**KLINIK & VETENSKAP**

Utbrott av barnsängsfeber på två förlossningsavdelningar

**KULTUR**

Nu är det jul igen i sjukhus och -stuga

#51–52
2019

# Läkartidningen

Tidskrift från Sveriges läkarförbund • Sedan 1904 • 18 December 2019 • vol 116 • 2037–2096




# Den personliga läkarkontinuiteten

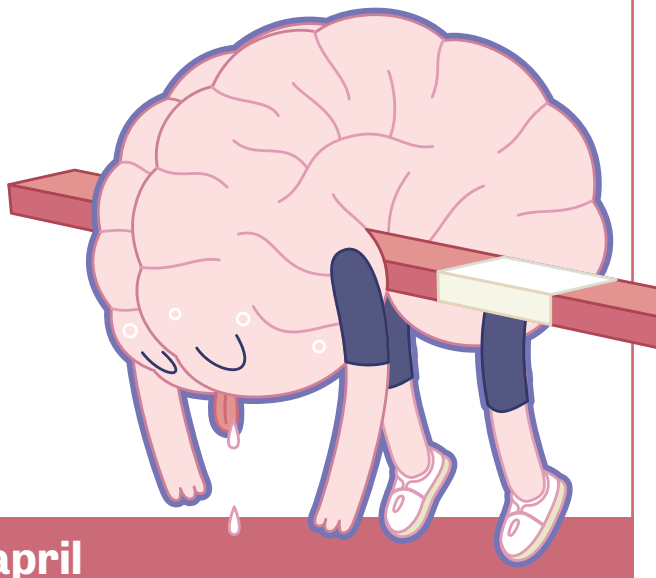
## FÖRENAD MED FÄRRE BESÖK PÅ AKUTEN

Läkartidningen arrangerar

Sundsvall 1 april 2020

# Utmattningssyndrom och ME/CFS

**Quality Hotel Sundsvall • Esplanaden 29, Sundsvall**



**Över 1 100 besökare i Stockholm, Göteborg, Malmö och Umeå!**
Efter de välbesökta seminarierna under 2018 och 2019 är vi glada att kunna reprisera detta i Sundsvall i april 2020. Seminariet belyser två svåra sjukdomstillstånd som förorsakar stort lidande och ofta har ett långdraget ibland kroniskt förlopp. Det är viktigt för alla som arbetar inom sjukvården att ha kunskaper om dessa tillstånd. Vi uppdaterar er på det aktuella kunskapsläget rörande orsaker, diagnostik, behandling och rehabilitering.

**Välkommen till en intressant eftermiddag och boka plats i tid!**

## Preliminärt program • Sundsvall den 1 april

| | |
|---|---|
| 12:00–13:00 | **Registrering och lunch** |
| 13:00–13:05 | **Inledning.**<br>*Docent Margaretha Bågedahl-Strindlund* |
| 13:05–13:40 | **Utmattningssyndrom: Bakgrund och aktuell forskning**<br>*Senior professor Marie Åsberg, Stressrehab KIDS, Danderyds sjukhus* |
| 13:40–14:15 | **Behandling och rehabilitering vid utmattningssyndrom**<br>*Universitetslektor, leg sjukgymnast Therese Eskilsson, Inst f samhällsmedicin och rehab, Umeå universitet* |
| 14:15–14:45 | **Kaffe** |
| 14:45–15:20 | **Myalgisk encefalomyelit (ME) – aktuellt om klinik**<br>*Överläkare, med dr Per Julin, ME/CFS-mottagningen, Neurologiska Rehabiliteringskliniken, Stora Sköndal, Stockholm* |
| 15:20–15:55 | **Myalgisk encefalomyelit (ME) – aktuellt om forskning**<br>*Professor Jonas Bergquist, analytisk kemi och neurokemi, Uppsala universitet* |
| 15:55–16:30 | **Avslutning och frågor till panelen** |

**Moderator:** *Petra Widerkrantz, specialist i allmänmedicin, medicinsk rådgivare Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning, Region Skåne*

**Programansvarig:** *Docent Margaretha Bågedahl Strindlund, Läkartidningen*

Läs mer och anmäl dig på **www.lakartidningen.se/event**

# INNEHÅLL



2046

Foto: Göran Segeholm

*Till höger Mikael Rizell, läkare i primärvården i Trosa, på hembesök hos Klas Andersson. Läs om utskrivningsklara patienter i veckans reportage.*


**#51–52 2019**

18 december till 14 januari 2020





Hög personlig läkarkontinuitet i primärvården gav färre besök på akutmottagning.

Illustration: Jakob Robertsson

## NYHETER


**2042** Svenska allmänläkare mer stressade än kollegor i andra länder

Stockholm utreder remisskrav till akuten

**2043** Tusentals protesterade mot neddragningarna i vården

Läkarförbundet ratar idé om apotekare som förskrivare

**2044** Nytt avtal ska hjälpa läkare som riskerar uppsägning

Patientnämnd larmar om felaktiga dödsbevis

**2046** Läkare på språng bäddar för tidig hemgång

**2050** »Viktigast att patienterna har en fast namngiven läkare«


## DEBATT


**2052** Recept på nya lösningar för vårdens problem

Nationell infrastruktur för hälsodata – påbörja bygget nu

**2054** Apropå register, etik och juridik


## KRÖNIKAN


**2057** Nina Cavalli-Björkman


## KULTUR


**2090** Julen som klinisk erfarenhet

**2092** Schuberts taktpinne till julklapparnas marsch in i tomtesäcken




## KLINIK & VETENSKAP


**2060 Prioriteringsplattformen** kan stärka förtroendet för vården – och stötta en rättvis resursfördelning Medicinsk kommentar

**2059** Reflexion: Önskelista till Tomten

**2062** Nya rön: Association mellan depression och abdominellt aortaaneurysm

Kirurgiska och neurologiska komplikationer vid epilepsikirurgi

**2063** Tveksam klinisk nytta av målstyrd vätskebehandling

Högt blodtryck på akuten en risk för framtida kardiovaskulär sjukdom

**2056** Originalstudie: Hög personlig läkarkontinuitet i primärvård förenad med färre besök på akutmottagning

**2070** Vårdutveckling: Utbrott av barnsängsfeber på två förlossningsavdelningar

**2074** Etik och läkarroll: Oredlighet i forskning – regleras i lag från årsskiftet




Foto: Johan Werner Avby

**2059 Smittskyddsläkare Malin Bengnér,** en av författarna till artikeln om ett utbrott av barnsängsfeber på två av Region Jönköpings förlossningsavdelningar, intervjuas.

ALLTID I LÄKARTIDNINGEN


**2041** SIGNERAT Läkare kan leda utvecklingen framåt

**2078** MEDLEM Information från Sverriges läkarförbund

**2080** LEDIGA TJÄNSTER med platsannonser

**2093** MÄNNISKOR & MÖTEN


**Nästa nummer** av Läkartidningen utkommer den 15 januari 2020.

Vetenskapliga artiklar har genomgått referentbedömning. Varje manuskript granskas av minst en (ofta fler) av Läkartidningens stab av vetenskapliga experter. Granskningen av manuskript sker enligt internationella rekommendationer (www.icmje.org).

# *God samverkan får patienterna att komma hem*

**TIDEN SOM UTSKRIVNINGSKLARA** patienter ligger kvar på sjukhus har minskat rejält sedan den nya samverkanslagen trädde i kraft för två år sedan (se sidan 2046).

Denna glädjande nyhet visar sig ha flera förklaringar. En är själva lagen, som bland annat innebär att kommunernas betalningsansvar startar redan efter tre dagars inläggning, i stället för de fem dagar som gällde före 2018. En annan är att regioner och kommuner hade tillräckligt med tid för att förbereda sig inför den nya bestämmelsen.

Maj Rom, närvårdsöverläkare i Sörmland och projektchef på Sveriges Kommuner och regioner (SKR), menar dock att »en förstärkt hemtjänst och en mer utvecklad hemsjukvård är viktigare förklaringar«. Kanske viktigast av allt, menar hon, är dessutom att »i allt fler kommuner har hemsjukvården numera ett mycket tajtare samarbete med primärvården«.

Av artikeln framgår även läkarnas centrala roll i arbetet. Om de, tillsammans med övriga personalgrupper, får möjlighet att arbeta med att vårda patienterna i hemmet eller på boendet ger det resultat i form av att färre patienter ligger kvar på sjukhuset i onödan.

Naturligtvis återstår många utmaningar, men det är väldigt glädjande både för patienter och anställda inom vården, att se att utvecklingen nu verkar gå åt rätt håll.



**Pär Gunnarsson,**
chefredaktör

BIKTARVY®
bictegravir 50mg/emtricitabine 200mg
tenofovir alafenamide 25mg tablets
(Rx EF)

# THE BEAUTY OF WHAT IS POSSIBLE

## BIKTARVY®[1] ▼ (BIC/FTC/TAF) a triple therapy that combines bictegravir, an INSTI*, with FTC/TAF

- **86 % efficacy in treatment-naïve PLWHIV** at Week 96[1]**
- **Zero resistance in phase 3 clinical trials[1]**
- **With or without food[1]**

1. Biktarvy SmPC, Available at: www.ema.europa.eu.



▼ **Detta läkemedel är för närvarande föremål för utökad övervakning.**

**BIKTARVY®** (biktegravir, emtricitabin och tenofoviralafenamidfumarat), 50 mg/200 mg/25 mg, filmdragerade tabletter. Rx. EF Kostnadsfritt enligt SmL. Virushämmande medel för systemiskt bruk; virushämmande medel mot hiv-infektioner, kombinationer. **Indikationer:** Avsett för behandling av vuxna infekterade med humant immunbristvirus 1 (hiv-1) utan nuvarande eller tidigare tecken på virusresistens mot integrashämmare, emtricitabin eller tenofovir. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot de aktiva substanserna eller mot något hjälpämne. Ska inte ges samtidigt med rifampicin och johannesört. **Varningar och försiktighet:** Biktarvy rekommenderas inte vid beräknat CrCl < 30 ml/min. Rekommenderas inte vid gravt nedsatt leverfunktion. Utsättande av Biktarvy-behandling hos patienter med samtidig hiv- och HBV-infektion kan vara associerad med svåra akuta exacerbationer av hepatit och patienter som avbryter behandling med Biktarvy ska övervakas noggrant åtminstone under flera månader efter avslutad behandling. **Interaktioner:** Ska inte ges samtidigt med läkemedel som innehåller tenofoviralafenamid, tenofovirdisoproxil, lamivudin eller adefovirdipivoxil. Vissa läkemedel rekommenderas inte för samtidig administrering med Biktarvy: atazanavir, karbamazepin, ciklosporin (IV eller oral användning), oxkarbazepin, fenobarbital, fenytoin, rifabutin, rifapentin eller sukralfat. Ska inte ges samtidigt med andra antiretrovirala läkemedel. Bör ges minst 2 timmar före, eller tillsammans med mat 2 timmar efter, syraneutraliserande medel som innehåller magnesium och/eller aluminium. Bör ges minst 2 timmar före järntillskott eller tillsammans med mat. **Graviditet och amning:** Ska användas under graviditet endast om den eventuella nyttan uppväger den eventuella risken för fostret. Ska inte användas under amning. **Biverkningar:** *Vanliga:* Onormala drömmar, depression, huvudvärk, yrsel, diarré, illamående, trötthet. *Mindre vanliga:* Anemi, ångest, sömnstörningar, självmordsbeteende, kräkningar, buksmärta, dyspepsi, flatulens, hyperbilirubinemi, angioödem, urtikaria, utslag, klåda, artralgi. Fall av osteonekros och immunreaktiveringssyndrom har rapporterats. **Innehavare av marknadsföringstillståndet:** Gilead Sciences Ireland UC, Irland. **För information:** Kontakta Gilead Sciences, 08 505 718 00. För fullständig information om dosering, varningar och försiktighet, interaktioner, biverkningar samt aktuell information om förpackningar se fass.se. För pris hänvisas till respektive apotek eller apotekskedja.
**Baserad på produktresumé:** 06/2019

* Integrase strand transfer inhibitor
** People living with HIV

BIK/SE/19-09/PM/1408 Date of preparation: Sep 2019

Gilead Sciences | Hemvärnsgatan 9, SE-171 54 Solna | Phone: + 46 (0)8 505 71 800 | Fax: + 46 (0)8 505 71 801

GILEAD

# Läkare kan leda utvecklingen framåt

SVERIGES LÄKARFÖRBUND ÄR DJUPT OROADE över hur situationen inom hälso- och sjukvården ser ut i dag, med de stora varsel som drar över landet. Många inom olika vårdprofessioner är arga, frustrerade, oroade och besvikna på beslut från politiker och verksamhetsledningar över landet. Flera undersökningar visar att många funderar på att lämna vården, och många har redan lämnat. Uppsägningar, hotande neddragningar, ogenomtänkta omorganisationer och oförankrade förändringar i patientmottagandet är vardag.

Politiker och tjänstemän skyller på ekonomin och en åldrande befolkning, men glömmer att det är de sista åren som kräver mest sjukvård.Det blir fler kroniskt sjuka med förväntad lång livslängd som har behov av olika former av stöd och dyra medicinska behandlingar. Vi har också nya behandlingar som är mycket dyra även om de botar. Det kostar också med personalflykt, dålig kontinuitet och att inte ge eller få vård i tid. Det gäller att utnyttja resurserna rätt.

Omställning till en rätt dimensionerad och effektiv primärvård med bra arbetsmiljö uppnås inte genom att rasera sjukhusvården. Ekonomin blir inte bättre av sig själv bara för att man genomför matrisorganisationer, länskliniker eller stora sammanslagningar. Kunskapsstyrning med checklistor och vårdprogram kan aldrig kompensera för bristande eller obefintlig fortbildning eller tid till kollegialt stöd och reflektion. Vad vi behöver är ett bättre ledarskap i vården.

En artikel i Journal of Social Science and Medicine 2011 visar att de 100 topprankade sjukhusen i USA till stor del har läkare i ledningen. Det beskrivs att det finns flera tusen sjukhus och bara ett par hundra är ledda av läkare, där alltså en stor del hamnar på rankningens topp-100. Detta stämmer väl med den forskningsöversikt som Medical Management Center på Karolinska institutet tog fram 2017, ”Physicians' role in the management and leadership of healthcare”. Där granskades den vetenskapliga litteraturen om läkarens roll för ledning av sjukhus. Deras undersökningar av 220 publikationer från de senaste tio åren visade på samband med läkare i ledningen och positivt utfall inom alla de viktigaste områdena som vårdkvalitet, resurshantering, personaltillfredsställelse, förändringsbenägenhet, tillämpning av informationsteknologi och samhällsansvar.

**Många läkare är utmärkta chefer, men många som i dag är chefer hade inte blivit det om det inte varit för att kollegor hade uppmanat dem att ta den rollen.**

Vi måste sprida denna kunskap och uppmuntra till fler utvärderingar för att stimulera att fler chefer ska vara läkare. I dag vet vi att läkare många gånger drar sig för att söka chefstjänster, och vid många chefstillsättningar är det inte ens någon läkare som söker. Att mista patientmöten, få sämre löneutveckling, att inte få ha kvar en viss del klinik samt avsaknaden av tillräckligt administrativt stöd är några orsaker som anges. Många är också osäkra på om de har rätt personliga förutsättningar. I vissa organisationer väljs dessutom läkare mer eller mindre aktivt bort på grund av att man hellre ser andra yrkesgrupper som chefer med motiveringen att läkare ”är bäst i produktionen”. Detta är särskilt tydligt i primärvården.

Många läkare är utmärkta chefer, men många som i dag är chefer hade inte blivit det om det inte varit för att kollegor hade uppmanat dem att ta den rollen. Därför måste vi stötta våra kollegor som har potential att bli chefer och tillse att nätverk och utbildningar finns. Läkarförbundets chefsförening ordnar till exempel en mycket uppskattad chefskurs för verksamhetschefer. ”Utan detta nätverk hade jag nog inte varit kvar som chef”, som en kursdeltagare hade uttryckt det i utvärderingen. Dessutom planerar flera yrkesföreningar i samarbete med förbundet för Ledarskapsraketen, ett initiativ för att skapa chefskurser för dem som i dag har ett mindre ledningsuppdrag och funderar på nästa steg, samt en kurs för yngre läkare.

LEDARSKAPET I SJUKVÅRDEN MÅSTE FÖRÄNDRAS. Lokalt och regionalt måste det ges utrymme för fler läkare i ledningen med möjlighet att påverka och att man inför en beslutsgång som tar hänsyn till de medicinska konsekvenserna – innan beslut fattas. Staten, via sina myndigheter, måste också ta initiativ till att utvärdera både kostnader och uppnådd kvalitet vid genomförda omorganisationer.

Vi behöver fler chefer som har medicinsk kompetens och som dels kan prata med politiker om effekterna av beslut, dels leda medarbetare så att arbetsmiljön och arbetsinnehållet blir bra och meningsfullt – så att medicinska prioriteringar får styra och att utveckling och forskning kan bedrivas.



Karin Båtelson
FÖRSTE VICE ORDFÖRANDE, LÄKARFÖRBUNDET
karin.batelson@slf.se

Sveriges läkarförbund

# Svenska allmänläkare mer stressade än kollegor i andra länder



Illustration: Shutterstock/TT

**65 procent av läkarna i primärvården upplever arbetet som mycket eller oerhört stressigt. Däremot är de relativt nöjda nöjd med att arbeta som läkare. Det visar resultat från en stor internationell jämförelse.**

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har undersökt hur svenska primärvårdsläkare upplever att vården fungerar och jämfört med svar från primärvårdsläkare i tio andra länder. Frågorna handlar om läkarnas syn på arbetet, vårdens tillgänglighet och innehåll samt digitala verktyg för både läkare och patienter. Totalt deltog drygt 2 400 svenska primärvårdsläkare.

**Resultaten visar** att Sverige sticker ut i negativ bemärkelse vad gäller stress, arbetsbörda och tiden läkarna kan lägga på varje patient. Svenska primärvårdsläkare är bland de minst nöjda med den dagliga arbetsbördan och med den tid som kan ägnas åt varje patient.

Cirka 65 procent av läkarna upplever sitt arbete som mycket eller oerhört stressigt. Det är den högsta andelen av alla undersökta länder. Det är också en ökning med 10 procentenheter jämfört med 2015 då en liknande undersökning genomfördes.

– Det är väldigt viktigt att ta de resultat som kommer fram på stort allvar, och frågan om stress är en av dem. Man behöver verkligen titta mer på varför det här uppstår, vad det orsakas av och vilka konsekvenser det kan ge, säger Jean-Luc af Geijerstam, generaldirektör för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.



*Jean-Luc af Geijerstam*

Han framhåller dock att man behöver se resultaten i undersökningen i en helhet, och att det också finns styrkor i det svenska systemet, inte minst vad gäller digitalisering.

Av de undersökta länderna är Sverige det land som i högst grad använder digitala verktyg för informationshantering, både för läkarna och för patienterna. Exempelvis uppger svenska läkare i högst utsträckning att patienterna kan ställa medicinska frågor och se sina journaler via nätet.

Det är också vanligare att det arbetar flera yrkesgrupper på mottagningen. I många andra länder är det vanligt att endast läkare och sjuksköterskor arbetar på vårdcentralerna.

**Omkring hälften** av läkarna i Sverige uppger att de är mycket nöjda med att arbeta som läkare. Det är ungefär som genomsnittet i undersökningen. De flesta anser också att den övergripande kvaliteten på hälso- och sjukvården är bra.

Jean-Luc af Geijerstam hoppas att resultaten ska utgöra ett bra kunskapsunderlag för vidare diskussioner om den svenska hälso- och sjukvården i stort men också om tänkbara lösningar för primärvården.

– När vi pratar primärvård har vi från Vårdanalys sida sett att vi är inne i en omställningsfas. Det är tydligt att det finns en generell kapacitetsbrist. Vi har i tidigare rapporter visat att man behöver ett tydligare uppdrag, säkerställa resurser, men också jobba med utvecklingskraften och förutsättningar för lärande och för ledarskapet.

**Marina Tuutma,** Distriktsläkarföreningens ordförande, anser att resultaten är intressanta.

– Det som beskrivs känner jag väldigt väl igen, just att vi är minst nöjda med vår arbetsbörda och att vi inte kan lägga så mycket tid på varje patient. Det beror på att vi är för få och att vi i mycket högre utsträckning är detaljstyrda. I andra länder finns en mycket större tillit till professionen och allmänläkarna, säger hon.

