

Snabbmottagning gav bra flyt på hudklinik



MATS BERG, docent, överläkare
mats.berg@akademiska.se
ANDERS HALLÉN, med dr,
överläkare

LINDA NORDLÖV,
med kand; samtliga vid hud-
klinikerna, Akademiska sjukhuset,
Uppsala

Som ett led i vårdutvecklingsprogrammet »Bra flyt« på Akademiska sjukhuset införde hudklinikerna hösten 2002 en regelbundet återkommande »prickmottagning«. Målet var att den skulle bidra till att förkorta väntetiderna, som dessförinnan hade varit 6–12 månader för nybesök. På prickmottagningen samlades till en början i huvudsak nybesök för olika hudtumörer, varje besök fick ta tio minuter och patienterna skulle vid behov huvudsakligen följas upp per telefon eller post. Mottagningen drivs av två erfarna hudspecialister, och en standardiserad pappersjournal ifylls för senare inskanning. På denna finns förval för de vanligaste diagnoserna/diagnosnumren och terapierna och en figur för att pricka in var hudförändringarna är lokaliserade. Med tiden har även »enklare« remissfall med dermatoser inlemmats i mottagning, så att vi numera döpt om den till »snabbmottagningen«.

Patienterna förinformerar om besökets längd och att det troligen inte kommer att finnas någon tid till kirurgiska ingrepp i samband med besöket. I praktiken hinner man ändå med en hel del småkirurgi, såsom biopsier, frysning med flytande kväve, diatermi/elektrokauterisation, kyrettag, planexcision utan sutur etc. Ambitionen har varit att endast i undantagsfall sätta upp patienterna för återbesök och försöka klara så mycket som möjligt vid förstasbesöket, för att därefter sköta eventuell uppföljning via telefon eller brev.

Vi uppfattade själva mottagningsformen som en viss form av nytänkande men var osäkra på om den samtidigt skulle kunna innebära risk för felbedömningar och felhandläggningar på grund av det högt uppskrivade tempot. Därför utfördes som ett 5-poängsarbete inom läkarutbildningen en uppföljning och utvärdering av snabbmottagningen med avsikt att studera vilka patienter som handlades, vilka åtgärder som utfördes, antal vidareremitteringar och återbesök samt eventuella tecken till komplikationer på grund av mottagningsformen.

METOD

338 slumpvis utvalda patienter, huvudsakligen från början av införandet (för att få så lång genomsnittlig observationstid som möjligt), togs fram för journalgenomgång. Medelåldern var 51 år (5–95), 63 procent var kvinnor och medelobservationstiden 15 månader (6–24 månader). Akademiska sjukhuset har inte remisstväng, så 39 procent av patienterna sökte själva utan remiss, men övriga kom på läkarremiss (71 procent från husläkare, 18 procent från annan sjukhusspecialist, 7 procent från privatläkare och 4 procent från skolkvård/BVC). På samtliga patienter noterades eventuella journaluppgifter på hudklinikerna även efter besöket på snabbmottagningen.

RESULTAT

407 diagnoser noterades på de 338 patienterna (Tabell I), och hos 72 procent av patienterna var bedömningen den enda åtgärden (Tabell II). Drygt hälften av alla patienter kan indelas i fyra typgrupper med avseende på diagnos och handläggning: 29 procent pigmentnevus utan åtgärd, 10 procent seborroisk keratos utan åtgärd, 10 procent aktinisk keratos med terapi och 7 procent terapi och/eller biopsi av basaliom.

