

Maaret Castrén: Specialister i akutsjukvård bäst på att analysera patienternas olika behov

Om det är något Maaret Castrén brinner för, så är det att arbeta för att akut sjuka patienter ska få just den vård de behöver. Det kan låta självklart, men innan akutsjukvård, som hon är professor i, blev en specialitet i Finland fanns det inga läkare som var utbildade för att ta hand om hela patienten på akutmottagningar.

Ändå har helhetsbedömningar blivit allt viktigare. Medan människor förr anlände till akutmottagningar med enskilda, rätt klara symtom har dagens patienter ofta 2–3 sjukdomar och tar kanske upp till 10 olika mediciner. Trots det arbetar akutmottagningarna ”i silon”, som hon uttrycker saken, med neurologer, inre-

medicinare, kirurger och kardiologer som var för sig tar hand om fallen fastän patienter inte kan delas upp på det sättet längre. Därför är det viktigt med specialister som reder ut om en patient eventuellt är i behov av brådskande, livsviktiga åtgärder för att alls klara sig och som förstår komplexiteten i varje enskilt fall.



Vi akutsjukvårdsspecialister är inte ett hot utan en möjlighet. Det vi gör förbättrar ju övriga specialisters möjligheter att koncentrera sig på sina jobb.

– Akutläkarna utgår från symtomen och tar ställning till om akutfallet behöver neurolog, kirurg eller annan specialist. Ifall någon till exempel verkar behöva en operation tar akutläkaren omedelbart kontakt med jourhavande kirurg, redogör för symtomen och ber honom eller henne komma och avgöra om patienten ska opereras.

Akutsjukvården vill alltså inte ta över andra specialisters jobb utan är experter på att bestämma i vilken ordning patienterna vårdas och flödet optimeras. Sedan sänder de patienterna vidare till rätt ställe.

– Jag anser att till exempel akuten på ett sjukhus som Mejlans i Helsingfors, som är mycket långt specialiserat, behöver akutläkare som gör det möjligt för övriga specialister att koncentrera sig på sitt.

Patienten i centrum

Maaret Castréns ambition är kort och gott att ställa patienten i centrum och hon innehar sedan 2016 den första professuren i akutsjukvård vid Helsingfors universitet. Dessutom är hon sedan 2015 verksamhetschef på HNS med 1100 läkare som arbetar på sjukhusdistriktets tre akutvårdsmottagningar – på Mejlans, Jorvs och Pejas sjukhus. I den egenskapen gör hon nu sitt yttersta för att skapa nya rutiner och hon behöver inte uppfinna hjulet på nytt, för största delen av världen har redan länge haft akutläkare på akuterna. Storbritannien, till exempel, var först med att införa akutsjukvård som en egen specialitet redan år 1967 och nästan lika länge har sådana specialister funnits i USA, Australien och Nya Zeeland.

I Finland blev akutsjukvård primärspecialitet med eget program först år 2013 och därmed först i Norden, för när Castrén blev första professor i akutsjukvård vid Karolinska institutet i

Stockholm år 2007 var den fortfarande en tilläggspecialitet där.

– Men att ha akutsjukvård som sekundär specialitet blev både tidsödande och dyrt, så jag är glad att Finland inte gick i svenskarnas fotspår, för det är en lång väg för en person som redan är specialist att återgå till akutmottagningsjobb för att specialisera sig ytterligare.

Lätt har det inte varit att ändra på rutinerna i Finland, men Castrén är inte konflikträdd.

Nu har vi dessutom ont om pengar, tillägger hon. Då är det inte mest effektivt att ha olika specialiteter sittande på juren. I stället ska vi ha en specialist som kallar in de rätta personerna just när de behövs.

– Vi måste helt enkelt forma en ny sjukhusverklighet, för det är ju inte bara akuten som förändras. Det innebär att vi akutläkare gör lite mindre för patienterna än en gammal akutmottagning gör, men i stället ger vi över patienterna till respektive specialitet och det förutsätter att sjukhuset är berett att ta emot patienter på avdelningarna lite tidigare än hittills, så att respektive specialist sedan får göra sitt jobb.