**Joakim Andersson**

### LÄKARE I 11 LÄNDER HAR SVARAT

- Undersökningen International Health Policy Survey IHP genomförs årligen i samarbete med den amerikanska stiftelsen The Commonwealth Fund.
- Vårdanalys har genomfört den svenska delen av undersökningen sedan 2014, där man vissa år undersöker läkarnas syn på hälso- och sjukvården och vissa år befolkningens.
- Enkäten skickades ut till samtliga svenska primärvårdsläkare med en registrerad adress. 2 411 läkare (42 procent) valde att delta.
- Förutom Sverige ingår Australien, Frankrike, Kanada, Norge, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Tyskland, Nederländerna och USA i studien.

Källa: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

# Stockholm utreder remisskrav till akuten

**Region Stockholm ska utreda remisskrav till sjukhusens akutmottagningar. Distriktsläkarföreningen varnar för dubbelarbete.**

I Region Stockholms budget för 2020 finns ett uppdrag att utreda remisskrav till akuten.

– Syftet med ett eventuellt remisskrav är att varje patient ska få rätt vård på rätt plats så fort som möjligt efter patientens medicinska behov. Till exempel har vi i dag en del patienter som väntar länge vid en akutmottagning på ett akutsjukhus medan de kunde bli undersökta och behandlade betydligt snabbare vid en närakut, säger hälso- och sjukvårdsdirektören Björn Eriksson i ett pressmeddelande.

**Anna Starbrink** (L), sjukvårdsregionråd i Stockholm, uppger för Dagens Nyheter att remisser skulle kunna skrivas av personal på 1177 Vårdguiden, eller av vårdcentralerna.

– Den som är allvarligt sjuk eller skadad ska förstås ringa 112. Men övriga kanske kan ta kontakt med sin vårdcentral, eller 1177 Vårdguiden och därifrån hänvisas till rätt akutmottagning, närakut eller kanske få en jourläkarbil till hemmet, skriver Anna Starbrink i en



*Anna Starbrink (L)*



Foto: Linda Svedberg

*Manifestationen på Mynttorget mot neddragningar i sjukvården.*

# Tusentals protesterade mot neddragningarna i vården

**Omkring 3 000 personer samlades i lördags för att manifestera mot neddragningarna i sjukvården i Stockholm. Och i Göteborg hölls en annan manifestation precis samtidigt.**

– Jag känner mig rörd över att så många kom. Det visar att det här är väldigt viktigt och berör många, säger Laura Björnström, ST-läkare i akutsjukvård på Södersjukhuset i Stockholm och en av initiativtagarna.

**Manifestationen** på Mynttorget i Stockholm utlystes efter beskeden om neddragningar på Karolinska universitetssjukhuset, Danderyds sjukhus och Södersjukhuset i november. På kort tid varslades totalt 800 tjänster.

På en vecka samlade Facebook-gruppen »Stockholms sjukvårdsupprop«, som riktar sig just till sjukvårdspersonal, över 16 000 personer. Det var genom den som manifestationen utlystes, vilken även lockade många ur allmänheten.

**Också i Göteborg** hölls en manifestation. 50-talet personer samlades på Götaplatsen för att bland annat visa sitt missnöje med att Sahlgrenska universitetssjukhuset ska spara in 400 tjänster.

– Jag känner en stark oro för att man drar ned så otroligt mycket utan någon egentlig plan, säger barnmorskan och initiativtagaren Ragnhild Hansson.

I Stockholm fortsätter man nu med att samla namnunderskrifter och vittnesmål om patientsäkerhetsrisker.

– Framöver hoppas vi på någon typ av dialog med politikerna, säger Laura Björnström.

**Jesper Cederberg**



*Ylva Sandström*

kommentar till tidningen.

Men Ylva Sandström, ordförande i Distriktsläkarföreningen i Stockholm, är skeptisk till idén.

– Jag tror det är väldigt svårt med remisstvång till akuten när man har en sviktande primärvård som vi har. Vem ska skriva remissen? säger hon till Läkartidningen.

Om det ska vara ett remisstvång till akutmottagningen så måste det också finnas resurser, menar Ylva Sandström.

– Kommer det att avlasta någonting eller kommer det bara att bli dubbelarbete och formalia kring det? Vi har en kraftigt underdimensionerad primärvård. Det kommer inte att fungera.

**Joakim Andersson**

# Läkarförbundet ratar idé om apotekare som förskrivare

**Läkemedelsverket utreder** om apotek ska få skriva ut receptbelagd springmaskmedicin till sina kunder. Läkarförbundets ordförande Heidi Stensmyren är dock skeptisk.

Det är Ekot som fått bekräftat att Läkemedelsverket startat en utredning om att tillåta apotek att skriva ut det receptbelagda springmaskläkemedlet Vermox. Bakgrunden är att det receptfria läkemedlet mot springmask, Vanquin, sedan länge har varit slut hos tillverkaren.

**Heidi Stensmyren** anser dock att det inte är någon bra idé att låta apotek förskriva läkemedel – på samma sätt som hon inte heller anser att receptförskrivare ska sälja läkemedel.

– Jag kan förstå deras affär, men här måste vi se till att vi har regelverk i Sverige, som skiljer på förskrivare och försäljare av läkemedel för att undvika den här jävsproblematiken, säger hon till Ekot och fortsätter:

– Målet är ju inte en snabb affär, målet är ju att det ska vara säkert och att vi kan ta ansvar för förskrivningen och att det ska finnas dokumentation.



Foto: Mostphotos

*Apotekare som förskrivare?*

**Sveriges farmaceuters** ordförande Ulf Jansson är däremot positiv till utredningen.

Han påpekar bland annat att man i flera andra länder delar in läkemedel i tre olika kategorier: en som är receptfri, en som endast läkare kan förskriva och en som både läkare och apotekare kan förskriva.

**Katrin Trysell**

**Läs mer!**
Fler nyheter samt längre texter på Läkartidningen.se

## I KORTHET

### RÅD OM TIDIGARE INGÅNGSÄTTNING PÅ GÅNG

▶ **Nu tar Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) fram nya råd till vården kring induktion av förlossning vid överburenhet. Två förlossningsenheter i landet har redan ändrat sina rutiner med anledning av resultaten av studien Swepis.**

### GIFTINFORMATIONSCENTRALEN VARNAR FÖR E-CIGARETTER

▶ **USA skakas just nu av ett stort antal mycket allvarliga lungskador med koppling till e-cigaretter. Efter att två misstänkta fall dykt upp i Sverige går Giftinformationscentralen ut med en varning till den svenska läkarkåren.**

### LÄKARES ARBETE MED LÄKARINTYG SKA UNDERLÄTTAS

▶ **Försäkringskassan och Socialstyrelsen ska – på uppdrag av regeringen – jobba med att underlätta arbetet med sjukskrivning för både läkare och Försäkringskassans handläggare. Det handlar bland annat om att utveckla läkarintyget så att det blir lättare att lämna uppgifter.**

### UTVISNINGSHOTAD KI-DOKTORAND FÅR STANNA

▶ **Muhammad Irfan, doktorand vid Karolinska institutet, får stanna i Sverige. Det har Migrationsöverdomstolen beslutat i en vägledande dom som kan få betydelse för internationellt forskningssamarbete.**

# Nytt avtal ska hjälpa läkare som riskerar uppsägning

**Regionanställda som riskerar arbetslöshet ska kunna få kompetensutveckling redan innan varsel och uppsägningar blir aktuella. I maj ska ett nytt omställningsavtal vara på plats.**

Läkare och annan personal i regional och kommunal sektor ska få tidiga fortbildningsinsatser för att ställa om när arbetsmarknaden förändras. Det är huvudpunkten i en ny överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och regioner (SKR), de kommunala företagens arbetsgivarorganisation Sobona samt Läkarförbundet och de andra fackförbunden i kommunal och regional sektor.

**Målet är ett förebyggande** omställningsarbete som tryggar kompetensförsörjningen i välfärden och den enskildes arbetsliv.

– Vi moderniserar omställningsarbetet med det här. Det är mera framåtblickande än traditionell omställning. Man ska tidigt fånga upp kompetensbrister, säger Peter Wursé, tillförordnad förhandlingschef på Läkarförbundet.



Foto: Mostphotos

*Meningen med det nya avtalet är att man tidigt ska fånga upp kompetensbrister.*

Det handlar om en uppdatering av omställningsavtalet KOM-KL, som styr Omställningsfondens verksamhet. Med hjälp av fonden kan arbetsgivare och fack få stöd för omställningsinsatser både vid uppsägningar på grund av dålig ekonomi och vid det som kallas »tidig lokal omställning« vid förändrade kompetens- och rekryteringsbehov.

**Med den nya** överenskommelsen ska personal i större utsträckning kunna fortbilda sig parallellt med anställningen.

– Det nya är att man friare ska kunna använda medel från fonden till dessa åtgärder, säger Peter Wursé.

Med dagens omställningsavtal kan läkare inte få pengar till att komplettera sin specialisering, för att på så sätt få ett nytt specialistbevis som det finns större behov av på arbetsmarknaden. Och inte heller med det kommande avtalet är det säkert att Läkarförbundet når hela vägen fram i den frågan. Men ordförande Heidi Stensmyren säger att man kommit en bra bit på väg.

– Vi tycker att det vore bra om det i framtiden gick att helt eller delvis, via omställningsmedel, finansiera en komplettering för att nå ett andra specialistbevis.

**Den nya överenskommelsen** ska formaliseras i ett nytt omställningsavtal som träder i kraft den 1 maj 2020.

Avtalet uppdateras på fler sätt: bland annat ska anställda som varit sjukfrånvarande och blivit rehabiliterade omfattas av hela avtalet. Dessutom ska det anpassas till den höjda pensionsåldern i det allmänna pensionssystemet.

**Jesper Cederberg**

# Patientnämnd larmar om felaktiga dödsbevis

**På senare tid har läkare i Stockholm utfärdat felaktiga dödsbevis för fyra levande patienter. Enligt regionens patientnämnd har antalet felaktiga dödsbevis ökat de senaste åren.**

Patientnämnden i Region Stockholm har tagit emot fyra anmälningar om levande patienter som registrerats som döda i folkbokföringen.

– Patientnämnden finner det mycket allvarligt att patienter felaktigt dödförklaras, säger patientnämndens ordförande Marie Ljungberg Schött (M) i ett pressmeddelande.

**Ett av fallen** handlar om en kvinna som kontaktade sin bank efter att hennes e-legitimation slutat att fungera. Banken meddelade då att hon var registrerad som avliden utifrån uppgifter i Folkbokföringsregistret. Kvinnan kontaktade Skatteverket, som meddelade att en läkare som träffat henne i egenskap av jourläkare skrivit fel personnummer på ett dödsbevis.

Ett annat fall rör en kvinna på ett vård- och omsorgsboende som vid ett besök på sin vårdcentral fick veta att hon var registrerad som avliden i folkbokföringen. Det visade sig att en läkare knuten till boendet felaktigt hade förklarat kvinnan död.

**Orsakerna till misstagen** varierar. Vårdgivarna anger att namn blivit sammanblandade, att felaktiga personnummer skickats in till Skatteverket och att olika journalsystem inte kommunicerat med varandra.

**Sara Pramsten**

## Nio av tio läkarstudenter tar ut läkarexamen

▶ 88 procent av studenterna på läkarutbildningarna tar ut läkarexamen. Det är den näst högsta examensfrekvensen på de stora utbildningarna med yrkesexamen, enligt nya siffror från Universitetskanslersämbetet. Av dem som tagit ut en läkarexamen läsåret 2017/18 hade sju av tio blivit klara inom normalstudietiden – det vill säga tolv terminer från start. Kvinnliga studenter är bättre på att gå i mål med läkarutbildningen än manliga.

## WHO vill tillfälligt stoppa HPV-vaccin till pojkar

▶ Regeringen har beslutat att avsätta pengar för att pojkar ska kunna erbjudas HPV-vaccin nästa år. Men nu uppmanar Världshälsoorganisationen (WHO) länder att avvakta med HPV-vaccinering av pojkar. Anledningen är att det råder brist på vaccin, och eftersom flickor får det allra största skyddet av vaccinet ska de prioriteras, rapporterar Läkemedelsvärlden.



*Sparpaket i stället för julklappar.*

Illustration: Mostphotos

## Tomten kommer inte till alla regioner

▶ I år sparar flera regioner in på julklappar till medarbetarna i hälso- och sjukvården. Orsaken är dålig ekonomi och beslut om sparpaket på flera håll i landet.

Ett par regioner och sjukhus har även valt att inte bjuda personalen på någon jullunch eller något julbord. Det visar en enkät till arbetsgivarna som Läkartidningen har gjort.

# Inte falla mellan stolarna

Det är viktigt att fånga upp alla som råkar illa ut. Kollektivavtalad försäkring kan ge ersättning när skadan är framme, och alla som jobbar inom kommuner och regioner är försäkrade via jobbet. Tyvärr har bara 26% koll på det. Det är synd, för en del riskerar då att gå miste om ersättning.

Bli arbetsplatsens favorit och berätta för de andra om den här förmånen, så att de anmäler när de blir sjuka. Eller skadar sig på jobbet. Låt ingen falla mellan stolarna. Läs mer: *afaförsäkring.se/favorit*

AkademikerAlliansen Kommunal. OFR | Offentliganställdas Förhandlingsråd Sveriges Kommuner och Landsting

afa FÖRSÄKRING



# Läkare på språng bäddar för tidig hemgång



*Sjuksköterskan Ingrid Edlund från kommunens hemsjukvård och läkare Mikael Rizell, ansvarig för hemsjukvården på Trosa vårdcentral, på väg hem till en patient.*

Foto: Göran Segeholm

Den tid som utskrivningsklara patienter ligger kvar på sjukhus har halverats på tre år. Den nya samverkanslagen satte eld i baken på kommunerna – men det är inte den enda förklaringen till framgången.

TEXT: **Påhl Ruin** FOTO: **Göran Segeholm**

Lagen trädde i kraft för två år sedan, men blott vetskapen om att lagen var på väg gjorde att parterna började skärpa sig redan under 2017. Numera startar kommunernas betalningsansvar redan efter tre dagars inläggning, i stället för de fem dagar som gällde före 2018.

– Tidigare kunde kommunen tänka att »Olle ska hem först på onsdag«, men nu måste man förbereda så att han kan komma hem redan på måndag. Det är klart att en sådan ekonomisk påtryckning har fått effekt, säger Maj Rom, närvårdsöverläkare i Sörmland och projektchef på Sveriges Kommuner och regioner (SKR).

I och med att lagstiftarna flaggade för den nya lagen i god tid hade många regioner och kommuner redan påbörjat förberedelserna för ett smidigare samarbete. I dag finns avtal i nästan alla regioner och kommunernas kostnader för kvarliggande patienter har minskat radikalt.



Foto: Thomas Carlgren

*Maj Rom, SKR*

Att kommuner fått fram fler platser på korttidsboenden och äldreboenden förklarar en del av minskningen på sina håll. Men en förstärkt hemtjänst och en mer utvecklad hemsjukvård är viktigare förklaringar, enligt Maj Rom. Och kanske allra viktigast: i allt fler kommuner har hemsjukvården numera ett mycket tajtare samarbete med primärvården.

För att detta samarbete ska fungera måste vårdcentralerna ha läkare som är med på noterna. En sådan läkare är geriatrikern och internmedicinaren Mikael Rizell. Sedan 2014 är han ansvarig för hemsjukvården på Trosa vårdcentral i Sörmland – och en av förklaringarna till att Trosa tillhör de bästa kommunerna i landet på att få hem sina patienter från sjukhusen. Över 80 procent av dem stannar inte ens över natten – de får åka hem så fort de är utskrivningsklara.

## FÄRRE LIGGER KVAR PÅ SJUKHUS I ONÖDAN

**Dagar i genomsnitt som utskrivningsklar patient ligger kvar på sjukhus**

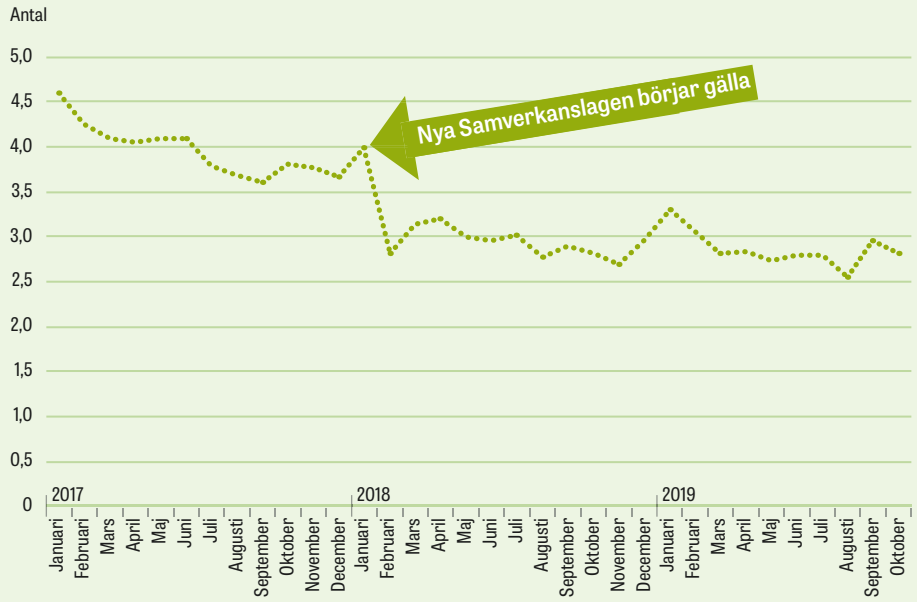



Illustration: Jakob Robertsson/Typoform

*Statistiken omfattar alla län utom Östergötland och Jämtland, som byter datasystem. Vad gäller tiden efter 1 oktober så finns inga tecken på att någon region försämrat sina siffror, enligt Maj Rom på SKR.*

Källa: Sverige Kommuner och regioner (SKR)

### NY LAG KRÄVER MER SAMVERKAN

- Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård trädde i kraft den 1 januari 2018. Målet är att få hem utskrivningsklara patienter snabbare och på så sätt frigöra vårdplatser på sjukhusen och minska vårdköerna.
- Lagen kräver tätare samarbete mellan sjukhus, vårdcentraler och kommuner när människor behöver vård och omsorg efter en sjukhusvistelse. Socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården och primärvården måste börja planera för att ta emot patienter i ett tidigt skede. Samtidigt ska slutenvården underrätta berörda enheter och ange en trolig utskrivningsdag senast 24 timmar efter att patienten skrivits in.
- Enligt den gamla betalningsansvarslagen fick kommunen börja betala för utskrivningsklara patienter efter fem dagar. I dag blir kommunerna betalningsansvariga redan efter tre dagar, men lagen ger kommun och region möjlighet att träffa egna överenskommelser om tidsgräns och samarbete.
- När den nya lagen trädde i kraft låg utskrivningsklara patienter kvar på sjukhus i genomsnitt 4,0 dagar. I oktober i år var siffran 2,8.

– Jag jobbade på olika sjukhus i 30 år. Gamla människor bör undvika sjukhus så mycket som möjligt.

**Mikael Rizell** ser sig själv som »framtiden«, en sjukhusläkare som flyttat ut till primärvården. För det har ju lagstiftarna redan bestämt: framtidens vård av äldre och multisjuka ska inte ske på sjukhusen, den ska ske i hemmen eller på boenden.

– Om vi får ner antalet inskrivna behöver vi inte heller ta hem så många, säger Mikael Rizell innan han inleder ronden med de två sjuksköterskorna Yvonne Sidmalm och Ingrid Edlund från hemsjukvården.

Det är en rond med två olika huvudmän – regionen och kommunen – och utan närvarande patienter. Också detta är en bild av framtiden: alla tre känner patienterna som de talar om, de har träffat dem i hemmet eller på deras boenden. Plötsligt ringer telefonen och Mikael Rizell föreslår personen i andra ändan att de ska ta en urinodling och ge 500 milligram urinvägsantibiotika.

– Det var ett av boendena som ringde, berättar han efter att samtalet avslutats. På den tiden då boendet inte hade den här direktkontakten med mig hade patienten kunnat få hög feber under natten och då kanske skickats in akut.

