

# TID FÖR KLINISK ANALYS

**H**ur lång tid tar det att göra en klinisk analys? Den erforderliga tiden varierar givetvis beroende på hälsoproblemets komplexitet, men beror även på ambitionsgraden för pedagogik och information samt läkarens kunskaper, erfarenheter och personlighet (stenisk/astenisk).

Hur lång tid "tar det" i praktiken respektive "borde det ta" att undersöka, analysera, bedöma, ge råd/behandla, informera och dokumentera t.ex. ett öppenvårdsbesök?

	Medel(min)	SD
Tyskland	7,6	4,3
Spanien	7,8	4,0
Storbritannien	9,4	4,7
Nederländerna	10,2	4,9
Belgien	15,0	7,2
Schweiz	15,6	8,7
Genomsnitt	10,7	6,7

Tabellen ovan visar resultat av en belgisk studie från 2002 (BMJ 2002; 325: 472), där man jämförde genomsnittliga konsultationstider i primärvård i sex olika länder. Här var variationen 7,6 – 15,6 minuter per besök. Är tiden adekvat? Har skillnaderna någon betydelse för den medicinska kvaliteten?

En rapport från Vårdanalys (2013:1) visade att det saknas information om besökens längd i primärvården i Sverige. Ett barn med akut öronvärk i samband med en akut övre luftvägsinfektion kan ofta bedömas på några få minuter medan en äldre person med komplexa hälsoproblem och behandlingar kan ta betydligt längre tid.

På Sahlgrenska universitetssjukhusets hemsida anges att ett besök på reumatologiska specialistmottagningen "kan ta mellan 20-60 min".

Om vi antar att ett återbesök på en specialistmottagning i genomsnitt tar 30 minuter kan man fundera över hur



## GUNNAR AKNER

Läkare och professor i geriatrik vid Örebro universitet

lång tid som behövs för att bedöma och handlägga en patient med t.ex. fem olika kroniska sjukdomar (hjärtsvikt, KOL, diabetes, Mb Parkinson och smärta) i primärvården med rimlig grad av precision enligt "vetenskap och beprövad erfarenhet".

En konsultationstid på 5 x 30 = 150 minuter låter mycket, men är 15-30 minuter tillräckligt, dvs 5-10 gånger mindre tid än på motsvarande specialistmottagningar? Hur mycket av tiden kan ersättas av honnörsord som kontinuitet, tillgänglighet och helhetssyn?

Frågan ställs på sin spets när det gäller multidomän-analys hos personer med kroniska, multipla, komplexa hälsoproblem och behandlingar = världens vanligaste kroniska problem. Inom geriatriken anses multidomän-metoden "comprehensive geriatric assessment" (CGA) vara 'method of choice', men frågan är om det är möjligt att genomföra CGA i primärvården, givet de korta konsultationstiderna.

Dagens sjukvård kännetecknas av stress: omfattande fragmentering, ekonomiska nedskärningar, ständiga omorganisationer, samt brist på både kvalificerad personal och tid. Detta trots att vi aldrig tidigare haft fler utbildade läkare och sjuksköterskor och aldrig satsat

större summor på sjukvård. Man kan verkligen undra varför ekvationen inte går ihop. Vilken betydelse har det att läkare – med ett minimum av 12,5 års utbildning till första medicinska specialitet – inte har en betydligt bättre anpassning av arbetsuppgifterna till förutsättningarna att hantera dem, dvs samband mellan världens innehåll och form?

Kanske kunde vi få vägledning genom en jämförelse med andra branscher, som också hanterar komplexa problem, t.ex. jurister och arkitekter. I dessa branscher finns inga köer och inga politiska och administrativa organ som "beställer" en viss verksamhet, utan den regleras via en fungerande marknad och problemlösningen får ta den tid 'som behövs'.

Frågan är i vilken utsträckning den 'beställda' tillgången på sjukvård leder till suboptimeringar och därmed kostnadsökningar totalt sett.

Ett exempel: Läkemedelsbiverkningar är mycket vanliga och leder till mycket lidande och kostnader, men flertalet biverkningar är dosberoende och många borde därför vara möjliga att förebygga med regelbunden klinisk monitorering och evaluering – vilket kräver tid.

Nog är det märkligt att det finns så lite forskning kring konsultationstidens betydelse för den kliniska analyskvaliteten och hälsoutvecklingen över tid? I rådande kunskapsläge kan man undra vad landstingens beställarenheter baserar sina beställningar av "vårdvolym" på?

En avgörande fråga är om en förlängning av konsultationstiderna hos läkare i öppen vård/primärvård skulle göra det möjligt att på allvar integrera primär-, sekundär- och tertiär prevention över tid med god överblick i journalerna och därmed uppnå en högre vårdkvalitet och större preventivt tryck i hela vårdsektorn? Tänk om de korta konsultationstiderna i primärvården direkt motverkar en hög vårdkvalitet över tid?