Jourerna ofta för långa

Dessutom anser hon att det är katastrofalt att det på jourerna finns människor som gör väldigt långa arbetspass.

– Ingen kan fungera effektivt i 24 timmar. Därför jobbar akutläkarna vid HNS nu 8–10 timmar. Det finns otaliga undersökningar som visar att felfrekvensen trefaldigas efter 9 timmars jobb.

Hon har själv upplevt vad trötthet ställer till med, för först utbildade hon sig till sjuksköterska vid Helsingfors Svenska Sjukvårdsinstitut och jobbade sedan bland annat med akutfall på Vasa sjukhus,

– Där hade vi samma kirurg och samma anestesiläkare i 4,5 dygn och

ibland fick vi in väldigt svårt skadade människor när vi alla var så trötta att vi inte ens orkade tala med varandra. Själv vill jag åtminstone inte att någon som har jobbat 20 timmar ska sköta mig om jag behöver hjälp akut!

Hon brukar påpeka att patienter och läkare sover bäst i egen säng. Därför ska man inte ha läkare i så långa skift att de måste sova för att över huvud taget kunna tänka klart.

– Så i oktober effektiviserade vi kvällsbemanningen på Mejlansakuten och nu tar vi in fler läkare att göra kvällspass, så att vi får hem patienterna till natten. Vi talar ju hela tiden om att ställa patienterna i centrum och det här är ett sätt att göra det.

När Maaret Castrén med sitt team granskade läkarnas arbetstider och patientflödet insåg de nämligen att en stor del av akutens läkare börjar jobba klockan åtta på morgonen och åker hem kring tre, halv fyra, så att färre blir kvar till morgonen. Patienterna däremot kommer i vågor, med en topp kring elva på förmiddagen och nästa vid tvåtiden på eftermiddagen.

– Därför har vi fått in en stor del av patienterna när största delen av läkarna, framför allt de äldre och kunnigare, just ska åka hem. Med ändrade arbetstider får vi in lite fler läkare under eftermiddagen. Dessutom har vi minskat bemanningen på natten, för inte kommer människor hit nattetid om de inte är i verkligt kritiskt tillstånd.

Det här har inte gillats av alla.

– Vi fick till exempel hård kritik när vi förklarade att vi inte behöver så många läkare på natten utan sätter in en extra person på kvällen i stället. Men egentligen handlar det väl om att den som vant sig vid att jobba 24/7 får mindre lön om nattskiftet byts till kvällsskift. Fast avsikten var inte att spara pengar, utan vi tänker på patienterna och försöker få juren tömd under kvällen.

Ung specialitet i Finland

I Finland bildade akutläkarna en egen förening år 2005, i dag kallad Akutläkarföreningen i Finland. När akutsjukvård år 2013 blev en egen specialitet fick ett antal läkare med annan specialitet plus erfarenhet av långvarigt arbete på akutvårdsmottagning rätt att gå upp i en tentamen och de som då godkändes blev akutsjukvårdsspecialister.

– Ett nytt skolningsprogram kan inte köra igång utan seniorer. Därför tog vi modell av hur det amerikanska systemet i tiden körde igång och i ”första vägen” erhöll ca 80 finländska läkare den nya specialiteten. Senare har fem personer genomgått hela det sexåriga specialiseringsprogrammet och några hundra är i dag mitt uppe i det – av dem 53 i Helsingfors.

Akutläkare arbetar redan också på flera jourande sjukhus, bland annat i Lojo, Hyvinge, Borgå, Pejas, Jorv och Mejlans.

– Och trots att de inte är ensamman på akutvårdsmottagningar någonstans är resultaten goda. I Tavastehus gör akutläkare till exempel numera trombolyt.

Det sparar tid då akuten inte längre behöver ty sig till telemedicinsk kontakt utan kan fatta självständiga beslut.

Akutsjukvårdsspecialiteten innebär också att det äntligen utbildas läkare som ska arbeta på akuten under hela sin aktiva tid. Tidigare har jourerna var genomgångsställen med läkare som jobbat där bara en tid.

Kortare väntetider

Akutsjukvårdssystemet har aktualiserat behandlingstiderna, men Castrén anser att man fokuserat för mycket på dem.

