

intervjun. Barnläkaren Anders W Jonsson är en av upphovsmännen bakom vårdvalet och som vice ordförande i Centerpartiet den läkare i landet som har mest politiskt inflytande. Fast för barnen på barnkliniken på Gävle sjukhus är han bara doktor Anders.

text: michael lövtrup foto: staffan claesson

Kommunikatör i dubbla roller

Läkartidningen träffar Anders W Jonsson under ett jourpass på barnkliniken på Gävle sjukhus. Intervjun, som genomförs i ett smalt rum som är något slags kombination av förråd och kontor, avbryts flera gånger av personsökarens pip. Trots det späckade schemat – sorgfälligt redovisat på den egna bloggen – kränger Centerpartiets vice ordförande en helg i månaden på sig bussarongen för att tjänstgöra på det sjukhus där han arbetat sedan 1990.

Det finns två skäl till beslutet att inte släppa kontakten med kliniken, förklarar han.

– Det ena är att jag inte tänker vara kvar i politiken till dess jag går i pension, utan tänker återvända till mitt yrke. Och skulle jag vara borta från den akuta pediatriken under 8–12 år skulle jag aldrig våga sätta på mig de här igen, säger han och pekar på personsökarna han har liggande på bordet intill sig.

– Sedan tycker jag att politiken är vansinnigt rolig nu, men det kan komma en dag då jag känner att det inte längre är roligt att åka till Stockholm, och då vill jag kunna

bryta min tjänstledighet och komma tillbaka hit.

Som en bonus får han dessutom, tack vare den regelbundna kontakten med personal, föräldrar, barn och kollegor, erfarenheter som är svåra att skaffa sig i riksdagshuset.

– Jag får en väldigt god insikt i människors vardag. När en del moderata riksdagsmän säger att fattiga barn finns bara i Afrika, då säger jag »Nej, de finns i Gävle också, för jag möter dem när jag är jour på sjukhuset«.

Anders W Jonsson är inte den enda barnläkare som nått en samhällselig topposition.

Bland hans specialitetskollegor återfinns såväl en universitetsrektor som chefen för landets största sjukhus. Här skulle en statistiker säkert invända något om slumpeffekter. Självt tror Anders W Jonsson inte att det är en tillfällighet att just barnläkare ofta är framgångsrika ledare.

– Barnmedicin är en extrem del av läkarprofessionen där du hela tiden är beroende av att kunna kommunicera och vara pedagogisk. Vuxna gör ofta som du säger, men det gör inte 14-åringen eller

6-åringen, utan du måste förklara på ett helt annat sätt.

Jag tror att det är egenskaper som är viktiga i olika ledarroller också, även där handlar det om att få med sig folk.

Att Anders W Jonsson nått sin nuvarande position som vice partiledare, gruppleddare i riksdagen och – så sent som förra hösten – kandidat att ta över partiledarskapet, kan han till stor del tacka tidigare Centerledaren Maud Olofsson för. Det var hon som efter alliansens valseger 2006 fick Anders W Jonsson, som varit centerpartist sedan tonåren och kommunpolitiker i Gävle sedan början av 1990-talet, att lämna jobbet som verksamhetschef för barnkliniken och ta plats som Centerns representant i statsrådsberedningen med ansvar för socialpolitiken.

En av de reformer som bär hans tydliga signatur är vårdvalet. Reformen ingick inte i alliansöverenskommelsen inför valet utan syddes ihop av Anders W Jonsson och hans kollegor på statsrådsberedningen. Så det är kanske inte förvånande att han i dag, två och ett halvt år efter införandet, beskriver vårdvalet som

en »otrolig framgångssaga«.

– Primärvården i Sverige har haft väldigt dåligt rykte, men man kan se – efter införandet av vårdvalet – att människors förtroende för primärvården ökar för varje år.

Har den medicinska kvaliteten blivit bättre?

– Det är väldigt svårt att mäta eftersom vi har så dåliga kvalitetsregister i primärvården. Samtidigt kan jag inte se hur ökad tillgänglighet och nöjdare patienter på något sätt skulle kunna försämra den medicinska kvaliteten. Jag har hört argumentet från en del distriktsläkare att man tvingas ta emot snuvor och försummar svårt sjuka can-





■ anders w jonsson

Ålder: 50 år.