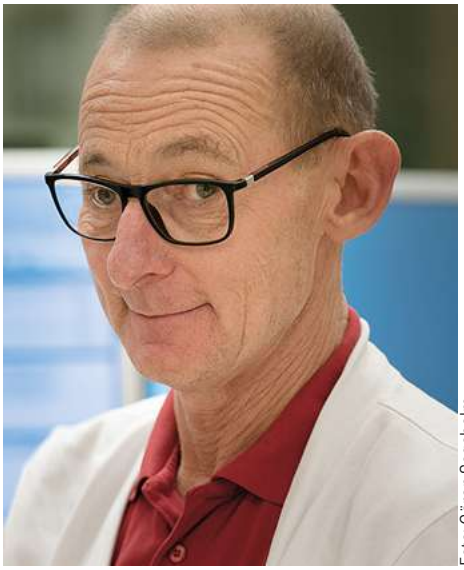


Foto: Göran Segeholm

*Geriatrikern och internmedicinaren Mikael Rizell ser sig själv som »framtiden« – en sjukhusläkare som flyttat ut till primärvården.*

**»Jag jobbade på olika sjukhus i 30 år. Gamla människor bör undvika sjukhus så mycket som möjligt.«**

Han tycker att samarbetet med de två aktuella sjukhusen – i Nyköping och ibland i Eskilstuna – också har förbättrats på senare år. Det brukar ju heta att utskrivningen av patienter börjar redan vid inskrivningen: redan då ska vårdcentralen och hemsjukvården få veta om en patient har kommit in och hur lång tid behandlingen väntas ta. Alla måste vara förberedda den dag utskrivningen sker.

– På de geriatriska klinikerna har det blivit bättre, men på kirurgen och akuten går det ofta för snabbt, där får vi inte alltid den information som behövs.

De har ett aktuellt fall: 79-åriga Klas Andersson som togs in akut i våras för tarmcancer, fick sin operation, eftervårdades på Nyköpings lasarett och skrevs ut – en fredag klockan 18!

– Så typiskt, suckar Mikael Rizell när vi satt oss i bilen för att åka ut till Klas Andersson och hans hustru Gunilla.

– Först skulle han ha skrivits ut på onsdagen, vi var förberedda för att ta emot honom då, men så hände något så att han behövde ligga kvar. Men varför kunde han inte få komma hem mitt på dagen på fredagen?

Sjuksköterskan Yvonne Sidmalm fyller i medan vi kör genom den sörmländska landsbygden i novemberdiset:

– I vårt datasystem stod det bara att



Foto: Göran Segeholm

*»Och glöm nu inte bort att träna på att stå. Flera gånger om dagen, du har ju ändå inte så mycket annat för dig«, uppmanar läkaren Mikael Rizell skämtsamt sin patient Klas Andersson.*

han hade »behov av hjälp i hemmet vid utskrivning«, men sjukhuset hade glömt att informera oss om ett liggsår som vi hade kunnat behandla om han hade kommit hem tidigare på dagen.

**Klas Andersson sitter** vid köksbordet när vi kommer in, trött men med glimten i ögat.

– Det är så skönt att slippa vara på sjukhuset, där blir man bara sjukare.

Mikael Rizell har redan träffat honom en gång och ordinerade då några enkla övningar för att stärka musklerna. Men så mycket övningar har det inte blivit, erkänner Klas.

– Då tar jag med en piska nästa gång, säger Mikael Rizell med ett leende i mungipan.

De diskuterar hur han ska få ordning på magen och minska diarréerna och Mikael understryker hur viktigt det är att paret följer hans råd:

– Vi vill absolut undvika att du blir intorkad och hamnar på sjukhus igen. Där riskerar du bara att smitta en massa andra.

Innan vi går berättar hustrun Gunilla Andersson hur tacksam hon är över denna hemsjukvård:

– Det är tryggt för oss att veta att han får god vård här hemma, han mår så mycket bättre här än på sjukhuset.

Mikael Rizell pekar mot sjuksköterskorna Yvonne Sidmalm och Ingrid Edlund och ger ett sista råd till paret:

– Om ni behöver få tag i mig, ring till dem, inte till vårdcentralen. För där riskerar ni att behöva passera sex portvakter!

Förra året gjorde Mikael Ritzell 178 hembesök, mer än kanske någon annan läkare i länet. Han tar även emot geriatrikpatienter på vårdcentralen, men huvuddelen av arbetet handlar om drygt 200 patienter i hemmen och på boendena.

– När en ny person flyttar in på ett boende vill jag alltid ha ett första möte i förebyggande syfte. Om jag tidigare träffat en patient och anhöriga är det lättare att fatta beslut den dagen patienten blir



Foto: Göran Segeholm

Läkaren Mikael Rizell ansvarar sedan 2014 för hemsjukvården på Trosa vårdcentral.



*Mikael Rizell och de två sjuksköterskorna Ingrid Edlund och Yvonne Sidmalm från kommunens hemsjukvård samlas innan de inleder ronden.*

sämre, lättare att veta vilken vård som behövs.

**Det är inte bara Trosa** utan stora delar av Sörmland som har gjort en imponerande resa med utskrivningsklara patienter. I dag ligger de kvar på sjukhusen mindre än tre dagar, jämfört med över sju dagar för tre år sedan, långt över rikssnittet. Hur kunde det se så illa ut förut?

Monica Johansson (S) har varit regionråd sedan 2015:

– Kommunerna saknade platser på boenden, det var nog huvudorsaken, nu ser det bättre ut. Det gnisslade också i samarbetet mellan sjukhusen, primärvården och kommunen, men våra samverkansnämnder har hjälpt.

Men problem kvarstår även i framgångsrika Sörmland. I Flens kommun, jämnstor med Trosa, har det hittills i år tagit i snitt fem dagar att få hem patienter jämfört med en dag i Trosa. Varför? Enligt Susanne Fredberg Persson, äldreomsorgschef i Flen, saknas det platser på äldreboenden.

– I brist på sådana platser blir patienter kvar på våra korttidsboenden, vilket i sin tur leder till att färdigbehandlade ligger kvar på sjukhuset. Och så behöver våra hemtagningsteam mer läkarstöd.

**Primärvården** har alltså en fullkomligt avgörande roll i denna flyttkarusell. Men den rollen har varit långt ifrån självklar. Region Skånes hälso- och sjukvårdsstrateg Eva Thorén Todoulos minns hur det var när hon kom till Skåne 2011:

– Då var primärvården oftast helt perifer vid utskrivningsprocessen, nu har den fått en tydlig och aktiv roll redan vid inskrivningen.

I nästa andetag tillägger hon:

– Men om vårdcentralen ska kunna hålla i taktpinnen, så måste där finnas läkare och sjuksköterskor som vill stanna några år.

Det behövs alltså fler av Mikael Rizells typ. Och visst finns där fler. Allmänmedicinaren Christer Winninge på Kvarnsvedens vårdcentral i Borlänge är en av dem. Sedan 2015 jobbar han enbart ihop med hemsjukvården. En statistik som han tagit fram illustrerar på ett tydligt sätt vad som hänt:

– 2015 dog 21 av våra patienter i det egna hemmet, i fjol var det 57 stycken. Det visar på en ökad vårdtyngd, men det visar också på en önskan hos allt fler att vilja vårdas hemma så länge det går.

Ett stort problem, menar Christer Winninge, är när situationen hemma sviktar trots mycket hemtjänst och hemsjukvård.

– Min erfarenhet från Borlänge och andra kommuner är att det behövs någon form av närvårdsavdelning där regionen och kommunen skulle kunna »äga« hälften av platserna var. När man bedriver medicinskt omfattande hemsjukvård och palliativ vård behövs sådana »trygghetsplatser« som även regionen kan nyttja.

**En kommun sticker ut** mer än alla andra: Ovanåker i Gävleborgs län, där inte en enda utskrivningsklar patient behövt stanna kvar på sjukhuset över natten sedan förra hösten. Hur har det varit möjligt?

– En god kontinuitet i personalkåren, både bland läkare och sjuksköterskor, svarar distriktssköterskan Kristina Billmark Elfstrand, chef för de två vårdcentralerna i kommunen.

Sedan tillägger hon:

# »Viktigast att patienterna

**Sveriges mest kända läkare inom hemsjukvård lovade i Läkartidningen för två år sedan att halvera antalet dagar på sjukhus för patienter i Borgholm. Nu finns facit: han lyckades.**

– Fantastiskt roligt, säger Åke Åkesson.

Han är klinikchefen från Karolinska universitetssjukhuset som blev ST-läkare på Öland, och sedermera hjärnan bakom »hemsjukhuset«.

**– Det blev stor uppståndelse** efter att ni skrivit om mig. Jag hade redan före ert besök fått resa land och rike runt och prata om vår modell. Nu blev det ännu fler resor.

Så kanske är allmänläkaren Åke Åkesson, chef på Borgholms hälsocentral, ytterligare en förklaring till att siffrorna pekar åt rätt håll på de flesta platser i landet.

Borgholm följer rikssnittet genom att



**»Det senaste är att alla patienter fått numret till sin doktor så att de själva kan ta kontakt. Allt för att öka tryggheten.«**

**Åke Åkesson,**
allmänläkare, chef för Borgholms hälsocentral



Foto: Göran Segeholm

**»Visst kan sjukhusen vara livsviktiga ... men det är primärvården och hemsjukvården som är framtiden.«**

**Maj Rom,**
närvårdsöverläkare, Sörmland; projektchef, SKR

– Och så har vi ju läkaren Niels West. Han gjorde en ovärderlig insats för att lyfta sjuksköterskornas betydelse, det har bidragit till att vi fått hem patienter i tid.

Niels West kom till kommunen i mitten av 1990-talet och har blivit lite av en lokal legend. Som alldeles nybliven pensionär skrockar han åt hedersbetygelsen från sin forna chef. Men viss betydelse kanske han haft ändå:

– När jag kom till Edsbyn 1997 hade man haft 60 olika läkare på några få år, självfallet leder det till dålig kunskap om patienterna och sämre förutsättningar att fatta rätt beslut om deras hälsa. Genom att ge sköterskorna mer inflytande kunde vi minska antalet hyrläkare.

Här ligger den kanske allra största utmaningen för att kunna minska inläggningarna på sjukhus och klara vården av ett växande antal multisjuka: att skapa kontinuitet i personalgrupperna i primärvården samtidigt som bristen på allmänläkare blir alltmer akut. I mars kommer utredningen om »god och nära vård« med sitt slutbetänkande, och huvudbudskapet är ingen nyhet: primärvården måste stärkas.

SKR:s expert Maj Rom suckar och menar att det är lång väg kvar, svensk sjukvård är fortfarande »extremt sjukhustung«.

– Visst kan sjukhusen vara livsviktiga också för gamla patienter, men det är primärvården och hemsjukvården som är framtiden. Det är där vi ska vårda våra äldre och kroniskt sjuka.

Text: **Påhl Ruin**
Foto: **Göran Segeholm**

# har en fast namngiven läkare«

ha halverat väntetiden på sjukhuset för patienter i behov av vård efter hemkomsten – men den öländska bedriften är extra märkvärdig eftersom man åstadkom halveringen trots att man redan dessförinnan pressat ner väntetiden till två dagar.

**Vad ligger bakom framgången?**

– Tre saker: En god kommunikation mellan hälsocentralen, kommunen och sjukhuset i Kalmar. En målsättning hos alla inblandade att patienter ska vara kvar i hemmet så länge som möjligt. Och en namngiven läkare till varje patient.

**Det verkar vara lättare att få hemsjukvård att fungera i mindre kommuner, eller?**

– Jag tror inte att storleken är avgörande. Det viktigaste är att varje patient har en fast läkare som är ansvarig för kontakterna med kommunen och sjukhuset.

Hälsocentralen har ett tiotal distriktsläkare och erbjuder alla hemsjukvårdspatienter besök inom ett dygn efter att en kontakt har tagits. I »hemsjukhuset« har ambulanssjukvården en central roll – genom att förmedla trygghet och utlova besök av distriktsläkare senast klockan 11 nästa dag har man fått många patienter att gå med på att stanna hemma i stället för att köras in akut.

**Har ni utvecklat »hemsjukhuset« ytterligare på senare tid?**

– Ja, det senaste är att alla patienter fått numret till sin doktor så att de själva kan ta kontakt. Allt för att öka tryggheten.

**Påhl Ruin**




*Ur LT nr 3/2018.*



## Mer debatt på nätet

▶ På Läkartidningen.se hittar du fler intressanta debattartiklar och replikskiften. Där hittar du även instruktioner, tips och råd för debatt. Med en läsarkommentar kan du direkt göra din röst hörd, och författaren få svar på sina åsikter. Välkommen med ditt inlägg!

Tommy Alvén/ Mostphotos



### SKR:S MILJÖARBETE BÖR EFFEKTIVISERAS

▶ **Sveriges Kommuner och regioner (SKR) har publicerat en rapport om miljöarbetet i regionerna för 2019. Det är glädjande att många regioner börjar göra klimatberäkningar. Men arbetet med att nå klimatlagens mål om att Sverige till år 2045 inte ska ha några nettoutsläpp av växthusgaser går dåligt. Är det nödvändigt att regionerna själva ska uppfinna hjulet? Det undrar Läkare för miljön.**

Läkartidningen. 2019;116:FXIT

### FOKUSERA PÅ DE VERKLIGA ORSAKERNA FÖR ATT LÖSA LÄKEMEDELSBRISTEN

▶ **Det är tydligt att industrin delvis misslyckats med sitt uppdrag att tillförlitligt leverera läkemedel till befolkningen, skriver Johan Wallér, vd, Sveriges apoteksförening.**

Läkartidningen. 2019;116:FXCW

**Replik från LIF – de forskande läkemedelsföretagen:**

### RESTNOTERINGAR ÄR OFTAST HANTERBARA

▶ Läkartidningen. 2019;116:FXCW

# Recept på nya lösningar för

**Mer resurser och satsning på primärvården har varit svaret på vårdens problem sedan 1980-talet. När nu problemen kvarstår, låt oss fundera på andra lösningar. Ett alternativ kan vara ett försäkringsbaserat system.**



**Henrik Waldenström,** öron-, näs- och halsläkare, Stockholm; blivande geriatriker, Handengeriatriken, Handens Närsjukhus

Att få till stånd en gemensamt finansierad sjukvård som alla är någorlunda nöjda med har aldrig varit enkelt. I dagens Sverige vill jag påstå att det inte är möjligt.

Befolkningen spänner från högavlönade relativt friska människor som önskar snabb och kompetent bedömning av ofta lindriga besvär, till en allt större grupp äldre multisjuka med ett mycket stort vårdbehov som ingen kan ifrågasätta. Dessa äldre har ofta betalat hög skatt under många år, men lever nu med begränsade medel. Därtill har vi en stor grupp nyanlända i alla olika åldrar med varierande behov som inte haft möjlighet att bidra med skatt i någon större utsträckning och vars ekonomi sällan är stark.

När Läkarförbundets ordförande Heidi Stensmyren och LO:s ordförande Karl-Petter Thorwaldsson på DN Debatt [1] varnar för konsekvenserna av att allt fler skaffar privata sjukvårdsförsäkringar, finner jag det därför problematiskt av två skäl.

**Dels menar jag att** Läkarförbundet ska arbeta för oss medlemmar och inte ta politisk ställning för eller emot offentligt eller privat finansierad vård, men sedan är det inte heller säkert att gemensam finansiering är receptet för en framtida god sjukvård som bär sig ekonomiskt.

Heidi Stensmyren och Karl-Petter Thorwaldsson förordar en ny styrning, utan att specificera närmare än så, mer pengar och att alla bör vara listade hos en husläkare. För alla som har följt sjukvårdsdebatten ett tag finns här inga nyheter.

**Även problemen är** desamma sedan decennier: vårdköer och bristande tillgänglighet, på många platser en dålig arbetsmiljö, stress, ineffektivitet och på senare år även en mycket kärv ekonomi där Sveriges Kommuner och regioner dras med stora underskott och ingen ljusning är i sikte, tvärtom.

Samtidigt finns en allt större grupp patienter med goda



Foto: Eugene Sergeev/Mostphotos

*Sverige behöver en ny infrastruktur för hälsodata, men för att kunna dela data måste man kunna förstå varandras data, konstaterar E-hälsoläkarföreningen.*

# Nationell infrastruktur

**Regeringen bör omgående inrätta en nationell forsknings- och utvecklingsmiljö där Sveriges nya infrastruktur för hälsodata kan börja byggas. Det finns inte tid för fler utredningar.**



**Fredrik Öberg,** biträdande överläkare, Karolinska universitetssjukhuset; ledamot E-hälsoläkarföreningen
● fredrik.oberg@sll.se

Just nu höjs röster för en nationell satsning på hälsodata, och samtidigt efterlyser man lagstiftning. Det är bra, men så enkelt som att »bara vi fixar juridiken kan vi börja dela data med varandra« är det inte.

**Det finns tusentals** olika IT-system som lagrar patientdata i vården och omsorgen. Om vi ska kunna dela data måste vi kunna förstå varandras data. Det går inte i dag. Data lagras på helt olika sätt i alla olika system. Med enbart lagstiftning kommer vi därför inte långt.

Många tänker nog att man borde ta fram en nationell standard och lagstifta om att alla ska hålla sig till den i sina IT-system. Därefter kan vi börja skicka data mellan systemen så att patienterna, vården och omsorgen kan börja dela data med varandra. Det fungerar inte heller, av en mängd olika skäl.

För det första finns det ingen sådan standard, och om det hade funnits skulle den omedelbart bli passé. Redan första dagen skulle det dyka upp sådant som vi är tvungna att dokumentera men som saknas i standarden. För det andra vore

# vårdens problem

resurser som inte förstår varför just vård ska vara ett område där man förväntas stå med mössan i hand utan snabbt önskar träffa en erfaren specialist även vid lättare besvär. Något som en offentligt finansierad vård aldrig kommer ha möjlighet att erbjuda.

**När både** problembeskrivningen och lösningarna står oförändrade under lång tid så är det dags att fundera på om det finns andra vägar till en fungerande vård som ger nöjda medborgare och en ekonomi i balans. Ett alternativ kan vara just ett försäkringsbaserat system. Obamacare i USA eller sjukvårdssystemen i Nederländerna och Schweiz är då väl värda att titta närmare på.

**En obligatorisk försäkring** för alla som ger god och säker vård, och sedan kan de som önskar och har råd, privatpersoner eller arbetsgivare, teckna extra försäkringar som ger ökad service utöver vad som är strikt medicinskt motiverat. Om man ska vara krass

**»Obamacare i USA eller sjukvårdssystemen i Nederländerna och Schweiz är då väl värda att titta närmare på.«**

så tror jag att utvecklingen kommer att gå åt detta håll vare sig politiken önskar det eller inte. Bättre då att utreda frågan ordentligt och skapa en lagstiftning som ger ett så rättvist och transparant system som möjligt.

Mer resurser och satsning på primärvården har varit svaret på vårdens alla problem sedan 1980-talet. När nu problemen kvarstår, låt oss fundera på andra lösningar. ○

Referens
1. Stensmyren H, Thorwaldsson KP. »Privata sjukvårdsförsäkringar underminerar offentlig vård«. Dagens Nyheter. DN Debatt. 6 dec 2019.



Illustration och foton: Mostphotos/Collage: LT

*Bör Obamacare eller sjukvårdssystemen i Nederländerna och Schweiz stå modell för en försäkringsbaserad lösning i Sverige?*

# för hälsodata – påbörja bygget nu

det omöjligt att rent praktiskt anpassa alla verksamheter till en central standard. Kostnaderna skulle bli astronomiska och vi skulle aldrig bli färdiga.

**Läget är akut** när det gäller hälsodata i Sverige. Vi har inte tid att vänta på ny lagstiftning och standarder som aldrig blir färdiga och som dessutom inte löser problemen. I stället krävs en nationell infrastruktur, där hälsodata från alla olika system kan lagras och beskrivas på ett gemensamt sätt oavsett varifrån de kommer.

**Det vi behöver** är en gemensam lagringsyta där patienten äger alla sina data och kan sätta behörigheter för vem som får ta del av dem. Från en sådan infrastruktur kan vi återanvända data mellan landsting, kommuner och individen.

De allra flesta patienter kan förväntas sätta fri behörighet för aktörer inom vården, och även för forskningen (om data anonymiseras). Många skulle nog också gärna dela sina data

**»Dialog, samarbete och professionen i förarsätet är rätt väg framåt.«**

med exempelvis app-utvecklare för att via en smart tjänst kunna hålla bättre koll på tillstånd som diabetes, förmaksflimmer eller bipolär sjukdom.

Denna infrastruktur måste börja byggas nu. Det går nämligen inte att lagstifta fram en teknisk lösning. Tekniken behöver utvecklas, testas och driftsättas. Om man gör misstaget att börja med att försöka lösa juridiken kommer juristernas förmåga att föreställa sig en teknisk lösning att sätta gränserna för vad som kan byggas, vilket försvårar nytänkande och innovation. I stället måste juridik, teknik och professionen arbeta tillsammans.

**Dialog, samarbete** och professionen i förarsätet är rätt väg framåt. Regeringen bör omgående inrätta en nationell forsknings- och utvecklingsmiljö där Sveriges nya infrastruktur för hälsodata kan börja byggas. Det finns inte tid för fler utredningar.

