

Akutsjukvård – dold resurs för utveckling av patientnära vård?

Bo Jordin

Socialstyrelsen granskade under perioden 1996-98 jourverksamheten i 8 landsting. Dessa studier visade att resurser kunde frigöras utan att äventyra patientsäkerheten. I denna artikel presenteras resultatet av Socialstyrelsens granskning som den debatt och förändringsbenägenhet som följde av Socialstyrelsens studier. Betydelsen och relevansen idag av de slutsatser som Socialstyrelsen gjorde vid tiden för studierna diskuteras.

Bo Jordin är specialist i allmänmedicin och före detta primärvårdsråd vid Socialstyrelsen. Kontakt: Bo Jordin, Globenhälsan, Arenaslingan 11, Box 10030, 121 26 Stockholm Globen, e-post: bo.jordin@globenhalsan.se

Bakgrund

Jourverksamheten har ofta varit intressant som en utgångspunkt för struktur- och omvandlingar. En fråga som kan vara utgångspunkt för diskussionen kan därvid vara ändamålsenligheten med befintlig struktur för jourverksamhet.

En av de empiriskt största studierna i Sverige genomfördes av Socialstyrelsen 1996-1998 då åtta landsting studerades^{1 2 3 4}. I denna studie granskades jourverksamheten med avseende på befintliga mottagningar, bemanning, personalens kompetens, besöksvolym, åtgärder, diagnoser, personalens bedömning om patienten hamnat på ”rätt” vårdnivå, samt gjordes även en ekonomisk värdering av verksamheten.

Utfallet av dessa studier visade att

stora skillnader i struktur och organisation mellan landstingen förelåg.

Vissa landsting erbjöd flera dygnetruntöppna vårdcentraler. Samtliga läns- och länsdelsläsarett erbjöd akutmottagningar med 24-timmarservice oavsett besöksfrekvens. Bland de mindre länsdelsläsarett redovisades i vissa fall så låg operationsfrekvens som en operation var tredje natt. Jourverksamhet var också dyrare än vad ansvariga verkade vara medvetna om. De samlade kostnaderna för jourverksamheten vid ett länsdelsläsarett beräknades motsvara kostnaden för ca 30 läkares årsarbetstider.

Socialstyrelsens förslag var att huvudmännen skulle ompröva delar av sin jourverksamhet såsom nattöppna vårdcentraler och verksamheten vid vissa

tema: stora och små sjukhus

länsdelslasarett till förmån för utökad specialistvård dagtid samt en ökad satsning på avancerad vård i hemmet.

Resultat

Hur mottogs förslaget om koncentration av akutverksamheten?

I de landsting som berördes av diskussionen, dvs där enheter med låga besöksantal ifrågasattes blev diskussionen stundtal mycket hetsig. De argument som redovisades var i huvudsak följande:

Från professionen

Akutkirurgi: I stort sett inga argument som ifrågasatt värdet av att koncentrera akutkirurgin har på senare år redovisats. Från professionens sida har istället en positivt avvaktande hållning kunnat ses.

Internmedicin: Man har framför allt pekat på betydelsen av ett akut omhändertagande av akuta hjärtinfarkter som huvudargumentet för att bibehålla akutmottagningarna vid länsdelslasaretten. Argumentationen har gått ut på att man äventyrar patientsäkerheten genom att koncentrera akut omhändertagande av hjärtinfarkter.

Ett annat argument som på senare tid anförts är betydelsen av ett snabbt omhändertagande för reperfusionshandling och blodproppshämmande läkemedel vid hjärtinfarkt och stroke.

Diskussionen från internmedicinerna har dock endast i ringa grad förts ur ett systemperspektiv där man betraktat internmedicinens roll i hela akutverksamheten vid sjukhuset. Betydelsen av akutkirurgi och anestesi som en förutsättning att kunna erbjuda ett omhändertagande

av infarkter har endast i ringa utsträckning diskuterats⁵.

Allmänmedicin: Här finns två huvudlinjer: Dels förespråkas från allmänmedicinerna primärvården som första söknivå och av detta följer att primärvården skall ha en 24-timmars mottagningsverksamhet.

Dels har man från primärvården pekat på det tveksamma i att ha primärvårdsenheter öppna nattetid då få eller inga patienter söker. Patienter som söker nattetid har endast i ringa utsträckning problem som är "primärvårdsproblem" utan får oftast remitteras. Vidare så frigör inte nattöppen primärvårdsjour några jourresurser i den sjukhusanslutna vården. Man binder upp personal och minskar tillgängligheten dagtid i primärvården.

