

Utredningsrapport Akutläkaretablering

Nyköpings lasarett

2023 - 10 - 27



SAMMANFATTANDE NYCKELPUNKTER I UTREDNINGEN

1. Lokala förutsättningar

- Akutkliniken, akutläkare och ansvarig ledning behöver vara delaktig i samtliga relevanta mötesforum rörande akutmottagningen och akutsjukvårdsfrågor på sjukhuset. Avsaknad av delaktighet i ledningsnivå lett till felaktig kommunikation, ryktesspridning och samarbetsproblem i patientarbetet och på systemnivå.
- Ledningen kring akutläkare behöver ett tydligt beslutsmandat och stöd från högre chefsled för att förmedla i konflikter med andra kliniker

2. Personella förutsättningar

- Inför uppstart av verksamheten rekommenderas anställning av minst 3 specialistläkare i akutsjukvård några månader innan första ST-läkaren rekryteras (roller: läkarchef, studierektor, medicinsk ansvarig)
- Antal ST-läkare bör inte överstiga antalet specialister med det dubbla för att säkerställa adekvat handledning

3. Finansiella förutsättningar

- Finansiering måste vara tydligt kopplat till akutläkarverksamheten och uppdraget
- För en ST-läkare i kliniskt arbete krävs det cirka tre anställda ST-läkare (r/t randning, semester, föräldraledighet). Detta innebär särskilt i uppstartsfasen att man inte kan ta över ett större produktionsansvar trots att förväntan finns hos andra kliniker verksamma på akuten. Viktigt med kommunikation!
- 10 ST-läkare blir någon gång 10 specialistläkare. Detta behöver tas i beaktande i budgetplaneringen från dag 1 för att undvika systematisk underfinansiering
- En växande akutläkarverksamhet kommer framöver leda till mindre produktionsansvar för andra kliniker som i sin tur kan dra ner på ST-läkare och sin tjänstgöring på akutmottagningen. Budgeten mellan akutkliniken och andra kliniker behöver anpassas därefter.

4. Uppdrag och produktionsansvar

Frågan om uppdrag var den enskilt viktigaste faktorn för acceptans och framgång. Etableringen av en fungerande akutläkarverksamhet tar tid!

- Övertag av produktion behöver planeras noga och ske stegvis
- Strategiska val är viktiga: Undvik övertag av produktionsansvar för enskilda specialiteter, försök snarare att ta över enskilda dagar / tider på dygnet av flera specialiteter.
- Att tidigt ta över ansvaret för ett begränsat område (t.ex. barnmedicin) gör att akutläkare inte får den bredden av patienter som krävs för att nå generalistkompetens

INLEDNING

2006 blev akutsjukvård en tilläggsspecialitet och knappt tio år senare, 2015, en godkänd basspecialitet i Sverige. Samma år var intresset stort för akutläkare inom landet där bara 10 av landets 67 sjukhus med dygnetruntöppen akutmottagning inte hade några aktuella planer på att införa akutläkare¹. Sedan 2015 har antalet färdiga akutläkare stadigt ökat och i september 2022 finns det 502 specialister och över 500 ST-läkare inom akutsjukvård. Exempel på sjukhus där akutläkare har tagit över stor del av patientflödet är storstadssjukhusen (Göteborg, Stockholm, Malmö/Lund). Här finns dock stora skillnader i hur stor del av flödet som ägs av akutläkarna².

Akutläkaretableringar, som oftast kallas för "satsningar" har medvind på vissa ställen, men på andra har man inte lyckats etablera sig. I Linköping till exempel finns en akutklinik med anställda akutläkarspecialister som tar den största delen av patientflödet under hela dygnet men också har vidareutvecklat andra delar av verksamheten med t.ex. en forskningsenhet, stort engagemang i läkarutbildningen och teamarbete. Sjukhuset i Sunderbyn däremot har haft svårt att etablera akutsjukvård som specialitet. 2014 tog man beslutet att införa specialister i akutsjukvård och starta upp ST- block i akutsjukvård med ett långsiktigt mål att kunna bemanna akuten med akutläkare dygnet runt alla dagar i veckan. Så blev det dock inte och 2019 skrev man i Läkartidningen om denna misslyckade "akutläkarsatsning" och dåvarande verksamhetschef Mattias Morin blev intervjuad³.

Våren 2022 beslutade SWESEMs styrelse att på ett mer strukturerat sätt undersöka orsakerna till att specialiteten akutsjukvård inte lyckas etableras på vissa platser. En arbetsgrupp tillsattes för att genom intervjuer och analysera akutläkarsatsningen i Nyköping där alla ST-läkare utom en lämnade 2021 efter en mångårig satsning på etableringen av akutsjukvård.

Syftet var att försöka hitta mekanismer och orsaker och ge ett underlag för framtida etableringar av akutsjukvård som specialitet.

