

Om akutintagseländet – sett inifrån ...

Hur länge skall akutintagseländet få fortgå innan någon ingriper? Kanske behöver man råd av försvaret – en »major« som strukturerar och organiserar det dagliga arbetet vid de svenska akutintagen?

Nyligen tvingades jag en söndag vid lunchtid att uppsöka akutintaget på ett närbeläget större sjukhus för att få sytt en sågskada. Nu fick jag uppleva det alla talar om, men ingen gör något åt – det svenska akutintagseländet.

Med min arm stasad och provisoriskt omlindad vände jag mig först till distriktsläkarjouren, som emellertid omedelbart hänvisade mig till kirurgjouren. En proffsig och charmig sjuksköterska (hon hade säkert gått charmkursen) tog emot mig, tvättade såret och lade ett provisoriskt förband. Sedan vidtog väntan, väntan och åter väntan.

Efter ett par timmar kom sjuksköterskan tillbaka till det traumarum som jag ockuperade för att meddela att det skulle dröja länge innan jag blev omhändertagen. Hon föreslog därför att jag skulle gå över till distriktsläkarmottagningen för att få hjälp. Den mottagande sjuksköterskan på denna enhet blev emellertid inte särskilt glad att få en patient till utan återvisade mig till den kirurgiska enheten.

Här skrevs jag nu in som ortopedpatient, och ny väntan vidtog. Plötsligt uppenbarade sig en läkare, som sade sig vara ortoped, men bara för att hämta ett otoskop (han var tydligen också öronläkare). Han kunde förtälja att det skulle ta ytterligare ett par timmar innan man kunde ägna sig åt mitt sår.

Just som jag övervägde om jag skulle ringa bakjouren (en gammal tidigare medarbetare) och be honom förbarma

sig över mig, alternativt gå till ett närbeläget apotek för att skaffa grejor och »lappa ihop« skadan själv, så uppenbarade sig en vänlig ambulansläkare. Han erbjöd sig att sy mitt sår med förbehållet att han, kanske innan det var klart, kunde bli tvungen att rycka ut. Jag accepterade erbjudandet med tacksamhet, dock under förutsättning att, om så skedde, utrustningen skulle lämnas kvar så att jag själv kunde avsluta jobbet.

Historier liknande denna hör man om och om igen – det är troligen en bild av vardagen på alla akutintag runt om i landet, sannolikt varje dag för tusentals patienter. Alla pratar om det, gamla vänner och läkarkolleger, och kanske oftast de som liksom jag är föredetta i branschen.

Så här har det varit i många år, och eländet tycks bli allt värre. För några år sedan fick min mycket gode vän, ett mångårigt landstingsråd och ordförande i sjukvårdsstyrelsen och senare också flerårig landshövding, brutalt uppleva det. Han hade drabbats av en svår cancersjukdom, och var i dess slutskede.

En tidig morgon när han skulle gå ur sängen ramlade han på golvet och kunde inte resa sig, varvid hustrun tillkallade ambulans. De bad ambulansen att köra honom till onkologen på regionsjukhuset ca 20 km bort, men fick veta att ambulansens instruktion var att alltid köra till det närbelägna storsjukhuset, där han också blev »tippad« på ett rum på akutintaget.

När åtta timmar av tröstlös väntan gått ringde hans gråtande hustru mig: »Jag är med NN på akutintaget på sjukhuset MM och ingen bryr sig om oss.« Jag infann mig snabbt och fann till min förvåning på insidan av dörren till rummet ett anslag, med följande text: »Ha förståelse för om läkaren dröjer, han kanske opererar eller tar hand om svåra sjuka.« Kanske hade det satts upp på 1800-talet, då sjukhuset bara hade ett

fåtal läkare och inte som idag kanske tusen eller fler läkare.

Det sjukhus jag besökte verkade egentligen idylliskt och ganska tomt på patienter, fränsett distriktsläkarmottag-

ningen. Pärilband av personal stod vid mottagningsdiskarna och väntade på honom/henne – läkaren som aldrig visade sig. Man tycktes heller inte vara informerad om var vederbörande fanns eller vad han gjorde.

När jag för femtio år sedan var jour hade vi varken sökare eller mobiltelefoner, men vi höll bra kontakt med mottagningen. Mellan operationer och andra göromål sprang vi ned på akutintaget för att »röja«.

Information är så viktig. Tänk om sjuksköterskan t ex kunnat säga: »Läkaren opererar just nu men beräknas vara färdig om en timma, då kommer han ner och tar hand om dig.« När jag senare i livet blev bakjour instruerades jag att jag skulle vara disponibel både kvalitativt och kvantitativt, dvs rycka in

vid överbelastning. Är det så också idag?

