

det mest använda formuläret för tvångs- syndrom kan mycket väl bli försämrad diagnostik och behandling av en grupp patienter som redan idag får gå aldeles för länge utan att få rätt diagnos och därmed rätt behandling. Den situationen skulle inte gynna någon patient, vare sig homo-, bi- eller heterosexuell.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

1. HomO. Informationsbrev till psykiatriska klinikers verksamhetschefer 050621. HomO. Dnr 667-2003 (aktbilaga 17); 2005.
2. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989;46:1006-11.
3. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Behandling av ångestsyndrom: en systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2005.
4. Gilljam C (HomO). Brev till H Silverhielm (Socialstyrelsen) 050113. HomO. Dnr 667-2003 (aktbilaga 11); 2005.

5. Rosenberg T. Queerfeministisk agenda. Stockholm: Atlas; 2003.
6. Bergström J. Den allmänna människan och de avvikande andra – om heteronormativitet på psykologutbildningen. I: Olsson AC, Olsson C, editors. I den akademiska garderoben. Stockholm: Atlas; 2004. p. 215.
7. Hulth-Backlund G (Socialstyrelsen). Förslag till informationsbrev 050506. HomO. Dnr 667-2003 (aktbilaga 16, bilaga 1); 2005.
8. Rück C, Bergström J. Is the Y-BOCS discriminatory against gays and lesbians? Am J Psychiatry. 2006;163:1449.

## Behov av fortsatt strukturrationalisering av akutvården

Mina gamla vänner Stig Bengmark och Johannes Järhult debatterar väntetiderna vid akutmottagningarna och hur dessa skall kunna kortas ner [1, 2]. Båda för fram viktiga synpunkter på det eventuella behovet av strukturrationalisering av akutsjukhusen.

Bengmark menar att ett välbemannat och välfungerande akutintag per län i många fall kanske skulle vara tillräckligt för att hålla väntetiderna nere: »Förlusten av tid på väg till akutintag och omhändertagande är försumbar, jämfört med den tid som går åt sedan man väl anlänt till akutintaget.«

Järhult säger sig inte förstå vitsen med den centralisering som Bengmark saknar, eftersom de mindre sjukhusen har »hyfsade väntetider«. Detta beror enligt Järhult på att man på dessa sjukhus har färre patienter per tidsenhet, per doktor, per sjuksköterska och per undersköterska.

**Detta är säkert helt riktigt**, enligt min uppfattning. Vad jag saknar i Järhults inlägg är kostnadsaspekterna på detta. De samlade sjukvårdskostnaderna rakar som bekant i höjden beroende inte minst på de medicinska framstegen, som gör att vi läkare kan behandla allt fler och allt äldre sjuka med allt mer sofistikerade och dyrbara metoder/läkemedel. För att kunna erbjuda all denna fina sjukvård måste vi spara pengar där det går att spara.

Bengmark menar att vi har gjort för mycket av dessa nödvändiga besparingar med osthyvelsprincipen och att vi har i gång för många akutmottagningar med egna kirurgiska jourlinjer. Jag vill belysa detta med hänvisning till en undersökning som Bo Jordin, Göran Engholm och Pia Fagerström på Socialstyrelsen och jag gjorde mellan 1996 och 1998.

Vi studerade belastningen på jourtid

under en tvåveckorsperiod i åtta län, såväl i primärvården som vid de 22 sjukhusen, varav 13 länsdelssjukhus. Jourtid definierades som all tid utom 08.00–17.00 måndag till fredag. Tiden för undersökningen kan synas kort men omfattade dock ett befolkningsunderlag på 1,96 miljoner invånare.

Studien, som redovisade bl a jourbelastning, jourkostnader, patientvolym och besöksmönster, är publicerad i Läkartidningen [3]. Ur detta stora material skall här endast hämtas besöksfrekvenser och kostnader för jourverksamheten.

**Länsjukhusen rapporterade** mellan 27 och 65 patienter – i medeltal 41 – per kväll och natt, medan länsdelssjukhusen rapporterade mellan 8 och 41 besök, i medeltal 21. Ett sjukhus hade mindre än tolv besök per kväll och natt.

Trots denna låga besöksfrekvens hade elva länsdelssjukhus jourverksamhet i fyra specialiteter – varav dock ett hade stängd operationsavdelning. Antalet genomförda operationer på de patienter som lagts in under jourtiden var i vissa fall så lågt som en operation var tredje natt.

Vi försökte också beräkna kostnaderna för den totala jourverksamheten i varje län. De beräknade kostnaderna baserades delvis på schabloner som t ex overheadkostnader. Kostnaderna för respektive län varierade mellan omkring 40 miljoner och 140 miljoner kronor per år.

En försiktig beräkning av kostnaderna för jourverksamheten vid länsdelssjukhus gav en kostnad på minst ca 12 miljoner kronor per år, vilket motsvarade kostnaden för minst 20 specialistläkartjänster eller 49 sjukskötersketjänster.

**Denna studie bekräftar** Järhults förklaring till de korta väntetiderna vid mottagningarna på de mindre sjukhusen.

Man har korta väntetider under jourtid för att man har få patienter, dvs personalen skulle kunna ta emot fler patienter under jourtid. Sjukhusets upptagningsområde är emellertid för litet för att antalet sökande under jourtid skulle öka. För att kunna hålla denna goda service har man i gång inte bara akutmottagningens personal utan även operationsavdelningarna.

En annan aspekt är kvaliteten på den vård som ges. Om detta kan man säga mycket, och Järhult har skrivit mycket om det. Men om nu övning ger färdighet, så kanske kvaliteten på vården blir bättre om varje doktor får vara med om att behandla ett större antal patienter.

**En rationalisering av jourverksamheten** torde enligt vår analys kunna ge möjligheter att frigöra resurser bl a till de större akutmottagningarna. Där skulle man då kunna öka antalet personer som är jour, framför allt läkare, och därmed korta väntetiderna för de akut sjuka patienterna.

Jag delar således Bengmarks uppfattning om bristen på strukturrationalisering i vården. Visserligen sker under stor vånda kontinuerligt en viss rationalisering, men enligt min uppfattning sker det inte tillräckligt mycket och inte tillräckligt snabbt.

**Sven Dahlgren**

professor emeritus, Uppsala  
sven.dahlgren@bredband.net

## REFERENSER

1. Bengmark S. Om akutintagseländet – sett inifrån ... Läkartidningen. 2006;103:2308-9.
2. Järhult J. Inget axiom att allt blir bättre bara för att det centraliseras. Läkartidningen. 2006;103:3303.
3. Dahlgren S, Engholm G, Fagerström P, Jordin B. Kan nedläggning av lågutnyttjad jourverksamhet öka vårdkvaliteten? Läkartidningen. 1999;96:2732-9.