Internationella exempel finns, och svenska aktörer har förslag för hur en lösning kan se ut. Om ingenting görs kommer ingenting att hända. Så kan det inte fortsätta. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Fredrik Öberg är medgrundare i Origoprogrammet, ett nationellt initiativ för en ny digital infrastruktur.

● E-hälsoläkarföreningen är en nybildad intresseförening inom Läkarförbundet som är öppen för alla läkare med särskilt intresse för vårdens digitalisering, IT-system, och e-hälsotjänster.

**Vad tycker du?**
Kommentera på Läkartidningen.se

## Mer debatt på nätet

Slutreplikeplik

### ETT FÖRSÖK TILL SAKLIG DISKUSSION OM FALLRAPPORTER

▶ **Fallrapporten är ett exempel på värdefull kunskapsförmedling – kunskap eller observationer som förmedlas inte bara i publikationer utan lika ofta vid interna möten på kliniker och kongresser.**

**Om Etikprövningsmyndigheten vidhåller att fallrapporter ska etikprövas finns det starka skäl att överväga om regelverket eller tolkningen av det är verklighetsanpassat. Här finns utrymme för en risk–nyttabedömning, skriver Christer Sundström i denna slutreplik i debatten om fallbeskrivningar i LT.**

Läkartidningen. 2019;116:FXMF

**Replik** på »BT – en ödesfråga«:

### FÖRBUNDET MÅSTE AGERA KRAFTFULLT FÖR ATT SÄKRA TILLGÅNGEN TILL BT-PLATSER

▶ Läkartidningen. 2019;116:FXCD

**Replik 1**
Läkaresällskapet svarar på »Fundamentet i läkargärningen riskerar att avskaffas«:

### INFÖRANDET AV STANDARDISERADE VÅRDFÖRLOPP OROAR

▶ Läkartidningen. 2019;116:FXCU

**Replik 2**
Sveriges Kommuner och regioner svarar i samma debatt:

### FÖRTYDLIGANDEN OM VÅRDFÖRLOPP

▶ Läkartidningen. 2019;116:FXLM

**Läs mer.**
Och kommentera på Läkartidningen.se

Foto: Kersti/Mostphotos



*Omfattande lagstiftning förhindrar ett kreativt utnyttjande av den kunskapsbas som ligger i miljoner patienters historier, skriver Lars Jacobsson.*

# Apropå register, etik och juridik

**Patienternas medverkan i forskning ska självklart vara frivillig, men bör samtidigt vara en del av samhällskontraktet.**



**Lars Jacobsson,** professor emeritus, överläkare, psykiatriska kliniken, Umeå
lars.jacobsson@umu.se

I den moderna hälso- och sjukvården ersätts den beprövade erfarenheten allt oftare av forskningsbaserad kunskap. Merparten av vårdforskningen kräver medverkan av patienter. Dagens patienter får en alltmer effektiv vård tack vare att gårdagens patienter medverkat i forskningsprojekt.

**Kvalitetsregister** utgör ett utomordentligt forskningsstöd, och då det är viktigt att möjliggöra forskning med hjälp av registren blir åtkomlighet en avgörande fråga. Dagens regelverk förutsätter att patienterna informeras om att de registreras och har rätt att säga nej. Detta innebär stora insatser från vårdgivarna och utgör i vissa fall ett hinder för att inkludera patienter. Ett exempel är när Datainspektionen i ett fall med en dement person kräver att »den beslutsoförmögnes vilja dokumenteras«.

Värnandet av den personliga integriteten är viktig, men när det gäller anonymiserade register är den inte relevant. Patienter hamnar ju automatiskt i exempelvis Slutenvårdsregistret och Läkemedelsregistret.

**En principiell** fråga är om inte patienten också har skyldigheter gentemot vårdsystemet och ytterst samhället, som tillhandahåller vård baserad på generationer av patienters medverkan. Ett sådant exempel är patienters skyldighet att medverka i forskning och undervisning av läkarstudenter, sjuksköterskestudenter med flera. Självklart ska patienternas medverkan vara frivillig, men den borde icke desto mindre vara en del av samhällskontraktet.

**Alla vårdregister ska** självklart uppfylla höga krav på kvalitet och anonymitet, men det finns en betydande risk för att värnandet om den personliga integriteten blir en juridisk fråga. En alltmer omfattande lagstiftning förhindrar ett kreativt utnyttjande av den kunskapsbas som ligger i miljoner patienters historier som behandlas i det stora humanistiska projekt som sjukvården utgör.

Att endast ett fåtal patienter säger nej till att delta i kvalitetsregistren talar för att individen mycket väl förstår värdet av den kunskap som ackumuleras och att man får vara en del i detta. Vi kan inte låta missriktad omsorg om den personliga integriteten bli ett hinder i den kunskapsutveckling som vi alla förr eller senare får del av som patienter. Medicinsk forskning bör ses som ett samarbetsprojekt mellan forskare och patienter.

**På samma sätt bör man** kunna »presumera samtycke« i Donationsregistret. Alla som inte aktivt säger nej till organdonation (och motiverar det) bör automatiskt inkluderas i registret. Det är knappast den döde – och inte heller hens anhöriga – som äger en död kropp. Som döda är vi en del av den stora mänskligheten. Kan vi på något sätt bidra till att göra gott efter döden bör vi göra det.

I den nya donationsutredningen finns ett exempel på juristinflytande över sådant som jurister inte förstår. Där avvisas möjligheten att sätta in organbevarande åtgärder som intubation och respiratorbehandling före den oundvikliga döden med hänvisning till att det kan medföra »mer än ringa smärta för den möjlige donatorn«.

Om man är beredd att donera sina organ i den situationen är man säkert beredd att utstå nödvändiga åtgärder. ○




# VAD SKULLE DU SKRIVA UT TILL DIG SJÄLV?

## ELIQUIS® är den **enda** faktor Xa-hämmaren som vid icke-valvulärt förmaksflimmer visat **både:**

- Signifikant bättre reduktion av **stroke/systemisk embolism** jämfört med warfarin[1*]
- Signifikant bättre säkerhet avseende **allvarlig blödning** jämfört med warfarin[1*]

*Stroke/systemisk embolism p=0,01. Allvarlig blödning p<0,0001

Ref: 1. Produktresumé för Eliquis®

432SE1900132-01 PP-ELI-SWE-1073 feb 2019

Bristol-Myers Squibb Pfizer

**Eliquis®** apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmdragerade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikationer hos vuxna: 1. Profylax av venös tromboembolism (VTEp) efter elektiv höft- eller knäledsplastik. 2. Profylax av stroke och systemisk embolism (NVAF) vid icke-valvulärt förmaksflimmer med en eller flera riskfaktorer. 3. Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE), Förebyggande av återkommande DVT och LE. Eliquis® är kontraindicerat vid kliniskt signifikant pågående blödning och vid händelse eller tillstånd som ger betydande risk för större blödning. Eliquis® rekommenderas ej som ett alternativ till ofraktionerat heparin hos patienter med lungembolism som är hemodynamiskt instabila eller som kan komma att genomgå trombolys eller pulmonell embolektomi. Eliquis® rekommenderas ej vid CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys eller med mekanisk hjärtklaffprotes. Eliquis® rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt SPC 18 juni 2018. Fullständig information och pris se fass.se. Bristol-Myers Squibb www.bms.com/se Pfizer www.pfizer.se

# FRAMTIDENS SPECIALISTLÄKARE

*God jul och gott nytt år*
*önskar organisationskommittén*






**Psst!**
**Glöm inte söka ledigt redan nu**

**1 - 4 SEPTEMBER 2020**

SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN

**WWW.FRAMTIDENSLAKARE.SE**

*Möten och händelser från klinisk vardag som omtalas i Läkartidningens krönikor är antingen fingerade eller anonymiserade.*

# »Om kvällarna var hon glädjestrålande, den onda ryggen till trots.«

**PLÖTSLIGT HAR JAG EN DOTTER** som är sjutton år. Jag skriver »plötsligt« och tror att många känner igen sig. Tiden går fort. I år sommarjobbade hon som biträde på sjukhuset. Hon spritade av britsar, packade upp tvätt, gick ärenden, bäddade sängar. Hon hämtade saft åt patienterna. Om kvällarna talade vi om allt hon upplevt.

Min man och jag är båda läkare. Samma specialitet, onkologer, även om han är profilerad åt strålbehandling och jag åt medicinsk behandling. Genom åren har vi försökt begränsa hur mycket arbete det talas om hemma. I praktiken är det väldigt svårt – komplicerade fall man hanterat under dagen behöver ältas och bakjourspassen vävs in i vardagskvällar och julhelger. Under en period ryckte min son till när telefonen ringde och frågade efter samtalet »Mamma, har någon dött på sjukhuset?« I hans värld var det värsta tänkbara händelse under ett jourpass. Om jag svarade att ingen hade dött andades han ut och drog slutsatsen att »mamma har räddat alla«.

**Vad vill vi att våra barn ska tycka om läkaryrket? Det är helt uppenbart att det är slitigt, att patienterna går först när vi är i tjänst, att mamma är trött och ledsen vissa dagar efter jobbet. I mitt fall har det dock varit omöjligt att inte dela det fantastiska: guldkornen.** Den äldre damen som berättar att hon röker hasch med väninnan som varit i Amsterdam och handlat med sig hem. Fina patienter som ger mig hemstickade vantar och vill krama doktorn. Sekretessen är benhård hemma hos oss – även inför barnen byter jag kön och ålder på människor i de händelser jag berättar om så att de inte ska lämnas ut. Bara min upplevelse.

**DOTTERN SPRITADE** och spritade, gned alla madrasser, bäddade rent. Det är hårt arbete, och ryggen värkte även hos en vältränad 17-åring. Under tiden såg och hörde hon. Hon kom snabbt in i arbetsgruppen, bjöds in till sköterskornas elvakaffe (»Elvis«). Hon noterade hur ängslig även en erfaren sköterska låter i telefon när hon måste ringa vissa doktorer och be om hjälp. Hon berättade hur de unga läkarna flaxade in och ut – vissa för att bidra, andra för att prata och söka stöd i svåra beslut.

**HON NOTERADE HUR SKÖTERSKORNA** gör för att lugna, distrahera den orolige. Hon förundrades över konsten att välja »rätt« samtalsämne och omärkligt veta att en människa vill tala om prinsessan Victorias födelsedag och en annan om sin barndom i finska Karelen. **Hur vet man, mamma?** Hon spritade och spritade, gned sängarnas underrede medan patienten på britsen bredvid kommenterade hennes långa flätor. Hon lärde sig snabbt att det betyder att den människan vill prata, att hon ska stanna upp och erbjuda en stunds flykt från sjukdomens allvar. Hon lärde sig bemöta främlingar, skoja, vara lugn. Erbjuda saft.

Hon berättade hur en patient som utstrålade ensamhet mer än sjukdom blev erbjuden en bricka med kaffe, skorpor och lågbudgetmarmelad av sköterskan. Medan dottern arbetade förberedde patienten andäktigt sin måltid, bredde omsorgsfullt marmelad i varje vrå av skorpytan, rättade till besticken, åt som om det var en femstjärnig måltid. Hon städade bredvid en äldre dam som låg med slutna ögon i fosterställning och kämpade med andningen. Hon kände vemodet.

Hon spritade, hon städade, hon såg och hon hörde. **Hon förstod.** Om kvällarna var hon glädjestrålande, den onda ryggen till trots.

Det är lätt att förstå varför vårdyrken går i arv.

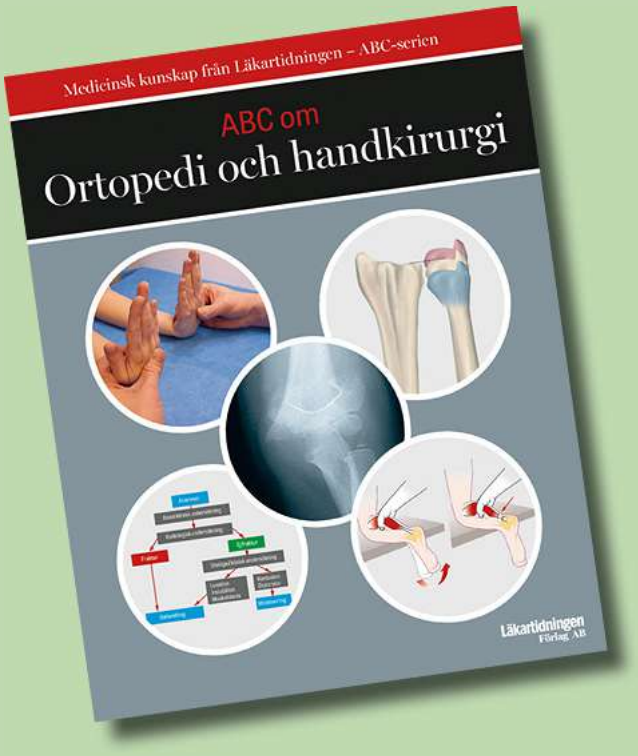


Foto: Angelica Klang

**Nina Cavalli-Björkman,**
överläkare, specialist i onkologi, Uppsala
nina.cavalli-bjorkman@igp.uu.se

**Ny bok från Läkartidningen förlag med ABC-artiklar!**

# ABC om Ortopedi och handkirurgi




Läkartidningens ABC-artiklar är bland tidningens mest uppskattade. De är skrivna och formgivna för att ge handfasta behandlingsrekommendationer på vårdcentraler, akutmottagningar och andra mottagningar.

I den här boken har vi samlat 20 ABC-artiklar om skador och tillstånd i rörelseapparaten. De är uppdaterade och omredigerade, allt i syfte att ge behandlande läkare hjälp att ge sina patienter god och säker vård.

156 sidor (format 19 x 24 cm)

**Läkartidningen Förlag AB**

Klipp ut och posta!

**Ja tack, jag vill gärna beställa Läkartidningens bok ABC om ortopedi och handkirurgi för 320 kr (ord pris) 256 kr för dig som är AT/ST-läkare eller läkarstudent**

☐ ANTAL ☐ JAG ÄR AT/ST-LÄKARE/LÄKARSTUDENT

Namn/Referens

Fakturaadress

Postadress

Leveransadress

E-mailadress

Priserna är inkl moms, frakt tillkommer. Det går också bra att beställa på Läkartidningen.se
Vid beställning över 50 ex, mejla din order till marknad@lakartidningen.se

Läkartidningen

SVERIGE
PORTO
BETALT
PORTPAYÉ

**LÄKARTIDNINGEN**

**SVARSPOST**
**110 555 202**
**110 26 STOCKHOLM**

# 5 frågor till

## Malin Bengnér



**smittskyddsläkare i Region Jönköpings län, som tillsammans med kollegor beskriver utbrott av barnsängsfeber på två av regionens förlossningsavdelningar.**

**Fem nyförlösta kvinnor blev sjuka, hur var det möjligt?**

I fyra av fallen kunde vi visa att det sannolikt handlade om spridning av streptokocker från vårdpersonal till patienter.

**Ni har följt upp med odling av ytor i vårdmiljön. Vad hittade ni?**

Vi hittade ett antal ytor med mycket bakterier på. Särskilt reagerade vi på att det växte mycket runt öppningen på handskförpackningarna, och vi misstänker att det kan ha varit via förorenade handskar som smittan överfördes. Odlingsresultaten har varit ett bra sätt att illustrera det som i vanliga fall är osynligt för oss och få en förståelse för varför det är viktigt att t ex sprita händerna innan man tar på sig handskar.

**Vad är absolut viktigast för att undvika den här typen av smittspridning?**

Noggrann följsamhet till vanliga basala hygienrutiner gör att den här typen av smittspridning inte sker. Har vi rena händer när vi tar i patienter och utrustning så bryter vi effektivt smittvägarna.

**Vilka reaktioner mötte du från läkare och vårdpersonal?**

Vi hade ett mycket bra samarbete med båda klinikerna ända från början. Det var tack vare att vårdpersonalen tidigt hörde av sig när fallen dök upp som vi förstod att vi hade ett misstänkt utbrott. Vi har hela tiden mött en stor vilja att gå till botten med vad som hänt och att förbättra rutinerna för att undvika att något liknande ska hända igen.

**Hur är jobbet som smittskyddsläkare?**

Det är ett jätteroligt och omväxlande jobb. På min enhet arbetar vi med både smittskydd och vårdhygien, så jag får jobba med allt från patientsäkerhetsfrågor till smittspridning i samhället. ○

**Birgit Wilhelmson**

**2070**
Utbrott av barnsängsfeber på två förlossningsavdelningar

**2060**
Prioriteringsplattformen kan stärka förtroendet för vården

**2062**
Nya rön

**2065**
Hög personlig läkarkontinuitet i primärvård förenad med färre besök på akutmottagning

**2074**
Oredlighet i forskning – regleras i lag från årsskiftet

# KLINIK &VETENSKAP

Illustration: Mostphotos

Alla våra läsare, författare och referenter önskas trevliga helger och ett gott slut på året!

# *Önskelista till Tomten*

**KÄRA TOMTEN,** jag vet inte om Du har läst mina tidigare reflexionstexter här i Läkartidningen, och jag förstår att Du har bråda dagar nu. För att göra det enklare för Dig kommer här min önskelista i samlad form:

- Jag önskar att Läkemedelsboken ska få finnas kvar som en betrodd och oberoende kunskapskälla.
- Jag önskar att Socialstyrelsens läkemedelsdatabas återigen ska visa hur mycket läkemedel som säljs på recept i Sverige. (Jag använder den informationen som bas för många av mina föreläsningar för studenter och kollegor inom vården.)
- Jag önskar att alla läkarstudenter som tar examen ska känna sig trygga med att förskriva läkemedel, men också med att sätta ut läkemedel när så behövs. Jag önskar mig därför en nationell läkemedelsexamen kopplad till den fria förskrivningsrätten inom ramen för den nya, 6-åriga läkarutbildningen.
- Jag önskar mig mer av akademiskt driven läkemedelsforskning, med sjukvårdens och patienternas behov i fokus.
- Jag önskar mig också läkemedel. Läkemedel som tillverkas utan stor miljöpåverkan och som prissätts, distribueras och lagerhålls på ett sätt som säkrar tillgången för alla oss som behöver dem, runt om i världen.

**»För att göra det enklare för Dig kommer här min önskelista i samlad form: ...«**

**SLUTLIGEN ÖNSKAR JAG** både Tomten och Läkartidningens läsare en riktigt God Jul!

**Ylva Böttiger,** medicinsk redaktör
● ylva.bottiger@lakartidningen.se



# Prioriteringsplattformen kan stärka förtroendet för vården

## EN STÖTTA FÖR RÄTTVIS FÖRDELNING AV VÅRA GEMENSAMMA RESURSER



**Göran Hermerén,** senior professor
● goran.hermeren@med.lu.se



**Nils-Eric Sahlin,** professor; båda avdelningen för medicinsk etik, Lunds universitet

**Prioriteringsplattformen** [1] anger centrala idéer om sjukvårdens mål och värden. Bakom principerna finns grundläggande värderingar, som de ger uttryck för. Det är dessa värderingar som är det centrala – de formulerar sjukvårdens uppdrag.

Dessa värderingar och principer kan och bör ligga fast, även om förutsättningarna och samhället förändras. Nedläggning av mindre sjukhus, nätläkare, privatisering av äldrevården, privata sjukförsäkringar, titthålskirurgi, antibiotikaresistens, debatten kring Oregon-modellen liksom demografiska förändringar kan göra det angeläget att tydliggöra plattformen, men inte att förändra den genom att t ex öppna för åldersdiskriminering eller slopa rangordningen mellan principerna.

Hälso- och sjukvården behöver en i alla dimensioner väl genomtänkt prioriteringsplattform för att undvika godtyckliga och orättvisa fördelningar av våra gemensamma resurser.

### Genomtänkta värderingar normerar praxis

Sjukvård är en heterogen verksamhet, som bedrivs under olika förutsättningar och med skiftande metoder inom ett stort antal områden. Men det är inte praxis som ska normera verksamheten och styra värderingarna, utan det är våra väl genomtänkta värderingar som ska normera praxis, vilket vi tidigare hävdat i en artikel i Läkartidningen [2].

Samhället, sjukdomspanoramat och sjukvårdens möjligheter att förebygga och bota har ändrats i många avseenden sedan antiken, inte minst genom nya upptäckter. Vissa grundläggande värderingar beträffande sjukvårdens uppdrag har en lång historia, och att de är gamla är ingen invändning mot dem. En relevant invändning skulle däremot kunna vara om det fanns en bred enighet i samhället om att sjukvårdens grundläggande uppdrag t ex ska vara att i första hand hjälpa dem som bidrar till att öka produktionen i samhället, t ex företagsledare och anställda i produktiv ålder.