BAKGRUND

2010 togs ett politiskt beslut i Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Mälardalen om att satsa på egna läkare på akutmottagningen i Nyköping. Man avsatte 8 miljoner kronor till de nya akutläkarna⁴. 2012 startade akutläkarsatsningen och man gjorde bland annat ett studiebesök i Sundsvall. 2013 sjuöppades projektet och man anställde en akutläkarspecialist och två ST-läkare. Man hade planerat att anställa 2 akutläkarspecialister men lyckades inte rekrytera dessa. 2018 tog akutläkarorganisationen på sig att hjälpa till med barnklinikens patienter där man tog över produktionsansvar för barnmedicinska patienter under dagtid.

METOD

Vi har intervjuat totalt 7 personer som varit involverade i akutläkarsatsningen i Nyköping. Av dessa var fem stycken ST-läkare. En person var facklig företrädare i Sörmlands läkarförening, en person var specialist inom annan specialitet och anställd på sjukhuset sedan akutläkarsatsningens start och var verksamhetschef under den senare delen av akutläkarsatsningen.

SAMMANFATTNING AV INTERVJUER

Det som tydligast framkommit genom intervjuerna och som samtliga intervjuade berört är ett negativt bemötande från övriga kliniker.

En facklig person som också arbetar inom annan specialitet gav en något mer nyanserad bild. De ST-läkare som varit anställda under längre tid och som också gjort AT i Nyköping upplevde sig mindre ifrågasatta och det fanns en större acceptans för deras kompetens. De nyare ST-läkarna upplevde sig mer ifrågasatta, även av AT-läkare medan samarbetet med ST-läkare ofta fungerade bättre. Flera upplevde att äldre kollegor från bakjournsledet inom andra specialiteter var mycket ifrågasättande.

Inom organisationen pratades det också om akutläkare ibland i mycket nedvärderande ordalag vilket även kunde uppkomma under möten. Hälften av de intervjuade har spontant uppgivit att det funnits ett extra starkt motstånd från medicinkliniken på sjukhuset. Ansvarigt chefsled för akutläkare kände delvis till dessa missförhållande eller blev direkt konfronterat under möten, men upplevde sig hjälplösa och utan stöd från chefsnivån ovan för att lösa sjukhusövergripande konflikter och attitydproblem från andra kliniker. En större acceptans verkar ha funnits från de opererande specialiteterna.

Det har under åren funnits en brist på akutläkarspecialister anställda på kliniken. Detta har tidvis inneburit problem med tillgång till studierektor och handledare. De ST-läkare som var anställda initialt har varit beroende av handledning från andra kliniker och de ST-läkare som var anställda sist har till stor del fått handledning av seniora ST-läkare. De seniora ST-läkarna hade ingen tillgång till handledning av akutläkarspecialist. Det har varit svårt att rekrytera och man har haft några akutläkarspecialister som kommit under kortare perioder, men utan att kunna bidra till en stabil bemanning. Internutbildningen har varit varierande där man under någon period samarbetat med Eskilstuna. Seniora ST-läkare har hållit i internutbildning för yngre kollegor i perioder.

Det har inte funnits något tydligt definierat uppdrag för de anställda läkarna på akutkliniken. Vid en tidpunkt bestämdes att läkarna på akutkliniken skulle hjälpa barnkliniken med sina patienter. Det innebar ett tydligare uppdrag att ta hand om barnpatienter och de schemalades efter detta. De intervjuade har olika tankar om detta: utanför ST-gruppen upplevdes barnuppdraget mer positivt, det var tydligare vad akutläkarna gjorde. Den intervjuade chefen upplevde en större

acceptans för akutläkarna när de tog uppdraget samt att det medförde ett engagemang i den egna läkargruppen.

ST-läkarna upplevde barnuppdraget som positivt i början, men senare som en belastning. Anledningen var främst tung schemaläggning på obekvämlig arbetstid. Det var svårt att kombinera uppdraget att ta barnpatienter med att arbeta som akutläkare. Det förväntades att barnpatienterna skulle prioriteras framför andra, ibland sjukare patienter. Det upplevdes att det tog tid från t.ex. möjlighet till internutbildning och att stärka den egna kompetensen för andra patientgrupper. Då inget tydligt uppdrag eller arbetsbeskrivning fanns för övrig tid kunde det upplevas att akutläkare inte tog tillräckligt med patienter och att "de gjorde vad de hade lust med".

Som många andra akutmottagningar med traditionell underläkarbemanning och linjebundet upplägg har det även i Nyköping funnits en låg kompetens hos läkarna som bemannats i första ledet med ffa AT-läkare och underläkare. Under en tid kunde seniora ST-läkare i akutsjukvård arbeta som ledningsläkare vilket innebär ett ansvar för medicinpatienter och att stötta yngre läkare från den egna och medicinkliniken. Det fanns dock tydliga skillnader vem som fick vara ledningsläkare och kriterierna för detta valdes snarare genom subjektiva kriterier ("personen är duktig") än formella krav. Även om det fanns en erfaren ST-läkare i akutsjukvård på plats har man ibland valt att inte "lita på dennes bedömning" utan väntat i timmar för att få kontakt med en ST-läkare eller bakjour i respektive linjeorganisation.