Bor: Hedesunda.

Familj: Fru, två döttrar.

Medicinsk specialitet: Barn- och ungdomsmedicin.

Bakgrund: Legitimerad 1990. Överläkare 1998. Verksamhetschef på barnkliniken vid Gävle sjukhus 2002–2006. Kommunpolitiker i Gävle för Centerpartiet 1991–2007. Förhandlare för Centerpartiet vid statsrådsberedningen 2006–2010.

Aktuell: Sedan 2011 förste vice ordförande i Centerpartiet.

Senast lästa bok: Jag läser Bonniers statsministersserie där jag har kommit till Nils Edén. Sedan läser jag en bok om japansk historia.

Oanad talang: Jag tycker själv att jag är väldigt duktig på att rida, men det tycker inte de andra i min familj.

Viktigaste hälsofrågan: Något som oroar mig väldigt mycket är den psykiska ohälsan bland ungdomar. Där famlar vi fortfarande efter orsaker och framför allt efter vad man kan göra.

Viktigaste läkarfrågan: Att vi kan fortsätta hävda behovet av tid för vidareutveckling i yrket i ett läge när vi har stora krav på effektiviseringar i sjukvården. ■

»Vi var jättebestämda med att det skulle vara obligatoriskt med vårdval och körde i princip över landstingen i den frågan.«

cerpatienter, men gör man det bryter man mot hälso- och sjukvårdslagen, som säger att sjukvård ska bedrivas enligt behovsprincipen.

Men är det inte ett problem att man inte vet hur den medicinska kvaliteten påverkats?

– Nej, för det vi ville komma till rätta med var tillgängligheten och bemötandet, där hade vi stora problem. Vi hade egentligen inga indikationer på att den medicinska kvaliteten var dålig.

Ett misstag medger Anders W Jonsson dock att man begick när man sjösatte vårdvalet: man definierade inte ett basåtagande som det skulle

räcka för vårdgivaren att uppfylla för att få etablera sig. Detta har enligt honom resulterat i att landet kluvits i två halvvar, där 16 regioner och landsting har väl fungerande vårdval, medan ett antal Norrlandslandsting satt upp regelverk som i princip gör etableringar omöjliga. Och att nu i efterhand gå in och definiera ett basåtagande anser han inte är politiskt möjligt.

– Landstingen var mot både att göra vårdvalet obligatoriskt och att definiera ett grunduppdrag. Vi var jättebestämda med att det skulle vara obligatoriskt med vårdval och körde i princip över landstingen i den frågan. I det

läget kunde vi inte köra över landstingen en gång till i frågan om basåtagande. Så vi skrev i propositionen att vi skulle följa utvecklingen och eventuellt återkomma till frågan, lite grann för att ha yxan hängande. Men i ett läge när i stort sett alla landsting har fått det här att fungera jättebra blir det svårt att använda yxan utan att förstöra för de andra.

Regeringens ambition är nu att bredda vårdvalet. Anders W Jonssons egen grundinställning är att lagen om valfrihetssystem (LOV) ska användas »överallt där det är möjligt«.

– I akutsjukvården funge-



rar inte LOV, men vad gäller sådan specialistsjukvård som höfter och katarakter, där det är lätt att sätta styckepris, blir det förhoppningsvis ett LOV-system i hela landet.

Samtidigt medger han att till exempel kroniskt sjuka passar dåligt in i en sådan struktur.

– Ja, det går inte att lägga ut allt enligt modellen med styckepris, utan där ligger Hallands landsting längst fram med deras »Vårdval plus«, som egentligen också är en LOV-modell men baserad på att du som patient väljer en primärvårdsläkare som du går hos, och får du sedan till exempel en svår reumatisk sjukdom som läkaren inte klarar kan läkaren säga »jag har kontakt med de här tre reumatologerna, vilken tycker du vi ska ta?« Jag ser framför mig att vi kommer att få en mix av de här båda modellerna vad gäller specialistsjukvården.

I dag har Anders W Jonsson som vice partiledare och gruppleadare för Centerpartiets riksdagsgrupp ett bredare politiskt fokus än under förra mandatperioden (det talas dock om att han kan ta över ordförandeposten i socialutskottet till hösten). Men han har inte svårt att peka ut frågor som han skulle vilja driva om han vore socialminister.

