

Måste man emigrera för att få verka som riktig akutläkare?

En kritisk massa av specialistutbildade akutläkare kan börja skönjas i Sverige. En vidareutveckling av specialiteten förutsätter strukturella förändringar från ett multidisciplinärt till ett specialistbaserat akutsjukvårdssystem. Det är hög tid att ta detta steg för att inte förlora investeringar som gjorts under det senaste decenniet.

Starka företag lägger i sin marknadsföring stor kraft vid att säkra intrycket av vad deras produkt står för. Enskilda ord förmedlar en tydlig, trovärdig och trygg bild.

Om vi för ett ögonblick betraktar ordet akutläkare som varumärke blir det tydligt att dess budskap i Sverige 2011 långt ifrån är enhetligt och klart. Hur vi definierar begreppet akutläkare styrs av den multidisciplinära akutsjukvård som vi bedriver på landets akutmottagningar. Massmedierna applicerar begreppet på vilken läkare som helst som träffar akut sjuka patienter. Även för de svenska läkare som valt denna sedan år 2006 möjliga karriärväg är det svårt att finna en enhetlig bild. Begreppet används inom sjukhusvärlden utifrån organisatorisk synvinkel snarare än utifrån kompetens- och färdighetsperspektiv.

I förhållande till akutläkarbegreppet i ett internationellt perspektiv måste föräldrade strukturer först göras om för att specialister i akutsjukvård fullt ut ska kunna praktisera inom den egna specialiteten. Den stora allmänheten må tro sig »veta vad man får« på Sveriges akutmottagningar, men inte minst förra sommarens debatt om väntetider och införandet av den s k fyratimmarsregeln återspeglar sannerligen inga positiva ledord.

I en tid då företagstänkande bländar



PIA MALMQUIST
leg läkare, specialist i allmän kirurgi och akutsjukvård;
Locum Consultant in Emergency Medicine, Leicester Royal Infirmary, Leicester, UK
pia@mqt.se



Foto: Privat

Bilden (från ett sjukhus i Australien) visar morgonens överrapportering till dagpassets personal. Det är ingen tillfällighet att den äger rum på aktrummet, och det faktum att ett nytt arbetslag just »tar över hela akutmottagningen« säger mycket om hur en akutläkarkultur ser på sitt uppdrag och ansvar.

sjukhusadministratörer är det därför anmärkningsvärt att varumärket akutläkare inte sköts bättre. I synnerhet som ett växande antal svenska läkare sedan ett decennium arbetar i det uttalade syftet att skapa ett generellt, högkvalitativt och evidensbaserat första omhändertagande med den helt avgörande helhetssyn (»alla patienter är våra patienter«) som särpräglar specialiteten och som i dag tillämpas i ett 30-tal länder i världen med etablerade akutläkarsystem.

Runt om i landet talas det om »lean« och om flöden, och det ska erkännas att flödesarbetet förvisso är ett steg framåt i ambitionen att stärka förtroendet för arbetet på akuten. Men det är inte tillräckligt, och det är inte ett medel för att öka den medicinska kvaliteten i sig. Fyratimmarsregler kan dessutom aldrig vara enbart en akutmottagnings åtgärde, det måste vara hela sjukhusets.

Med erfarenhet av att ha arbetat i sedan decennier etablerade specialistbaserade

akutläkarsystem i både Australien och England är det för mig i dag tydligt att utvecklingen av specialiteten akutsjukvård i Sverige (tydliga kriterier för vad en akutläkare kompetensmässigt ska personifiera finns fastlagda i specialitetens målbeskrivning) befinner sig i ett kritiskt skede.

Ämnesområdet attraherar många unga läkare, men kravet på annan bas-specialitet skapar otydlighet kring utbildningens egentliga mål. Det har erfarenhetsmässigt lett till ett enormt svinn till andra yrkesområden. En starkt bidragande orsak är att den multidisciplinära strukturen efter avslutad specialisering inte erbjuder akutläkare möjlighet att använda sin kompetens fullt ut. Det betyder även att en vidare utveckling och förkovran i ett svenskt system omöjliggörs.

Början till en kritisk massa av specialistutbildade akutläkare kan skönjas, men spridningen på många sjukhus gör det svårt att kraftsamla. Förståelsen bland landets verksamhetschefer för vad det innebär att vara akutläkare bygger på teori och studiebesök, i huvudsak utan egen specialistutbildning eller egen yrkesmässig erfarenhet från andra länder. Det innebär stora risker som innefattar oförståelse för nödvändiga förändringar.

Med utländska ögon utgör den svenska utbildningen i dag ingen formellt accepterad merit. I England, där akutläkarspecialiteten varit etablerad längst i Europa, accepteras inte den svenska utbildningen i akutsjukvård ens som sub-specialitet. Däremot kan man med en basutbildning verka som specialist och få anställning inom akutsjukvården.

Akutsjukvård bör ges status som självständig specialitet. Alla på akutmottagningar verksamma läkare bör träffa alla typer av patienter. Sidotjänstgöring inom akutsjukvård bör innebära att just

tillägna sig kompetens i riskanalys och hantering av livshotande tillstånd.