Bemanning med oerfarna underläkare ledde till att akutläkare fick ta kritisk sjuka patienter i större utsträckning. Detta ledde dock samtidigt till kritik att man upplevde att akutläkarna bara tog de "roliga larmen".

Då vi inte intervjuat personer högre upp i organisationen har vi fått en ofullständig bild om eventuella vidare beslut rörande akutläkarsatsningen under resans gång. Från början ska det ha funnits ett tydligt politiskt beslut att införa akutläkare. De pengar som anslagits till akutläkare verkar inte ha varit öronmärkta för detta ändamål utan har tidvis används för övrig jourbemanning. Det har i ST-gruppen funnits ett önskemål om att chefen skulle driva akutläkarfrågan hårdare uppåt i organisationen. Det har talats om svagt stöd från klinikledningen för den division där akutkliniken ingått. Budgeten ska ha varit stram vilket förvärras ytterligare av covidpandemin. Verksamhetschefen har haft ett stort uppdrag och det har inte funnits någon linjechef för akutläkarna.

DISKUSSION

Akutläkare är generalister på sjukhusnivå. Det kan göra det svårare att förstå vilken kompetens de besitter och ska uppnå. För juniora akutläkare som letar roll och identitet är det viktigt att ha seniora handledare i akutsjukvård närvarande som förebilder i sitt dagliga arbete. För organspecialister (kirurgi, internmedicin, ortopedi) är det viktigt att jobba mot erfarna specialister i akutsjukvård som är närvarande på kliniken för att definiera och bidra till tydlighet avseende

akuttläkarens uppdrag och gränssnitt. Det är också av vikt att kliniken kan erbjuda den bredden som krävs för att utveckla och bibehålla sin kompetens som generalist. Patientklientel måste innehålla en stor bredd av symptom och täcka alla åldrar, till viss del kan avsaknad av detta kompenseras genom randningar. En risk i samband med uppstarten är att man tar ett begränsat uppdrag vilket gör att man inte får den bredden av patienter som man behöver.

En väl fungerande ledning och organisation bidrar till bättre förutsättningar för att en organisationsförändring ska kunna genomföras framgångsrikt. Besluten behöver vara förankrade tidigt i förloppet och som vid alla organisationsförändringar planeras i god tid innan uppstart. Tydliga besked och beslut från sjukhusledningen och, i sin förlängning, nära chef skapar trygghet vilket kan motverka missnöje inom organisationen och för aktuell verksamhet. Det kan förebygga att enskilda läkare hamnar i situationer där de behöver rättfärdiga sin existens inom verksamheten. Erfaren chef kan ytterligare förbättra arbetsmiljön för de anställda genom att vara väl insatt i akutläkar driven akutsjukvård och ha en målbild som delas av de anställda läkarna. Som på alla arbetsplatser behöver man jobba med faktorer som gör att de anställda vill stanna kvar, t.ex. lön, schema, fackliga avtal, utbildning, möjlighet till forskning.

Det måste finnas en bas av akutläkarspecialister för att ha möjlighet att utbilda och handleda juniora kollegor samt för att bygga ett förtroende. Man bör starta med flera akutläkare man har god kännedom om och ge dem ett tydligt uppdrag. Vitala funktioner måste finnas på plats om man vill driva ST-utbildning, t.ex. studierektor, studieplan med randningsmöjligheter, läkare som kan handleda.

SLUTSATSER

Det finns goda möjligheter att utveckla akutsjukvården i Sverige och etablera akutläkare på nya orter. Genom de här intervjuerna har vi framförallt identifierat problem som uppstått i samband med den stora omorganisation som krävs. Akutkliniken arbetar påverkar hela sjukhuset och i mindre utsträckning även öppenvården. En större omorganisation kräver alltid noggranna förberedelser och tydliga beslut som kommuniceras till samtliga kliniker som kan komma att påverkas.

KÄLLOR

1. Lövtrup, M. Nu vill »alla« sjukhus ha akutläkare.
<https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2015/04/nu-vill-alla-sjukhus-ha-akutlakare/>.
2. Dahl, A. S. Den stora utmaningen är att införa akutsjukvård på rätt sätt – inte bristen på specialister. *Sjukhusläkaren*
<https://www.sjukhuslakaren.se/den-stora-utmaningen-ar-att-infora-akutsjukvard-pa-ratt-satt-inte-bristen-pa-specialister/> (2021).
3. Ström, M. Misslyckad akutläkarsatsning vid Sunderby sjukhus.
<https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2019/07/misslyckad-akutlakarsatsning-vid-sunderby-sjukhus/>.
4. Nyheter, S. V. T. Nyköping ska få akutläkare. *SVT Nyheter*
<https://www.svt.se/nyheter/lokalt/sormland/nykoping-ska-fa-akutlakare> (2010).