Skillnaden mellan den praxis som bedrivs (och som kan studeras empiriskt) och de normer som ska styra verksamheten är fundamental. Men i detta sammanhang blir också en annan distinktion viktig: den mellan sjukvårdens mål och förutsättningarna för att med framgång uppnå dessa mål, vilka kodifierats i en rad lagtexter, särskilt hälso- och sjukvårdslagen.

Målsättningen kan vara oförändrad, även om förutsättningarna ändras (t ex högre priser för vissa insatser, demografiska förändringar, nya vetenskapliga genombrott, tillgång på kvalificerad personal). Ändrade förutsättningar kan innebära att man får arbeta på ett annat sätt eller göra andra val, men den grundläggande målsättningen kan ändå ligga fast.

### Prioriteringsbeslut på olika nivåer

Prioriteringsbeslut fattas som bekant på olika nivåer, t ex i riksdagen beträffande resurser till sjukvården, i regioner beträffande resurser till vissa sjukhus eller i sjukhusledningar beträffande resurser till vissa verksamheter eller kliniker.

Beslut som fattas på högre nivå har konsekvenser för de beslut som fattas på lägre nivå genom att de anger ramar för vad som är möjligt – i sista hand för de beslut som läkaren har att fatta i mötet med sin patient.

Läkaren och vårdteamet ska under professionellt ansvar tillämpa plattformen. Detta innebär i första hand att med utgångspunkt från tillgänglig evidens bedöma patientens behov (tillståndets allvar) och olika möjliga insatsers effekt, i andra hand att ta hänsyn till dessa insatsers kostnadseffektivitet, i den mån tillförlitliga uppgifter om alternativens kostnadseffektivitet finns tillgängliga.

Regeln om räddning, »rule of rescue«, som ofta formuleras som »a perceived duty to save endangered life where possible« [3], kan skapa problem på flera sätt, givet vissa tolkningar. Anta att regeln tolkas så att man ska jämföra tillståndet och behoven hos den patient läkaren har framför sig med vilka och hur många icke-identifierade liv man kunde rädda om resurserna i stället satsas på förebyggande arbete. Dessa beslut måste tas på en högre nivå. Detta förutsätter då att det finns belägg

**FAKTA 1. Prioriteringsplattformen**

PRIORITERINGSPLATTFORMEN (SOU 1995:5) har tre grundläggande principer:

- Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället (människovärdesprincipen).
- Resurserna bör satsas på de områden (verksamheter, individer) där behoven är störst (behovsprincipen).
- Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas (kostnadseffektivitetsprincipen).

PLATTFORMEN ÄR VIKTIG för att den anger sjukvårdens uppdrag i ett välfärdssamhälle. Hälsorelaterade behov ska styra fördelningen av sjukvårdens resurser. Ingen ska diskrimineras på grund av t ex kön, ekonomisk och social ställning, politisk eller religiös åsikt, sexuell läggning eller ålder.

**HUVUDBUDSKAP**

- Prioriteringsplattformen formulerar centrala idéer om sjukvårdens mål och värden. De kan och bör vara oförändrade, även om förutsättningarna att uppnå dem ändras.
- Gränserna för de behov som samhället anser att den offentliga sjukvården ska tillgodose kan ändras utan att de grundläggande målen överges.
- Plattformen kan bidra till att förbättra förtroendet för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

för att de preventiva insatserna har effekt. Det är inte rimligt att förvänta sig att en enskild läkare ska göra denna typ av överväganden, även om en läkare har ett professionellt ansvar att förklara för sin patient varför vissa möjliga behandlingar inte prövas eller sätts in.

Tanken i Prioriteringsutredningen var att plattformens principer och de centrala och rangordnade idéerna om människovärde, behov och effekt liksom (underordnat) kostnadseffektivitet ska styra tilldelningen på alla dessa nivåer. Befolkningens behov ska kartläggas genom epidemiologiska studier. Ingen har behov av behandlingar som inte har effekt, alltså måste deras effekt klarläggas – i medvetande om att det som statistiskt sett visat sig ha effekt i en viss undersökt population kanske är verkningslöst på den patient läkaren har framför sig.

## Distinktion mellan behov och efterfrågan

Distinktionen mellan behov och efterfrågan är av grundläggande betydelse, även om den inte är knivskarp. Behov och efterfrågan kan kombineras, men patienter kan också efterfråga sådant de inte har behov av [4]. Samhället kan också ändras i synen på vilka behov som är mest angelägna och som bör tillgodoses av sjukvården. Även om man utgår från och accepterar distinktionen mellan behov och efterfrågan, kan man skilja mellan mer eller mindre angelägna behov. Alla tillstånd är inte lika allvarliga.

Patienter kan efterfråga t ex obesitaskirurgi, tillväxthormon för kortväxta eller livmodertransplantation för kvinnor som fötts utan livmoder. Men härav följer inte att dessa behov måste tillgodoses av den offentligt finansierade sjukvården. Här har alla aktörer i samhället ett kollektivt gemensamt ansvar för att komma fram till en samsyn om sjukvårdens uppdrag.

Vid en viss tidpunkt kan samhället anse att en del av dessa behov inte är så angelägna att det bör ingå i den offentliga sjukvårdens uppdrag att tillgodose dem. Vid en senare tidpunkt kan detta ändras. Det omvända kan också föreligga. Det som aktualiseras är frågan om behovsgränser (inom ramen för samhällets ekonomiska och tekniska resurser), inte distinktionen mellan behov och efterfrågan.

## Glidning mot efterfrågestyrd vård

Även om behov och efterfrågan kan sammanfalla måste man se upp med glidningen mot efterfrågestyrd vård. Det som efterfrågas är inte alltid ett medicinskt behov som måste behandlas, då undergrävs hälso- och sjukvårdens ekonomi. Patienters makt och rätt till inflytande har betonats i en rad utredningar. Men dessa utredningar innebär inte att plattformen ska överges. Inte heller vårdgarantin innebär att plattformen ska överges [5].

Efterfrågestyrd sjukvård kan leda till att plånbokens tjocklek får stort inflytande och att resurser läggs på att tillgodose sådant som efterfrågas men inte har täckning i behov, eller sådant som har täckning i behov men som samhället inte anser att den offentliga vården ska tillgodose. Kanske kan det också innebära att medicinska behov inte kommer att tillgodoses i full utsträckning.

**»Även om behov och efterfrågan kan sammanfalla måste man se upp med glidningen mot efterfrågestyrd vård.«**

Efterfrågan kan manipuleras genom skicklig marknadsföring, genom medialt och socialt tryck. Det finns också personer som är för sjuka, för fattiga eller av andra skäl inte efterfrågar sådant som de har behov av. Det är naturligtvis ett problem att vissa läkemedelsföretag sätter mycket höga priser på en del av sina produkter. Men detta löser man inte genom att överge eller modifiera plattformen, inte heller genom att gå med på hemliga avtal mellan beställare och producent för att företagen lättare ska kunna variera priserna på olika marknader.

## »Man bör hålla fast vid plattformen«

De grundläggande värderingarna kan alltså ligga fast, medan behovsgränserna kan ändras. Detta kan bero på nya upptäckter, på att vetenskapliga genombrott presenteras och marknadsförs på ett skickligt sätt, att kontakt tas med patientföreningar och lobbyorganisationer eller att människors preferenser ändras – ibland genom att nya alternativ och valmöjligheter skapats.

För egen del anser vi att man bör hålla fast vid plattformen. En viktig motivering är att den bidrar till att behålla och stärka förtroendet för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Den humanitära målsättningen förändras i grunden om man exempelvis ska öppna för att ta hänsyn till produktionsbortfall och påverkan på konsumtionen eller ta hänsyn till ålder, vilket föreslagits i Norge (NOU 2014:12, NOU 2018:6).

Rika konsumerar mer än fattiga, alltså skulle de gynnas i sådana valsituationer. Arbetslösa och pensionärer bidrar mindre till produktionen än de som har arbete, alltså skulle de missgynnas i prioriteringssituationer. En central idé bakom plattformen är att behov och effekt ska styra. Alla ska ha samma rätt att få sina rättigheter tillgodosedda. Ingen ska diskrimineras på grund av ekonomisk ställning, etniskt ursprung, religion, politiska åsikter, kön eller ålder när det gäller att få hjälp att tillgodose behov som vi (samhället) gemensamt beslutat att den offentliga sjukvården ska tillgodose.

## Utgångspunkt för beslut i svåra frågor

Det var aldrig tänkt att prioriteringsplattformen skulle tillämpas mekaniskt för att lösa alla prioriteringsproblem i vården. Den skulle vara en utgångspunkt för arbetet med prioriteringar, så att man med dess hjälp tillsammans med tillgänglig empirisk evidens om behov, effekt och kostnader skulle fatta robusta och välgrundade beslut i svåra frågor.

Men inget redskap kommer till användning om inte de som ska använda det får utbildning och träning i när och hur redskapet ska användas.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

*Citera som: Läkartidningen. 2019;116:FTSF*

**Läs mer!**
Engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

## REFERENSER

1. SOU 1995:5. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; 1995.
2. Hermerén G, Sahlin NE. Kostnadseffektivitetens roll vid prioriteringar. Värderingarna ska normera praxis. Läkartidningen. 2018;115:E6DU.
3. McKie J, Richardson J. The rule of rescue. Soc Sci Med. 2003;56(12):2407-19.
4. Hermerén G. Prioriteringar: val och värden i vården. Vetenskapssocietetens årsbok 2014. Lund: Vetenskapssocieteten i Lund; 2014. p. 65-96.
5. Vahlne Westerhäll L, Ekerstad N. Vårdgaranti vs prioriteringar – hur följer vården lagen? Läkartidningen. 2019;116:FMM7.

# Association mellan depression och abdominellt aortaaneurysm

**Egenreferat. Depression som riskfaktor för senare utveckling av kardiovaskulär sjukdom har rapporterats, liksom sambandet mellan depression och sämre utfall hos personer med kardiovaskulär sjukdom. Förekomst av depression och senare utveckling av abdominellt aortaaneurysm (AAA) är sparsamt studerat. I en prospektiv populationsbaserad kohortstudie undersöktes sambandet mellan depression och senare utveckling av AAA. Studien är ett samarbete mellan Karolinska institutet och Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet.**

**Totalt inkluderades 59 136 personer (52,5 procent kvinnor) från den norska HUNT-databasen. Den innehåller information om kliniska data och enkätdata från bland annat HADS (Hospital anxiety and depression scale).**

**Under en medeluppföljningstid på 13 år identifierades 742 personer med AAA, där diagnosen verifierats med journalgranskning. Totalt 6 401 (12 procent) personer rapporterade depressiva symtom. Personer med depressiva symtom var äldre och en högre andel var rökare, överviktiga, hade kranskärlssjukdom, diabetes och hypertoni. Efter att hänsyn tagits till förväxlingsfaktorer kvarstod att personer med depressionssymtom hade 32 procent ökad risk för AAA jämfört med personer utan depressionssymtom (hazardkvot 1,32; 95 procents konfidensintervall 1,08–1,61).**

**Studiens resultat tyder på att depression bör evalueras som en möjlig riskfaktor, liksom rökning, kardiovaskulär sjukdom, hereditet och förhöjda blodfetter, i samband med att man överväger strategisk ultraljudsscreening av personer som har ökad risk för AAA.**

**Läs mer!**
Fullständiga artiklar och fler nya rön på Läkartidningen.se

**Malin Stenman,** med dr, universitetssjuksköterska, institutionen för molekylär medicin och kirurgi, Karolinska institutet; funktion thoraxoperation och thoraxintensivvård, PMI, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Nyrønning LÅ, et al. J Am Heart Assoc. 2019;8:e012535.

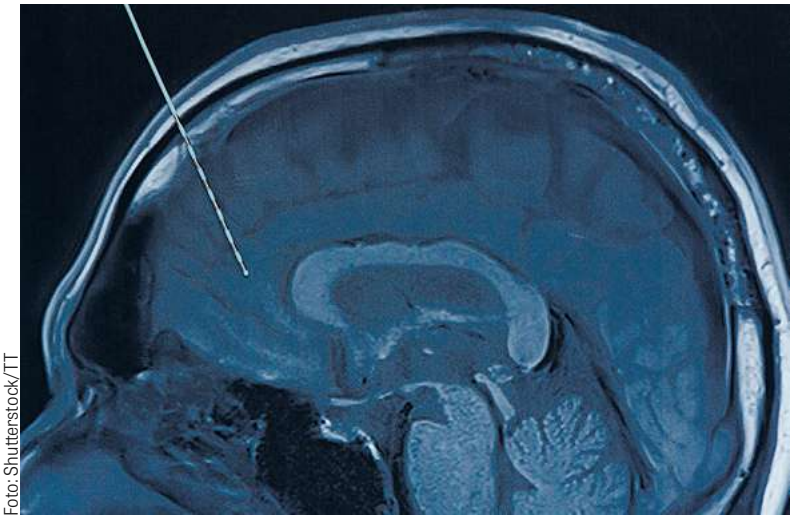


Foto: Shutterstock/TT

*Resultaten i en avhandling från Göteborgs universitet visar att 4,0 procent av de opererade hade fler anfall efter två år än före operationen, medan 37 procent hade varit helt anfallsfria efter operationen.*

# Kirurgiska och neurologiska komplikationer vid epilepsikirurgi

**Avhandling.** Chansen för barn och vuxna med svårbehandlad epilepsi att bli anfallsfria ökar om de kan opereras med epilepsikirurgi jämfört med om de fortsätter med enbart läkemedel. Trots de goda resultaten opereras bara en mindre andel av dem som bedöms kunna ha nytta av utredning och operation. En anledning kan vara att kirurgi upplevs som en riskfylld behandling, vilket leder till fördröjd remittering.

Som vid alla operationer finns det risker som patienterna behöver information om innan de tar ställning till operation. En liten andel patienter får fler eller allvarligare anfall efter operationen. Dessa negativa utfall är inte lika väl studerade som anfallsfrihet. Denna avhandling bygger på fyra delstudier om komplikationer och anfallsförsämring efter epilepsikirurgi.

**Vid de första tre delarbetena** användes Svenska epilepsikirurgiregistret. I det första delarbetet fann vi att komplikationer uppkom vid 4,8 procent av 271 epilepsikirurgiska utredningar med inopererade EEG-elektroder 1996–2010. Det förekom inga dödsfall eller bestående symtom.

I det andra delarbetet fann vi komplikationer med övergående symtom hos 7,5 procent och symtom som kvarstod under minst tre månader hos 3,0 procent efter 865 epilepsikirurgiska ingrepp 1996–2010. Inga dödsfall rapporterades.

Den tredje delstudien redovisar anfallsresultat efter 1 407 operationer 1990–2015. Efter två år hade 4,0 procent av de opererade fler anfall och 3,9 procent hade nytillkomna tonisk-kloniska anfall, en mer allvarlig anfallsform. Detta kan jämföras med 37 procent som hade varit helt anfallsfria efter operationen och 25 procent som hade tonisk-kloniska anfall före men inte efter operationen.

**I det fjärde delarbetet** utvecklade vi tillsammans med internationella samarbetsorgan för epilepsikirurgi ett nytt protokoll för rapportering av komplikationer i multicenterstudier. Detta utvärderades efter användning under ett år på tre sjukhus i Göteborg, London och Lyon.

Kunskap från dessa studier är viktig för information till patienter och närstående innan de tar ställning till operation. Den kan vidare användas i kvalitetsarbete inom epilepsikirurgin och för att underlätta internationella multicenterstudier inom området. I förlängningen kan en realistisk uppfattning om risker vid epilepsikirurgi bidra till att fler patienter med svårbehandlad epilepsi bedöms för detta behandlingsalternativ.

**Johan Bjellvi,** specialistläkare, neurosjukvården, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Bjellvi J. Surgical and neurological adverse effects of epilepsy surgery. Göteborg: Göteborgs universitet; 2019.

**»Kunskap från dessa studier är viktig för information till patienter och närstående innan de tar ställning till operation.«**

# Tveksam klinisk nytta av målstyrd vätskebehandling



*En avhandling från Linköpings universitet pekar på brister i de gängse rekommenderade metoderna för målstyrd vätskebehandling.*

Foto: Shutterstock/TT

**Avhandling.** Incidensen av komplikationer efter större kirurgiska ingrepp ökar om en patient får för mycket eller för lite intraoperativ vätska. Det är dock svårt att avgöra optimal vätskemängd för den enskilda patienten eftersom sedvanliga parametrar för styrning av vätsketillförsel såsom puls, blodtryck och urinproduktion under en operation påverkas av många fler faktorer än volymstatus. En allmänt rekommenderad metod för att hitta den optimala mängden vätska är målstyrd vätskebehandling, där effekten av en vätskebolus på hjärtats slagvolym eller relaterade parametrar utvärderas. Kortfattat ges mer vätska så länge slagvolymen ökar efter en vätskebolus, medan ingen ytterligare vätska ges om slagvolymen inte ökar.

**För målstyrd vätskebehandling** krävs mätning av hjärtats slagvolym eller relaterade parametrar. Målet med denna avhandling var att 1) jämföra en icke-invasiv metod för målstyrd vätskebehandling, Pleth variability index (PVI), med esofagusdoppler, som är en äldre och mer invasiv metod, i en randomiserad studie med 150 patienter, 2) utvärdera effekten av preoperativ dehydrering på intraoperativ vätsketillförsel och 3) utvärdera ytterligare en metod för målstyrd vätskebehandling, pulskonturanalys, i en randomiserad studie med 64 patienter som genomgick transtorakal esofagusresektion.

Det fanns en begränsad konkordans mellan PVI och esofagusdoppler för att indikera behovet av en vätskebolus. Trots detta resulterade båda metoderna i att jämförbara mängder intraoperativ vätska gavs, och det fanns inga skillnader i postoperativa komplikationer eller vårdtid. Såväl PVI som esofagusdoppler hade en överraskande låg kapacitet att förutspå effekten av en vätskebolus.

**Incidensen av preoperativ** dehydrering var begränsad i vårt material, men påverkade hur en vätskeinfusion fördelade sig i kroppen. Slutligen ledde målstyrd vätskebehandling vid esofagusresektion till en ökad användning av kolloider och dobutamin, men inte till färre komplikationer. Tvärtom hade gruppen med målstyrd vätskebehandling en längre medianvårdtid på intensivvårdsavdelningen.

Avhandlingen pekar således på brister i de gängse rekommenderade metoderna för målstyrd vätskebehandling. Vår rekommendation är att inte strikt tillämpa olika algoritmer för målstyrd vätskebehandling, utan att integrera dessa mätmetoder i en totalöversyn av patienten som inkluderar andra parametrar såsom vätskebalans, hjärtfrekvens, blodtryck och laktat för att styra intraoperativ vätsketillförsel vid stor abdominell kirurgi.

**Hans Bahlmann,** med dr, överläkare, avdelningen för läkemedelsforskning, institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet; Sinnescentrum, anestesi- och intensivvårdskliniken US, Region Östergötland

Bahlmann H. Goal-directed fluid therapy during major abdominal surgery. Linköping: Linköpings universitet; 2019.

# Högt blodtryck på akuten en risk för framtida kardiovaskulär sjukdom

**Egenreferat.** Högt blodtryck är ofta förekommande på akutmottagningen, vilket i många fall förklaras av patientens akuta tillstånd men även av akuten som miljö. Huruvida blodtrycksmätningar på akuten kan kopplas till risk för framtida kardiovaskulär sjukdom är fortfarande oklart.

Vi genomförde därför en registerbaserad kohortstudie på 300 193 vuxna patienter som besökt akuten på Karolinska universitetssjukhuset under perioden 2010–2016 och hade ett blodtryck uppmätt. Patienterna följdes upp via Patient- och Dödsorsaksregistret avseende insjuknande i utfallsmåttet kardiovaskulär sjukdom (hjärtinfarkt, stroke eller plötslig hjärtdöd) under en medianuppföljningstid på 3,5 år.

Associationen mellan högt blodtryck och insjuknande i kardiovaskulär sjukdom estimerades med två olika Cox-regressionsmodeller. Blodtrycket kategoriserades baserat på riktlinjer för hypertoni och blodtrycksnivåer från ESC och ESH (European Society of Cardiology och European Society of Hypertension) till kategorierna lindrig (>140–160 mm Hg), måttlig (>160–180 mm Hg) och allvarlig (>180 mm Hg) hypertoni. I modellerna justerades estimaten för ålder, kön, inklusionsår och sjukhus samt för tidigare hypertoni, diabetes mellitus och lipidsänkande terapi. Ett estimat av nyttan av screening för högt blodtryck på akuten gjordes med hjälp av den relativa riskreduktionen av antihypertensiv behandling från tidigare forskning.

