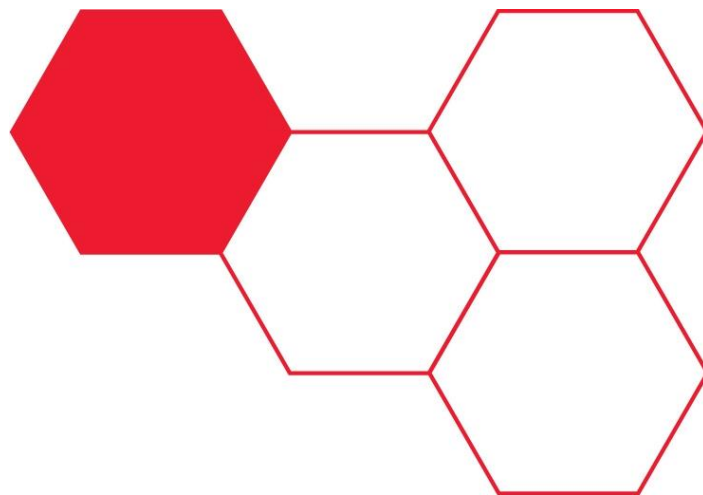




# Regional strategi för införande av akutläkare i Region Skåne

---



## **Förord**

Detta dokument har tagits fram i samarbete med verksamhetscheferna och områdescheferna för akutklinikerna i Region Skånes tre förvaltningar Kryh, Sund och SUS.

Ann-Sofi Bennheden

HR-direktör

Jan Ljunghusen

Samordnare för specialiteten  
akutsjukvård i Region Skåne

## Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	1
Akutklinikernas vision .....	1
Bakgrund .....	2
<i>Specialiteten akutsjukvård</i> .....	2
<i>Akutläkarsatsningen hittills</i> .....	2
<i>Beslut av regiondirektören (RD)</i> .....	2
Syfte .....	3
Framgångsfaktorer .....	3
Nuläge.....	3
<i>Bemanning, medicinsk personal</i> .....	3
<i>Organisation och arbetssätt</i> .....	4
<i>Utbildning</i> .....	4
<i>Patientsäkerhet och kvalitet</i> .....	4
<i>IT-system</i> .....	4
Strategisk plan.....	4
<i>Tjänstgöringsplacering</i> .....	4
<i>Akutläkarbehov</i> .....	5
<i>ST-utbildning i akutsjukvård i Region Skåne</i> .....	6
<i>Forskning och utbildning</i> .....	6
<i>Handledning på akutmottagningarna</i> .....	7
<i>Arbetsmiljö och karriärvägar</i> .....	7
<i>Arbetssätt</i> .....	7
<i>Patientsäkerhet och kvalitet</i> .....	8
<i>Inväxling</i> .....	8
<i>Övrig inväxling/övertag av uppgifter</i> .....	8
Övriga åtgärder som stöttar akutsjukvården.....	9
<i>Utbildning för sjuksköterskor</i> .....	9
<i>Utbildning för undersköterskor</i> .....	9
<i>Övrig personal</i> .....	9
<i>IT-system</i> .....	9
Samarbetspartners.....	9
Bilaga 1: ST- utbildning i Akutsjukvård.....	11
Bilaga 2: Regionalt utbildningsprogram för ST-läkare i akutsjukvård .....	12
Bilaga 3: Utbildningstrappa för sjuksköterskor och undersköterskor .....	13

## Sammanfattning

Akutläkare är en specialistläkare som är utbildad i akutsjukvård. Enligt regiondirektörens beslut 131121 ska en regional strategi tas fram för införandet av akutläkare på akutsjukhusens akutmottagningar i Region Skåne. Syftet med akutläkare är att få till stånd en verksamhetsutveckling, såväl avseende kvalitet som processer där akutläkarna ska samarbeta med samtliga aktörer i vårdkedjan.

Beräkningar visar att behovet i en färdig akutläkarstyrd organisation är drygt 200 specialister/ST-läkare i akutsjukvård i regionen. Det kommer att krävas en extra satsning med 18 ST-läkare per år från 2016 för att uppnå målet inom 10 år. Varje akutsjukhus ska ha sin egen lokala plan, stödd av en långsiktig regional strategi för införandet. Varje enskild förvaltning har ansvar för att ta fram en långsiktig inväxlingsplan av befintliga jourlinjer och att ständigt hålla arbetet med hela akutprocessen levande. Under uppbyggnaden finns ett stort behov av handledning från seniora läkare i befintliga specialiteter. De specialiteter som idag bemannar våra akutmottagningar kommer också fortsättningsvis under många år att bidra med jourtjänstgörande läkare och konsultstöd. Samverkan är avgörande.

Det är viktigt att ett aktivt arbete bedrivs för en god arbetsmiljö, bland annat med att finna schematekniska lösningar för den höga andelen obekvämt arbetstid men också att alla medarbetarnas unika kompetens i teamet tas till vara på ett så effektivt sätt som möjligt. Utöver klinisk tjänstgöring måste det också ges möjlighet till att bedriva utvecklingsarbete och forskning.

Regional utbildningsplan för ST-läkare i akutsjukvård samt lokala sidotjänstgöringsplaner finns framtagna för samtliga akutsjukhus i regionen.