– Vi ska naturligtvis jobba effektivt. Patienter ska inte behöva vänta i onödan. Men är det något man måste vänta med, så gör man det, oavsett om behandlingstiden då blir två eller åtta timmar.

Väntetiderna har nämligen redan förkortats. Utan tilläggsresurser har Hucs-akuten sedan år 2015 skurit ner den genomsnittliga tid som patienterna befinner sig på Mejlans akutmottagning från elva timmar till drygt sju.

– Och det har vi gjort enbart genom att tänka igenom processen. När besluten fattas på rätt ställe och man inte väntar i onödan eller tar in patienter som egentligen inte behöver akut hjälp, då får man en snabbare process – och inte för att man jäktar utan för att man skalar bort allt onödigt.

Ta till exempel en kvinna med magproblem på avdelning i Hyvinge och en kirurg som anser att patienten behöver ett ingrepp, kanske på Mejlans sjukhus, säger Castrén.

– Varför ska en sådan person över huvud taget landa på Mejlans jourpoliklinik? Bilden är ju klar, patienten borde föras till rätt avdelning direkt.

HNS chefsöverläkare Markku Mäkijärvi har de facto gett order om att sådana patienter inte alls ska tas till akuten.

– Vi vet nämligen, att ju fler patienter vi har på akuten, desto längre stannar de. Och ju längre de är kvar, desto mer ökar dödligheten. Alla står ju under observation, men om patienterna är för många kan man missa att någons tillstånd förvärras och då blir akuten en farlig plats.

Absoluta tidsbegränsningar på akuten vill hon ändå inte ha. Ingen ska ligga där 10 timmar eller 20, då är det något fel på systemet, slår hon fast. Men ibland tar det en timme att få en patient genom processen, en annan gång sex.

– Och när den är effektiv och av hög kvalitet måste den få ta den tid som krävs.

Maximalt fyra timmar på akuten är en allmän norm, men Maaret Castrén vet att den inte bygger på några vetenskapliga rön.

– När jag kom till Hucs var fyra timmar vad ledningen krävde av mig också,

men efter diskussion har vi kommit till fyra timmar för den som får åka hem och åtta för den som sänds vidare till avdelning. Någon gång behövs det ändå mer än fyra timmar också för den som kan åka hem efteråt. Huvudmålsättningen måste ju vara att vi har möjlighet att göra vårt jobb bra.

Stora patientströmmar

Det är en utmaning, för enbart de akutmottagningar som lyder under Maaret Castrén besöks av ca 150 000 patienter per år. Och antalet ambulanspatienter är 140 000 – som visserligen delvis består av samma människor. Dessutom tar giftinformationscentralen emot ca 40 000 samtal per år.

– Akutmottagningarna tar alltså emot många hundra patienter per dygn och 8–10 procent anländer i livshotande tillstånd.

Enligt Castrén kommer en del patienter med mindre besvär till akutvårdsmottagningar, till exempel med ett sår i fingret eller med en stukad fot, öronvärk eller urinvägsinfektion. De ska naturligtvis också behandlas snabbt.

– De här fallen bildar vår största enskilda patientgrupp, och ändå har vi inte en enda allmänläkarspecialist. Patienterna skyfflas bara över från hälsovårdscentraler och ingen har bestämt vem som egentligen borde ta hand om dem. Det finns ju politiska beslut på att specialist- och primärvården ska ha gemensamma samjourer, och det innebär att också den allmänmedicinska kunskapen behövs.

Äldre har vaga symtom

Ett problem är att det bland akutens patienter finns äldre som inte alltid får den vård de behöver.

– Orsaken är att äldre människors symtom ofta är vaga och ju äldre pa-

tienterna är, desto vagare symtom har de. Den fjärde vanligaste anledningen till att äldre söker hjälp akut är plötsligt nedsatt allmäntillstånd, påminner Castrén, som i sin forskning har intresserat sig mycket för den här gruppen. Äldre kan ha infarkter utan att ha bröstsmärtor eller sepsis trots att blodtrycket är normalt. Det leder till att de triageparametrar som används i ambulanser inte hittar de sjukaste individerna.

