

Inget axiom att allt blir bättre bara för att det centraliseras

Min gamle professor Stig Bengmark har fått träsmak av mångtimmeslång väntan på ett sydligt svenskt sjukhus, sannolikt Helsingborgs lasarett, och skriver uppfordrande i LT om akutintagseländet och dess möjliga lösning [1]. Bengmark har fått en sågskada, besvärlig men inte särskilt livshotande, blivit lågt prioriterad och därför fått vänta och vänta, bollats några varv mellan olika instanser och därefter fått vänta igen.

Med jämna mellanrum har varianter på detta tema framförts i svenska massmedier, många gånger har patienterna varit mycket äldre och mycket sjukare än Stig Bengmark. Och precis som Bengmark påpekar tycks inte mycket hända genom åren; fortfarande är arbete på sjukhusens akutmottagningar lågt värderat och lågt prioriterat. Från kirurgers knappt näslånga perspektiv är akutmottagningen lika med »gruvan« eller »slavlägret«, långt borta från den mycket mer efterlängtdade och glamorösa operationslampen. Kirurgföreningens samlade analysförmåga genom åren har ständigt varit att kirurgutbildningen går på kryckor därför att akutmottagningarna över-svämmas av distriktsläkarfall som inte kirurgspecialister ska behöva befatta sig med. Att en hyggligt bevärdad kirurg på 5–10 minuter gör en mer professionell insats för den sågskadade patienten än vad en oerfaren distriktsläkare åstadkommer på en halvtimme har inte varit något bärande argument.

Men egentligen är det mycket märkliga-re att politiker och sjukvårdsledningar inte brytt sig mer. Till skillnad från Stig Bengmark och undertecknad har de kanske aldrig behövt sitta med värkande lemmar timma in och timma ut på en obekväm stol och bläddra i slitna exemplar av Hänt i Veckan i väntan på behandling. Eller kanske de är nöjda med att den högspecialiserade akutvården fungerar väl – för det råder inget tvivel om att om man är livshotande sjuk eller skadad så står specialisterna och trampar på varandra när ambulansen dånar in. Men är du en halvdement 85-åring med urinvägsinfektion eller en 20-åring som klivit snett eller en medelåldring som sågat sig i benet, ja då är det rena lotteriet som avgör om du får vänta 1 eller 6 timmar.

Om modetrenden med akutläkarspecialister kommer att lösa tillgänglighetsproblemet återstår att se. Fan tro't, som

salig Relling sa. Kanske är inställningen från sjukhusledningar, verksamhetschefer och läkare att en snabb och adekvat handläggning av akuta, icke livshotande sjukdomar och skador är något som svenska befolkningen prioriterar högt. Och som dessutom är en sjukvård som genererar mycket tacksamma och nöjda patienter.

Stig Bengmark avslutar sitt inlägg med att motionera sin gamla käpphäst om att antalet akutmottagningar i landet är alltför stort och att ett akutintag per län skulle lösa eländet. Problemet med denna hypotes är att verkligheten inte ger några belägg för att hypotesen skulle vara riktig. Det är inte de få akutmottagningarna i Säfte, Finspång eller Bollnäs som varit kända för sina extrema väntetider och dåliga service; det är de megalomana akutmottagningarna i våra större städer det gäller. Förklaringen till att de mindre sjukhusens akutmottagningar har haft (och *har*, i de få fall de fått vara kvar) hyfsade väntetider och god personlig service är enkel. Det är färre patienter per tidsenhet, per doktor, per sköterska, per undersköterska.

Anledningen till att så många små akut-sjukhus lagts ner är just det Stig Bengmark efterlyser, nämligen förhoppningen att koncentration och strukturrationalisering ska minska kostnaderna. Om nu de mindre akutmottagningarna verkligen kostar mer – vilket nog inte är lika klart bevisat som strukturrationalisterna påstår – så har det i alla fall det goda med sig att patienterna slipper vänta och får en god personlig service, dvs Stig

Bengmark och andra akut sjuka men icke döende patienter får den föredömliga sjukvård som vi alla vill ha.