## Akutklinikernas vision

- Region Skånes akutmottagningar välkomnar alla patienter oavsett tidpunkt och orsak.
- Genom regionalt samarbete skapas möjlighet att utveckla akutsjukvården för alla i regionen, med likvärdigt omhändertagande av patienter oavsett tid eller var man befinner sig. Detta uppnås genom ett gemensamt syn- och förhållningssätt, standardiserat omhändertagande och öppna jämförelser där man drar lärdom av varandras erfarenheter.
- Patienten tas om hand med högsta kvalitet, baserad på bästa kliniska praxis, med fokus på patientsäkerhet och patientnöjdhet. Akutmottagningarnas arbetssätt skall dessutom öka den värdeskapande tiden för patienten och undvika onödig slutenvård.
- Genom systematiskt arbete med personalens kompetens genom utbildning och forskning skapas en miljö där akutsjukvården utvecklas efter patientens behov. Framtidens akutsjukvård består av specialistutbildad personal inom området, i samarbete med samtliga övriga specialiteter både inom och utanför sjukhusen.
- All personal skall ha ett hållbart arbetsliv i en attraktiv arbetsmiljö.

## Bakgrund

### *Specialiteten akutsjukvård*

Enligt Socialstyrelsens definition omfattar specialiteten akutsjukvård utredning, diagnostik och behandling samt uppföljning av akuta sjukdomstillstånd och olycksfall i alla åldersgrupper. Akutsjukvård omfattar förmåga att under begränsad tid, och med begränsad bakgrundsinformation om patienten, tillämpa breda differentialdiagnostiska kunskaper och kunna prioritera och koordinera vårdinsatser utifrån patientens tillstånd och tillgängliga resurser. Vidare omfattar akutsjukvård att värdera risk-nytta med olika handläggningsalternativ samt multidisciplinär samverkan med andra specialiteter och professioner inom sjukvårdens organisation. I akutsjukvård ingår även prehospitalt arbete, att leda vårdinsatser i situationer där vårdbehovet initialt överstiger tillgängliga resurser och att genom epidemiologiska kunskaper verka preventivt. För mer detaljerad definition av akutläkarens kompetensområde, vg se Socialstyrelsen föreskrifter (SOSFS 2008:17).

I flera internationella studier har man visat fördelarna med akutläkarstyrda akutmottagningar i förhållande till de klassiska akutmottagningarna utan fast läkarbemanning. Bland annat har man kunnat påvisa minskad mortalitet, kortare vårdtider med rätt behandling insatt tidigt, mindre överfulla akutmottagningar och effektivare processer. Akutsjukvård (eng. Emergency Medicine) introducerades i England och USA för mer än 35 år sedan. I Europa tillkommer ständigt nya länder som har introducerat akutsjukvård som egen specialitet.

Svensk förening för akutsjukvård (SWESEM), som inledningsvis var en del av Svensk Internmedicinsk Förening, startade i samband med ett nationellt möte i akutmedicin år 1999. Avsikten var att inom några år bli en självständig förening för att företräda och arbeta för specialiteten akutsjukvård. SWESEM är sedan 2002 fristående. Akutsjukvård blev i Sverige en tilläggspecialitet år 2006 och kommer från 2015 att bli en egen basspecialitet.

### *Akutläkarsatsningen hittills*

Akutläkarutbildning har i Sverige pågått sedan slutet av 90-talet och idag har ett 15-tal sjukhus någon form av akutläkarsatsning. I Region Skåne har akutläkarutbildning getts i Helsingborg, Malmö och Lund.

Det är nödvändigt att dra lärdom av de satsningar som hittills gjorts i Sverige inför den fortsatta utbyggnaden. Några erfarenheter är att satsningarna som gjorts har varit för kortsiktiga och sårbara, för snabba inväxlingar har gjorts gentemot andra specialiteter, genomförandet har inte varit tillräckligt förankrat inom sjukhusledningarna och handledarkapaciteten har inte varit tillräcklig. Det har saknats en regional samsyn och ett systemperspektiv vid införandet.

Liknande problem förelåg vid uppbyggnaden av akutläkarsystemen i USA och i flera andra länder. Konceptet har dock med tiden blivit framgångsrikt och akutsjukvård är idag en av de mest attraktiva specialiteterna i USA.

### *Beslut av regiondirektören (RD)*

November 2013 fattade regiondirektören beslut om att man inom ramen för ett åtgärds paket för utveckling av akutsjukvården i Region Skåne ska ta fram en regional strategi och plan för införande av akutläkare (RD beslut 2013-11-21). Den regionala

strategin ska beskriva syfte, uppdrag, utbildning, samverkan och placering. En handlingsplan ska tas fram för hur satsningen ska verkställas.

### Syfte

Akutsjukvård kräver specialistkunskap, egen personal och verksamhetsutveckling precis som andra specialiteter. En satsning på akutläkarspecialiteten ska skapa bättre förutsättningar för fortsatt utveckling av akutverksamheten, t ex specifika medicinska processer, triageverksamhet och samarbetet med primärvård och kommuner. Detta gynnar såväl patientsäkerhet som kvaliteten i det medicinska omhändertagandet.

### Framgångsfaktorer

Viktiga framgångsfaktorer vid införandet av akutläkarsystem är:

- Regional strategi och lokala planer som är långsiktiga, uthålliga och högt på agendan
- Förankring av strategi och införandeplan inom respektive förvaltning/sjukhus och synkronisering med de stora disciplinerna internmedicin, kirurgi och ortopedi men även kliniker som har mindre verksamhet på akutmottagningarna
- Tillräcklig handledningskapacitet och möjligheter för sidotjänstgöring
- Regional samordning av ST-utbildningen
- Medel för den plockkostnad som uppstår
- Aktivt arbete för god arbetsmiljö/attractiv arbetsplats (schema, IT-system mm)

### Nuläge

#### *Bemanning, medicinsk personal*

Majoriteten av läkarna som idag bemannar akutmottagningarna i regionen utgörs av underläkare från sjukhusens olika kliniker. Cirka 25-30% av deras tjänst är förlagd till akutmottagningen. Detta inkluderar såväl arbete under kontorstid som under jourtid. Andelen överläkare från sjukhusens kliniker som tjänstgör på akutmottagningarna är låg.

