

Remissvar till Göran Stiernstedts betänkande Effektiv vård SOU 2016:2

från Svensk Förening för Akutsjukvård/SWESEM

Översikt

I Sverige sker varje år ca 2.5 miljoner patientbesök till landets akutmottagningar. Akutsjukvårdens patientgrupp är alltså en av de största inom sjukvården. Följdaktligen är det av stor betydelse ur effektivitetssynpunkt hur dessa patienter omhändertas.

I Sverige finns ca 75 st sjukhusbunda akutmottagningar. Majoriteten av dessa har ingen fast läkarbemanning utan det är läkare ifrån olika kliniker, främst läkare under utbildning (vikarierande läkare, AT-läkare och ST-läkare) som bemannar genom sk jourtjänstgöring (sidoarbete utöver schemalagt arbete).

Denna typ av akutmottagning är ett arv ifrån den tiden då primärvården utgjorde basen i sjukvårdssystemet. Dåvarande provinsialläkare bedömde patienterna och de som behövde specialistvård remitterades till respektive kliniks akutmottagning. Många patienter blev alltså initialt bedömda, behandlade/stabiliserade och sorterade till rätt instans innan de kom till akutmottagningen. (I tillägg kan nämnas att fram till 1970-80 talet var det vanligare med en högre andel specialister även på akutmottagningarna jämfört med idag, då specialistläkarna genererade inkomst ifrån akutmottagningens patienter, vilket inte är fallet efter 70-talets 7-kronors reform).

Under de senaste 45 åren har kunskapen om akut omhändertagande, diagnostik och initial behandling ökat betydligt och modern sjukvård klarar att behandla betydligt fler akuta åkommor med bättre resultat, exempelvis inom stroke, hjärtinfarkt, sepsis/infektioner, trauma etc.

Aktuell Problematik

Trots att den medicinska kunskapen har gått framåt har den grundläggande organisationen för akut omhändertagande inte parallellt utvecklats.

Här följer några problemområden:

1. Kompetens - det finns idag inga tydliga kompetenskrav på läkare som arbetar med akut omhändertagande. Socialstyrelsen har under 90-talet påpekat detta och svagheten i att ha yngre läkare på akutmottagning som ofta får ta ett alltför stort ansvar utan behövligt kompetensstöd på plats. IVO har likaså påpekat för samtliga landsting att olegitimerade läkare inte självständigt ska bedöma patienter på akutmottagning.

2. Klinikindelning - patienter som inte tydligt tillhör en klinik eller har flera olika problemställningar internremitteras till olika kliniker på samma akutmottagning eller till andra akutmottagningar. I de fall patienten inte bedöms tillhöra klinikens kompetensområde remitteras patienten vidare istället för att fokusera på den akuta problemställningen, stabilisering, handläggning etc. Dessutom bidrar detta till att patienter inte behandlas utifrån grundläggande medicinska principer om att sjukast patient bör få hjälp först. Exempelvis kan medicinklinikens akutmottagning ha ett flertal högprioriterade patienter vid ett valt tillfälle när övriga kliniker har en mindre betungande situation, dessa kliniker samverkar då inte vad gäller läkarresurser utan patienterna får bilda kö inom medicinklinikens akutmottagning. Två timmar senare kan situationen vara den omvända och kirurgklinikens akutmottagning är överbelastad varvid nya köer uppkommer.
3. Kompetensackumulering - Vanligtvis har sjukhuskliniker egna specialistutbildade läkare och sjuksköterskor som utgör ett organisatoriskt minne. Dessa organisationer har potential att växa och applicera aktuella och kommande rön och framsteg. Akutmottagningar i Sverige har i regel inte egna specialistutbildade läkare och därmed ackumuleras inte kompetens inom organisationen.

Man kan alltså konstatera att samtidigt som den medicinska kunskapen inom akut omhändertagande ökat de senaste 45 åren har organisationen för att applicera denna kunskap snarast försämrats, då primärvården har mindre resurser än tidigare för sortering och initial behandling och färre sjukhusspecialister arbetar på dagens akutmottagningar. I tillägg har antalet sjukhusplatser per invånare minskat de senaste 45 åren vilket ytterligare skärper kraven på kompetens och rätt beslutsfattande i det initiala omhändertagandet. Eftersom vi idag har fler diagnos-och behandlingsmöjligheter behöver fler patienter utredas i det initiala omhändertagandet för att säkerställa rätt behandling och handläggning. Detta ökar arbetsmängden inom det initiala omhändertagandet av akut sjuka patienter. Dessutom har antalet patienter som kommer till akutmottagningar ökat de senaste 45 åren. Denna trend ses även internationellt.

