
Vårdreformen – behövs specialister i akutsjukvård när avstånden blir längre?

TIMO KEISTINEN

De senaste tio åren har enheterna med jour dygnet runt minskat snabbt. Akutverksamheten har huvudsakligen förlagts till samjourer i anknötning till centralsjukhusen och för enheter med jour dygnet runt på basnivå har det krävts dispens. Genom lagstiftning har tolv centralsjukhus med omfattande jour ålagts att erbjuda jour inom drygt tio specialiteter inklusive socialjour. De övriga centralsjukhusen har haft friare händer att planera sin jourverksamhet. Centraliseringen kräver att ledningen för jourenheter har betydligt större kompetens inom akutsjukvård. När akutverksamheten blir mer krävande behöver enheterna en fast och stabil läkarkår. Samtidigt ställs det stora krav på arbetets innehåll, arbetstidsförläggningen och arbetsfördelningen.

SKRIBENTEN

Timo Keistinen, MKD är specialistläkare i hälso- och sjukvård och lungsjukdomar och docent i folkhälsovetenskap vid Uleåborgs universitet. Han arbetar som medicinalråd vid social- och hälsovårdsministeriet med frågor inom specialiserad sjukvård som ansvarsområde.

Väldigt många faktorer inom vården och i samhället i stort är stadda i förändring. Bosättningen koncentreras allt mer till större och mindre centra medan glesbygden långsamt avfolkas. De regionala skillnaderna i befolkningens åldersstruktur och sjuklighet har ökat. Samtidigt blir de expanderande städerna allt färre, och den utvecklingen har pågått ända sedan 1980-talet. Många traditionellt starka jordbruksbygder och industriregioner har varit på tillbakagång befolkningsmässigt och ekonomiskt redan i flera decennier. Företagande och tillhörande resurser koncentreras i allt större utsträckning till de största metropolerna med starka ekonomiska nätverk. I dagens kunskapsbaserade ekonomi förefaller förändringen ske i allt snabbare tempo. Ungdomar på landsbygden, särskilt kvinnor, vill flytta bort till regioner med bättre arbets- och utbildningsmöjligheter. Vårt nätverk av sjukhus byggdes upp på 1950-talet och det tillgodoser

inte längre behoven i vår befolkningsstruktur när efterfrågan på tjänster ökar.

Den medicinska tekniken och de terapeutiska möjligheterna har förbättrats i takt med att kunskaperna har ökat och det höjs krav på större diversifiering i tjänsteutbudet och bättre kvalitet på tjänsterna. Än så länge har digitaliseringen inte påverkat strukturerna inom hälso- och sjukvården i den omfattning som vi kan se inom bankväsendet och detaljhandeln, men förväntningarna på digitaliseringen inom vården är höga. De senaste tio åren har det gjorts stora satsningar på hälso- och sjukvården. En stark tillväxt kan dock inte bibehållas i ett läge när den äldre befolkningen ökar samtidigt som utbudet på arbetskraft inte ökar nästan alls. Behovet av förändring kommer tydligast fram i den prehospitäl akutsjukvården och i akutsjukvården.

Utvecklingen inom medicinsk kompetens och teknik har resulterat i att framför allt den specialiserade sjukvården har fått en starkare ställning. Detta är fullt förståeligt och utvecklingen har genererat betydande terapeutiska resultat. Samtidigt har utvecklingen inom primärvården blivit lidande, vilket många gånger kommit fram i synnerhet inom jourverksamheten. Jouren på basnivå och ofta också akutmottagningen på tjänstetid har lagts ut och leds inte längre av hälsovårdscentralerna. På grund av arbetskraftsbristen har specialiteten allmänmedicin inte kunnat ta ansvar för de patienter på basnivå som kräver

snabba ställningstaganden. Särskilt i de stora städerna hänvisas dessa patienter till samjourerna eller till privat vård. Redan nu har mer än hälften av barnfamiljerna privata sjukkostnadsförsäkringar och drygt 80 procent av de som besöker privata mottagningar för barn går direkt till en specialist. Det visar hur djupt den offentliga primärvården har sjunkit.

Lösning har sökts i centralisering

För att råda bot på denna utveckling har man förlagt akutverksamheten till större enheter. Krävande jour inom vissa specialiteter kommer på lagstiftningsväg att centraliseras till tolv sjukhus som ska ha enheter med omfattande jour dygnet runt inklusive socialjour. Alla fem universitetssjukhusen kommer att tillhandahålla högspecialiserad sjukvård. De sju andra centralsjukhusen med omfattande jour är utströdda över hela landet för att fylla ut det vacuum som uppstår mellan universitetssjukhusen. Därutöver kommer ungefär tio andra orter fortfarande att ha jour inom de viktigaste specialiteterna.

Ett av målen med vårdreformen är att möta de pågående omstruktureringarna i vårt samhälle. Tanken är att minska skillnaderna i hälsa och välfärd, göra vården mer jämlik, förbättra tillgången till vård och sänka kostnaderna. Här spelar åtgärder för att utveckla akutverksamheten och den prehospitla akutsjukvården en framträdande roll. Vi behöver med andra ord nya och kreativa proffs som tar sig an uppdraget. Redan nu införs en del omstruktureringar med hjälp av lagändringar innan den stora landskaps- och vårdreformen träder i kraft.

