroende på att subspecialiteten är stor (till exempel inom kardiologi och neurologi) eller för att subspecialiteten har divisionaliserats till en annan verksamhet (till exempel angiologi till kärlkirurgi, lungmedicin till toraxkirurgi eller liknande). Vid vissa sådana sjukhus har man försökt säkra kvaliteten på det akuta internmedicinska omhändertagandet genom att bygga upp akutkliniker.

I Skåne har vi inga läkare med en kompetens som skulle kunna rubriceras som specialistkompetens i akutmedicin, utan de så kallade akutklinikererna bemannas av läkare med bred internmedicinsk eller allmänkirurgisk bakgrund, som sköter de stora patientströmmarna. Det kan vara svårt att ha generalister inom internmedicin under lång tid placerade enbart inom akutmedicin.

Akut internmedicin har således ett ansvar att fungera såväl i närsjukvårdens akutverksamhet som inom den specialiserade akutsjukvården. Akut internmedicin bör därför vara en sammanhållen kunskapsbas. Det innebär i praktiken att en sådan doktor har två fack av sitt kunnande där båda kompetenserna bibehålls genom ständig rotation mellan arbetsuppgifterna. I enstaka och volymbetingsade fall kan man ha specialister som enbart ägnar sig åt en högre specialiserad vård – men detta bör utgöra en mindre del av sjukvårdsproduktionen totalt sett.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Äldre inom akutmedicin. Inventering av patienter 80 år och äldre på medicinklinik. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
2. Hällmarker U, Gustafsson C, Hansson PO, Magnusson S, Nilsson H. Akutsjukvården kräver starkare internmedicinska resurser. Läkartidningen 2002;99:2858-61.
3. Persson T. Slutrapport, delprojekt Närsjukvård. Malmö: Malmö Stad. Västra Innerstadens stadsdelsförvaltning; 2001.



= artikeln är referentgranskad