

Kirurgernas jourverksamhet måste förändras för att klara nyrekryteringen

Kirurgernas jourarbete är i dag organiserat på ett sätt som tar mycket läkarresurser i anspråk, vilket försvårar den enskilde kirurgens möjligheter till både utbildning och mer specialiserad operationsverksamhet, något som i sin tur försvårar rekryteringen. Svensk kirurgisk förening vill därför förändra kirurgjouren i en rad avseenden, bl a krävs att inga kirurger ska ingå i första linjens jour. Kirurgjouren ska ligga i andra linjen och vara sjukhusbunden. På sikt bör akutmedicin inrättas som ny specialitet.

RUNE SJÖDAHL
ordförande; professor, mag-tarmkliniken, Universitetssjukhuset Linköping
rune.sjodahl@lio.se

LARS JOHANSEN
facklig sekreterare; överläkare, kirurgkliniken, Kärn sjukhuset, Skövde
lars.johansen@vgregion.se

GÖRAN WALLIN
vetenskaplig sekreterare, samtliga i Svensk kirurgisk förening; docent, kirurgkliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm
kgwn@kir.ks.se

■ Av tradition har vi kirurger alltid deltagit aktivt och tagit ett stort ansvar för jourverksamheten, som är en central och viktig del av vårt arbete. Cirka 70 procent av alla kirurgiska vårdtillfällen utgörs av akuta inläggningar.

Patienterna kräver både tillgänglighet och kompetens vid akuta tillstånd, och vårt anseende hos allmänheten har delvis grundats på att vi dygnet runt, alla årets dagar, tar hand om olycksfall och svåra sjukdomstillstånd, vilka kräver kirurgiska ingrepp som kan vara livräddande och ibland förhindrar att livshotande komplikationer utvecklas.

Utän tvivel är den kirurgiska jourverksamheten av stor betydelse för hela samhället. Jourarbetet har dock förändrats med åren, och nu söker fler patienter akutmottagningarna dygnet runt, bl a beroende på att en ökande andel multisjuka vårdas i hemmet eller på inrättning som saknar läkarberedskap.

Nuvarande uppläggning försvårar

Jourarbetet i nuvarande utformning tar i anspråk en stor del av läkarresurserna vid en kirurgisk klinik, och konkurrerar därmed om den enskilde kirurgens möjlighet till både utbildning och en allt mer specialiserad operationsverksamhet. Rekryteringen försvåras av detta, och san-

nolikt bidrar jouren till att en del kirurger väljer andra verksamheter under senare delen av sin yrkeskarriär. Inte bara jourtiden utan även jourkompensation medför ett minskat utrymme för ST-läkarnas operationsutbildning.

Även om jouren ger möjlighet till självständigt arbete och träning i att ta ansvar kan ST-läkarna under sin sexårsperiod i extrema fall vara jour en tredjedel, ha jourkompensation en tredjedel och tjänstgöra i planerad klinisk verksamhet under bara en tredjedel av tiden av sin specialiseringstjänstgöring.

Jourarbetet har hittills inte varit anpassat till kravet på utbildning, och efter ett par år upplevs utbildningsvärdet inte längre vara lika högt. Det har på de flesta sjukhus saknats program för fortsatt utbildning i akut omhändertagande av patienter med mer komplicerade sjukdomar, och det finns ett behov av större utbildningsinsatser både avseende medicinskt och tekniskt kunnande. I framtiden bör dessutom kurs i akutmedicin och ATLS (Advance Trauma Life Support) erbjudas tidigt, under AT/ST.

Vill inte minska vårt åtagande

Som ovan nämnts är beredskapen att ta hand om olycksfall och personer med akuta buksjukdomar och kärlsjukdomar en central och viktig verksamhet både för samhället och för kirurgerna. Det är således inte tal om att minska vårt ansvar för jourverksamheten utan i stället ska vi öka insatserna och kompetensen inom de områden där kirurgerna har unika kunskaper. Kirurgerna bör tillsammans med andra discipliner utveckla akutverksamheten, där vi bidrar med vår speciella kompetens.

Första linjens jour är av utomordentligt stor betydelse, och den ställer krav på kunskaper som den specialiserade kirurgen av naturliga skäl många gånger inte har. Det finns en bred gråzon där det råder tveksamhet inom vems område en

given patient hör hemma, och inte sällan blir det kirurgen som får ta hand om dessa patienter.

Den kompetens som behövs för att ta hand om patienter som söker hjälp på grund av symtom och sjukdomar från flera olika organsystem samtidigt, finns i högre grad hos läkare som har generalistens syn på patienten.