**Sambandet mellan blodtrycket** på akuten och insjuknande i kardiovaskulär sjukdom var starkt och gradvis ökande för både systoliska och diastoliska blodtrycksnivåer som motsvarade lindrig (hazardkvot [HR] 1,15, 95 procents konfidensintervall [95KI] 1,06–1,24), måttlig (HR 1,35, 95KI 1,25–1,47) och allvarlig hypertoni (HR 1,63, 95KI 1,49–1,77). Sambandet förelåg oberoende av tidigare hypertonidiagnos, diabetes mellitus, kardiovaskulär sjukdom eller hur akut tillståndet hade bedömts vid ankomst. Vi uppskattade att 151 patienter på akuten behövde mäta sitt blodtryck och att 71 av dessa skulle behöva en blodtryckssänkande behandling för att undvika en framtida kardiovaskulär sjukdomshändelse, under en medianuppföljningstid på 3,5 år.



Mostphotos

**Vår slutsats är att högt blodtryck** på akuten har en stark koppling till framtida kardiovaskulär sjukdom, och därför bör höga nivåer inte ignoreras utan ses som en möjlighet att optimera eller sätta in antihypertensiv behandling samt följas upp. Blodtrycksmätningar på akuten är ett underanvänt verktyg med stor potential att minska morbiditet och mortalitet associerad med hypertoni.

**Pontus Oras,** läkarstudent

**Per Svensson,** docent, överläkare, VO kardiologi; båda institutionen för klinisk forskning och utbildning, Karolinska institutet, Södersjukhuset, Stockholm

Oras P, et al. Epub 2 dec 2019.

# Beställ Läkartidningens kunskapsböcker




**EPILEPSI** Den vanligaste allvarliga neurologiska sjukdomen, epilepsi, förekommer i alla åldrar och över hela världen. I den här boken ges en aktuell översikt över utredning och behandling av epileptiska anfall och epilepsi.

**EKSEM OCH PSORIASIS** På senare år har kunskapen om eksemsjukdomar och psoriasis ökat. Här får du uppdaterad kunskap om hur man ska förstå och behandla de olika manifestationerna av dessa sjukdomar.

**TYP 2-DIABETES** Kunskapen om diabetes har ökat, och med det möjligheterna att kunna påverka utfallet i kardiovaskulär sjukdom och död. Här ges en kunskapsuppdatering om diagnos, behandling, prevention och nya läkemedel.

**VERKTYG FÖR KLINISK FORSKNING** Målet med den här boken är att inspirera till att forska och att ge tips om allt från studieupplägg till att söka anslag, göra analyser och skriva vetenskapliga artiklar.

**OSTEOPOROS** Trots en stark utveckling inom osteoporosområdet får många patienter inte optimal vård i dag. I denna bok belyses nya och viktiga aspekter kring utredning, behandling och prevention vid osteoporos och fragilitetsfraktur.

**ÅNGESTSJUKDOMAR** Cirka var fjärde person drabbas av ångestsyndrom under sin livstid. Medianålder för insjuknande är 11 år. Ofta är tillstånden kroniska. Läkartidningens bok om ångestsjukdomar har relevans för hela läkarkåren.

**YRSEL** Yrsel är en felsignal som talar om att informationen från sinnessystemen inte stämmer överens. Boken fokuserar på de vanligaste yrselsjukdomarna och ger handfasta råd om handläggning.

**Läkartidningen Förlag AB**

Klipp ut och posta!

## JA TACK, JAG VILL GÄRNA BESTÄLLA LÄKARTIDNINGENS MEDICINSKA KUNSKAPSBÖCKER.

| ANTAL | | |
|---|---|---|
| ☐ | **EPILEPSI** | 230 kr |
| ☐ | **EKSEM OCH PSORIASIS** | 230 kr |
| ☐ | **TYP 2-DIABETES** | 220 kr |
| ☐ | **VERKTYG FÖR KLINISK FORSKNING** | 230 kr |
| ☐ | **OSTEOPOROS** | 220 kr |
| ☐ | **ÅNGESTSJUKDOMAR** | 230 kr |
| ☐ | **YRSEL** | 245 kr |

Namn

Fakturaadress

Postadress

Leveransadress

E-mailadress

Priserna är inkl moms, frakt tillkommer. Det går också bra att beställa på Läkartidningen.se
Vid beställning över 50 ex, mejla din order till marknad@lakartidningen.se

Läkartidningen

SVERIGE
PORTO
BETALT
PORTPAYÉ

**LÄKARTIDNINGEN**

**SVARSPOST**
**110 555 202**
**110 26 STOCKHOLM**

# Hög personlig läkarkontinuitet i primärvård förenad med färre besök på akutmottagning

## EN POPULATIONSBASERAD STUDIE I JÖNKÖPINGS SJUKVÅRDSREGION

**Sven Engström,** med dr, specialist i allmänmedicin, Primärvårdens FoU-enhet, Futurum, Jönköping
● sven.g.engstrom@telia.com

**Lars Borgquist,** professor emeritus, specialist i allmänmedicin, Linköpings universitet

**Dennis Nordvall,** statistiker, Qulturum, Region Jönköpings län

**Gunnar Albinsson,** kvalitetssamordnare, leg sjuksköterska, Primärvårdens FoU-enhet, Futurum, Jönköping

**Eva Arvidsson,** med dr, specialist i allmänmedicin, Primärvårdens FoU-enhet, Futurum, Jönköping

Det rapporteras ofta om överbelastning av sjukhusens akutmottagningar, och en del av läkarbesöken där skulle troligen kunna ske i primärvård. Många sjukvårdsregioner har utvecklat målbaserade ersättningar med avsikt att förbättra tillgänglighet till läkare i primärvård med förhoppningar att därmed minska besöken på akutmottagningarna.

Studier har visat på högre vårdkvalitet och minskad total resursförbrukning vid hög kontinuitet i vården [1, 2]. I den svenska diskussionen har det ofta förutsatts att detta bara gäller för äldre, särskilt de med kroniska sjukdomar och/eller komplexa vårdbehov [3]. Sambanden mellan tillgänglighet till primärvård och benägenhet att besöka akutmottagningar är mångfasetterade och resultaten av olika studier divergerar. En studie visade att ungefär 1/4 av besöken på akutmottagningar föregåtts av misslyckade försök att få en besöktid hos allmänläkare [4]. Andra studier har visat att avstånd till sjukhus i hög grad inverkar på benägenheten att söka akut på sjukhus, liksom socioekonomisk utsatthet, medan god tillgänglighet till primärvård inte påverkade antal besök på akutmottagningar [5-8]. I flera studier har visats att hög personlig läkarkontinuitet ger färre besök på akutmottagningar och inläggningar på sjukhus [9-11]. I en studie av offentlig primärvård i Blekinge omfattande 8 000 patienter fann man, efter justering för ålder, kön, kroniska diagnoser och antal läkarbesök på vårdcentral, att patienter med låg läkarkontinuitet hade dubbelt så många akutmottagningsbesök jämfört med dem som hade hög kontinuitet [12].

Mot bakgrund av ovanstående var vårt syfte att i en större svensk population studera vilka samband som fanns mellan läkarbesök på akutmottagningar och personlig läkarkontinuitet samt tillgänglighet i primärvård med särskilt fokus på yngre vuxna och äldre.

## METOD

Studien är en tvärsnittsstudie omfattande 333 411 individer, vilka under två år (2015 och 2016) var listade vid någon av de 46 vårdcentralerna i Region Jönköpings län. Vid årsskiftet 2015/2016 fanns i regionen 347 837 invånare. I regionen finns tre akutsjukhus, belägna i Eksjö, Jönköping och Värnamo. Utsökning av vårdkonsumtionsdata gjordes via Region Jönköpings läns rapportssystem Diver. Regionkansliet tillhandahöll uppgifter om listning och ACG-vikt (adjusted clinical groups, ett system för att mäta vårdtyngd) för åren 2015 och 2016. Socioekonomiska uppgifter erhölls från Statistiska centralbyrån, SCB.

Följande variabler fanns på individnivå: Ålder, kön, socioekonomi (utbildning, disponibel hushållsinkomst, civilstånd och folkbokfört lantmäteridistrikt), sjuklighet (ACG-vikt [13]), antal läkarbesök till och telefonkontakter med läkare på listad vårdcentral, antal läkarbesök på akutmottagningar samt personlig läkarkontinuitet och avstånd till sjukhus. Avstånd till sjukhus beräknades som avståndet i kilometer med bil, enligt Google Maps, från individens folkbokförda lantmäteridistrikts huvudort till det sjukhus i vars upptagningsområde distriktet ingår.

På vårdcentralsnivå mättes variablerna telefon- och läkarbesökstillgänglighet. Måttet telefontillgänglighet är en sammanvägning av andelen av alla inkommande samtal till vårdcentralernas rådgivningssjuksköterskor som bokats för uppringning inom 60 minuter, och andelen av dessa samtal som uppringts inom ± 15 min från bokad tid, under år 2015 respektive 2016.

Läkarbesöktillgänglighet är andelen av alla nybesök (patienten söker för nytillkomna symtom eller oväntad försämring av känd sjukdom) till läkare som bokats för besökstid inom 7 dagar under år 2015 respektive 2016.

### Statistik

Som resultatmått användes antal läkarbesök på akutmottagningar vid de tre sjukhusen i Region Jönköpings län år 2016.

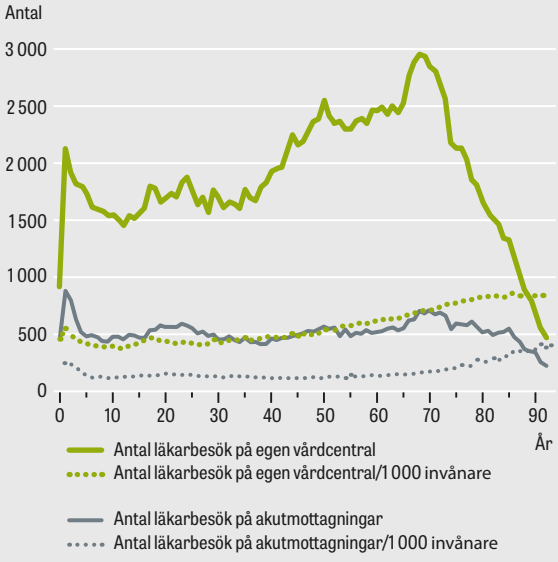
Sambanden mellan variablerna analyserades med hjälp av stegvisa multipla linjära regressioner i statistikprogrammet SPSS Statistics 24. Sjukhus lades in som dummyvariabel. Rutiner och organisation varierar mellan sjukhusen. Värnamo har exempelvis samlokalisation av jourcentral och akutmottagning, men inte Jönköping och Eksjö. Den statistiska signifikansnivån var $P < 0{,}001$.

För de 140 478 individer som sammanlagt under åren 2015 och 2016 haft tre eller flera läkarkontakter (besök

### HUVUDBUDSKAP

- Hög personlig läkarkontinuitet i primärvård var förenad med lägre antal läkarbesök på akutmottagningar.
- Sambandet mellan hög personlig läkarkontinuitet och lägre antal läkarbesök på akutmottagning var störst för gruppen yngre vuxna.
- God tillgänglighet till läkarbesök på vårdcentral var inte förenad med lägre antal akutmottagningsbesök.
- God tillgänglighet till telefonrådgivning av sjuksköterska på vårdcentral var inte förenad med lägre antal akutmottagningsbesök.

**FIGUR 1.** Antal läkarbesök




▶ Totalt antal läkarbesök samt läkarbesök per 1 000 listade på egen vårdcentral och på akutmottagningar i olika åldrar år 2016.

eller telefon) beräknades personlig läkarkontinuitet. Det mått som användes var continuity of care-index (CoC-index) [14], ett individbaserat mått som beaktar frekvensen av besök till varje läkare och spridningen av besök mellan läkare. Till skillnad från enklare mått, som andel konsultationer med samma läkare, justerar CoC-index även för totala antalet konsultationer så att till exempel 6 av totalt 9 besök till samma läkare ger högre CoC-index jämfört med 2 av 3 besök. Indexvärdena varierar från 0 (varje besök görs hos olika läkare) till 1 (alla besök görs hos samma läkare).

Efter de statistiska analyserna med stegvisa multipla linjära regressioner beräknades kontinuitetsberoende skillnader i antal besök på akutmottagningen per 1 000 individer. Därvid multiplicerades skillnaden i CoC-värde mellan de cirka 15 procent av de tre studerade grupperna (totalpopulation, 17–30 år samt äldre än 65 år) med högst och de cirka 15 procent med lägst personlig kontinuitet med betakoefficienten för CoC-värdet.

### Etik

Etikansökan beviljades vid Regionala etikprövningsnämnden i Linköping (nr 2017/244-31).

## RESULTAT

Under 2016 besökte 48 procent av invånarna läkare på egen vårdcentral, 6 procent på jourcentral, 15 procent på akutmottagning och 2 procent på både jourcentral och akutmottagning. Barn under 6 år var frekventa besökare både på akutmottagning och på egen vårdcentral liksom gruppen 17–30 år. Antalet läkarbesök på egen vårdcentral per 1 000 invånare ökade successivt från 30 års ålder, medan ökningen av läkarbesök på akutmottagningarna kom först vid 60 års ålder. Tre åldersgrupper uppvisade särskilt höga besöksantal vid akutmottagningar: 1–6 år, 17–30 år samt över 65 år (Figur 1).

I alla tre studerade åldersgrupper hade individer med läkarbesök på akutmottagning lägre medelinkomst och något lägre utbildningsnivå än de som besökte egen vårdcentral eller jourcentral. Unga vuxna med läkarbesök på akutmottagning hade något lägre ACG-vikt (lägre sjuklighet) än de som besökte jourcentral. Personer över 65 år som sökte akutmottagningen hade något högre ACG-vikt (högre sjuklighet) jämfört med jourcentralsbesökare (Tabell 1).

### Resultat av multipla stegvisa regressionsanalyser

Personlig läkarkontinuitet (CoC-värde) uppvisade negativt samband med antalet besök på akutmottagning för totalpopulationen liksom för de särskilt studerade åldersgrupperna (Tabell 2).

För de olika åldersgrupperna beräknades kontinuitetsberoende skillnader i antal besök på akutmottagningen:

**Alla åldrar.** Antalet läkarbesök på akutmottagningar per 1 000 personer beräknades till 107 för de (n = 21 275) som hade högst kontinuitet (CoC-medelvärde = 0,99) jämfört med 211 för de (n = 20 953) med lägst kontinuitet (CoC-medelvärde = 0,02 ), det vill säga 49 procent färre besök.

**Åldersgrupp 17–30 år.** Antalet läkarbesök på akutmottagningar per 1 000 personer beräknades till 95 för de (n = 2 468) personer med högst kontinuitet (CoC-medelvärde = 0,91 ) jämfört med 210 för de (n = 2 983) med lägst kontinuitet (CoC-medelvärde = 0,00), det vill säga 55 procent färre besök.

**Åldersgrupp över 65 år.** Antalet läkarbesök på akutmottagningar per 1 000 personer beräknades till 231 för de (n = 8 083) med högst kontinuitet (CoC-medelvärde = 0,9) jämfört med 349 för de (n = 8 083) med lägst kontinuitet (CoC-medelvärde = 0,06), det vill säga 34 procent färre besök.

Tillgänglighet till vårdcentralernas sköterskebaserade telefonrådgivning och tillgänglighet till läkarbesök på vårdcentral uppvisade inga signifikanta samband med antalet läkarbesök på akutmottagningar. Detta gällde såväl för alla åldrar sammantaget som för yngre vuxna och äldre.

## DISKUSSION

Hög personlig läkarkontinuitet vid egen vårdcentral korrelerade i analyserna med betydligt färre akuta läkarbesök på sjukhus för hela populationen, liksom för yngre vuxna och äldre. I totalmaterialet var skillnaden i antal akutmottagningsbesök mellan dem med lägst och dem med högst kontinuitet 49 procent, för gruppen över 65 år var skillnaden 34 procent och för yngre vuxna hela 55 procent.

Tillgänglighet till vårdcentralernas sköterskebaserade telefonrådgivning eller tillgång till läkarbesök på vårdcentral uppvisade inga signifikanta samband med minskat antal läkarbesök på akutmottagningar, och detta gällde för såväl hela populationen som för yngre vuxna och äldre.

### Jämförelse med andra studier

I studier från Storbritannien [5, 8] har man funnit att sociala förhållanden i stor utsträckning förklarar be-

**TABELL 1.** Besökare och antal besök år 2016 till egen vårdcentral, jourcentral och akutmottagning samt förklaringsfaktorer (medelvärden) totalt och per åldersgrupp.

| | Egen vårdcentral | Jourcentral | Akutmottagning |
|---|---|---|---|
| **Alla åldrar: 333 411 listade. Antal som besökt:** | **158 810** | **20 374** | **48 295** |
| Andel som besökt (procent) | 47,6 | 6,1 | 14,5 |
| Antal läkarbesök | 328 352 | 23 640 | 62 032 |
| ACG-vikt (min–max) | 2,68 (0,02–7,04) | 2,48 (0,02–7,04) | 3,10 (0,02–7,04) |
| Disponibel inkomst för bostadshushållet (kr) | 517 839 | 560 080 | 497 215 |
| Avstånd till sjukhus (km) | 23,7 | 20,9 | 20,6 |
| Utbildningsnivå; 1 = grundskola, 2 = gymnasium, 3 = universitetsexamen | 1,95 | 2,00 | 1,87 |
| Personlig läkarkontinuitet: CoC-index (min–max) | 0,38 (0,00–1,00) | 0,33 (0,00–1,00) | 0,38 (0,00–1,00) |
| **Åldersgrupp 17–30 år: 56 493 listade. Antal som besökt:** | **24 095** | **3 746** | **7 269** |
| Andel av åldergruppen som sökt (procent) | 42,7 | 6,6 | 13,2 |
| Antal läkarbesök | 40 417 | 4 381 | 9 416 |
| ACG-vikt (min–max) | 1,54 (0,02–7,04) | 1,81 (0,02–7,04) | 1,76 (0,02–7,04) |
| Disponibel inkomst för bostadshushållet (kronor) | 559 537 | 567 035 | 529 884 |
| Avstånd till sjukhus (km) | 22,7 | 20,7 | 20,5 |
| Utbildningsnivå; 1 = grundskola, 2 = gymnasium, 3 = universitetsexamen | 1,94 | 1,91 | 1,89 |
| Personlig läkarkontinuitet: CoC-index (min–max) | 0,30 (0,00–1,00) | 0,29 (0,00–1,00) | 0,30 (0,00–1,00) |
| **Åldersgrupp > 65 år: 70 133 listade. Antal som besökt:** | **52 789** | **2 893** | **15 361** |
| Andel av åldergruppen som sökt (procent) | 75,3 | 4,1 | 21,9 |
| Antal läkarbesök | 107 236 | 3 227 | 21 085 |
| ACG-vikt (min–max) | 4,13 (0,03–7,04) | 4,73(0,03–7,04) | 4,78 (0,03–7,04) |
| Disponibel inkomst för bostadshushållet (kronor) | 368 106 | 391 402 | 360 169 |
| Avstånd till sjukhus (km) | 24,4 | 21,1 | 23,3 |
| Utbildningsnivå; 1 = grundskola, 2 = gymnasium, 3 = universitetsexamen | 1,71 | 1,75 | 1,66 |
| Personlig läkarkontinuitet: CoC-index (min–max) | 0,45 (0,00–1,00) | 0,41 (0,00–1,00) | 0,43 (0,00–1,00) |

ACG = adjusted clinical groups; CoC = continuity of care

nägenheten att söka på akutmottagningar. I föreliggande studie var medelinkomsten och utbildningsnivån, i likhet med ovannämnda studier, något lägre för dem som sökte på akutmottagningar.

Överbelastning på akutmottagningar anses inte sällan bero på att personer söker akutmottagningarna för problem som inte kräver akutsjukhusets resurser och som skulle handläggas bättre på vårdcentral eller jourcentral. En sådan förklaring får visst stöd i våra analyser, i alla fall för den yngre gruppen, eftersom ACG-vikten för dem som besökt läkare på akutmottagning inte var högre än ACG-vikten för dem som besökt jourcentral.

Våra resultat för personlig läkarkontinuitet överensstämmer med tidigare studier [10-12, 15]. Det finns även visst stöd för att god tillgänglighet inte har så stor betydelse för benägenheten att besöka akutmottagningar [4, 6] – något som även vår studie visade. Kohnke & Zielinsky fann i sin studie från Blekinge att kontinuiteten var betydligt lägre (medianvärde 0,33 för andelen besök till patientens mest besökta läkare) än i jämförbara länder som Norge (0,78) och England (0,5-0,68) [12]. I vår studie var detta värde 0,60.