Nu menar Stig Bengmark att man först ska strukturrationalisera akutsjukvården och sedan tillskjuta rikligt med pengamedel så att patienterna slipper vänta och får god service. Det vill säga genom personalutökning på de nya sturakuterna ska antalet patienter per tidsenhet, per doktor, per sköterska och per undersköterska komma ner till den nivå där det är rimligt att kunna utöva god akutvård med korta väntetider, personlig omvårdnad m m.

Det är bara det att jag inte riktigt förstår vitsen med denna strukturrundgång – den arbetsplats som Stig Bengmark vill nyskapa har man ju då redan vid de mindre sjukhusen! Skillnaden blir bara att ett stort antal febriga, värkfyllda, magknipande, yrsliga och nysågade patienter ska forslas 10–20 mil extra för att få den nya, strukturrationaliserade akutvården med korta väntetider.

Det är inget axiom att allt blir bättre bara för att det centraliseras. Det kanske till och med är så att akut vardagssjuka stockholmare skulle få en klart förbättrad service om de få kvarvarande jätteakuterna sprängdes i lite mindre bitar.

Johannes Järhult

professor, överläkare, kirurgkliniken, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping
johannes.jarhult@lj.se

REFERENS

1. Bengmark S. Om akutintagseländet – sett ifrån ... Läkartidningen. 2006;103:2308-9.

Läkare i Svenska Akademien

Det var en trevlig artikel, som Sven Nilsson skrev i Läkartidningen 37/2006 (sidan 2678) om »Ädle Anderson«, den nu helt bortglömda skalden, professorn i obstetrik och gynekologi vid Karolinska institutet och ledamoten av Svenska Akademien Anders Anderson.

I ingressen talar Sven Nilsson om fyra läkare i Svenska Akademien. I själva verket finns det två till, före de fyra som han nämner – den ene helt bortglömd, den andre ständigt aktuell och världsberömd. De båda är gustavianen Carl Birger Rutström, invald 1812, och Jöns Jakob Berzelius, invald 1837. Om Berzelius skrev Nils Sjöstrand i LT 40/2006 (sidan 3018) – det enda jag vill tillägga är att det

var Berzelius' språkvårdande insatser som motiverade invalet i Akademien.

Carl Birger Rutström (1758–1826) har kallats »en sengustaviansk medicinare och polyhistor«, men det var inte medicinska förtjänster som förde honom in i Akademien, även om han var med dr och en tid adjunkt i medicin i Åbo. Nej, det ansågs vara hans vänskap med skalden Leopold som gjorde att han blev den andre innehavaren av stol nr 15 och då bordsgranne till vännen Leopold på stol nr 16.

Lars Erik Böttiger

professor, Saltsjö-Boo
m.le.bottiger@telia.com

Fallbeskrivning av tsunamipatient – en komplettering

I fallbeskrivningen »Vårdrelaterade infektioner med multiresistenta bakterier – inte bara stafylokocker« av Johan Petersson, Christian G Giske, Ewa Aufwerber och Hans Jörbeck (Läkartidningen 35/2006, sidorna 2478-81) refereras två tsunamifall.

Det ena fallet var vi på sektionen för hyperbar oxygenbehandling (HBO) vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna inblandade i. Vi vill komplettera artikeln enligt följande, eftersom vi anser att utelämnande av stora delar av patientens behandling kan påverka bedömningen av behandlingsresultatet:

Fall 2. Patienten behandlades enligt Karolinskas vårdprogram för svåra mjukdelsinfektioner [1]. Förutom antibiotika gavs även

- upprepad kirurgi, initialt större komplicerade revisioner med flera kirurgiska specialiteter inblandade
- totalt 52 behandlingar med hyperbar oxygen (HBO) från och med dag 8 efter tsunamin, varav 11 behandlingar i intensivvårdstryckkammare.

Behandlingsresultatet, inklusive påtalad nedgång av C-reaktivt protein (CRP), måste utvärderas utifrån samtliga insatta behandlingar.