Tvingas syssla med icke-specifika saker

Det är således ett vanligt problem för kirurger att en stor andel av det praktiska arbetet under ett jourpass är av sådan art att kirurgen inte är specifikt utbildad för det. En stor del av tiden ägnas även åt sådant som inte kräver speciell kirurgisk kompetens, t ex att ta hand om småsår, distorsioner, förstoppning, funktionella bukbesvär, polysymtomatologi etc.

Under helger använder en del bakjourer många timmar åt att försöka finna sängplatser åt patienter som behöver läggas in vilket, liksom annan icke-kirurgisk verksamhet, skapar jourkompensation som tas från planerad kirurgisk verksamhet. Detta är ett missbruk av kirurgisk kompetens.

Den ekonomiska ersättningen är låg i förhållande till den höga intensiteten i arbetet och det stora ansvar som kirurgjouren har.

Analys

Svensk kirurgisk förening har under år 2000 tagit fram ett underlag som baseras på följande:

1. Skriftliga frågor till 14 kirurger som på olika sätt visat att de är intresserade av jourfrågor.
2. Enkät som besvarats av 50 verksamhetschefer.
3. Enkät som besvarats av 30 specialister i kirurgi.
4. Enkät som besvarats av 20 ST-läkare.
5. Plenarsession under kirurgveckan (Så löste vi jouren) med deltagare från länsdels-, läns- och universitetssjukhus.
6. Uttalande från Professorskonventet i kirurgi.

I brevet till »de 14« ställdes tre frågor:

1. Hur ska första linjen för kirurgjouren se ut?
2. Hur kan man förhindra att kirurgjouren blir en allmänläkare för oklara fall och i stället enbart får ägna sig åt tydliga kirurgfall?
3. Hur förhindra att jourarbetet tar för

mycket tid från den handledda ST-utbildningen på dagtid?

Enkät till verksamhetscheferna

Enkäten till verksamhetscheferna innehöll frågor om hur den kirurgiska jourverksamheten är organiserad, om man var nöjd med den, hur den skulle kunna förbättras, om verksamhetschefen själv deltog i jourverksamheten, hur ofta och hur många veckor om året jourkompensationstid togs ut.

Specialister och ST-läkare fick svara på samma enkät som i tillämpliga delar hade liknande innehåll som verksamhetschefernas enkät (frekvens jourer, tidsåtgång, nackdelar med aktuellt jour-system, organisation av jourssystemet och hur det skulle kunna förbättras).

Professorkonventet

Professorkonventet i kirurgi hade i fjol sitt möte i juni i Umeå. Utdrag ur minnesanteckningarna: »Uppenbarligen kan organisationen av akutverksamheten se olika ut beroende på lokala förutsättningar. Alla är överens om att kirurgerna i allt för stor omfattning deltar i första linjen på landets akutmottagningar och därmed i för liten grad aktivt arbetar med kirurgins kärnverksamhet, dvs att vara verksam på operationssalen. I stället möter kirurgjournen ett osorterat patientmaterial på akutmottagningen. Jourverksamheten utgör en för stor del av kirurgernas arbetstid.«

Kraven från Svensk kirurgisk förening

Huvudprincipen ska vara att inga specialistkompetenta kirurger eller ST-läkare efter de första två åren finns i första linjen. Kirurgjournen ska ligga i andra linjen, vara sjukhusbunden och ha fyra huvuduppgifter, nämligen att operera, ta hand om inläggningsfall, göra kvalificerade bedömningar som kräver kirur-

gisk kompetens, samt ge handledning i kirurgi till första linjen.

Som nämnts måste utbildningsaspekterna beaktas för ST-läkarna i kirurgi men också för de läkare som skall ta hand om första linjen på akutmottagningarna. Det är också ett krav att arbets-situationen förbättras på akutmottagningen avseende patienternas omhändertagande, men också när det gäller arbetsmiljön för jourhavande läkare och all annan personal. Ett separat kvällspass läggs in om belastningen är hög. Er-sättningen ska förbättras väsentligt och man kan i vissa fall överväga presta-tionsbaserad ersättning.

Organisation av första linjen

Första linjen kan organiseras på olika sätt:

- AT/ST-läkare från olika specialiteter (de första två åren),
- akutläkare,
- allmänläkare/andra specialister.

Utom på små sjukhus krävs givetvis att flera läkare tjänstgör samtidigt i första linjen. Vi anser att sådan akuttjänstgöring bör vara obligatorisk under AT-tjänstgöringen – tiden kan givetvis diskuteras. Inom de flesta specialiteter bör ST-läkaren ingå i någon av sjukhusets första linjen-jourer under de två första åren. Ett alternativ är att avsätta hela första året åt akutarbete i första linjen. Allmänheten förväntar sig att en utbildad läkare kan ta hand om ett enkelt olycksfall och klara det initiala omhändertagandet av olika akuta tillstånd.