Sverige har jämfört med andra länder satsat betydligt mindre på primärvård, och primärvårdens andel av sjukvårdsbudgeten minskar successivt [16]. Andelen primärvårdsläkare av totala antalet specialister är i Sverige lägre (17 procent) än genomsnittet i andra OECD-länder (medel 30 procent), och andelen fortsätter att minska [17]. Studier har visat på högre vårdkvalitet, minskad mortalitet [1, 2, 18] och minskad total resursförbrukning vid hög personlig läkarkontinuitet i vården [1]. Trots den stora potential som ligger i personlig kontinuitet konstaterades i utredningen »Effektiv vård« att man inte hittat något exempel på att huvudmännens sätt att styra eller att organisera arbetet i vården stödjer kontinuitet [19].

Studiens resultat står delvis i motsats till förslag som presenterats i »God och nära vård«, den pågående statliga utredningen om den framtida svenska sjukvården [3]. Exempelvis argumenteras för att läkarkontinuitet endast har betydelse för extra sårbara patienter men att det för övriga är av mindre intresse och att vården ska sträva efter personlig kontinuitet endast för dem som aktivt önskar det.

En styrka med föreliggande studie är att den omfattar samtliga individer som under både 2015 och 2016 var listade på någon vårdcentral i Region Jönköpings län och då haft minst 3 läkarkontakter. Tillförlitliga persondata, med litet bortfall, finns för vårdutnytt-

**TABELL 2.** Stegvis linjär multipel regression med antalet läkarbesök på akutmottagningar år 2016 som beroende variabel.

| Förklaringsfaktorer | Alla åldrar, n = 122 400 | | | 17–30 år, n = 16 796 | | | Över 65 år, n = 45 231 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Betakoefficient | Standardiserad betakoefficient | P-värde | Betakoefficient | Standardiserad betakoefficient | P-värde | Betakoefficient | Standardiserad betakoefficient | P-värde |
| (Konstant) | 0,364 | | 0,000 | 0,301 | | 0,000 | –0,413 | | 0,000 |
| ACG-vikt 1 juli 2015 | 0,059 | 0,178 | 0,000 | 0,094 | 0,183 | 0,000 | 0,056 | 0,142 | 0,000 |
| Läkarkontakter med egen vårdcentral år 2015 och 2016 | 0,013 | 0,142 | 0,000 | 0,014 | 0,100 | 0,000 | 0,016 | 0,169 | 0,000 |
| CoC-index | –0,107 | –0,051 | 0,000 | –0,126 | –0,056 | 0,000 | –0,104 | –0,046 | 0,000 |
| Kön | –0,065 | –0,049 | 0,000 | –0,046 | –0,035 | 0,000 | –0,082 | –0,058 | 0,000 |
| Avstånd till sjukhus | –0,001 | –0,036 | 0,000 | –0,001 | –0,037 | 0,000 | –0,001 | –0,030 | 0,000 |
| Utbildningsnivå | –0,047 | –0,053 | 0,000 | –0,070 | –0,071 | 0,000 | –0,021 | –0,022 | 0,000 |
| Ålder | –0,001 | –0,039 | 0,000 | | | | 0,008 | 0,090 | 0,000 |
| Jönköpings sjukhusdistrikt | 0,021 | 0,016 | 0,000 | 0,057 | 0,043 | 0,000 | | | |
| Skild eller inte | 0,025 | 0,013 | 0,000 | | | | 0,061 | 0,029 | 0,000 |
| Disponibel inkomst för bostadshushållet (Mkr) | –0,007 | –0,011 | 0,000 | | | | | | |
| Eksjö sjukhusdistrikt | | | | | | | –0,050 | –0,034 | 0,000 |
| Variabler som uteslöts i den stegvisa regressionen | Läkarbesökstillgänglighet 2015<br>Läkarbesökstillgänglighet 2016<br>Telefontillgänglighet 2015<br>Telefontillgänglighet 2016<br>Eksjö sjukhusdistrikt<br>Värnamo sjukhusdistrikt | | | Läkarbesökstillgänglighet 2015<br>Läkarbesökstillgänglighet 2016<br>Telefontillgänglighet 2015<br>Telefontillgänglighet 2016<br>Ålder<br>Eksjö sjukhusdistrikt<br>Värnamo sjukhusdistrikt<br>Skild eller inte<br>Disponibel inkomst för hushållet | | | Läkarbesökstillgänglighet 2015<br>Läkarbesökstillgänglighet 2016<br>Telefontillgänglighet 2015<br>Telefontillgänglighet 2016<br>Jönköpings sjukhusdistrikt<br>Värnamo sjukhusdistrikt<br>Disponibel inkomst för hushållet | | |

ACG = adjusted clinical groups; CoC = continuity of care

**»Våra resultat visar på läkarkontinuitetens betydelse för både den stora gruppen yngre vuxna och äldre med komplexa vårdbehov. För den stora gruppen yngre vuxna är sambandet extra tydligt.«**

jande, personlig läkarkontinuitet, samsjuklighet, avstånd till sjukhus samt socioekonomi. Region Jönköpings län har i det närmaste samma åldersfördelning och andel utrikes födda i sin population som genomsnittet för Sverige, och våra resultat kan sägas vara generaliserbara för landet i sin helhet.

Studien är en tvärsnittstudie och de samband som visas är inte kausala, vilket måste beaktas vid tolkning av resultaten. Måtten på tillgänglighet avser vårdcentralsnivå, vilket kan ha inverkat på resultaten. Data på individnivå hade eventuellt kunnat visa på samband men är svårtillgängliga och har inte kunnat erhållas.

### Implikationer

Problem med överbelastning av akutmottagningar bör kunna lindras genom att öka den personliga läkarkontinuiteten i primärvård. Sådana satsningar kan exempelvis kompletteras med riktad information till yngre vuxna om fördelarna med att få en bokad tid på en jourcentral/vårdcentral. För att möjliggöra detta krävs en utbyggd primärvård. De försök som gjorts, och görs, för att öka tillgängligheten, bland annat den förstärkta vårdgarantin från och med 2019 som innebar att patienter som kontaktar primärvården för ett nytt eller försämrat hälsoproblem har rätt till en medicinsk bedömning inom tre dagar, torde inte förändra bilden. Den tidigare vårdgarantin har i en underdimensionerad svensk primärvård sannolikt bidragit till arbetsmiljöproblem och ökande sjukskrivningstal bland allmänläkare [20].

## KONKLUSION

Våra resultat visar på läkarkontinuitetens betydelse för både den stora gruppen yngre vuxna och äldre med komplexa vårdbehov. För den stora gruppen yngre vuxna är sambandet extra tydligt. Satsningar på primärvård och vårdcentraler bör kompletteras med åtgärder för att skapa en primärvård som har hög personlig läkarkontinuitet för alla. Detta skulle utöver belagda positiva effekter på kvalitet och kostnader även kunna bidra till minskat söktryck på akutmottagningar. En primärvård med hög personlig läkarkontinuitet för alla kan således förbättra vårdkvalitet och tillgång till vård och bör genomföras.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

*Citera som: Läkartidningen. 2019;116:FTPW*

## REFERENSER


1. Borgquist L, Engström S. Läkares personkännedom sparade liv och resurser. Personlig kontinuitet viktig i ett nytt svenskt vårdsystem. Läkartidningen. 2019;116:FDZA.
2. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, et al. Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. BMJ Open. 2018;8(6):e021161.
3. SOU 2018:39. God och nära vård – en primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Stockholm: Socialdepartementet; 2018.
4. Cowling TE, Cecil EV, Soljak MA, et al. Access to primary care and visits to emergency departments in England: a cross-sectional, population-based study. PLoS One. 2013;8(6):e66699.
5. Giebel C, McIntyre JC, Daras K, et al. What are the social predictors of accident and emergency attendance in disadvantaged neighbourhoods? Results from a cross-sectional household health survey in the north west of England. BMJ Open. 2019;9(1):e022820.
6. Harris MJ, Patel B, Bowen S. Primary care access and its relationship with emergency department utilisation: an observational, cross-sectional, ecological study. Br J Gen Pract. 2011;61(539):e787-93.
7. Saxena S, George J, Barber J, et al. Association of population and practice factors with potentially avoidable admission rates for chronic diseases in London: cross sectional analysis. J R Soc Med. 2006;99(2):81-9.
8. Scantlebury R, Rowlands G, Durbaba S, et al. Socioeconomic deprivation and accident and emergency attendances: cross-sectional analysis of general practices in England. Br J Gen Pract. 65(639):e649-54.
9. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? J Fam Pract. 2004;53(12):974-80.
10. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. BMJ. 2017;356:j84.
11. Gill JM, Mainous AG 3rd. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. Arch Fam Med. 1998;7(4):352-7.
12. Kohnke H, Zielinski A. Association between continuity of care in Swedish primary care and emergency services utilisation: a population-based cross-sectional study. Scand J Prim Health Care. 2017;35(2):113-9.
13. Weiner JP, Starfield BH, Steinwachs DM, et al. Development and application of a population-oriented measure of ambulatory care case-mix. Med Care. 1991;29(5):452-72.
14. Jee SH, Cabana MD. Indices for continuity of care: a systematic review of the literature. Med Care Res Rev. 2006;63(2):158-88.
15. Ionescu-Ittu R, McCusker J, Ciampi A, et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. CMAJ. 2007;177(11):1362-8.
16. Primärvården i Europa. En översikt av finansiering, struktur och måluppfyllelse. Stockholm: Vårdanalys; 2017. PM 2017:4.
17. Health at a glance 2017. OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2017.
18. Stevens JP, Nyweide DJ, Maresh S, et al. Comparison of hospital resource use and outcomes among hospitalists, primary care physicians, and other generalists. JAMA Intern Med. 2017;177(12):1781-7.
19. SOU 2016:2. Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- sjukvården. Stockholm: Socialdepartementet; 2016.
20. Cederberg J. Många primärvårdsläkare sjukskriver sig. Läkartidningen. 2017;114:EMP7.


**Läs mer!**
Engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se




# Utbrott av barnsängsfeber på två förlossningsavdelningar

## TROLIG SMITTSPRIDNING FRÅN PERSONAL I FYRA AV FEM FALL – BRISTANDE FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENRUTINER

**Malin Bengnér,** docent, smittskyddsläkare, Smittskydd och vårdhygien, Region Jönköpings län
● malin.bengner@rjl.se

**Sara Mernelius,** med dr, molekylärbiolog, Laboratoriemedicin, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping

**Catarina Notelid Claus,** överläkare, verksamhetschef, kvinnokliniken, Höglandssjukhuset, Eksjö

**Christina Gunnervik,** överläkare, kvinnokliniken, Värnamo sjukhus

**Axel Ros,** med dr, chefläkare, Chefläkare och patientsäkerhet, Region Jönköpings län; Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare

**Barnsängsfeber, eller puerperalsepsis,** är en invasiv genital infektion som drabbar den nyförlösta kvinnan. Flera olika bakterier kan ge upphov till puerperalsepsis, men klassisk barnsängsfeber orsakas av grupp A-streptokocker (GAS). Den kliniska bilden domineras av feber, frossa och buksmärta som debuterar under de första dygnen efter förlossning. Sambandet med smitta överförd via sjukvårdspersonal upptäcktes redan av Ignaz Semmelweis i Wien under 1840-talet. Att förlossningsläkarna desinficerade händerna med klorkalk visade sig ha dramatiska effekter för att minska smittspridningen, och detta beskrivs ofta som startpunkten för det som i dag kallas vårdhygien.

Barnsängsfeber är i dag ett relativt ovanligt, men möjligen underrapporterat, tillstånd. Enligt en tidigare artikel i Läkartidningen anmäldes 9 fall av barnsängsfeber till Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag under åren 2010–2014 [1], vilket förstås inte är samtliga inträffade fall. Folkhälsomyndighetens statistik visar att 35 fall av invasiv GAS-infektion anmäldes som barnsängsfeber säsongen juli 2016–juni 2017 och juli 2017–juni 2018 anmäldes 37 fall [2]. Även detta är sannolikt en underskattning, eftersom siffrorna huvudsakligen bygger på positiva blododlingar, vilket inte alltid förekommer.

För att påminna om vikten av noggrann hygien i sjukvården vill vi här beskriva två mindre utbrott av barnsängsfeber på olika sjukhus i vårt län, där utredning kunnat påvisa smitta från personal till patienter.

År 2018 anmäldes 823 fall av invasiv GAS-infektion i Sverige, vilket är det högsta antalet fall sedan invasiv GAS-infektion blev anmälningspliktig 2004. Trots det framstår två utbrott av barnsängsfeber i samma län under ett år som anmärkningsvärt.

### UTBROTT AV BARNSÄNGSFEBER

#### Utbrott 1

I början av 2018 insjuknade 3 kvinnor (patient 1–3) i barnsängsfeber på förlossningsavdelning 1. Den första kvinnan (patient 1) förlöstes vaginalt med efterföljande manuell placentalösning och insjuknade 1 dygn senare med feber och frossa. Hon utvecklade sepsis med svår allmänpåverkan och vårdades på IVA med antibiotika intravenöst. Odlingar visade växt av GAS i blod- och cervixodling.

Patient 2 insjuknade 1 dryg vecka efter patient 1. Hon sökte 2 dygn efter normal, vaginal förlossning med feber och frossa, vilket bedömdes som endometrit. Eftersom hennes status var stabilt behandlades hon med antibiotika peroralt i hemmet. Cervixodling visade växt av GAS; blododling utfördes inte.

**För att påminna om vikten av noggrann hygien i sjukvården vill vi här beskriva två mindre utbrott av barnsängsfeber på olika sjukhus i vårt län ...«**

Dagen efter fall 2 insjuknade patient 3 med feber och frossa, 3 dygn efter normal vaginal förlossning. Detta tolkades initialt som mjölkstockning, och patienten fick återvända hem, men hon återkom nästa dag med buksmärta och konstaterades ha endometrit och lades in med antibiotika intravenöst. GAS påvisades i cervixodling; blododlingar var negativa.

Ungefär 2 veckor senare hittades GAS i odling från näsan hos ett barn fött på samma förlossningsavdelning som dessa tre patienter. Odlingen var tagen som en del av neonatalvårdsavdelningens rutinmässiga screeningprogram, och varken barnet eller barnets mamma hade några infektionstecken.

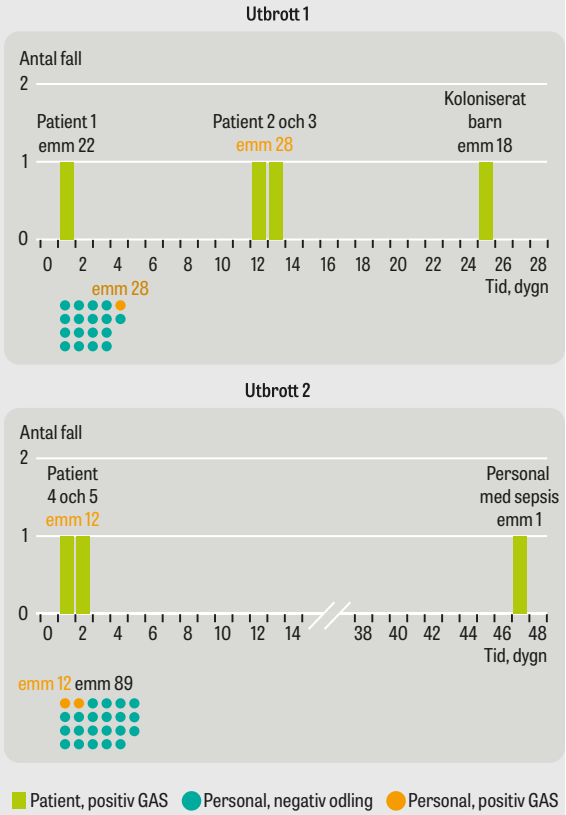
#### Utbrott 2

I slutet av 2018 insjuknade 2 kvinnor i barnsängsfeber (patient 4 och 5) på förlossningsavdelning 2. Patient 4

### HUVUDBUDSKAP

- Utredningen av två utbrott av barnsängsfeber presenteras.
- Hos fyra av de fem patienterna med barnsängsfeber hade smittspridning sannolikt skett från personal.
- Att upptäcka och hantera denna typ av utbrott kräver god kommunikation och bra samarbete mellan alla olika berörda enheter.
- Typning av bakterier kan ge värdefullt stöd i utbrottsutredningar.
- Smittspridningen hade sannolikt kunnat undvikas genom noggrann följsamhet till basala hygienrutiner.
- God följsamhet till basala hygienriktlinjer kräver inte bara att riktlinjerna är väl kända hos dem som arbetar i vården, utan också att det finns förutsättningar för ett gott och noggrant arbete.

**FIGUR 1.** Utbrott 1 och 2




▶ I utbrott 1 hade patient 2 och 3 samma emm-typ som en i personalen, som också vårdat båda dessa patienter. Däremot kunde bakterietypningen utesluta att patient 1 var del av samma smittspridningskedja, trots att hon insjuknade tidsmässigt i nära anslutning till de andra patienterna. Även i utbrott 2 talade såväl epidemiologi som typningsresultat för att smittspridning skett mellan en i personalen och två patienter med barnsängsfeber.

**FAKTA 1.** emm-typning

- emm-typning bygger på sekvensering av emm-genen, som kodar för grupp A-streptokockers (GAS) M-protein.
- Fler än 200 olika emm-typer är identifierade, och vissa typer är mer vanligt förekommande vid svår sjukdom.
- Alla invasiva GAS-isolat isolerade under februari–april varje år samlas in och emm-typas inom ramen för Folkhälsomyndighetens mikrobiella övervakningsprogram.
- Vissa mikrobiologiska laboratorier (för närvarande Folkhälsomyndigheten, Solna, och Lund) typar invasiva GAS-isolat på begäran året runt.

genomgick normal förlossning med tidig hemgång, men insjuknade efter 3 dygn med muskelvärk, feber och frossa. GAS växte i odling från cervix och urin, men inte i blododlingar.

Hos patient 5 inducerades förlossningen på grund av överburenhet. I krystskedet genomfördes perineotomi på grund av hotande fosterasfyxi. Patienten insjuknade med feber, frossa och buksmärta 4 dygn efter partus och vårdades inneliggande med antibiotika intravenöst. GAS påvisades i cervix- och urinodling, men inte i blododlingar.

En dryg månad senare insjuknade en person som arbetade på förlossningsavdelningen i sepsis med växt av GAS i blod.

## Smittspårning

**Epidemiologiska samband.** Patient 2 och 3 var förlösta under samma dygn och av samma personal. Ingen av dessa hade dock vårdat patient 1 eller barnet som var koloniserat med GAS. För patient 4 och 5 hade tre personer ur personalen varit med vid båda förlossningarna. Den i personalen som själv insjuknade hade inte träffat någon av patienterna med barnsängsfeber.

**Symtominventering.** Symtom på streptokockinfektion, som tonsillit eller infekterade sår, inventerades hos personal och medpatienter. Under utbrott 1 var det flera ur personalen som uppgav lindriga halsbesvär, men ingen hade tonsillitbild. Under utbrott 2 hade en i personalen ett mindre sår i ansiktet, och det framkom en anamnes på impetigo hos familjemedlemmar. Ingen hade några sår på händer eller underarmar. Det framkom inga symtom på streptokockinfektion hos de andra medpatienterna eller deras anhöriga.

**Personal- och miljöodlingar.** Vid båda utbrotten genomfördes odlingar på personal som vårdat någon av patienterna med barnsängsfeber eller som hade infektionssymtom, totalt 41 personer. Odlingar togs från svalg och från eventuella hudförändringar, och GAS påvisades hos 3 personer (Figur 1), varav 2 var bärare i svalget utan symtom och den tredje var personen med sår i ansiktet där GAS påvisades i sårodling.

Sammanlagt togs 45 odlingar med tryckplattor från vårdmiljön. Ingen odling var positiv för GAS, men på flera ytor påvisades riklig bakterieväxt som ett tecken på bristande hygien- och/eller städrutiner. Exempel på ytor med riklig växt var handskförpackning, glidslemsflaska, handtag till undersökningslampa och torkpappershållare.

**Bakterietypningar.** Alla GAS-fynd typades med emm-typning (Fakta 1) [3]. I utbrott 1 visade det sig att patient 2 och 3 hade samma emm-typ som den i personalen som var asymtomatisk svalgbärare och som även hade vårdat båda dessa patienter, medan fall 1 och det koloniserade barnet hade andra typer. I utbrott 2 hade patient 4 och 5 samma typ som personalen med sår i ansiktet, som också hade vårdat båda pa-

**»Exempel på ytor med riklig växt var handskförpackning, glidslemsflaska, handtag till undersökningslampa och torkpappershållare.«**

**FAKTA 2.** Falldefinition

**Falldefinition vid anmälan enligt smittskyddslagen (Folkhälsomyndigheten) av invasiv infektion av beta-hemolyserande grupp A-streptokocker (GAS)**

Misstänkt fall, båda dessa kriterier:

- klinisk bild förenlig med nekrotiserande fasciit, nekrotiserande pannikulit, streptokocktoxiskt chocksyndrom eller annan invasiv sjukdom som är orsakad av grupp A-streptokocker
- påvisande av grupp A-streptokocker i prov från relevant icke-steril lokal.