Potentiell lösning

För att lösa alla dessa utmaningar föreslår vi att man bygger upp akutkliniker som kompletterar nuvarande sjukhuskliniker. Akutkliniker bidrar till följande lösningar:

1. Specialistutbildade läkare med relevant utbildning för akut omhändertagande bör vara normen för läkarkompetens inom akutsjukvården. Därmed åtgärdar man IVO's kritik av att olegitimerade läkare självständigt agerar i akuta situationer.
2. Patientorienterad vård - specialister i akutsjukvård (sk akutläkare) utbildas i akut omhändertagande utöver traditionella klinikgränser. Därmed blir man effektivare i processen av initial bedömning, stabilisering, utredning, behandling och sortering. Därmed kan man också bedöma och behandla patienter i rätt ordning utifrån

akutmedicinska behov. Även sjuksköterskor med adekvat vidareutbildning kan komplettera i denna position, speciellt vid lägre prioriterade fall.

3. Organisatoriskt minne - med egna kliniker och läkare kan man effektivare applicera nuvarande och framtida rutiner och kompetens. Dessutom blir denna organisation effektivare i kvalitetsarbete, forskning och utbildning, då erfarenhet och kompetens ackumuleras.

Diskussion

En effekt av akutkliniker är att nuvarande sjukhuskliniker kan fokusera mer på sina kärnverksamheter och optimera kvalitet och effektivitet inom dessa. Många kliniker har idag "överanställt" läkare enbart för att upprätthålla akutmottagningens behov av bemanning. På sikt kommer därför flera av sjukhusets kliniker att behöva färre läkare, då akutklinikerna kan ta ett större ansvar för det akut omhändertagandet. Införandet av akutkliniker ökar alltså inte det totala behovet av läkare, snarare låter man en liten del av läkarkåren på heltid sköta det akuta omhändertagandet, vilket idag fördelas på ett stort antal läkare kopplade till sjukhuskliniker och primärvården. Att ge det akuta uppdraget till ett mindre antal läkare ger i sig en ökad koncentration av kompetens.

Göran Stiernstedts betänkande har föreslagit remisstvång i någon form för patienter som söker akut till akutmottagning. Detta motiveras av den ökade andelen patienter som söker utan akuta eller livshotande problem, vilket belastar dagens akutmottagningar.

Detta stämmer väl överens med analysen ovan, att dagens akutmottagningar inte är organiserade för att ta emot osorterade och oselektade patientflöden. Det ökande antal patienter belastar hela sjukhusets organisation med ökat behov av läkare på jourtid.

Dock bör man poängtera att en överväldigande majoritet av akutsjukvårdens patienter söker med akuta symtom (tex smärta, feber, nedsatt allmäntillstånd, trauma etc). Detta innebär att patienter måste bedömas/utredas/behandlas innan man kan avskriva behovet av akutsjukvård/sjukhusvård i olika former. Då man inte på förhand känner till allvarlighetsgraden på dessa symtom är det fördelaktigt för de som visar sig behöva sjukhusvård att akutklinikerna finns i anslutning till sjukhusen och samarbetar med sjukhusets övriga kliniker. Ett remisstvång för patienter som söker akut riskerar att fördröja akuta processer och förlänga tid till behandling av akut sjuka patienter.

Det finns ingen motsättning mellan utbyggd primärvård som betänkandet föreslår och akutklinikers uppbyggnad. Med en utbyggd primärvård har patienter större möjligheter att söka vård, speciellt om patienterna själva tror sig ha mindre akuta/resurskrävande åkommor. Dessutom är en tillgänglig primärvård grunden för att kunna sköta ett större antal patienter i hemmet, vilka annars kanske kräver slutenvård. Alltså, om patienter som söker akutkliniker kan skickas hem med tillgänglig primärvård som uppföljning kan

man minska på slutenvården i vissa fall. Med en otillgänglig primärvård belastas istället slutenvården med ökat antal inläggningar. Tillgänglighet är viktigt, både till primärvård och akutsjukvård, och båda behövs. Begränsas primärvårdens tillgänglighet får vi överbelastade akutmottagningar och begränsas akutsjukvården får vi ett ökat antal akutfall inom primärvården vilket är suboptimalt.

Akutklinikerna kommer att samarbeta med larmoperatörer, prehospitäl vård, primärvård och sjukhuskliniker för att optimera adekvat resursanvändning i akuta processer.

Ökad kompetens med införandet av akutkliniker och akutläkare innebär logistiska fördelar. Mindre sjukhus kan bedriva högkvalitativ akutsjukvård då kompetensen finns inom akutkliniken. Man blir exempelvis inte beroende av en kirurgklinik för bedömning av "kirurgiska" patienter, utan alla patienter kan bedömas/stabiliseras och remitteras till eventuell kirurgisk klinik på ett större sjukhus med kirurgiska resurser. Denna princip gäller i princip samtliga specialiteter.