Förvaltningar

Många förvaltningar har själva påtalat behovet av strukturomvandlingar inom akutverksamheten.

Frågan om hur den medicinska säkerheten påverkas av eventuella strukturomvandlingar har varit svår för många förvaltningar att hantera då man inte alltid till förvaltningsledningen knutit erforderlig medicinsk kompetens. Man har inte samlat in data och redovisat övertygande beslutsunderlag.

Socialstyrelsens jourstudier sågs av många förvaltningar som ett mycket värdefullt bidrag i det egna arbetet med att utarbeta beslutsunderlag.

Politiker

Politiker har många gånger att ta hänsyn till ett bredare beslutsunderlag än att

säkerställa den medicinska säkerheten som bevekelsegrund för att behålla akutenheter. Man pekar på akutmottagningsens symbolvärde för att sjukhuset skall vara ett "riktigt" sjukhus.

Ibland förs regionalpolitiska och arbetsmarknadspolitiska argument in i diskussionen. Ofta har man också haft svårt att skilja på frågan om rollen för de små sjukhusen med frågan om de små sjukhusens bevarande. Man har t.ex. tenderat att sätta likhetstecken mellan att ta bort en akutmottagning med att också lägga ned detta sjukhus. I diskussionen kan ibland också märkas en tendens hos politiker att föra sin argumentation i termer av medicinsk säkerhet, när de verkliga argumenten kan vara helt andra t.ex. regionalpolitiska eller arbetsmarknadspolitiska.

Möjligen kan en strategi från den medicinska professionen i denna diskussion vara att med sakargument och evidens förmå politiker att inte gömma sig bakom förmenta medicinska säkerhetsargument utan öppet redovisa rent politiska och andra överväganden.

Diskussion

Effekter av Socialstyrelsens jourstudier

Man bör skilja på effekter i det korta perspektivet och i det längre perspektivet. Kortsiktigt så blev det en omedelbar och livlig diskussion i de landsting där Socialstyrelsen ifrågasatte befintliga akutstrukturer. Bland dessa märktes akutmottagningarna i Örnsköldsvik, Sollefteå, Ljungby, Västervik och Härnösand för att ta några exempel. Flera enheter inom primärvården pekades likaså ut exempelvis Sundsvall, Borg-

holm, Nybro Vimmerby.

Den diskussion som följde av Socialstyrelsens rapportering följdes av media och allmänheten. Medias bevakning var till övervägande del positiv till Socialstyrelsens rapporter. Möjligen har detta bidragit till att diskussionen fortsatt och sedan i ett lugnare skede bidragit till att viktigt förändringsarbete kunnat påbörjas både inom och utanför de studerade landstingen. I detta förändringsarbete märks exempelvis omprövning av akutverksamheten vid Södertälje, Norrtälje, Säfte, Kristinehamn, Örnsköldsvik, Motala för att ta några exempel.

Frågor som kan vara viktiga att klargöra inför omstrukturering av akutverksamheten kan vara:

- Vilket medicinskt mervärde skapas av verksamheten?
- Hur stora resurser kan frigöras ur verksamheten?
- Vilken alternativ användning kan stödjas av frigjorda resurser?

Rollen för det lilla sjukhuset

I ett längre perspektiv bör man också klargöra de små sjukhusens roll. Hittills har de små akutsjukhusen (länsdelslasaretten) till stor del kommit att fungera som minikopior av de större centrallasaretten. Frågan är dock om inte tiden är inne (sedan länge) att omformulera rollen för de små sjukhusen.

Avancerad vård i hemmet

En sådan roll skulle kunna vara om man utvecklade dessa sjukhus till centra för att ge avancerad vård i hemmet. Under de senaste decennierna har vi sett att en tilltagande andel av vården för de vård-

tema: stora och små sjukhus

tunga patienterna har överförts från slutenvården till den öppna vården. Detta har medfört utmaningar både för primärvården men även för den kommunala vården.

Den nya tekniken med telemedicinska produkter talar för att vi kommer att få se allt fler patienter med krav på allt mer avancerade vårdinsatser vårdas i öppna vårdformer.

