

Akutsjukvården kan få ett uppsving 2008

Ändrade förutsättningar kan ge bättre vård utan ökade kostnader



GUNNAR ÖHLÉN, verksamhetschef, akutkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, Stockholm
gunnar.ohlen@karolinska.se

I detta nummer av Läkartidningen lyfter Bengt R Widgren och medarbetare på ett mycket positivt sätt fram behovet av ett standardiserat mottagande och en strukturerad primär bedömning (triage) av patienter på våra akutmottagningar. Det nydanande arbetet på Sahlgrenska Universitetssjukhuset har även givit positiva impulser för vidare utvecklingsarbete inom andra delar av landet.

Inom det medicinska programarbetet i Stockholms läns landsting har under hösten 2007 en fokusrapport tagits fram som kortfattat beskriver både den internationella och den svenska utvecklingen under senare år inom detta område [1]. Av denna rapport framgår att det akuta omhändertagandet av svårt sjuka patienter skulle vinna på om en enhetlig triagemodell infördes såväl prehospitalt i ambulanserna som på akutmottagningarna.

Internationella erfarenheter av triage

En högkvalitativ triage av de patienter som söker akut är av avgörande betydelse för att vi ska få ett säkert patientomhändertagande som motsvarar befolkningens förväntningar på tillgänglighet i form av såväl väntetider som totala handläggningstider.

Uppdelningen/fördelningen på olika omhändertagandelinjer med likartat resursbehov i form av tidsåtgång och diagnostiska resurser bör baseras på ett standardiserat triagearbete med beslutsinformation inkluderande vitalparametrar som temperatur, puls, blodtryck och andningsfrekvens.

Internationell erfarenhet visar att med ökad formell och reell kompetens i det initiala omhändertagandet på akut-

mottagningarna kan såväl väntetider som totala handläggningstider förkortas [2].

Vidare kan inläggningsfrekvensen i slutenvård minskas och även förbrukningen av diagnostiska resurser [3]. Den totala närvarotiden för patienterna kan reduceras, vilket på ett positivt sätt påverkar arbetsmiljön för personalen och ger bättre förutsättningar för ett säkert omhändertagande [4].

Vägen mot lean inom akutsjukvård

På akutmottagningar som i dag har specialitetsindelning sorteras patienterna med tidsmässigt hög och låg prioritet tillsammans i samma spår. De med högre prioritet sätts kontinuerligt före dem med lägre prioritet, vilket ofta ger väldigt långa handläggningstider för de senare. Patienter med stora/långa behov sorteras tillsammans med patienter med små/korta behov, vilket ger mycket dåliga flöden. Detta kan jämföras med tiden före lean-tänkandet inom tillverkningsindustrin. I Toyotas fabriker i dag är

det team som arbetar med ständiga förbättringar längs en produktionslinje med olika modeller. De behöver dock alla t ex dörrar eller däck som sätts på vid bestämda ställen längs produktionslinjen, vilket tar lika lång tid och kräver samma resurser oavsett modell.

Närakuter/lättakuter/primärvårds-spår vid akutmottagningarna är goda exempel på en uppdelning av de vårdsökande efter likartat resursbehov i form av tidsåtgång och diagnostik.

Utöver dessa initiativ för att bättre möta befolkningens förväntningar bör svenskt akut sjukvårdsomhändertagande nu ta steget vidare. Vi startar omedelbart vården av de uppenbart svårt sjuka, men utöver detta behöver vi även mycket tidigt i omhändertagandet definiera en så stor andel som möjligt av de sökande som kommer att kräva slutenvårdsinläggning [5]. Denna grupp inklu-

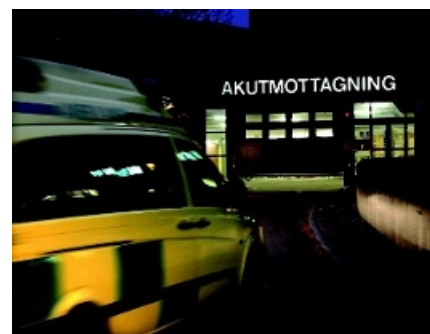


Foto: Lef R Jansson/Scanpix

Vidareutveckling av triage redan under ambulanstransporten är en av de förutsättningar som kan ge akutsjukvården ett uppsving.

derar många av våra äldre multisjuka som måste kunna erbjudas ett säkrare och värdigare omhändertagande än i dag.