Folke Lind
överläkare

Agneta Larsson
biträdande överläkare
agneta.c.larsson@karolinska.se

Johan Uusijärvi
specialistläkare;
samtliga vid HBO-sektionen,
anestesi- och intensivvårdskliniken,
Karolinska Universitetssjukhuset Solna

REFERENS

1. Elmquist Stenberg A, Larsson A, Gårdlund B, Kumlien J, Lind F, Nordlander B. 13 fall av cervical nekrotiserande fasciit – alla överlevde. Kirurgi, antibiotika och hyperbar oxygenbehandling ger bästa resultat. Läkartidningen. 2004;101: 2336-41.

Är detta lämplig reklam?

Vid en del hållplatser för lokalbussarna i Umeå finns följande reklam:

»Wow,
vad spännande!
Jag har aldrig kysst
någon med körtelfeber förut.
ALVEDON
En värktablett att lita på«

Många tonåringar ser säkert denna reklam. Det låter så enkelt. Man får tanken: »Skulle man bli smittad är det bara att ta en tablett Alvedon och så är allting bra med det.«

Min dotter fick körtelfeber i slutet av augusti, just som hon börjat gymnasiet. I över en vecka hade hon ont i halsen, inte ens Alvedon hjälpte. Dessutom gjorde det så ont att hon hade svårt att svälja även den variant av Alvedon som faller sönder på tungan. Att prata var nästan omöjligt, och ibland fick hon kommunicera med hjälp av gester.

Eftersom symtomen påminde om halsfluss fick hon en kur Cefadroxil. Det hjälpte något till en början, men det onda i halsen fortsatte och de gula beläggningarna i halsen blev bara större och mer grågula. Svullnaden tilltog också, och flickan tyckte att det blev lite besvärligare med andningen. Smärtan i halsen gjorde att det så småningom blev allt svårare att äta och dricka. Ja, det gick inte ens en gång att svälja saliven.

Vi for till akuten för att få hjälp. Efter 3 timmar kom en läkare och undersökte dottern, det togs prov som tydde på körtelfeber, och infektionsläkare skulle ta över. Ny väntan. Efter en lång stund fick vi reda på att det var barnläkaren som skulle ta hand om min flicka. Ny väntan.

Barnläkaren som nu tog över ansvaret ordinerade flytande Alvedon för att se om tjejen kunde svälja vatten efter att medicinen verkat. Efter 7 timmar på akuten fick hon, och jag som mamma, läggas in på barnavdelningen. Det är policy här i Umeå att någon förälder är med barnet hela tiden på barnavdelningen, och det är bra.

Efter ytterligare 3 timmar togs nya blodprov, och så fick hon dropp och smärtstillande medicin, Alvedon och Diclofenac. Hon kunde sedan sova bra den natten, men hon hade mycket sömn att ta igen efter flera nätter med dålig sömn. När droppet gått in och hon fått ytterligare smärtstillande kunde hon börja äta,



Ett exempel på mindre lyckad reklam, menar skribenten.

och vi fick åka hem, efter ett dygn på lasarettet.

Det blev en vecka hon fick stanna hemma från skolan. Mest låg hon till sängs och sov. Naturligtvis hade hon velat vara med sina kompisar och på skolans »inspark«, men det var inte till att tänka på.

Skolarbetet blir också alltid lidande när man inte kan vara med på lektionerna, och det får hon försöka att ta igen nu.

Första veckan efter sjukperioden blev hon väldigt trött och fick gå och lägga sig direkt efter skolan och sova en stund, innan hon började med läxläsningen. Vid något tillfälle fick hon gå till skolsköterskan och be att få vila en stund mitt på dagen, för tröttheten sitter i länge efter körtelfeber.

Fortfarande nu i oktober känner hon av illamående och ont i magen då och då. Ibland blir det obehag motsvarande mjälten. Hon kan inte gå så långt eller så snabbt som hon brukar, för då får hon mjälthugg. På gymnastiken får hon vara väldigt försiktig. Inte riskera några slag mot buken på grund av risk för mjältruptur. Jujutsun, hennes stora fritidsintresse, får hon avstå från minst en termin, kanske mycket längre.

Hon känner ändå att hon kommit lindrigt undan. En del kompisar med samma diagnos, som hon pratat med, har haft det till synes besvärligare än hon och varit sjuka betydligt längre.

Nej, jag tycker inte att denna reklam är bra!

Gunnel Torbjörnsson
leg sjuksköterska, Umeå
090135751@telia.com