Det medicinska ledningsansvaret för landets akutmottagningar bör ligga hos specialistutbildade akutmottagare, helst med egen erfarenhet av etablerade system, då det visat sig närmast omöjligt att fullt ut förstå vad specialiteten innebär utifrån enbart teoretiska framställningar.

Om vi satsar på detta kan vi kanske vara i närheten av målsättningen att ha ett fungerande system om tio år. Gör vi det inte kommer ett decenniums investeringar att gå till spillo. Det är hög tid att välja väg.

Den som i dag ifrågasätter akutsjukvård som livskraftig självständig speci-

alitet vittnar om begränsad kunskap. De sjukhusansvariga administratörer som inte förstår att ta vara på de investeringar som deras akutmottagare utgör måste öppna ögonen och agera. Det är falsk marknadsföring och oansvarigt att säga sig bedriva akutmottagare utan att skapa de strukturer som stödjer och utvecklar en sådan verksamhet.

Om dessa strukturella förändringar inte genomförs kommer Sverige inte bli ett land som förvisso har läkare på akuten, men de kommer att utgöra ett B-lag i förhållande till sina motsvarigheter i andra länder som klarat av paradigmskiftet, levtt sig igenom den påfrestande

omställningen och målinriktat trots på att det går att lära sig att ta hand om både frakturer och snuvor, hjärtstopp och trauman utifrån genomarbetade riskanalyser och färdighetsutveckling.

Det är frapperande att befinna sig utomlands i akutmottagarsystem där verksamhetschefen själv både leder utbildning, fungerar som teamledare på akutrummet, har egen klinisk verksamhet och deltar i det praktiska arbetet med konkret kvalitetssäkring.

Frågan infinner sig snabbt: Ska man behöva emigrera för att få vara med om det?

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

apropå! Bristen på tystnad

Det öppna kontorslandskapet – ett växande arbetsmiljöproblem

Det öppna kontoret är en trend. Flera företag och även offentliga myndigheter har eller planerar att göra om sina kontor. Vid inredning tas hänsyn till intrycken för ögat, bekvämlighet med stolar och bord samt säkert också hur rummet ska utformas för att vara så riskfritt för allergi som möjligt.

Vid designen av rummet tas emellertid inte tillräcklig hänsyn till hur den akustiska miljön blir för de anställda som ska kommunicera med kunder och med varandra. Dessutom kan det finnas maskiner intill som alstrar ljud. Det blir många ljudkällor som interfererar med varandra.

En vanlig patient på en hörselmottagning är i dag en person som arbetar i ett kontorslandskap, eller i ett öppet kontor, som det numera heter. Symtomen påminner om de som förskolelärare söker för. Man söker för förmodad hörselnedsättning fast hörseln kan vara normal. Ljudkänslighet och även tinnitus är vanliga symtom. I munhålan syns stressen. Käkarna överbelastas. I kinden finns bitmärken, och på tungan finns



I som här inträden, låten hoppet fara ...?

avtryck från tänderna. Det kan kännas som ett lock i örat utan att det finns vätska i mellanörat.

Förutom upplevda hörselproblem, ljudkänsligheten och öronsuset är patienten trött, sover sämre. Huvudvärk, koncentrationssvårigheter är vanliga. Man känner sig irriterad och hamnar lättare i konflikter. Symtomen har man inte bara på arbetet, utan man tar med sig dem hem också. Det är inte heller ovanligt att minnet försämras av stressen.

Det öppna kontoret har kanske sina fördelar i det att man när varandra lättare, men det är inte genomtänkt med hän-

syn till hur våra hjärnor fungerar. Även om mycket av symtomen upplevs komma från öronen är inte öronen eller hörseln skadad. Ljudnivåerna är inte så höga att härcellerna i hörselnäcken påverkas. Men givetvis är de som har en hörselnedsättning mer störda av ovidkommande ljud. Eftersom de flesta kontor av allergiskäl har skalat bort mattor och textilier blir det mer återklang från väggarna, vilket stör ännu mer. Rummen kan liknas vid resonanslådor.

Det är hjärnan som stressas. Låt kalla det ljudstress. När vi konverserar och ska lyssna på en eller två personer är det flera andra ljud som hjärnan

måste sortera bort. Vid kundkontakt kan det vara nödvändigt att uppfatta rätt. Man skärper sig för att höra rätt, men det kostar energi – energi som kunde läggas på arbetet.

Mest störande är de ljud som liknar det vi behöver lyssna till. Andras prat intill oss och som inte ingår i vår kommunikation är det som stör mest. Hjärnan får anstränga sig mer när vi medvetet försöker att inte lyssna på bakgrundstal. Man skadar inte hörselorganen, men hjärnan blir ljudstressad.

Trenden att göra om lokaler till öppna kontor är i full gång. Särskilt i Stockholm, där lokaler är dyra, kan det vara lockande att minska ytorna. På vår hörselmottagning på Sabbatsberg har vi flera personer om dagen som påverkas negativt av det öppna kontoret. Det är därför min plikt att ta upp problemet. Själv skulle jag inte trivas i det öppna landskapet.

Marie-Louise Ekholm
öron- och hörselläkare,
Sabbatsbergs närsjukhus,
Stockholm
marielouise.ekholm@gmail.com