Tre omhändertagandelinjer har definierats:

- allvarligt sjuk med behov av omedelbart omhändertagande och ofta omedelbar inläggning
- mindre allvarligt sjuk med normal inläggningsprocess
- lindrigt sjuk med begränsat resursbehov – snabb bedömning, hem.

Här återstår ett fjärde spår med en mer komplex sjukdomsbild – större behov av resurser i form av tid och diagnostiska åtgärder men där den standardiserade

SAMMANFATTAT

Det akuta omhändertagandet av svårt sjuka patienter skulle vinna på en vidareutveckling av triage såväl prehospitalt som på akutmottagningarna.

Akutsjukvård bör bli basspecialitet för legitimerade läkare. Det ger förutsättningar för en säkrare och mer kostnadseffektiv akutsjukvård med ökad tillgänglighet.

Specialistutbildning i akutsjukvård bör införas för legitimerade sjuksköterskor.

Med dessa förändringar kan omhändertagandet av akut sjuka patienter permanent förbättras – utan att kostnaderna ökar.

triageprocessen indikerar att dessa patienter kommer att kunna gå hem.

Akutsjukvård som specialitet

Ett välfungerande system, enligt ovan, kommer att kräva dels att vi har en bättre professionell kompetens på våra akutmottagningar vad gäller såväl sjuksköterskor som läkare, dels att vi minskar personalomsättningen och att vi på sjukhusen minskar den totala andelen läkare som deltar i det primära akuta omhändertagandet.

Den breda generella kompetensen hos specialister i akutsjukvård kommer i framtiden att ge möjlighet för såväl små som stora sjukhus/akutmottagningar att flödesanpassa bemanningen efter antalet inkommande patienter och tidpunkten på dygnet. Detta innebär att vi på en stor akutmottagning t ex en måndag eftermiddag kan komma att se 12 specialister i akutsjukvård som arbetar i parallella flöden, medan en specialist med sitt vårdteam kommer att kunna bemanna en liten akutmottagning nattetid.

När Nationella rådet på Socialstyrelsen under 2008 övertagit ansvaret för den vidare utvecklingen av den svenska specialitetsstrukturen för läkare, är det av största vikt att påbörja arbetet med att inrätta akutsjukvård som basspecialitet i Sverige. När Sveriges akutmottagningar är bemannade med specialister i akutsjukvård, har vi förutsättningar för att få en säkrare, mer kostnadseffektiv vård med ökad tillgänglighet.

Specialistutbildning för sjuksköterskor

Vilka utmaningar ser vi vad gäller legitimerade sjuksköterskor inom akut omhändertagande på våra svenska akutmottagningar? Vi ser ofta hög personalomsättning och en lägre kompetens än vad som skulle behöva vara fallet. Det saknas specialistutbildning för legitimerade sjuksköterskor inom akutsjukvård.

Akutsjukvårdsutbildningar för sjuksköterskor startades på flera lärosäten under slutet av 1990-talet i avvaktan på ett nationellt beslut om att inrätta akutsjukvårdsspecialiteten. När detta beslut uteblev vid millennieskiftet, till förmån för en satsning på den prehospitla utbildningen, lades akutsjukvårdsutbildningarna ner.

Socialstyrelsen satte upp det nationella målet att varje akutambulans i hela landet 2008 skulle vara bemannad med en specialistutbildad sjuksköterska.

År 2008 är nu här, och ambulanserna har fått specialistutbildade legitimerade sjuksköterskor. Målet är nu nått, och svenskt akut omhändertagande behöver nu ett »akut« beslut om att jämna ut den

»kompetenssvacka« som vi ser på Sveriges akutmottagningar.

Specialistkompetenta sjuksköterskor finns prehospitalt och inne på sjukhusen, men inte på akutmottagningarna. Många legitimerade sjuksköterskor på Sveriges akutmottagningar vill utveckla sin kompetens; de väljer i dag att göra det inom andra specialitetsområden, framför allt anesthesi- och intensivvård.

Dessa vidareutbildningar ligger alltför ofta inte inom sjuksköterskornas primära intresseområden, vilket också får ses som en viktig bidragande orsak till att retentionsgraden inom specialiteterna anesthesi- och intensivvård är bekymmersamt låg i Sverige.