Det råder således stor brist på seniora läkare på akutmottagningarna i allmänhet och specialister inom akutsjukvård i synnerhet. Region Skåne hade i november 2013 totalt utbildat 35 specialister i akutsjukvård varav cirka 30 var verksamma inom specialiteten. Den bristande närvaron av specialister på akutmottagningen ger idag begränsad möjlighet att handleda yngre kollegor, vilket skapar ineffektivitet och förlänger handläggningen av varje enskild patient.

Cirka 70 % av arbetstiden på akutmottagningarna är arbetstid förlagd till kvällar och helger. Det är en utmaning att lösa detta bl.a. schematekniskt och det är en av orsakerna till att specialister slutat och att det är svårt att få sjuksköterskor att stanna kvar.

Rekryteringsläget för undersköterskor är betydligt bättre även om det stundtals är svårt att hitta rätt kompetens inom gruppen. De undersköterskor som idag arbetar på akutmottagningarna har en hög kompetens som i vissa fall är specifik, som exempelvis gipsbehandling.

### **Organisation och arbetssätt**

I dag förekommer det flera olika principiella arbetssätt på akutmottagningarna i Region Skåne, alla i syfte att utifrån suboptimala förutsättningar skapa ett effektivt och patientsäkert omhändertagande. Det faktum att omvårdnadspersonal och sekreterare är anställda på akutkliniken medan majoriteten av läkarna är anställda inom sjukhusets olika kliniker begränsar möjligheterna till utveckling.

### **Utbildning**

Idag ges ingen riktad utbildning i akutsjukvård för läkare som tjänstgör på akutmottagningen. Det finns ett stort behov av utbildning, inte bara hos blivande akutläkare utan även hos andra läkare som arbetar på akutmottagningen i handläggandet av akuta tillstånd, symtom, differentialdiagnoser, prioritering, teamarbete och effektivitet.

### **Patientsäkerhet och kvalitet**

Akutmottagningen utgör en högriskmiljö för negativa händelser och ställer höga krav på personalens kompetens. Verksamheten karaktäriseras av ett heterogent patientunderlag och vissa åtgärder som patienten behöver är tydligt tidskritiska. Idag varierar medarbetarnas kompetens och behov finns här av fortsatt utveckling och förbättring, med grundsynen att se till den specifika patientens behov utifrån ett helhets- och inte ett organspecifikt perspektiv.

Samtliga akutmottagningar arbetar redan idag aktivt med patientsäkerhet och har ansvariga medarbetare för att bevaka och utveckla den. Vi mäter exempelvis en rad ledtider för olika processer till exempel total vistelsetid och tid till första läkarbedömning. Behov finns att i framtiden förfinna våra mätmetoder så att vi mer konkret mäter medicinskt utfall och hur vi uppfyller patientens specifika behov.

### **IT-system**

Akutmottagningarna använder samma IT-system som slutenvården med undantag av Patientliggaren. Patientliggaren redovisar vilka patienter som befinner sig på akuten och var någonstans de befinner sig i processen men den kommunicerar inte med Melior.

Inom några månader kommer den prehospitala verksamheten (ambulansen) att få en elektronisk journal. Tyvärr är den inte kompatibel med befintliga elektroniska system som finns inom organisationen. Den elektroniska ambulansjournalen måste skrivas ut och efter att akutpersonalen arbetat med patient och journal så scannas den in i Melior för att sedan åter bli elektronisk.

Ovanstående är exempel på att det idag saknas koordinering mellan olika IT-system. Vidare är merparten av systemen inte användarvänliga vilket inte främjar patientsäkerheten.

## **Strategisk plan**

### **Tjänstgöringsplacering**

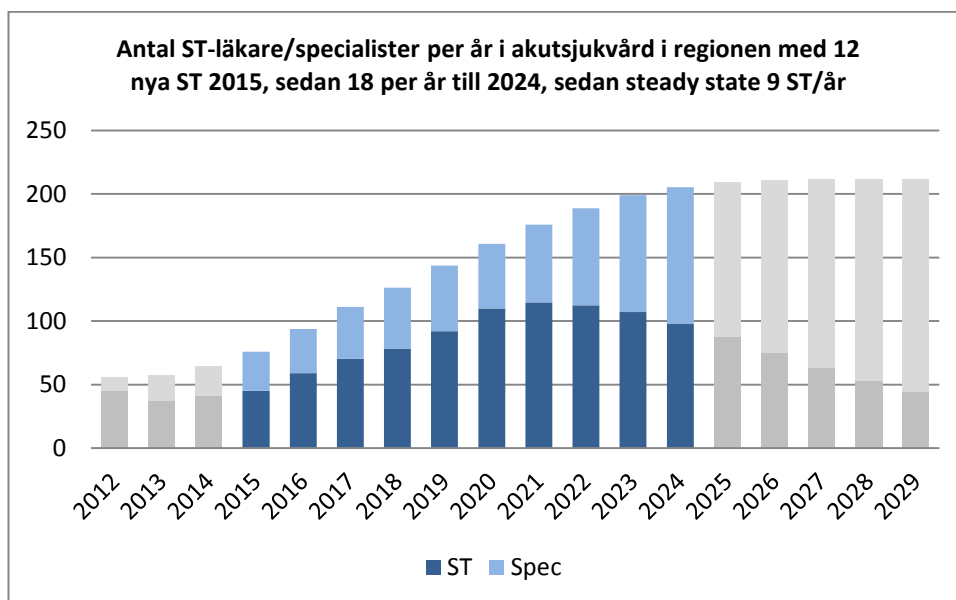
Akutläkare ska finnas på de akutsjukhus inom våra tre förvaltningar som har akutmottagningar med verksamhet dygnet runt. Det gäller således Malmö och Lund inom SUS och Helsingborg inom Sund samt Kristianstad inom Kryh. Ystad intar en

mellanställning och det finns mycket som talar för att akutläkare bör finnas också där men det anstår förvaltning Kryh att besluta om detta.