Systemet blir särdeles effektivt under jourtid (kväll, helg, natt) då förhållandevis få läkare kan upprätthålla samtliga akuta funktioner (med avseende på akut omhändertagande) som normalt innehas av ett flertal specialistkliniker. Specialistklinikernas läkare kan i större utsträckning vara i beredskap i hemmet. Med ett minskat jouruttag för sjukhusläkarna kan man då öka produktionen av den planerade vården. Dessutom kan vissa specialistkliniker i större utsträckning koncentreras till ett begränsat antal sjukhus, speciellt de med begränsat antal patienter utan att man samtidigt gör avkall i kvalitet på det lokala akuta omhändertagandet.

I SOU 2015:98 "Träning ger färdighet" poängteras specifikt att akutsjukvården behöver en särskild översyn då mindre sjukhus i nuläget är beroende av olika klinikers kompetens för att upprätthålla akutuppdraget. Specialistutbildade akutläkare bedöms här vara en kvalitetshöjning och bidra till en lösning för att tillgodose tillgänglighet med bibehållen kvalitet. I utredningen SOU 2015:98 beräknas ca 500 dödsfall per år skulle kunna undvikas med en koncentrerande omorganisation av planerade operationer. En koncentration av akutuppdraget till ett fåtal läkare och effekten på räddade liv är analogt intressant att utreda.

Konceptet med akutkliniker är välbeprövat internationellt. Utbildningsplaner och utbildningsmaterial finns framtaget. Specialiteten är ny i Sverige sedan 2012 men har verkat inom anglosaxiska länder sedan 60-70-talet och över 100 länder har idag erkänt akutsjukvård som en egen medicinsk specialitet. En aktiv forskning bedrivs också internationellt.

Kommentarer till betänkandet:

Vi finner det anmärkningsvärt att betänkandet inte har utrett konsekvenser av en akutläkarspecialitet. Det finns idag ett drygt 20-tal sjukhus som upp till 15 år tillbaka arbetar med utbildning av specialister i akutsjukvård samt uppbyggandet av egna

kliniker. Förutom denna nationella utveckling och erfarenhet finns det en omfattande erfarenhet och vetenskap kring akutmottagningsspecialiteten internationellt.

Förslaget om remisstvång till akutmottagningar löser inget av akutmottagningarnas nuvarande problem av kompetens och kontinuitet. Huruvida ett remisstvång kan försämra tillgängligheten till vården bör också analyseras innan ett sådant förslag framförs.

I övrigt tar betänkandet upp många punkter som vi finner har potential att öka effektiviteten inom svensk sjukvård. Vi håller med om att den svenska sjukvården är sjukhustung med ineffektiv sjukhusorganisation och en omfördelning av resurser till primärvården vore önskvärt. Vi ägnar dock i detta remissvar mindre fokus på beröringspunkter där vi är eniga och har litet att tillföra.

Sammanfattning

Sammantaget följer att införandet av akutkliniker är en logisk konsekvens av behovet av en effektivare bedömning, behandling och sortering av akut sjuka patienter kombinerat med en högre patientsäkerhet. Behovet av remisstvång för patienter blir då inte aktuellt eftersom akutklinikerna arbetar med första linjens bedömning och kan vid behov remittera patienten vidare inom slutenvården.

Akutsjukvården har varit organisatoriskt eftersatt de senaste 45 åren. Vi uppmanar regering/riksdag att överväga en nationell satsning för att komma ikapp den medicinska utvecklingen, inte minst för att tillgodose en jämlik akutsjukvård över hela landet och den stora utbildningsinsats som krävs de närmaste åren. Det kan för övrigt nämnas att trots det stora antalet patienter som handläggs inom akutsjukvården saknar denna patientgrupp en patientförening som driver dess intressen. Allmänheten förutsätter att den offentliga sjukvården sköter detta på ett korrekt sätt, vilket ytterligare understryker behovet av ett nationellt initiativ ifrån riksdag/regering.

Vi anser att nuvarande betänkande i sin helhet är inkomplett då denna patientgrupp utgör en substantiell del av sjukvården men likväl inte tilldelats en i vår mening trovärdig lösning.

Förslag:

Svensk Förening för Akutsjukvård föreslår följande tillägg till betänkandet Effektiv vård:

- Att Regering/Riksdag utreder akutsjukvårdens uppdrag och utformning inkluderande specialister i akutsjukvård som en del i ett framtida effektivt, patientsäkert och allmänt tillgängligt sjukvårdssystem.

Uppsala, 4e oktober 2016

Svensk förening för akutsjukvård, SWESEM

Referenser:

IVO: Hur står det till med våra akutmottagningar?

<http://access.edita.se/optimaker//interface//stream/mabstream.asp?filetype=1&orderlistmainid=12378&printfileid=12378&filex=18709753827726>

SOU 2015:98 Träning ger färdighet

http://www.regeringen.se/contentassets/13c797c47802474db94fabac1b3d81c8/sou-2015_98.pdf

The efficacy and value of emergency medicine: a supportive literature review

<http://link.springer.com/article/10.1186%2F1865-1380-4-44>