– Även om svensk sjukvård håller världsklass finns ett antal områden där det finns stor potential. Dels är det vården av de mest sjuka äldre som fungerar dåligt. Vi har satt i gång ett stort projekt som jag hoppas kommer att bli framgångsrikt, men det kommer säkert att finnas väldigt mycket kvar att göra där. Ett annat område där jag skulle vilja att vi gick vidare är glesbygdsmedicin, där ligger Sverige efter länder som USA, Kanada och Australien. Ett annat område som fungerar mycket dåligt i Sverige är missbruksvården. Det är mycket vanligare att intravenösa opiatmissbrukare dör



»När en del moderata riksdagsmän säger att fattiga barn finns bara i Afrika, då säger jag 'Nej, de finns i Gävle också, för jag möter dem när jag är jour på sjukhuset'.«

i Sverige än i andra länder. Ojämligheten är också ett område man borde göra något åt.

Ojämlighetsfrågan tangerar den övergripande fråga som svävar över hela vårdpolitiken: Hur ska vi i framtiden få råd med en skattefinansierad vård på lika villkor? Visserligen pekar prognoserna på att resurserna skulle räcka om det bara handlade om att kompensera för den åldrande befolkningen. Men när man lägger till den medicinsk-tekniska utvecklingen som gör att efterfrågan ständigt stiger spricker kalkylerna obönhörligt.

Det är bland annat mot den bakgrunden som prioriteringsdiskussionen tog fart för några år sedan. Några landsting genomförde uppmärksammade så kallade öppna prioriteringsprojekt där delar av det befintliga utbudet skars bort för att resurserna skulle kunna omfördelas. Men de senaste åren har det varit ganska tyst från politikerhåll om prioriteringar. Självmennar Anders W Jonsson att det inte är genom att ransonera hårdare som vi löser finansieringsfrågan.

– 2025 fattas det över 100 miljarder kronor. Du kommer inte att hitta de pengarna ge-

nom att säga att lättare eksem får du inte gå till doktorn för. De stora besparingarna kommer vi att göra genom att utmönstra dåliga metoder – och då tror jag på en mycket hårdare styrning via Socialstyrelsen och SBU – och genom att hitta smartare sätt att jobba. Och där tror jag att det är entreprenörskapet som behövs. Titta på prissänkningen vi fick med St Göran i den nya upphandlingen, där finns det pengar att hämta.

Har inte senaste tidens händelser visat att det finns en risk att effektiviseringen sker på omsorgstagarnas och patienternas bekostnad?

– Jag tycker att Carema-affären har visat just att man inte kan tjäna pengar på att bedriva dålig vård. Titta vad som har hänt med prislappen på Carema. Om man sitter som ägare av ett vårdbolag och tror att man kan tjäna pengar på att fuska och göra ett dåligt jobb, då är man nog inne i fel bransch, säger Anders W Jonsson, som menar att det väsentliga är att man undviker lagen om offentlig upphandling (LOU), som inte ger vård- och omsorgstagarna någon valfrihet. Brukarna måste ha möjlighet att välja bort dåliga utförare.

Men är verkligen gamla, sjuka och dementa kapabla att välja?

– De har anhöriga som kan välja, och när det gäller äldreomsorgen kommer de att till stor del kunna sköta kvalitetskontrollen, den bedömningen kan du göra som anhörig. I sjukvården är det inte lika lätt för patienter att bedöma kvaliteten, så där behövs ganska rejäla uppföljningssystem.

Den nya forskningsproposition som kommer till hösten väntas innehålla en rad satsningar för att få fart på den kliniska forskningen. Något som dock inte lär finnas på listan är det som Anders W Jonsson ser som viktigast för att hindra att forskningen hamnar på undantag på sjukhusen: ett gemensamt huvudmannaskap.

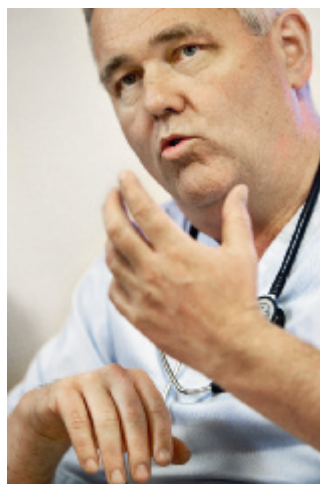
– Vi har den konstiga upp-

delningen att staten är ansvarig för forskningen och landstingen för vården. Tittar man på de framgångsrika institutionerna i USA och på kontinenten har man aldrig delat huvudmannaskap. Jag skulle vilja att vi testade att slå ihop ett universitetssjukhus med ett universitet, så att den som är chef för forskningen på en klinik också är chef för sjukvården.