För de fyra vanligaste diagnoserna utfördes följande åtgärder (summan kan avvika från 100 procent):

- Pigmentnevus: 92 procent ingen åtgärd, 5 procent remiss till kirurg för excision, 3 procent mindre kirurgisk åtgärd vid besöket (saxklipp eller planexcision), 1 procent terapeutisk (dvs hela förändringen) stansbiopsi.
- Seborroisk keratos: 64 procent ingen åtgärd, 27 procent kyrettag, 9 procent kryoterapi med flytande N₂, 2 procent termokauterisation/diatermi, 2 procent (diagnostisk) stansbiopsi.
- Aktinisk keratos: 51 procent kryoterapi enbart (N₂), 22 procent kryoterapi + kyrettag, 13 procent ingen åtgärd, 4 procent recept (Solaraze), 4 procent hudbiopsi (övriga 96 procent klinisk diagnos), 2 procent termokauterisation, 2 procent termokauterisation + kyrettag.
- Basaliom: 37 procent (huvudsakligen diagnostisk) stansbiopsi, 20 procent kyrettag + kryoterapi (N₂), 20 procent kryoterapi enbart, 20 procent remiss öron-, näs- och halsklinik (för excision av vissa basaliom i ansikte), 13 procent termokauterisation + kyrettag, 7 procent klipp/kyrettag/planexcision.

28 patienter (8 procent) kom på mer än ett besök på klinikerna (för orsaker se Tabell III). Endast 3 av de 28 besöken var planerade återbesök. Inget av extrabesöken kunde bedömas som extraordinärt på grund av felbehandling med anledning av den snabba mottagningsformen med kort tid per besök.

DISKUSSION

Snabbmottagningen har hjälpt till att korta våra väntetider till 2–3 månader i oprioriterade fall, och vi har kunnat rationalisera handläggningen av hudtumörer. Detta är ju annars en tumörgrupp som tenderar att öka på grund av ökande ålder i befolkningen, ökad uppmärksamhet på bruna hudförändringar, framför allt hos kvinnor och ändrade solvanor de senaste decennierna. Vi anser att det är viktigt att dessa patienter – trots det stora antalet – i så stor utsträckning som möjligt bedöms av dermatologer.

SAMMANFATTAT

Genom att samla »enkla« specialistfall till en speciell snabbmottagning, bemannad med erfarna specialister, kan hudklinikerna vid Akademiska sjukhuset i Uppsala handlägga en stor mängd remissfall på kort tid utan väsentlig påverkan på vårdkvaliteten. **På tio minuter** per patient

diagnostiseras hudtumörer, enklare kirurgiska ingrepp utförs och rutindermatoser handläggs. **En enkel standardiserad** journalmall används. Ett fåtal patienter följs upp med personliga återbesök, övriga följs upp via brev, telefon eller vid behov.

TABELL I. De vanligaste av de 407 diagnoserna som noterades på de 338 utvalda patienterna på snabbmottagningen.

Diagnos	Procent
Pigmentnevus	32
Seborroisk keratos	16
Aktinisk keratos	13
Basaliom	9
Lentigo solaris	7
»Fibrom«	4
Oklar diagnos	3
Cherry spots	3
Nodulus cutaneus	1
Annan diagnos (akne, rosacea, lichen ruber, psoriasis, alopeci, talgkörtelhyperplasi, follikuliter, hyperpigmentering, kloasma, klavus, lichen sclerosus et atrophicus, disseminerad lupus erythematosus, subakut kutan lupus erythematosus, balanit, naevus comedonicus, kongenitala nevus, hematom, hyperkeratoser, herpes simplex, malignt melanom m fl)	26

log för att minska antalet diagnostiska excisioner. Huruvida dessa utförs av dermatologen själv eller inte kan diskuteras och möjligen vara kontroversiellt, men vi valde att remittera vidare i de fall där vi ansåg att det behövdes diagnostiska excisioner.

Samhällsekonomiskt är vi övertygade om att detta är det mest rationella arbetssättet. En normal excision kan utföras av många olika specialistläkare, inklusive husläkare, men endast en dermatolog kan diagnostisera med en hudspecialists ögon! I vår utvärdering handlades mer än 90 procent av patienterna med bruna fläckar utan diagnostisk excision. Beträffande hudtumörer finns det med detta resonemang samhällsekonomiska skäl till att dermatologen i de flesta fall fungerar som primärinstans. Ett enda melanom (Tabell I) upptäcktes bland ca 150 patienter som sökte för kontroll av bruna fläckar, vilket är ett rimligt antal i nivå med våra tidigare erfarenheter från »prickdagar« och prickmottagningar.