Avsaknaden av en specialistutbildning i akutsjukvård för sjuksköterskor bidrar således till en inte önskvärd personalomsättning på såväl akutmottagningar som anesthesi- och intensivvårdsavdelningar, vilket påverkar patientsäkerheten och ökar kostnaderna för samhället.

Prevention inom akut omhändertagande

Vi behöver även se ökat fokus på hälsa inom svenskt akut omhändertagande. I handboken för husläkare inom Stockholms läns landsting framgår följande deluppdrag: »... arbeta för förebyggande, tidig upptäckt, stöd och behandling av livsstilsrelaterad ohälsa samt utveckla det förebyggande arbetet mot bland annat övervikt, rökning, alkohol och psykisk ohälsa«.

Patientens tid inom akut omhändertagande skulle i framtiden även i större utsträckning kunna utnyttjas för att sprida hälsoinformation som en del av det övergripande preventiva arbetet. Våra akutmottagningar har varit utpräglat reaktiva vad gäller inträffad skada eller sjukdom.

Ett exempel på motsatsen är den av Vägverket initierade s k STRADA-registreringen (Swedish Traffic Accident Data), där information om vilken typ av skada som uppkommit på en viss plats i trafikmiljön återförs till Vägverket och primärkommunerna. På så sätt kan de ta faktabaserade beslut om ombyggnad av trafikmiljöerna för att minska skadefallet. Positiva exempel på detta finns i t ex Göteborg och Umeå.

Tidskritiskt akut omhändertagande

Förväntningarna på akut omhändertagande sett ur ett »tidsperspektiv« ökar kontinuerligt. Omhändertagandet har blivit alltmer tidskritiskt på grund av dels den medicinska utvecklingens avseende t ex trauma-, hjärt- och strokeomhändertagande, dels befolkningens berättigade krav på tillgänglighet och öns-

kemål om att få även akutsjukvård levererad på ett sätt som motsvarar förväntningarna och övrig samhällsutveckling.

Baserat på positiva erfarenheter inom det medicinska programarbetet inom Stockholms läns landsting skulle jag därför även för 2008 vilja slå ett slag för att förbättra vårdflödena och tillgängligheten till akut omhändertagande genom att avskaffa den hierarkiska/vertikala beskrivningen av svensk hälso- och sjukvård. Låt oss avskaffa hög/låg (högspecialiserad vård/bassjukvård) till förmån för horisontella vårdnätverk och partnerskap, där t ex universitetssjukhus, vårdcentraler och privata specialister samverkar på samma »vårdnivå«. Där kan vi alla komma att vara mycket tack samma för att det finns expertkompetens på universitetssjukhusen när vi behöver den. Men de stora flödena rör sig horisontellt till en medicinskt adekvat kontaktpunkt i vårdnätverket – inte till de stora sjukhusens akutmottagningar för att försöka ta sig till »toppen« av sjukvårdshierarkin.

Om vi under det kommande året får dels en vidareutveckling av triage prehospitalt och på våra akutmottagningar, dels beslut om att införa en specialistutbildning i akutsjukvård för legitimerade sjuksköterskor och en basspecialitet i akutsjukvård för legitimerade läkare – då kan vi permanent förbättra förutsättningarna för akut omhändertagande i Sverige utan att öka kostnaderna.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Författaren är specialsakkunnig, akut omhändertagande, Stockholms läns landsting, samt president, European Society for Emergency Medicine (EuSEM).*

REFERENSER

1. Lethvall S, Enander C, Letterstål A, Öhlén G. Fokusrapport. Triagearbete på akutmottagning. Forum för kunskap och gemensam utveckling. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2007. ISBN 91-85211-47-8.
2. Partovi SN, Nelson BK, Bryan ED, Walsh MJ. Faculty triage shortens emergency department length of stay. *Acad Emerg Med.* 2001;8:990-5.
3. Miró O, Sánchez M, Espinosa G, Coll-Vinent B, Bragulat E, Millá J. Analysis of patient flow in the emergency department and the effect of an extensive reorganisation. *Emerg Med J.* 2003;20:143-8.
4. Choi YF, Wong TW, Lau CC. Triage rapid initial assessment by doctor (TRIAD) improves waiting time and processing time of the emergency department. *Emerg Med J.* 2006;23:262-5.
5. Chan TC, Killeen JP, Kelly D, Guss DA. Impact of rapid entry and accelerated care at triage on reducing emergency department patient wait times, lengths of stay, and rate of left without being seen. *Ann Emerg Med.* 2005;46:491-7.