### Akutläkarbehov

Beräkningar visar att akutläkarbehovet för hela regionen i utbyggd organisation kommer att vara mellan 200 – 230 läkare, ST-läkare och specialister sammantaget. Beräkningen utgår från en successiv utbyggnad under de kommande 10 åren och inrymmer ett flertal antaganden.

I det följande redovisas beräkningar som visar på ett behov av 18 ST-läkare per år från 2016 till och med 2024. För 2015 blir tilldelningen 12 ST-tjänster och från 2025 ett fast antal, 9 per år. Detta skulle innebära att målet med drygt 200 specialister/ST-läkare i akutsjukvård i Region Skåne uppnås år 2025. Mot slutet av 20-talet är absoluta majoriteten av dessa läkare specialister, se figur 1.



Figur 1. Extrasatsning i blå markering. Grå är faktiskt antal (2012-2014) och beräknat (fr. 2025)

### Antaganden och utmaningar

Beräkningarna utgår från målsättningen att i snitt 2/3 av läkarbemanningen i patientarbete på akutmottagningarna i den slutliga organisationen utgörs av akutläkare (specialister och ST-läkare) och att resterande 1/3 utgörs av andra läkare. Det finns dock flera oklarheter som kan göra att dessa proportioner behöver justeras. Socialstyrelsens förslag om en gemensam kunskapsbas sk "common trunk" för utbildningen inom de stora specialiteterna kirurgi och intermedicin kan innebära lägre närvaro på akutmottagningen från dessa specialiteter. Vidare finns förslag att AT-tjänstgöringen ska tas bort. Detta kan innebära att akutklinikerna behöver öka bemanningen ytterligare. Det är också troligt att en klart högre grad av bemanningsansvar kommer att ligga på basspecialiteten akutsjukvård i en fullt utbyggd organisation, precis som övriga basspecialiteter ansvarar för sin egen bemanning.

I bakgrunden till kalkylen finns också ett antal andra faktorer inlagda som påverkar tidpunkten till färdig organisation. Kurvan i figur 1 bygger bland annat på att 10 % av ST-läkarna slutar under sin ST-tjänst och att de slutar i medeltal efter 2 år samt att



utbildningen i snitt tar 6 år. Vidare har vi antagit att 5 % av specialisterna av olika skäl lämnar specialiteten och/eller regionen och att inga externa specialister kan rekryteras under perioden. Vi har också antagit att inflödet av patienter till akutmottagningen är konstant under perioden.

Det finns i dagsläget inte tillräcklig kapacitet för att hantera kravet på sidotjänstgöringar med 18 ST-tjänster per år. Målet måste dock vara att genom nytänkande och samarbete - t.ex. med Region Sjaelland - hitta lösningar för nuvarande begränsningar i sidotjänstgöringarna.

Sammanfattningsvis måste kurvan i figur 1 ses som en idealbild för uppbyggnaden av en akutläkarorganisation. Ett minimum bör vara att ta in i medeltal 17-18 ST-läkare per år från 2015-2024 eftersom 12 ST-tjänster per år enligt våra beräkningar innebär att vi når färdig organisation med c:a 160 specialister först 2040 dvs om c:a 25 år. Att arbeta i två organisationer under så lång tid utgör en risk för hela satsningen. Akutsjukhusen kommer också, som en följd av basspecialiteten, att ha krav på sig att inom rimlig tid utbilda och handleda såväl AT-läkare som kandidater och övriga specialiteters läkare på akutmottagningen i akutsjukvård. För detta krävs en ordentlig satsning på akutläkarspecialiteten.

Akutläkarsatsningen kommer att kräva extra medel för att inte påverka övriga klinikers ST-tillgång negativt. Vidare måste hänsyn tas till övriga specialiteters behov av sidotjänstgöringar. Budgetmedel måste finnas för att kunna ge färdiga specialister fast tjänst. Slutligen är ett konstant tillskott av nya ST-läkare i akutsjukvård per år avgörande för att handledning, utbildning och sidotjänstgöring, schemaläggning och inväxling ska fungera väl under uppbyggnaden.

### ***ST-utbildning i akutsjukvård i Region Skåne***

Utbildningsprogrammet följer Socialstyrelsens målbeskrivning. Idag finns utbildning i form av regionaliserad kurs och fallövningar som genomförs c:a 10 gånger per år. Dessa utbildningstillfällen motsvarar Socialstyrelsens krav på kurs, vilket gör att externa kurser kommer att vara relativt få. ST-läkarna följer liknande utbildningsprogram i regionen, men med lokala varianter beroende på varierande tillgång till olika patientkategorier. Det kommer att ske ett utbyte mellan de olika sjukhusen för att säkerställa att ST-läkaren får ett varierat patientunderlag, vg se bilaga 1 och 2.

Plan för sidotjänstgöring som tar ett regionalt perspektiv är framtagen för akutsjukvård. Det finns en brist på sidotjänstgöring inom anestesi/IVA. För en detaljerad 5-årig tjänstgöringsplan för blivande akutläkare i Region Skåne, vg se bilaga 2.