Stöd till första linjen

Som stöd för läkare i första linjens jour ska det finnas en specialist i kirurgi, antingen sjukhusbunden eller med kort inställetid, alternativt en sjukhusbunden ST-läkare i kirurgi som befinner sig i den senare delen av sin utbildning.

Andra synpunkter

Ersättning. Den ekonomiska ersättningen måste förbättras väsentligt. Ersättnings storlek måste vara sådan att de jourhavande läkarna upplever sig som gynnade och inte missgynnade i förhållande till andra arbetsuppgifter och andra yrkesgrupper. Vid en del sjukhus förekommer s k betaljour, men vi har uppfattningen att det inte får innebära att pengar eliminerar våra krav på optimalt innehåll i jourarbetet eller på utbildningsaspekterna.

Frekvens. En annan viktig synpunkt som framkommit är att så många som möjligt måste vara med om att dela på journen så att man har högst tre–fyra jourer/månad. Det kommer i en del fall att innebära en samverkan mellan närliggande sjukhus. För att upprätthålla en

Kirurger ska i ökad omfattning vara verksamma på operationssalen – idag går för mycket arbetstid åt jourverksamheten, anser Svensk kirurgisk förening.

sjukhusbunden kirurgisk jourlinje i den andra linjen krävs åtminstone tio läkare och för bakjourer fem läkare.

Innehåll. Sjukhus som upprätthåller jourlinjer i kirurgi måste kunna erbjuda kompetens för akut traumatologi, kärlkirurgi och bukkirurgi, vilket nästan alltid innebär flera jourhavande på bakjournivå. I vissa fall kan även detta motivera samverkan mellan olika sjukhus.

Akutläkare. I framtiden borde vi få akutmedicin inrättad som en ny specialitet. Trots ambitionen att minska totala antalet specialiteter bör alla förstå vikten av att ha en välfungerande akutverksamhet i den svenska sjukvården. Nya tider med nya förutsättningar för sjukvården kan kräva nya specialiteter. På en del sjukhus arbetar allmänläkare redan idag som första linjens jourhavande och erfarenheterna är goda. Intrycket är emellertid att allmänläkare har intresse för akutverksamhet enbart inom den egna verksamheten och att de inte vill ha akutarbetet förlagt till mottagningar på sjukhus. Med en tydlig specialitet/profil i akutmedicin skulle intresset kanske ändå öka bland en del yngre allmänläkare för att tjänstgöra i första linjens jour.

Begreppet akutläkare bör inte användas utan att det tills vidare definieras i varje enskild situation, eftersom det kan innebära olika saker för olika sjukhus, läkare, politiker, sjukvårdsadministratörer och patienter. I Europa definieras det i en del länder som en »akut-GP«, dvs en allmänläkare som valt att bli akutläkare. Ibland kan man emellertid se att jourhavande läkare (första linjen) inom olika specialiteter kallas akutläkare.

Ytterligare en variant används när en

Nya tider med nya förutsättningar för sjukvården kan kräva nya specialiteter. På en del sjukhus arbetar allmänläkare redan idag som första linjens jourhavande och erfarenheterna är goda.

specialist, som är anställd på en akutklinik och fungerar som ett stöd till första linjens jour, kallas akutläkare.

Det finns idag enstaka sjukhus med fast anställda läkare på akutmottagningen. Dessa kommer nu förhoppningsvis att initiera ett förändringsarbete när akutmottagningen är deras egen arbetsplats.

Sammanfattning

Beredskapen att ta hand om olycksfall och personer med akuta buksjukdomar och kärlsjukdomar är en central och viktig verksamhet både för samhället och kirurgerna. Det är således inte tal om att minska vårt ansvar för jourverksamheten.

Innehållet och utformningen av jourverksamheten måste emellertid inriktas på att utnyttja kirurgernas speciella kompetens. Därför kräver vi nu från Svensk kirurgisk förening att följande åtgärder vidtas:

1. Inga kirurger i första linjens jour, varken specialister eller ST-läkare efter de första två åren.
2. Kirurgjouren ska vara sjukhusbunden, arbeta i andra linjen, och ha fyra huvuduppgifter:
 - att operera,
 - att ta hand om inläggningsfall och inneliggande patienter,
 - att som konsult bistå med kvalificerade bedömningar som kräver kirurgisk kompetens,
 - att ge handledning som kräver kirurgisk kompetens till första linjen.
3. Kirurger skall fatta beslut om inläggning av akutfall, men inte användas som resurs för att finna vårdplatser vid platsbrist. Tillgång på vårdplatser är ett övergripande ansvar för sjukhuset.
4. Utbildningsaspekterna och arbetsmiljön måste beaktas.
5. Ersättningen måste förbättras väsentligt.