- Möjligheten till avancerad vård i hemmet kan tillgodose helt andra vårdbehov än vad den traditionella akutverksamheten uppbyggd vid akutmottagningar har kunnat ge.
- Erbjudande om avancerad vård i hemmet medger att man kan frigöra sjukhussängar.
- Rent humanitära skäl talar också för att många patienter vårdas bättre hemma när detta går att ordna.

Specialiserad öppenvård

Genom att frigöra resurser från akutmottagningen kan sjukhuset öka sina möjligheter att erbjuda elektiv specialiserad vård under dagtid. Detta kan medföra ett breddat utbud av specialiserad mottagningsverksamhet men även möjlighet till mer dagkirurgi. Denna vård skulle därmed kunna bidra till ökad tillgänglighet med minskade köer som följd.

Läkarkompetens

En koncentration av akutvården medför även att ökad kompetens kan erbjudas både på länsdelslasarettet och på centrallasarettet. För det mindre sjukhuset medför den nya rollen att utbildningsvärdet ökar då utbildningsläkaren kommer att tjänstgöra under dagtid då patientflödet är högre. För centrallasarettet med-

Region	2000	2001
Riket	60,53	57,23
Örebro län	79,44	75,09
Jämtlands län	54,19	54,47

Tabell 1. Dödstal, åldersstandardiserade enligt Medelbefolkningen 2000, 121 Akut hjärtinfarkt, i åldersintervall 25-74 år, män och kvinnor, antal infarkter per 100 000 invånare.

Källa: Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen

för koncentrationen av akutverksamhet att man kan samla och upprätthålla en högre kompetens vid akut omhändertagande. Möjligheterna till att ge handledning torde avsevärt förbättras om verksamheten koncentreras.

Medicinsk säkerhet

Koncentration av akutverksamheten har ibland ifrågasatts av den medicinska professionen som bland annat pekat på betydelsen av ett snabbt omhändertagande vid exempelvis akut hjärtinfarkt. Möjligheten till snabbt omhändertagande ökar om avståndet är kort till akutenhet har man då anfört.

I tabell 1 görs en jämförelse mellan av dödligheten i akut hjärtinfarkt mellan områden med olika sjukhustäthet. Örebro län, till ytan ett av våra minsta län med tre akutmottagningar och Jämtland, ett av våra största län som bara har ett sjukhus. I denna jämförelse finns inget som talar för att stora avstånd skulle öka risken att dö i hjärtinfarkt.

Ur tabell 1 framgår att dödligheten i akut hjärtinfarkt varit lägre i Jämtlands län än riksgenomsnittet och att Örebro

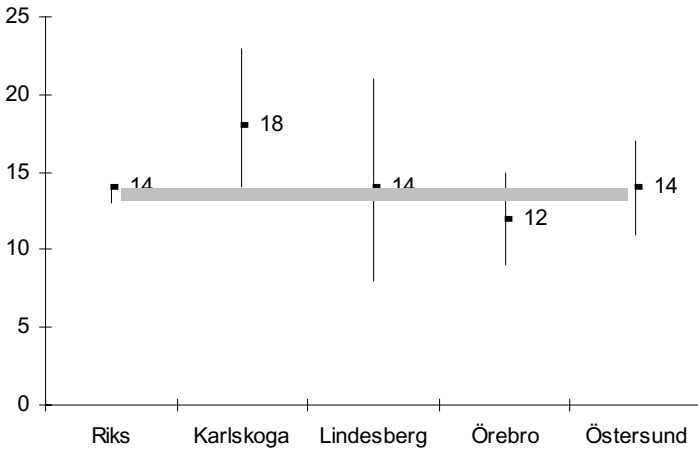


Diagram 1. Dödlighet inom ett år efter första vårdtillfälle för akut hjärtinfarkt hos patienter < 80 års ålder vid olika sjukhus 2001 – 2002 (för sjukhus med fler än 80 patienter). Procent. 95 procent konfidensintervall. Källa: RIKS-HIA

län rapporterar högre dödlighet i akut hjärtinfarkt. Faktorer som samvarierar med detta utfall kan vara lokala skillnader i benägenheten att ställa diagnosen hjärtinfarkt, lokala skillnader i morbiditet etc.

Tabell 1 illustrerar dödligheten hos befolkningen i de utvalda områdena. Betraktar man dödligheten hos patienterna dvs. de som verkligen behandlats vid sjukhusen i de aktuella områdena blir dödligheten något annorlunda. Se Diagram 1.