### ***Forskning och utbildning***

Specialiteten akutsjukvård är i Sverige ännu ung, och forskningen inom specialiteten är i sin linda. I Region Skåne har man dock hittills varit mycket aktiv med bland annat uppbyggnaden av Svenskt Akutvårdsregister (SVAR). Ett flertal akutläkarspecialister är disputerade. Med akutmottagningarnas höga patientflöden och regionala databaser har vi mycket goda förutsättningar för framgångsrik forskning, både inom specialiteten och i samarbete med andra kliniker. Utöver forskning om specifika sjukdomars diagnostik och behandling erbjuder akutsjukvården även goda möjligheter till processanalys och kvalitativt utvecklingsarbete.

Region Skåne har landets mest välfungerande utbildning i akutsjukvård, med bland annat simuleringsövningar av mycket hög kvalitet. Undervisningsansvar kommer att bli en naturlig del, precis som för övriga specialiteter, inte bara i utbildningen av våra egna ST-läkare utan även för övriga läkare och personal som tjänstgör på akutmottagningen samt i utbildningen av blivande läkare på läkarlinjen. Forskning inom akutsjukvård ska uppmuntras redan under ST-läkartjänstgöringen. Vidare är ambitionen att en professur inom ämnet akutsjukvård bör inrättas snarast möjligt.

### **Handledning på akutmottagningarna**

Under uppbyggnaden av akutsjukvården finns ett stort behov av senior kompetens för att handleda de blivande akutläkarna och övriga ST- läkare. Det är därför väsentligt att specialister från övriga kliniker erbjuds tjänster som handledare. Nyblivna specialister i akutsjukvård ska kunna erbjudas specialisttjänst.

### **Arbetsmiljö och karriärvägar**

Akutläkarna är de som tillsammans med övrig personal kommer att bygga framtidens akutsjukvård.

Det är viktigt att akutläkarna får en balans mellan kliniskt arbete och utvecklingsarbete. Vidare måste det vara en balans mellan tjänstgöring på obekväm arbetstid och kontorstid. Man måste dock ha i fokus att det är en dygnet-runt verksamhet varför det alltid kommer att förekomma en större andel obekväm arbetstid. Här måste man titta på schemamodeller och koppla arbetsuppgifterna till flera aktörer inom sjukvården.

En viktig del i arbetsmiljön är relationen med övriga medarbetare på akuten - se punkten 'Övriga åtgärder som stöttar akutsjukvården'.

Akutläkaren utbildas för regionen och det ska vara enkelt att byta arbetsplats om den enskilde medarbetaren så önskar.

Det är viktigt med en sammanhållen vårdkedja, ett bra samarbete emellan akutmottagningen, mottagande kliniker, primärvården, hemsjukvården och övriga samarbetspartners. Övergångarna i vården ska vara smidiga och patientsäkra och varje sjukhus måste kontinuerligt arbeta mot att få en sammanhängande akut process. Att arbeta med och att utveckla akutprocessen är en viktig del i akutsjukvården.

### **Arbetsätt**

Arbetsättet ska vila på samma principer på samtliga akutmottagningar i regionen. Fokus ska ligga på symtom och prioritet och inte diagnos. Med sjukvårdens begränsade resurser måste rätt patienter läggas in samtidigt som onödiga inläggningar undviks. God kännedom om och kontakter både inåt med sjukhusets specialistkliniker och utåt med primärvård och andra vårdgivare utanför sjukhuset krävs. Utredningar ska begränsas till de som behövs för fortsatt handläggning, och rätt behandling ska ges från början för att minska mortalitet, morbititet och förlängda vårdtider. Detta kräver erfarenhet och en hög närvaro av specialistläkare på våra akutmottagningar.

Akutpersonalen ska utbildas till att ta ett helhetsansvar inte bara för patienten, utan också för hela akutmottagningen för att man på bästa sätt ska kunna fördela resurserna. Bemanningen ska vara dynamisk och personalresurserna bör fördelas efter behov för en jämnare arbetsbelastning. I praktiken innebär detta att läkarbemanningen styrs av

patienternas ankomsttid, medan omvårdnadspersonalen fördelas efter beläggningen av patienter på akutmottagningen.

### ***Patientsäkerhet och kvalitet***

Utveckling av medicinsk kvalitet och hög patientsäkerhet i omhändertagandet måste vara av högsta prioritet. För detta krävs regional samverkan med stor delaktighet från olika yrkesgrupper. Akutläkarna är en viktig del i detta arbete.

Akutklinikerna strävar efter att ta fram regionala PM och riktlinjer med anpassning till lokala förutsättningar. Detta för att garantera att medborgarna ges samma möjlighet att få den bästa vården. Den regionala expertgruppen för akutsjukvård arbetar redan idag med att utveckla bl.a. kvalitetsindikatorer och gemensamma riktlinjer för akutsjukvården.

Målet är att bygga en regional patientsäkerhetsgrupp för akutmottagningarna med representation från samtliga yrkeskategorier. Denna grupps erfarenheter, i sitt arbete med patientsäkerhet, ska föras över in i internutbildningen.

Vidare ska vi samarbeta med övriga verksamheter i regionen för att kunna hjälpa varandra att nå våra olika kvalitetsmål.

### ***Inväxling***

Med inväxling avses successiv minskning av läkare från andra specialiteter samtidigt som andelen akutläkare ökar. Sådan inväxling måste ske utifrån de olika sjukhusens förutsättningar.

Samverkan med övriga specialiteter inom varje förvaltning är avgörande inte bara för kvaliteten i patientprocessen utan också för en framgångsrik inväxling av de större delarna av befintliga klinikers verksamhet på akutmottagningarna. Det är viktigt med förståelse för de svårigheter som vi står inför; att bygga upp en ny specialitet från grunden och utbilda och handleda många läkare samtidigt som denna nya specialitet förväntas att inom rimlig tid ta över idag befintlig verksamhet.

Inväxlingen måste ske i samråd mellan specialiteterna där förvaltningsledningen tar det slutgiltiga ansvaret.