Varför skulle det bli en »magic bullet« som skulle lösa problemet?

– Jo, då får du en chefsstruktur som håller i hela systemet. I dag på universitetssjukhusen har du en sjukhusdirektör med uppdrag att producera sjukvård, inte forskningsartiklar. Och så har du en prefekt på institutionen som ska se till att det produceras så mycket forskning som möjligt.

Hur tror du att den idén



»Jag tycker att Carema-affären har visat just att man inte kan tjäna pengar på att bedriva dålig vård.«

skulle tas emot av landstingen?

– Jag tror inte att vi ska säga att så här gör vi med alla universitetssjukhus. Jag tycker vi ska testa att få en uppgörelse mellan ett landsting och ett universitet om en sammanslagning, troligtvis i en stiftelseform med finansiering från båda huvudmännen men med bara en chef.

Anders W Jonsson har uppenbarligen inte tvekat att ta på sig ledaruppdrag, vare sig politiska eller professionella. Annars är läkare generellt för dåliga att ta på sig chefsuppdrag – åtminstone anser Läkarförbundet det, som kampanjar för att fler läkare ska axla chefsrollen.

Varför tror du att många läkare drar sig för att bli chefer?

– Det beror till stor del på att det funnits två karriärvä-



gar för läkare, antingen bli forskare eller vara en duktig doktor, medan chefsuppsdrag inte har varit lika statusfyllda. Sedan har en del lands-ting krävt att om du ska vara chef måste du släppa vårdar-betet helt och hållet. Det har varit en diskussion om det även i mitt landsting. Men det är det få läkare som vill, så man måste vara öppen för att läkare kan vara kvar i en liten del i sin yrkesroll, även om de tar ett chefsuppsdrag.

För att det behövs – och kommer att behövas – läkare i ledande positioner i vården

är han övertygad om. De dystra profetiorerna om en alltmer maktlös läkarkår delar han inte.

– Jag tror att den pendeln är på väg att svänga tillbaka, för det går inte att bedriva en effektiv sjukvård om du inte har hög medicinsk kompetens på många av chefspositionerna. Så är även utvecklingen internationellt. Tittar man exempelvis på NHS reform i England är en av de starka drivkrafterna att ge makten över sjukvården tillbaka till läkarna.

Michael Löwtrup

Läkare världen över kräver att Assad stoppar våldet

Läkarorganisationer kräver i ett brev till Syriens president Assad att han stoppar militärens attacker på civila och sjukvårdspersonal.

De tre organisationerna Physicians for Human Rights (PHR), World Medical Association och amerikanska läkarförbundet har författat brevet, som fler kan ansluta sig till på PHR:s webbplats. Marie Wedin, Läkarförbundets ordförande, och Thomas Flodin, ordförande i förbun-

dets etik- och ansvarsråd, har skrivit på uppdraget. ■

Föreskrifter ändrade – läkarstudenter från EU/EES får vikariera

Socialstyrelsen har ändrat i sina föreskrifter så att även läkarstudenter från övriga EU/EES kan få tillstånd att vikariera som läkare i Sverige under senare delen av sin utbildning. Prövningen sker individuellt eftersom utbildningarna ser olika ut i olika länder. Frågan om utlandsstudenternas möjlighet att vikariera har drivits av Läkarförbundet. ■

patientsäkerhet/ärenden

Positivt provsvar för svininfluensa glömdes bort

En kvinna kom till akutmottagningen med influensaliknande symtom, och man tog ett influensaprov. Sedan glömdes provet bort. Först ett och ett halvt dygn senare uppmärksammades det att patienten hade svininfluensa. (Soc 9.2-39026/2011)

Kvinnan var i 50-årsåldern och hade astma och högt blodtryck. Hon hade insjuknat med symtom som feber och hosta, och besökt en läkarmottagning men inte blivit bättre. En natt i oktober kom hon in till universitetssjukhusets akutmottagning.