Erfarenhet, god patientkontakt, tempo

Mottagningsformen har varit delvis personbunden, men kraven på doktorn är dock rimligt stora. Det bör vara en erfaren doktor med mer än tio års specialisterfarenhet. Tio minuter inklusive administrativa krav (journal, diagnostik, prissättning för besöket) kan synas kort men är i de allra flesta fall fullt tillräckligt.

Bland de mer tidskrävande momenten i besöket är att etablera kontakt med patienten och att avsluta besöket. För det första momentet har vi ansett det värdefullt och snabbast att själv hämta patienten i väntrummet. De sekunder man förlorar på att behöva gå 20–30 meter vinner man ofta i att snabbt och opretentiöst få en god kontakt med patienten. Det senare kan närmast underlättas om det är rörigt i väntrummet med många patienter och tillfällen till gemensam situationskomik.

Vi har dessutom använt oss av en förtryckt pappersjournal, där endast ett fåtal ord har behövt ifyllas. Vidare är det viktigt att det snabba tempot inte förtrycks av alltför krångliga patientfall, såsom t ex parasitofobier eller komplicerade utredningsfall. I dessa fall måste man ha en möjlighet att sätta upp ett snabbt extrabesök eller akut föra över patienten till en kollega.

Instrument inom räckhåll

Slutligen är det viktigt att de vanligaste kirurgiska instrumenten finns lätt tillgängliga på varje rum, så att doktorn så fort som

TABELL II. De vanligaste åtgärderna hos de 338 patienterna.

Åtgärd	Procent
Ingen förutom bedömning och information	72
Kryoterapi (N ₂)	17
Kyrettag/klipp/planexcision	14
Recept	9
Biopsi	7
Vidareremittering för excision	6
Termokauterisation	2

TABELL III. De 28 patienterna som kom på mer än ett besök (genomsnittlig uppföljningstid 15 månader, spännvidd 6–24).

Orsak	Antal
Ny aktinisk keratos	5
Nytt basaliom	3
Olika tumörer	8
Seborroiska keratoser	2
Besvärlig akne	2
Besvärlig rosacea	2
Svårläkt diatermisår	1
Kontroll av malignt melanom	1
Keloid efter kyrettag + kryoterapi	1
Kontroll av Solarazebehandlad aktinisk keratos	1
Basaliom med senare fotodynamisk terapi	1
Besvärlig follikulit	1

möjligt kan börja utföra småkirurgin utan att behöva vänta på att assisterande personal ska hinna komma in på rummet (i vårt fall via en ringsignal).

Svaghet att patientenkät saknas

Ett av skälen till att vi utförde denna utvärdering var att vi var oroliga för att vi varit för drastiska i vår handläggning. Ingenting i uppföljningen talar dock för detta. Det är förstås möjligt att patienter kan ha sökt annan vårdgivare, men detta borde ha kommit till vår kännedom om det förekommit i någon större omfattning. Många patienter säger spontant i samband med besöket att de är imponerade av den snabba handläggningen, men en svaghet med utvärderingen är förstås att vi inte haft någon patientenkät för mätning av vad patienterna tycker om mottagningsformen. Dock bör påpekas att denna inneburet så pass stora fördelar att det skulle krävas starka indikatorer på missnöje från patienterna för att vi skulle ha ifrågasatt mottagningsformen.

SLUTSATS

I vårt fall har det fungerat utmärkt med snabbmottagningen både för läkaren och för patienten. Det är här viktigt att poängtera att alla olika patienter och frågeställningar förstås inte lämpar sig för snabbmottagning. Ibland behövs en utförligare anamnes, och en sådan tar tid. Det finns dock alltid anledning att ifrågasätta vårt arbetssätt och om och hur vi kan »jobba smartare utan att jobba hårdare«. För att lyckas med detta måste vi driva gränserna för hur långt vi kan gå utan att hota patient-säkerheten och också följa upp nya metoder eller mottagningsformer.

En intressant positiv effekt av mottagningen har vidare blivit att det är en bra auskultationsmottagning, inte bara för blivande hudspecialister utan också för diverse andra yrkeskategorier inom och utanför kliniken.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*