Emellertid kvarstår det förhållandet att vi saknar konkreta evidens för att en koncentration av akutverksamheten äventyrar patientsäkerheten. Snarare stärks hypotesen att säkerheten ökar genom en koncentration av akutverksamheten. Förklaringar till detta kan till

exempel vara högre kompetens på personal i synnerhet läkare vid större enheter, kompetensskillnader i ambulanssjukvården, bättre utrustning vid större enheter etc. Skillnader i resultat kvaliteten kan också förklaras av olika behandlingstraditioner reperfusionsterapi, blodfettssänkning etc. vid olika enheter.

Ett exempel på olika behandlingstraditioner kan vara i vilken utsträckning man erbjuder reperfusionsterapi vid olika enheter. Se diagram 2.

Slutsatser

- De förslag till strukturomvändningar av akutsjukvården som givits av Socialstyrelsen gäller fortfarande.
- Det finns idag inga evidens för att en koncentration av akutsjukvården äventyrar den medicinska säkerheten.

tema: stora och små sjukhus

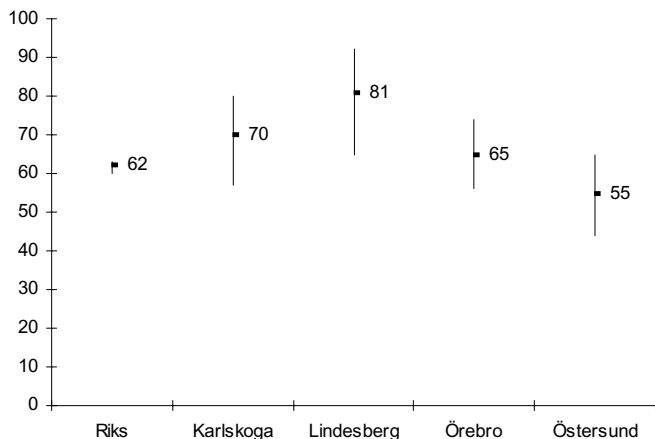


Diagram 2. Reperfusionsterapi med trombolys eller direkt PTCA vid vårdtillfället för akut ST-höjningsinfarkt eller vänster grenblock hos patienter < 80 års ålder vid olika sjukhus 2002 (för sjukhus med fler än 20 patienter). Procent. 95 procent konfidensintervall. Källa: RIKS-HIA

• En koncentration av akutsjukvården kan innebära att resurser frigörs som för mindre orter skulle kunna medföra möjlighet att erbjuda ett breddat utbud av elektiv specialistvård samt avancerad vård i hemmet.”

Summary in English

The structure and outcome of acute care are closely interlinked. This article discusses the aftermath of an investigation carried out in 1996-98 by the National Board of Health and Welfare, Sweden, of some 22 hospitals focusing on structure and outcome of delivered emergency care. The original investigation advocated a concen-

tration of emergency care, making resources available for advanced home care and improved supply of specialist care during office hours. Did the investigation trigger any changes?

Key words

emergency care, acute care, hospital structure, structural change

Referenser

- 1 Dahlgren S, Jordin B. Styrning av jourorganisationen i Kronobergs-, Kalmar och Blekinge Län. Stockholm. Socialstyrelsen. 1996. Aktiv Uppföljning. Artikelnummer 1996-83-5.
- 2 Dahlgren S, Jordin B. Styrning av

- jourorganisationen i Sörmlands-, Östergötlands- och Jönköpings Län. Stockholm. Socialstyrelsen. 1997. Aktiv Uppföljning. Artikelnummer 1997-84-7
- 3 Dahlgren S, Jordin B. Strukturen på jourorganisationen i Jämtland och Västernorrland. Stockholm. Socialstyrelsen. 1998. Aktiv Uppföljning. Artikelnummer 1998-85-8
 - 4 Dahlgren S, Jordin B, Fagerström P, Engholm G. Kan nedläggning av lågutnyttjad jourverksamhet öka vårdkvaliteten?. Läkartidningen. 1999; 22: 2732-2739
 - 5 Olsson L, Thorling J, Rapport från Ledningsbolaget, Scenarier om den framtida sjukhusvården och primärvården i Landstinget i Kalmar län. Ledningsbolaget. 2003 <http://www.ltkalmar.se/pressrum/pdf/Ledningsbolaget%20-%20alternativa%20utvecklingslinjer%20rev%202003-09-231.pdf>