Lungröntgen visade på en dubbelsidig lunginflammation, och antibiotikabehandling inleddes. Det här var 2009, under pandemin av svininfluensa, och man tog också ett influensaprov. När patienten efter några timmar fick lämna akutmottagningen, hade svaret på influensaprovet ännu inte anlänt.

Hemma blev kvinnan snabbt sämre, och ett och ett halvt dygn senare kom hon åter till akuten, denna gång i ambulans. Först då uppdagades det att influensaprovet var positivt för svininfluensa, A/H1N1, och att patienten inte hade kontak-

tats om detta. En ny lungröntgen visade på snabb försämring av lunginflammationen, och kvinnan lades in på intensivvårdsavdelning vid infektionskliniken. Influenسابehandling med Tamiflu (oseltamivir) inleddes.

De följande dagarna försämrades patientens andningsförmåga, och hon fick respiratorbehandling och senare också trakeostomi (slang via ett hål på halsen till luftstrupen). Först efter cirka sex veckor kunde

hon lämna sjukhuset och var sedan sjukskriven en längre period, både för fysisk återhämtning och på grund av oro och ångest. I sin anmälan hävdar kvinnan att hon skulle ha besparats mycket lidande om hon hade fått rätt vård i tid.

Vårdgivarens förklaring till att det dröjde så länge innan svaret på influensaprovet upptäcktes är att den läkare som tjänstgjorde på natten när provet togs var ledig dagen därpå. Akutmottagningen har nu ändrat rutinerna för hur man tar hand om patienter

med misstänkta influensasyntom och för hantering av positiva influensaprovsvär.

I sitt beslut är Socialstyrelsen kritisk till att det positiva provsvaret inte uppmärksammades direkt men säger att sjukhuset efter händelsen har vidtagit adekvata åtgärder för att förhindra en upprepning. Socialstyrelsen kan inte säkert uttala sig om ifall bristerna i vården har påverkat patientens sjukdomsförlopp på något avgörande sätt.

Miki Agerberg

Döende patient fick inga läkarsamtal

En svårt cancersjuk patient vårdades den sista tiden på sjukhus. Under hela denna tid, en dryg månad, var det nästan omöjligt för patienten och hans anhöriga att få träffa någon läkare. Socialstyrelsen ser allvarligt på det inträffade. (Soc 9.2-37838/2010)

En man fick diagnosen lungtumör. Först gjordes bedömningen att det skulle vara möjligt att operera, men vidare undersökning visade att sjukdomen spridit sig i kroppen så att den blivit inoperabel. Patienten lades in på lungkliniken, där han avled en dryg månad senare.

Under hela vårdtiden vid lungkliniken fick patienten inte ett enda läkarbesök vid sjukbädden, hävdar patientens föräldrar

i sin anmälan. Han mådde dåligt, och att han inte fick något samtal med läkare förstärkte oron, skriver de. Själva fick de, trots upprepade ansträngningar, bara ett samtal med patientansvarig läkare. Däremot fanns en löpande dialog med sjuksköterskorna.

På avdelningen fanns en rondrutin som innebar att läkare dagligen skulle gå runt och undersöka samtliga inläggande lungpatienter. Denna rutin har inte följts för den aktuella patienten, vilket Socialstyrelsen är kritisk till. Verksamhetschefen skriver i sitt yttrande att rondrutinerna måste skötas, och tillägger att den dåvarande patientansvariga läkaren har slutat sin tjänstgöring vid sjukhuset.

Socialstyrelsen ser i sitt beslut allvarligt på att en patients

och anhörigas önskemål om att få träffa läkare inte har tillgodosetts. Läkaren bär ansvar för att fullgöra sina arbetsuppgifter, men det är vårdgivarens ansvar att säkerställa att det bedrivs en god vård – till exempel genom egenkontroller för att säkra verksamhetens kvalitet.

Socialstyrelsens bedömning är att den här händelsen visar betydelsen av att vårdgivaren följer upp och säkerställer att patient och anhöriga, på ett bättre sätt än vid denna händelse, kan ha en kontinuerlig kontakt med ansvarig läkare.

Miki Agerberg

Redaktör:
Sara Gunnarsdotter 08-790 34 10
sara.gunnarsdotter@lakartidningen.se