Akutintaget är ingen populär arbetsplats och har aldrig varit det. Men någon måste vara där och utföra en viktig uppgift. I England får idag allmänläkarna Europas högsta allmänläkarlön, upp till 2,5 miljoner kronor per år, för att medborgarna skall få ett bra och snabbt omhändertagande när de behöver det.

I Sverige tycks man mest lösa problemet genom att tillsätta fler administratörer, ofta läkare, ibland till och med kallade verksamhetschefer. Sällan tycks man se till att det finns fler kompetenta läkare »på golvet«, som »skottar undan« bland de väntande.

Det gamla klinikchefsansvaret tycks skrotat, liksom den uråldriga och viktiga principen: »När det stormar skall kaptenen vara på bryggan.« Det verkar också som om proportionerna mellan läkare och annan personal är fel – på något sätt som om SAS skulle försöka flyga plan

I Sverige tycks man mest lösa problemet genom att tillsätta fler administratörer, ofta läkare, ibland till och med kallade verksamhetschefer. Sällan tycks man se till att det finns fler kompetenta läkare »på golvet«, som »skottar undan« bland de väntande.



STIG BENGMARK

professor emeritus,
Honorary visiting professor UCL,
London, UK
s.bengmark@ucl.ac.uk

med mest kabinbesättning, när det egentligen är piloter som behövs.

Akutintagseländet speglar i högsta grad det ämne som vi nyligen diskuterat i Läkartidningens spalter – bristen på strukturrationalisering. Årtionden av besparingar enligt osthyvelsprincipen har gjort situationen också på akutintag och omhändertagande är försumbar, jämfört med den tid som går åt sedan man väl anlänt till akutintaget.

Kanske skulle ett välutrustat, välbemannat och välfungerande akutintag per län i många fall kunna räcka? Kanske kommer nya EU-direktiv om läkarnas arbetstider att tvinga fram en koncentration av verksamheten? Kanske kan man ta råd av försvaret om hur sjuka och skadade snabbt skall omhändertas? En »major«, som strukturerar och organiserar det dagliga arbetet, är kanske vad som behövs? Fast när man någon gång haft generaler och överstar i sjukvårds- eller sjukhusledning har det knappast märkts någon större skillnad, åtminstone inte för akutintagens del.

Kloka politiker borde prioritera akutintagen – de är ju i stor utsträckning sjukhusets ansikte utåt. Kanske kan förestående val locka till nya politiska initiativ?

I brist på robusta insatser från sjukhusägarna måste läkarkåren ta sitt fulla ansvar!

Det är ofattbart att år efter år får gå utan att något radikalt görs.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*



Foto: A&D Studios/Bilprovningen

Är våra bilar högre värderade än vår egen hälsa? Underkäns bilen av bilprovningen vänder vi oss till verkstad för reparation – och finner oss knappast i att bli uppsatta på en okänt lång väntelista. Men vad gäller när vi själva blir sjuka?

Varför dessa väntetider?

Den bilägare som fått sin bil underkänd av bilprovningen vänder sig naturligtvis till en bilverkstad med önskemål om snabbast möjliga reparation. Om hon då får beskedet att bilen blir uppsatt på en okänt lång väntelista blir hon sannolikt upprörd. Visserligen behöver hon en bil omgående, men hon kan faktiskt hyra en felfri ersättare under väntetiden.

Om bilägaren själv blir allvarligt sjuk, sätts också hon upp på väntelista för behandling. Under en okänt lång väntetid måste hon leva med sin smärtande höft, sin starriga syn eller sina läckande hjärtklaffar. Och det finns ingen ersättning att hyra. Visst kan hon räkna med att förr eller senare bli åtgärdad, men hur skall hon kunna planera sitt liv tills hjälpen kommer?

I mitten av 1960-talet var långa väntelistor ett krav för att Socialstyrelsen skulle bevilja sjukhuskliniker tillstånd att inrätta nya läkartjänster. När efterfrågan på denna typ av dokumentation upphörde visade det sig att väntelistorna innehöll personuppgifter som blivit inaktuella. Några patienter hade avlidit, andra

hade emigrerat eller behandlats på annat håll. Många hade spontanläkt eller av annan anledning förlorat intresset för åtgärd.

Ledningen för ett välskött laboratorium, en mottagning eller en sjukhusklinik känner sin enhets kapacitet väl och är rimligtvis också bekant med efterfrågan på dess tjänster. Det finns alltså inget behov av den gamla tidens väntelista, som så flagrant ignorerar patienternas legitima krav på att kunna planera sina liv.

Nytillkomna patienter bör kunna få ett preliminärt datum för planerad åtgärd. Inte blir vården effektivare av att kliniken har en otidsenlig väntelista?! Finns det kolleger som fortfarande använder den gamla tidens väntelista i sin vårdplanering, och hur motiverar man i så fall detta beslut?

Lars Huldt
f d överläkare
vid kvinnokliniken
i Norrköping.