Bestämmelserna om brådskande vård är i hög grad formulerade med utgångspunkt i den specialiserade sjukvården. I en ändring av hälso- och sjukvårdslagen från slutet av 2016 åläggs primärvården för första gången att på hälsovårdscentralerna tillhandahålla brådskande mottagningsverksamhet under kvällstid och under veckoslut på dagtid, när detta krävs för tillgängligheten till vård. Därremot skrevs inga andra tvingande kompletteringar in i förordningen om brådskande vård, men det finns en uppsjö av kvalitets- och tillgänglighetskrav när det gäller jour inom den specialiserade sjukvården.

Förändringen kräver klinisk specialkompetens

Specialiteten akutsjukvård infördes i stor utsträckning för att tillföra den prehospitla

akutsjukvården och akutverksamheten stark professionalitet, och man var medveten om vilka utmaningar det kunde innebära. Akutsjukvården har kapacitet att ta hand om den initiala vården av patienter som kommer eller transporteras till en akutmottagning. En förutsättning är dock att det finns ett fungerande samarbete mellan primärvården och olika specialiteter. Det i sin tur kräver dels klinisk kompetens, dels administrativ kompetens och aktiv utveckling av verksamhetsprocesserna.

Primärvården måste kunna tillhandahålla brådskande mottagningsverksamhet på tjänstetid, på kvällar och dessutom på dagtid under veckoslut. På det lokala planet kan frågan lösas på många olika sätt. De stora specialiteterna måste vara kapabla att utveckla den slutna vården på sjukhusen så mycket att patienter kan skrivas ut också på kvällar och veckoslut. Det kräver emellertid att sjukhusen får större specialistinsatser inom den slutna vården och att det blir lättare för avdelningarna att konsultera en akutmottagning, det vill säga en jourpoliklinik. Därmed kan sjukhusavdelningarna utnyttjas effektivare och ofta även antalet tillgängliga sängplatser reduceras. Då måste det dock finnas information i realtid om alla vård- och omsorgsplatser i landskapet, och platserna måste vara tillgängliga.

Omställningarna inom akutverksamheten fortsätter

Mottagningarna med jour dygnet runt, akutmottagningarna, har minskat snabbt och de fortsätter fortfarande att minska, men i långsammare takt. År 2011 fanns det 64 kommunala mottagningar med jour dygnet runt och tre mobila nattjourer. I dag är mottagningarna med jour dygnet runt färre än 40. Samtidigt som akutmottagningarna har minskat har belastningen på de kvarvarande mottagningarna ökat. En förändring är dock att patienterna nu får mer omfattande vård på akutmottagningarna. Genom lagstiftning har enheterna blivit skyldiga att också erbjuda socialjour och beroendejour.

Med de stora samjourer vi har i dag måste de kliniker som tar hand om patienterna ha kompetens inom akutsjukvård. Det i sin tur betyder att det måste finnas fast anställda läkare på akutmottagningarna. Vi måste således ha permanenta läkare på jourenheterna; läkarna får inte bara agera konsulter för sjukskötare och annan vårdpersonal. Samtidigt ställs det nya krav på akutläkarnas befattningsbeskrivning och på utformningen

av arbetsmiljön. Dessutom får vi inte glömma att det finns olika typer av arbetstider. När vi väl har tillräckligt många fastanställda riktiga specialister i akutsjukvård, ger det positiva signaler och återverkningar bland både vårdarna och övriga specialiteter. Arbetsteamens svetsas samman och den samlade kompetensen växer.

Landskaps- och vårdreformen är inriktad på att skapa nya administrativa strukturer. När de administrativa lösningarna är klara, måste speciallagstiftningen ses över, bland annat hälso- och sjukvårdslagen och de förordningar som utfärdats med stöd av den. Översynen av lagstiftningen ställs då inför stora frågor. Dels gäller det att säkerställa närservicen, dels måste det byggas upp starka kompetenscentra

för akutverksamhet. Det kan hända att det behövs tydligare reglering för att brådskande mottagningsverksamhet på basnivå ska kunna ordnas på det lokala planet och för att rådgivningsverksamhet ska kunna tillhandahållas samordnat i hela landet både per telefon och via digitala tjänster. Den prehospitla sjukvården på lokal nivå, som leds regionalt, kommer att bli tvungen att ta hand om krävande vård i ett läge när utvecklingen går mot att den krävande akutverksamheten fortsätter att centraliseras. Därmed blir behovet av kompetens inom akutsjukvård mer uttalat.

Timo Keistinen
timo.keistinen@stm.fi

Summary

SOTE – Do we need Emergency Medicine specialists when the distances increase?

In Finland, 24-hour emergency care referral centers have, during the last ten years, become fewer. Legislation has concentrated these referral centers into the central hospitals, often combined with social- and with alcohol- and drug-abuse aid. Specialized referrals are concentrated in 12 hospitals with more extensive emergency care, the most specialized care in 5 university hospitals; 24-four-hour joint primary and specialized-care referral centers exist in 10 additional hospitals. However, a 24-four-hour primary care emergency center requires special permission. This centralization of emergency care has raised the need for Emergency Medicine competence as a specialization for both patient work and administration.