Hur omfattande och snabb inväxlingen ska vara är svårbedömd. Dock uppskattas den för regionen att på sikt resultera i att c:a 2/3 av patientarbetet på akutmottagningarna görs av akutläkare. Skillnader kan här finnas mellan sjukhusen. Det är viktigt att det finns kvar utrymme för övriga specialiteter att tjänstgöra på akutmottagningen både för ST-utbildning och kompetensförstärkning kring patienten.

Hur och i vilken takt inväxling ska ske måste ske i dialog och samarbete med övriga specialiteter inom ramen för varje fysisk sjukhusbyggnad och beräknas kräva 6-12 månader för kartläggning och förankring. Beslut om nya målbeskrivningarna för ST-utbildning som tas våren 2015 spelar en viktig roll.

### ***Övrig inväxling/övertag av uppgifter***

Akutläkarna kommer att bli viktiga i att på våra akutmottagningar identifiera de patienter som bör skrivas in i den kommunala hälso- och sjukvården. Inom ramarna för befintlig plan finns inte utrymme för att akutläkarna ska lämna akutmottagningen för att

arbeta ute i hemsjukvården. Det kommer inte att ske någon inväxling av primärvårdens uppdrag.

## Övriga åtgärder som stöttar akutsjukvården

### *Utbildning för sjuksköterskor*

Specialistutbildning för sjuksköterskor i akutsjukvård startar med 20 platser vid Lunds Universitet vårterminen 2015. Eftersom utbildningen redan finns på andra orter i Sverige finns i dagsläget 5-10 specialistutbildade sjuksköterskor i regionen. Enligt aktuella beräkningar kan det om 5 år finnas c:a 100 specialistutbildande sjuksköterskor inom akutsjukvård i Skåne, c:a 75 av dessa kan finnas på våra akutmottagningar.

Andra specialistexamina för sjuksköterskor som kan vara intressanta för att vidareutveckla akutsjukvården är geriatrik, primärvård, barn och ambulanssjukvård. För regionövergripande kompetenstrappa med individuell utbildningsplan, se bilaga 3.

Oavsett specialistutbildningen så bedömer vi att det i framtiden alltid kommer att finnas ett stort behov av allmänsjuksköterskor på våra akutmottagningar.

### *Utbildning för undersköterskor*

Vi ser ett fortsatt stort behov av undersköterskor på våra akutmottagningar. Det är önskvärt med specialitutbildning i akutsjukvård även för undersköterskor. Kompetenstrappa med individuell utbildningsplan finns regionövergripande, se bilaga 3.

### *Övrig personal*

Ett effektivt arbete runt den akut sjuke patienten förutsätter även att övriga medarbetares yrkeskunskaper och kompetens får utvecklas och tas tillvara. Detta gäller exempelvis viktiga stödfunktioner såsom medicinska sekreterare, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, kuratorer, lokalvårdare, transportörer, vaktmästare m.fl.

### *IT-system*

Arbetsätt och IT-system måste gå hand i hand med övrig utveckling av akutsjukvården - smidiga och säkra övergångar med integrerade IT-system som stödjer arbetet runt patienten. Akutmottagningarna är sjukhusets nav och det är viktigt att representanter från akutsjukvården tidigt kopplas in vid införande av nya datasystem.

## Samarbetspartners

Vi har i Region Skåne beslutat oss för att ta hjälp av den kunskap som sedan många år finns i USA. I det regionala samarbetet arbetar vi med Brigham and Womens Hospital (BWH), Boston, Massachusetts. I 22 års tid har de varit i topp tio av samtliga sjukhus i USA. De utgör Harvard Medical School's näst största utbildningssjukhus och har en gedigen forskningsverksamhet. Det är ett s.k. level one Trauma Center.

Med över 35 års erfarenhet inom Emergency Medicine har man byggt upp en välfungerande regional struktur för akutsjukvården men arbetar också ständigt med lokala rutiner som involverar hela patientprocessen. Man har genom sin stora internationella verksamhet bidragit till att utveckla akutsjukvården i många länder och har bland annat erfarenhet av sjukvården i Danmark och ett stort nätverk där. Mycket tack vare de kontakterna har Region Skåne tagit de första stegen mot ett samarbete med Region Sjaelland. Vi har under 2014 satt grunden för vår regionala struktur i Region

Skåne och utbildningsgruppens arbete är ett tydligt exempel på hur vi har fått ta del av kompetens som idag inte finns i Sverige.

Samarbetet med BWH begränsas inte bara till akutmottagningarna utan samarbetet och erfarenhetsutbytet kommer att omfatta hela den akuta processen som måste kopplas till relevanta kvalitetsmått som sträcker sig förbi akutmottagningen. Man insåg redan på 80-talet att en framgångsfaktor för akutsjukvården var att bidra till att förbättra omhändertagandet för alla patienter på akutmottagningen genom samarbete med övriga kliniker.

I kölvattnet av de problem regionen haft inom akutsjukvården ger samarbetet med BWH en känsla av stabilitet och trygghet. Utöver att vara den motor som behövs i organisationsuppbyggnad har de också redan visat sig ge tillförsikt och framtidstro till de yngre kollegor som vi under många år ska rekrytera till en framtid på våra akutmottagningar.

Samarbete sker med regionens expertgrupp för akutsjukvård. Erfarenhetsutbyte sker också nationellt med andra akutmottagningar i Sverige och regionen bidrar i uppbyggnaden av akutsjukvården i landet genom två styrelserepresentanter i SWESEM. Vi deltar i det nationella chefs- och studierektorsnätverket.