– En äldre, dödssjuk människa med normala vitalparametrar, men med nedsatt allmäntillstånd, hamnar därför lätt i den minst brådskande klassen. Nu har vi avslutat en stor studie med målet att identifiera sådana allvarliga sjukdomsfall. Det görs med nya blodmarkörer, som visserligen inte hittar specifika sjukdomar, men visar om patienterna har något allvarligt fel, så att de snabbt kan tas omhand.

Maaret Castrén är också glad att Esbo nu planerar ett projekt där man till äldre som vårdas hemma eller på långvården kan börja kalla in en sjuksköterska som rycker ut med EKG, biomarkörer och annat. Utgående från resultaten kan sjuksköterskan sedan diskutera fallet per telefon med en läkare, som avgör om patienten ska bli kvar hemma eller åka till akuten.

Sådana tankegångar var Maaret Castrén inne på redan medan hon var professor i akutsjukvård på Karolinska Institutet. Där genomfördes bland annat ett forskningsprojekt som gick ut på att äldre med elva i förväg definierade tillstånd – till exempel urinvägsinfektion – inte alls åkte till akutmottagning utan sändes direkt till geriatriskt sjukhus. Erfarenheterna blev så goda att Stockholmsregionen i dag betalar för att alla geriatriska sjukhus tar emot sådana patienter direkt. Men när projektet inleddes 2008 var motvin-

den så hård att professor Castrén först nekades forskningsstillstånd för en planerad doktorsavhandling. Specialister hävdade att projektet var livsfarligt, de skulle ta död på varenda patient!

– Då blev jag arg och sade till min chef, att får jag inget tillstånd glömmar jag Sverige och tar båten tillbaka till Finland. Det gav resultat, och när min doktorand hade avhandlingen klar hade inte en enda patient dött.

– Vi vet att äldre blir mer förvirrade ju fler nya ställen de hamnar på. Akutjouren är verkligen inte det lugnaste stället för en gammal människa på väg in i delirium. Sedan jag kom hem från Sverige har jag därför talat mig varm för att alla äldre inte ska skjutas till akuten utan oftare raka vägen till en avdelning, men budskapet har inte riktigt än gått hem.

Rädsla föder motstånd

Maaret Castrén är en person som verkar bli intresserad av sådant som inte engagerar andra. Hon var till exempel i tiden med om att bygga upp den finländska ambulanssjukvården, som den ser ut i dag, och hon har också varit inne på nutrition och hjärtstopp, som enligt henne är underresurserade.

– Om jag vet hur jag ska åstadkomma förbättring, så gör jag det. Visst möter jag motstånd och förstår att många är förskräckta, men år man inte rädd för förändring så är det ju ingen riktig förändring.

Med den attityden har hon ofta mött kritik, men som hon säger: Få har jobbat inom akutsjukvård utomlands. Jag vet att jag gör de rätta sakerna, därför måste jag bara ha tålamod att genomföra förändringarna.

– Framför allt är det roligt att kunna göra något som faktiskt är viktigt för patienterna, för när en människa ham-

nar på akutmottagning och inte vet vad som är på tok är hon ofta räddare än på något annat ställe i världen.

Arbetet låter krävande, men hon försäkrar att hon har ett liv också utanför jobbet. Förklaringen är att hon är en god organisatör. Dessutom är hon snabb – och det kan behövas, för privat är hon ensamstående fyra barnsmamma med golf, tennis och opera som stora fritidsintressen.

Text: Mardy Lindqvist

Foto: Cata Portin

Vem och vad

Maaret Castrén, född 1959 i Helsingfors.

Disputerade 1995 med en avhandling om kirurgisk cancerbehandling.

Specialist i anestesi och intensivvård sedan 2002 och i akutsjukvård sedan 2012.

Professor i akutsjukvård vid Karolinska Institutet i Stockholm 2006–2014.

Deltidsprofessur i samma ämne vid Åbo universitet 2012–2015.

Helsingfors universitets första professor i akutsjukvård sedan 2016.

Lyssnar gärna på ljudböcker, särskilt under resor till fritidsbostaden i Hangö.

Värdefull egenskap: Ser något positivt i nästan allt hon upplever.