Vill synliggöra alternativen

Ambitionen för Svensk kirurgisk förening är inte att presentera någon enhetlig nationell modell som kan gälla för alla typer av sjukhus i alla delar av landet.

Vi önskar emellertid synliggöra olika alternativ som tillgodoser kraven från patienter och huvudmän men också från kirurgerna. Frågan har avgörande betydelse inte bara för att kunna rekrytera unga läkare till utbildning i kirurgi utan också för att kunna behålla specialistkompetenta kirurger i yrket.

Den föreslagna modellen bör delvis kunna genomföras av olika sjukhus inom en tvåårsperiod. Om specialiteten akutmedicin inrättas bör akutläkare successivt kunna anställas. •

Bio-psyko-social modell förklarar inte whiplashskada

I en debattartikel om whiplashskador har Holm och Beertema [1], som representanter för försäkringsbolag, ställt krav på evidensbaserad kunskap och samstämd syn på skadan för att acceptera dess orsaker. Trots detta åberopar de en hypotes om bio-psyko-social förklaringsmodell som grund för omhändertagande av skadade, utan att hänvisa till någon vetenskaplig studie för denna hypotes. Deras åsikter blir därmed motsägelsefulla och oklara. Artikeln synes ha som mål att ifrågasätta om det uppstår någon organisk skada vid detta trauma.

BENGT H JOHANSSON
leg läkare, Belastningsskadecentrum,
Umeå
drbengt@algonet.se

II Författarnas krav på vetenskaplig nivå är ett uttryck för deras personliga uppfattning, och en vanlig metod för att inte behöva tillgodogöra sig nya, för försäkringsbolag besvärande kunskaper. Åsikten blir särskilt begränsad då den evidensbaserade medicinen främst är en epidemiologisk metod för att finna samband vid behandling av sjukdomar.

Den har mycket begränsat värde vid forskning om sjukdomars mekanismer samt vid kliniskt värdefulla iakttagelser. Inte ens den inom whiplashområdet mycket framhållna Quebec Task Force [2] är evidensbaserad, utan har allvarliga metodfel där konsensusresonemang tolkats som evidensbaserade fakta [3]. Författarna lär således få vänta länge, om inte förgäves, för att med sina uppfattningar få nya kunskaper att tillämpa vid whiplashassocierade skador.

Kliniska iakttagelser kan komma bort

Den evidensbaserade medicinen är mycket värdefull, men kan även riskera att bli felaktigt tillämpad. Kravet på studiers kvalitet i form av urval, randomisering och statistisk bearbetning kan medföra att många kliniskt värdefulla iakttagelser, och särskilt de som är unika och inte följer studiens mittfära, inte blir noterade utan försvinner i bruset av vanliga företeelser.

De unika och kliniskt synnerligen värdefulla iakttagelserna passar inte in i frågeformulärens förenkling av faktiska förhållanden, och kan därvid riskera att blir försummade och förnekade till förfång för utveckling av kunskaper om problemet.

Många allvarliga skador i nacken efter whiplashskada har påvisats i flera

undersökningar [4-7]. Att sådana förekommer i högre eller lägre grad hos dem som överlevt är kliniskt helt rimligt och har även visats [8].

Smärta av skador i disk eller facettleder

Det har klarlagts att smärta vid whiplashskador bl a orsakas av skador i disk eller facettleder. Således förekommer symtomgivande skador på disken även vid tillstånd där magnetkameraundersökningar är normala, varför sådan undersökning inte utesluter skada. Schellhas och medarbetare [9] har med diskografi påvisat skador på cervikaldisk som är korrelerade till smärta i huvudet och nacken. Detta visar att så kallade »objektiva fynd« inte behöver vara uttryck för verkliga förhållanden utan har klara begränsningar.

Barnsley och medarbetare [10] har klargjort att nackens facettleder ofta är orsak till kronisk smärta efter whiplashskada. Smärtlindrande behandling för detta tillstånd med »radiofrequency neurotomy« har därvid visat sig vara en mycket värdefull metod [11, 12].

Kronisk smärta kan ge sensitisering

Kronisk smärta, som utlöses främst från skadad muskulatur [13] men även från skadad disk [14] eller facettled, kan medföra ett förändrat reaktionsmönster i nervsystemet, så kallad sensitisering. Smärtan utlöses därvid lättare, får större utbredning och varar längre.

Ett uttryck för sådan sensitisering är spridning av smärta till muskler med olika lokaliseringar inte sällan långt från den skadade platsen. Några exempel ur en rikhaltig litteratur kan anföras [15-18].

En särskilt uppmärksam studie av sensitisering har på övertygande sätt presenteras av Koelbaek och medarbetare [19] som visar på uttalade smärteaktioner hos kroniska whiplashskadade