Det finns stora skillnader i sjukvården i Sverige och ännu större skillnader i jämförelse med USA. Det är viktigt att ständigt ifrågasätta och inte kopiera. Samarbete och erfarenhetsutbyte är dock avgörande. Bedömningen är att det finns mycket goda möjligheter att bygga en gedigen plattform inte bara för akutläkarna och akutsjukvården i Region Skåne, utan också bidra till utveckling nationellt och internationellt.

## Bilaga 1: ST- utbildning i Akutsjukvård

I Region Skåne bedrivs ST-utbildning i Akutsjukvård inom samtliga förvaltningar. För att säkra god kvalitet och hållbarhet bör det finnas en regiongemensam policy för utbildning av akutläkare. Detta bör innefatta sidotjänstgöringar inom andra verksamhetsområden, på de övriga sjukhusens akutmottagningar samt regelbundna kurser.

Ett regionalt utbildningsprogram underlättar tillgången till sidotjänstgöringar, kvalitetssäkrad internutbildning och tillför långsiktighet i utbildningsfrågor. Samarbete mellan studierektorerna från förvaltningarna Kryh, Sund och SUS bidrar till utbildningsprogrammet med olika aspekter av akutsjukvård. Alltifrån universitetssjukhusets storlek och akademiska styrkor, med tillgång till högspecialiserad vård, till det lilla sjukhusets breda panorama där logistik och transport av kritiskt sjuka patienter ingår i det akuta omhändertagandet.

Samtliga utbildningsorter i Skåne följer SWESEMs rekommenderade utbildningsplan (se [swesem.org/utbildning/utbildningsplan](http://swesem.org/utbildning/utbildningsplan)) med en del mindre variationer, beroende på tillgången till olika patientkategorier och lokala traditioner. Tillgången till platser för sidotjänstgöringar kommuniceras inom den regionala studierektorsgruppen och på så sätt kan alla tillgängliga sidotjänstgöringsplatser utnyttjas. Intensivvård och anestesi är de sidotjänstgöringar där tillgången till platser väsentligt understiger efterfrågan.

Under utbildningen går ST-läkarna kurser enligt regional och nationell rekommendation. Vetenskapligt arbete och kvalitetsarbete görs under år 5 och sex veckor FoU reserveras för genomförande. Övriga delmål med kurskrav täcks av den regionala internutbildningen enligt Lundamodellen som är central i ST-utbildningen och för närvarande bedrivs framför allt på Practicum i Lund. Internutbildningen erbjuds för varje ST-läkare 1 gång/månad och än så länge ges två tillfällen/ månad. Man förväntas att delta både som ST-läkare och specialist och successivt övergå till att leda diskussioner och scenario. I takt med att gruppen ST-läkare växer planeras ytterligare en utbildningsgrupp och utbildningen ges då tre gånger i månaden och kan även erbjudas på t ex Gorthons center för klinisk träning i Helsingborg.

Formell bedömning med deltentamina görs kontinuerligt under utbildningen och återkoppling ges efter genomförda tentamina av handledare/studierektor. För närvarande är det önskvärt med intyg från en genomförd deltentamina.

Vi ser det även som den regionala studierektorgruppens uppgift att arbeta för att akutläkarnas vidareutbildning säkras. Detta för att behålla och utveckla specialistläkarens kompetens inom de områden som inte handläggs regelbundet i den dagliga verksamheten såsom sällsynta men livshotande åkommor.

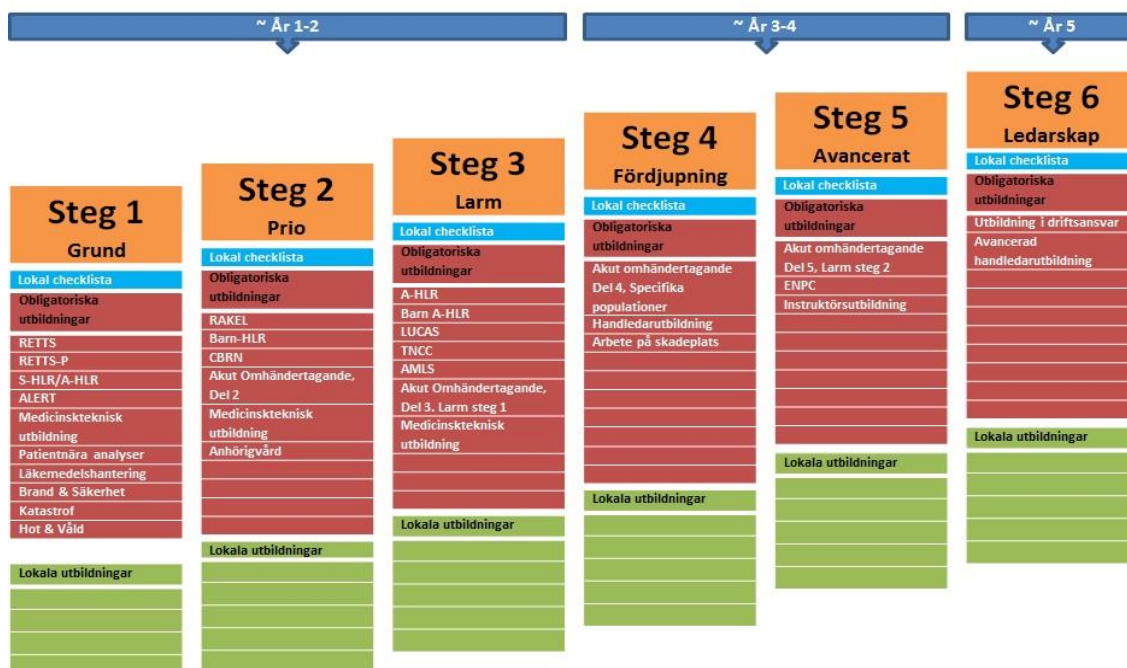
I takt med att akutsjukvårdsspecialiteten i Region Skåne utvecklas till att eventuellt omfatta nya ansvarsområden behöver denna fortbildning utvecklas och säkras. Utveckling av möjligheter till subspecialisering med vidareutbildning inom områden som ultraljud, verksamhetsrelaterad forskning och utbildning, är en förutsättning för specialitetens fortlevnad och utveckling.

## Bilaga 2: Regionalt utbildningsprogram för ST-läkare i akutsjukvård

Regionalt utbildningsprogram ST Akutsjukvård						
	Malmö	Lund	Ystad	CSK	Helsingborg	
<b>År 1</b>						
Sidotjst	6 mån Akutmott	6 mån Akutmott	6 mån Akutmott Ystad	6 mån Akutmott CSK	11 mån Akutmotttagning	
	3 mån Med Akut	2 mån Ortopedi	3 mån Pediatrik CSK	3 mån Pediatrik CSK	Blandat akut, kir, med, ort	
	3 mån Kir Akut	3 mån Pediatrik	3 mån Akutmott Ystad	3 mån Akutmott CSK (varav	1 mån AVA, KAVA	
Kurs	ATLS	ATLS	ATLS	ATLS	TEAM/ATLS	
	Medic ALS	APLS	APLS	APLS	A-HLR	
	A-HLR	A-HLR	A-HLR	A-HLR	Barn A-HLR inkl lärträning	
Deltenta	Deltenta 1	Deltentamina 1 (intern	Deltentamina 1	Deltentamina 1	Deltentamina 1	
<b>År 2</b>						
Sidotjst	3 mån Ortopedi	6 mån Akutmott	6 mån Akutmott SUS	6 mån Akutmott trauma	2 mån anestesi Ängelholm	
	3 mån HIA	2 mån HIA	2 mån AVA	2 mån ITVA/AVA/HIA	3 mån Barnakutmott	
	1 mån EKO	1 mån MAVA/KAVA	1 mån Akutmott Ystad	1 mån Akutmott CSK	1 mån HIA	
	0,3 mån kvalitetsarbete	2 mån Neurologi	3 mån An/IVA	3 mån An/IVA	1 eller 3 mån PV	
	1,3 mån Anestesi bas	1,3 mån Anestesi bas			0 ei 3 mån blandad akut fok	
	3 mån Pediatrik					
Kurs	APLS	STyrkelyft ei motsv			Ev. Akutsjv för bliv akutläk	
	STyrkelyft ei motsv				Medicals ei APLS	
Deltenta	Deltenta 2+6	Deltentamina 2 (kirurgi)	Deltentamina 2	Deltentamina 2	Deltentamina 2 (och 6)	
		Deltentamina 6 (ortope	Deltentamina 6	Deltentamina 6		
<b>År 3</b>						
Sidotjst	6,3 mån Akutmott	4 mån Akutmott	2 mån HIA SUS Lund	2 mån HIA CSK	6 mån akutmotttagning blan	
	2 mån OBGYN	1,3 mån Anestesi spec	4 mån Akutmott Ystad	4 mån Akutmott CSK	6 v ÖNH, 2 v ögon	
	1 mån ÖNH	4-6v ÖNH	2 mån ÖNH CSK	2 mån ÖNH CSK	2 v Klin fys?	
	1 v Ögon	1-2v Ögon	2v Ögon CSK	2v Ögon CSK	ev 1 mån psyk för utlandsut	
	1,75 mån AVA/ARVA	2 mån MAVA/KAVA	4 mån Akutmott Ystad	4 mån Akutmott CSK	3 mån AVA, annan interme	
	0,3 mån Prehospitalt					
					kvalitetsarbete	
Kurs	Handledarutbildning				LEKO ei motsv	
					UL-kurs?	
Deltenta	Deltenta 3	Deltentamina 3 (neuroi	Deltentamina 3	Deltentamina 3	Deltentamina 4	
<b>År 4</b>						
Sidotjst	6 mån Akutmott	6 mån Akutmott	2 mån OBGYN Ystad	2 mån OBGYN CSK	6,3 mån akutmotttagning bla	
	3 mån Infektion	2 mån OBGYN	6 mån Akutmott SUS	6 mån Akutmott trauma	2 mån gyn och ob	
	2 mån Neurologi	1 mån Prehosp	1 mån Prehospitalt	1 mån Prehospital	3 mån IVA	
	1 mån AVA	3 mån IVA	3 mån AN/IVA Ystad	3 mån An/IVA		
Kurs	Katastrofutbildning-RSP	Prehospitalt ledarskapsutbildning - RSPE			RSPE-kurser	
	Prehosp ledarskap-RSPE	Katastrofutbildning- RSPE			intox-kurs?	
					LEKO	
Deltenta	Deltenta 4	Deltentamina 4 (pediatr	Deltentamina 4	Deltentamina 4	Delt 3	
<b>År 5</b>						
Sidotjst	6 mån Akutmott (Ystad)	6 mån Akutmott (3-6 m	6 mån Akutmott	6 mån Akutmott CSK (3-6 m	6 mån akutmotttagning Ledri	
	2 mån IVA	1,3 mån FoU	Kompletteringar	Kompletteringar	Vetenskapligt arbete	
	1 mån FoU	12 v Valfri	12 v Valfri	12 v Valfri	Kompletteringar	
	3 mån Valfri				3 mån Valfri	
					2 v prehosp	
Kurs	Vetenskapsmetodik					
Deltenta	Deltenta 5	Deltentamina 5 (aneste	Deltentamina 5	Deltentamina 5	Deltenta 5	



## Bilaga 3: Utbildningstrappa för sjuksköterskor och undersköterskor

Klinisk utbildningstrappa **SSK**Klinisk utbildningstrappa **USK**