Bekräftat fall:

- isolering av grupp A-streptokocker från blod, likvor eller annan normalt steril lokal.

tienterna. Den i personalen som var bärare i svalget (och som också vårdat båda patienterna) hade en annan typ. Den i personalen som själv insjuknade i en invasiv infektion hade ytterligare en annan emm-typ (Figur 1).

**Vårdhygieniska insatser.** Med utgångspunkt i utbrotten har ett omfattande vårdhygieniskt arbete påbörjats på länets alla tre kvinnokliniker. Personalutbildningar och hygienronder har genomförts på såväl förlossningsavdelningar och vårdavdelningar som mottagningar. En hygiensjuksköterska har auskulterat i verksamheten för att hjälpa till att identifiera riskmoment. I efterförloppet har flera positiva effekter setts, med en viss förbättring av lokaler, bildande av en hygiengrupp och förändrade arbets- och städrutiner med ökat fokus på hygienfrågor.

## DISKUSSION

Utredningarna av de båda utbrotten visade att smittspridning sannolikt skett från personal till patienter i fyra av de fem fallen av barnsängsfeber.

De mikrobiologiska typningarna var ett gott stöd för att både fastslå och utesluta samband mellan patienterna, även om enbart emm-typning inte kan bevisa att smittspridning skett. emm-typning utförs inte rutinmässigt på alla mikrobiologiska laboratorier, men bör övervägas vid anhopning av fall.

Miljöodlingar är ingen exakt vetenskap, men kan ändå ge en fingervisning om hur mycket bakterier som finns i miljön och vilka ytor som kan innebära en extra risk. Att med hjälp av odlingar visualisera det som annars är osynligt för oss har också en tydlig pedagogisk effekt. I de aktuella fallen blev en av slutsatserna att orena handskförpackningar kan ha utgjort en bakteriekälla, som i sin tur kan ha kontaminerat de handskar som använts vid inre undersökning under förlossningen.

### Utrymme för bättre efterlevnad till hygienrutiner

Barnsängsfeber som ett resultat av smittspridning från vårdpersonal till patienter finns beskriven även i modern tid [4]. Detta blir en ovanligt dramatisk illustration av något som i själva verket inte är så sällsynt men som sker i det tysta, nämligen att vårdpersonal sprider bakterier mellan patienter eller från personal till patient. God följsamhet till basala hygienrutiner bryter effektivt smittvägarna genom att vi hela tiden har rena händer när vi tar i patienter eller ren utrustning.

**»Med rena händer och rena handskar undviker vi att flytta vår egen svalgflora till patienternas underliv, för att uttrycka sig lite krasst.«**

En perfekt efterlevnad till hygienrutiner är inte möjlig att uppnå, och ibland finns det givetvis andra medicinska överväganden som måste gå före. Fortfarande finns dock utrymme för förbättringar på de allra flesta håll. Region Jönköpings läns månatliga mätningar av följsamhet till basala hygienrutiner visar genomgående att det som flest missar är att sprita händerna före patientkontakt, trots att det kanske är det allra viktigaste momentet. Dessutom ses ofta bristande rutiner kring handskanvändning. Genom att sprita händerna innan man tar på sig handskar hålls både handskar och handskförpackningar rena, men det momentet missas alltså ofta.

Asymtomatiskt bärarskap av GAS i svalget är vanligt [5], och det kommer därför ofta att finnas någon svalgbärare bland personalen på en förlossningsavdelning. Så länge vi tillämpar basala hygienrutiner är dock spridningsrisken närmast obefintlig. Med rena händer och rena handskar undviker vi att flytta vår egen svalgflora till patienternas underliv, för att uttrycka sig lite krasst.

### Även misstänkta fall ska anmälas

Smittskydd och vårdhygien i Jönköping fick vid båda utbrotten tidigt kännedom om fallen av barnsängsfeber tack vare att vårdpersonal hörde av sig. Smittskyddsanmälan gjordes från början enbart för patient 1, baserat på den positiva blododlingen, så det övervakningssystemet hade inte identifierat utbrotten.

Enligt Folkhälsomyndighetens nuvarande falldefinition för anmälan enligt smittskyddslagen krävs odlingsfynd från normalt steril lokal, såsom blod eller likvor, för en bekräftad invasiv GAS-infektion (Fakta 2). Lagen kräver dock att även misstänkta fall ska anmälas, vilket innebär fall där det finns en klinisk bild av invasiv infektion tillsammans med odlingsfynd från relevant lokal. Falldefinitionen är nu under revision, och möjligen kommer det som i dag beskrivs som misstänkta fall att inkluderas i definitionen av bekräftade fall, vilket ytterligare skulle betona att dessa ska anmälas.

I samband med utbrotten har vi gått ut med information till både kliniker och laboratoriepersonal om att anmäla även misstänkta fall för att förbättra möjligheten att tidigt uppmärksamma anhopningar av fall.

Inget formellt anmälningssystem kan dock helt ersätta goda relationer och smidiga kontaktvägar mellan smittskydd, vårdhygien, mikrobiologiska laboratorier och de kliniska verksamheterna.

## Hygienriktlinjer måste hållas levande

I bägge utbrotten drabbades patienter av allvarlig vårdskada. Den ena händelsen är anmäld enligt lex Maria och för den andra pågår utredning för sådan anmälan.

Att uppmärksamma och dra slutsatser av fall av vårdrelaterade infektioner är ett sätt att hålla frågan om god efterlevnad till hygienriktlinjer levande. Trots goda avsikter och kunskaper kan det annars vara svårt att få den teoretiska kunskapen omsatt i praktiskt arbete, något som beskrivs i Bostonkirurgen Atul Gawandes bok »Better. A surgeon's notes on performance« [6]. Han beskriver där att man dels måste känna sina resultat, dels arbeta med ständig utveckling av sina arbetssätt. Man måste också förstå och analysera skillnaden mellan det tänkta ideala arbetet (»work-as-imagined«) som beskrivs i riktlinjer och det arbete som faktiskt utförs givet alla förutsättningar personalen arbetar i (»work-as-done«) [7] för att kunna förbättra arbetet och göra vården säkrare.

Viktiga förutsättningar för god efterlevnad till riktlinjer kan vara att vårdlokalerna är lämpligt anpassade och utrustade, att arbetsbelastningen är rimlig och att en god patientsäkerhetskultur genomsyrar verksamheten, både dess ledning och de som utför det egentliga vårdarbetet. Ett angreppssätt kan vara att systematiskt och i realtid uppmärksamma varje vårdrelaterad infektion och att reflektera över om något kunnat göras annorlunda för att undvika den.

Efter utbrotten har Smittskydd och vårdhygien i Jönköping också arbetat mer proaktivt genom att kontakta och efterfråga åtgärder från enheter som uppvisar sjunkande följsamhet till basala hygienrutiner redan innan tydliga tecken till smittspridning syns. En ambition är också att ta fram en samlad rapport till enheterna som redovisar mätetal för vårdrelaterade infektioner, antibiotikaanvändning och följsamhet till basala hygienrutiner för att göra det ännu tydligare hur dessa olika parametrar förändras över tid och även påverkar varandra. ○

**Läs mer!**
Engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

*Citera som: Läkartidningen. 2019;116:FR9M*

## REFERENSER

1. Alberts A, Blanck Olerup A, Gustafson P. Klassisk barnsängsfeber existerar fortfarande. 9 fall bland anmälningar till LÖF under 2010-2014. Läkartidningen. 2018;115:EUU9.
2. Folkhälsomyndigheten. Betahemolytiska grupp A-streptokocker (GAS) – invasiv [citerat 24 feb 2019]. https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistik-a-o/sjukdomsstatistik/betahemolytiska-grupp-a-streptokocker-gas-invasiv/?t=county
3. Gherardi G, Vitali LA, Creti R. Prevalent emm types among invasive GAS in Europe and North America since year 2000. Front Public Health. 2018;6:59.
4. From the Centers for Disease Control and Prevention. Nosocomial group A streptococcal infections associated with asymptomatic health-care workers – Maryland and California, 1997. JAMA. 1999;281(12):1077-8.
5. Groth A. Bärarskap och smittspridning av grupp A-streptokocker. Information från Läkemedelsverket. 2012;23(6):39-43.
6. Gawande A. Better. A surgeon's notes on performance. London: Profile Books Ltd; 2008.
7. Braithwaite J, Wears RL, Hollnagel E. Resilient health care. Vol 3. Reconciling work-as-imagined and work-as-done. Boca Raton, FL: CRC Press; 2016.

KARO PHARMA

NYHET!

Det första godkända kombinationsläkemedlet med paracetamol och ibuprofen i Norden

Dolerin® 500 mg/150 mg för akut smärtlindring




Snabbare och överlägsen smärtlindring[1,2]
Vs. paracetamol: i viloläge, p<0,007
Vs. ibuprofen: i viloläge, p<0,003

Ett icke opioidbaserat alternativ

Förenklat doseringsschema som medger maximal dygnsdos 4000 mg/1200 mg
Vs. om patienten kombinerar de ingående aktiva substanserna var för sig.

För mer information besök vår hemsida
www.dolerin.se

För akut smärtlindring
Dolerin®
paracetamol 500mg / ibuprofen 150mg

1. Dolerin® Produktresumé
2. Merry et al British Journal of Anaesthesia 104 (1): 80–8 (2010).

**Dolerin®** filmdragerad tablett innehåller 500 mg paracetamol och 150 mg ibuprofen. Rx, EF, ATC-kod N02BE51. Vanlig dos av Dolerin är 1–2 tabletter var 6:e timme vid behov, vilket ger en maximal dygnsdos av paracetamol och ibuprofen på 4000 mg respektive 1200 mg. **Indikation:** Dolerin är indicerat för tillfällig lindring av akut smärta förknippad med: huvudvärk (ej migrän), ryggvärk, tandvärk, muskelvärk och halsont. Dolerin är indicerat för feber. Rekommenderas inte till barn under 18 år. Patienten bör kontakta läkare om symptomen kvarstår i mer än 3 dagar eller förvärras, eller om produkten krävs i mer än 3 dagar. **Varningar och försiktighet:** Biverkningar kan eventuellt minimeras genom att använda den lägsta effektiva dosen under kortast möjliga tid, som krävs för att kontrollera symtomen. Dolerin ska inte användas tillsammans med andra NSAID preparat pga. ökad risk för allvarliga gastrointestinala blödningar. Dolerin ska inte användas tillsammans med andra läkemedel som innehåller paracetamol pga. ökad risk för allvarlig leverskada. Dolerin ska ej ges under de tre sista månaderna av graviditeten, till patienter med aktiv alkoholism, patienter med svår leversvikt eller svår njursvikt, patienter med hjärnblödning, annan aktiv blödning, ökad blödningsbenägenhet eller blodkoagulationsstörningar, patienter med svår hjärtsvikt, eller till patienter med överkänslighet mot ingående substanser eller andra NSAID-preparat. För fullständig förskrivarinformation se fass.se. Produktresumé uppdaterad 2019-02-11. Karo Pharma AB, Box 16184, 103 24 Stockholm.

SE-DOL-2019-08-6

# Oredlighet i forskning – regleras i lag från årsskiftet

## LAGEN ÖKAR RÄTTSSÄKERHETEN MEN TÄCKER INTE ALLA OMORALISKA BETEENDEN I FORSKNINGEN

**Kjell Asplund,**
professor emeritus i medicin, Umeå universitet, ledamot, Överklagandenämnden för etikprövning, tidigare ordförande i Statens medicinsk-etiska råd
● kjellasplund1@gmail.com

Den så kallade Macchiariniaffären tvingade fram en rad översyner av hur vi i Sverige ska hantera obeprövade metoder i vården och forskningsfusk. Vi har inte tidigare haft någon lag på området. En av utredningarna i Macchiariniaffärens spår har nu resulterat i en ny lag om oredlighet i forskning som träder i kraft den 1 januari 2020 [1]. Några centrala punkter i lagen redovisas i Fakta 1. Den innebär inga principiella ändringar i vad som avses med god forskningssed. Men universitet, högskolor och andra offentliga forskningshuvudmän kan inte längre på egen hand utreda misstanke om oredlighet, sådana ärenden ska i stället utredas av en ny nationell nämnd. Till nämnden kan även andra än forskningshuvudmän anmäla misstänkt oredlighet i forskningen.

Lagen innebär bättre ordning på hur fall av misstänkt oredlighet ska utredas, det blir mer rättssäkert. Men för att kunna förebygga oredlighet i klinisk forskning räcker det inte med lagstiftning: här behöver akademi och kliniska verksamheter ta till sig vad vi i dag vet om oredlighet i forskning, dess drivkrafter och följder. Dessa aspekter på oredlighet beskrivs i denna översikt som ger en del konkreta exempel, bland annat från Macchiariniaffären.

### Forskningsoredlighet och oacceptabelt beteende

När man i den nya lagen definierat forskningsoredlighet har man följt den internationellt etablerade FFP-modellen (fabrication, falsification, plagiarism) [2, 3]: »En allvarlig avvikelse från god forskningssed i form av fabricering, förfalskning eller plagiering som begås med uppsåt eller av grov oaktsamhet vid planering, genomförande eller rapportering av forskning.«

Det är en välavgränsad definition som kan fungera i lagstiftningen. Men det finns många andra förfaranden i forskningen som vi kan uppleva som omoraliska. Sammanslutningen All European Academies (ALLEA), där Kungliga Vetenskapsakademin representerar Sverige, har i en reviderad version av »Den europeiska kodexen för forskningens integritet« listat en rad beteenden som man kallar oacceptabla [2] – på andra håll kallat »parafraud« [4]. I Fakta 2 listas ett urval av dessa beteenden.

Några av dessa punkter förtjänar kommentarer. Hedersförfattarskap, vanligt i klinisk forskning, berörs i den första punkten. Paolo Macchiarini hade en strategi att erbjuda medförfattarskap till många kollegor som gjort högst perifera forskningsinsatser. Den kontroversiella fallbeskrivningen i Lancet 2011 hade 28 författare [5]. Flera av medförfattarna fann så småningom att det varit ett misstag att acceptera erbjudandet, och de kom att dra tillbaka sina medförfattarskap.

I en enkät till nydisputerade vid svenska medicinska fakulteter frågades om man hållit sig till Vancouverreglerna för författarskap. Av de svarande uppgav 39 procent att det funnits medförfattare som inte gjort något betydande bidrag, och lika många svarade att inte alla medförfattare läst och kritiskt granskat artiklarna [6]. Detta citerar jag med reservationen att vi alla tenderar att överskatta våra egna insatser och underskatta andras.

I kliniska publikationer med kommersiella intressen i bakgrunden är det vanligt att spökskrivare anlitas. När en grupp redaktörer på JAMA analyserade frågan fann de att spökskrivare hade anlitats i 8–11 procent av artiklarna i den egna tidskriften, i Lancet och i New England Journal of Medicine [7].

Enligt ALLEA är det oacceptabelt att inte publicera sina forskningsresultat. Att försöka publicera nollresultatet är oftast mycket kämpigare än att få »positiva« resultat med hög statistisk signifikans publicerade. Att få mindre uppseendeväckande resultat publicerade ställer stora krav på forskares integritet men också på tidskriftsredaktörerna. Sedan 2013 finns Alltrials, ett internationellt initiativ stött av bland andra Cochrane Collaboration, BMJ och WHO, för att främja publicering även av kliniska prövningar utan gynnsamma resultat.

Andra moraliska kvaliteter hos forskaren sätts också på prov. Vem vill inte ha en dramaturgisk ansats,

### HUVUDBUDSKAP

- Från kommande årsskifte gäller en ny lag om oredlighet i forskning.
- Fyra av 10 000 publicerade artiklar återkallas på grund av oredlighet. Asiatiska länder toppar listan över återkallade artiklar. I Sverige har oredlighet uppmärksammats mer inom medicinsk forskning än inom andra vetenskapsområden.
- Bland drivkrafterna bakom oredlighet i forskning har universitetens och finansiärernas tyngdpunkt på många publikationer i högprestigetidskrifter särskilt uppmärksammats.
- De flesta som ertappas får i praktiken yrkesförbud som forskare. Bland oredlighetens offer finns medarbetare, institutioner, patienter och vetenskapen i stort.
- Sammanslutningen All European Academies nyligen reviderade kodex för god forskningssed kan tjäna som vägledning.

bygga en berättelse om de stora kunskapsluckorna i introduktionen och under diskussion och slutsatser nå en upplösning där de forskningsfynd som presenterats spelar en central roll i kunskapsbygget? Tona ner, manar ALLEA, annars kommer det att handla om ett oacceptabelt beteende.

## Vad händer med artiklar när oredlighet uppdagas?

Om oredlighet uppdagas tenderar redaktörerna för medicintidskrifterna att inta en försvarsposition [8]. Åter kan Macchiariniärendet tjäna som exempel. Paolo Macchiarinis och hans medarbetares artikel om transplantation av syntetisk trakea publicerades i Lancet 2011. Efter den uppmärksammade serien »Experimenten« i Sveriges Television 2016 började flera av medförfattarna att dra tillbaka sina författarskap och Lancet-redaktionen skrev så småningom ett tillkännagivande, ett »expression of concern«. Sedan Karolinska institutet tagit sitt slutliga beslut i ärendet drog Lancet tillbaka artikeln; då hade det hunnit bli juli 2018. Asymmetrin i tempo mellan accept och tillbakadragande är påfallande – artikeln publicerades några få veckor efter att den sänts in till tidskriften [9], och den drogs tillbaka först flera år efter det att forskningsfusk upptäckts.

Utöver att medförfattare drar tillbaka sina namn, redaktionen skriver ett »expression of concern« och hela artikeln återkallas finns ytterligare en åtgärd som kommit att nyttjas allt flitigare: När det börjar osa katt publicerar författarna en rättelse, som inte alltid går att skilja från ett rent återkallande [10]. På så sätt kan åtminstone en del fuskare slinka undan.

## Omfattning och innovationer

Det enklaste, men också minst känsliga måttet på omfattningen av forskningsoredlighet är antalet artiklar som dras tillbaka (retraction). Detta är inte särskilt vanligt: ungefär 4 av 10 000 artiklar dras tillbaka [10]. Andelen mer än fördubblades för artiklar med publikationsår 2012 jämfört med 2005, men har efter 2012 legat konstant. Eftersom totalantalet publikationer ökar snabbt, ökar dock också totalantalet artiklar som dras tillbaka. Genomsnittstiden från publicering till att artikeln dras tillbaka är 2 år [11], så siffrorna efter 2016 är osäkra. Under de senaste decennierna har misstänkt eller bekräftat fusk (fabricerade eller förfalskade data) varit den vanligaste orsaken till återkallande. När det kring 2005 började komma dataprogram som kunde spåra plagiering och duplicering av data ökade antalet artiklar som drogs tillbaka av dessa orsaker mycket snabbt [12].

Några innovationer inom oredlighetsområdet kan också nämnas. Många tidskriftsredaktioner ber författaren själv föreslå granskare. Då skapar författaren en fejkad mejladress som leder till honom/henne själv [13]. Det är lätt gjort att granskningen blir översvallande när man själv skriver den.

Inte bara mejladresser utan också forskare kan fejkas. När Lars Andersson vid Karolinska institutet analyserade svenska vaccinationsdata fann han att HPV-vaccination inte bara kunde orsaka kroniskt trötthetssyndrom och typ 1-diabetes utan även öka risken för cervixcancer. Men just denne Lars Andersson existerade aldrig – han visade sig vara helt okänd på Karolinska institutet, vilket rapporterades i Läkartidningen i maj 2018 [14]. »Lars Anderssons« motiv: Han ville uppmärksamma att författare av tidigare artiklar i ämnet mörkat de negativa effekterna av HPV-vaccination, och eftersom det handlade om andras forskningsfusk var det berättigat att hans namn som visselblåsare skyddades.

**FAKTA 1. Viktiga punkter i propositionen om ny lag om ansvar för god forskningssed och prövning av oredlighet i forskning [1]**

- En forskare ansvarar för att följa god forskningssed i sin forskning. En forskningshuvudman har det övergripande ansvaret för att forskningen utförs i enlighet med god forskningssed.
- Lagen definierar oredlighet i forskning (se huvudtexten).
- Frågor om oredlighet i forskning ska prövas av en särskild nämnd (Nämnden för prövning av oredlighet i forskning).
- Forskningshuvudmännen ska vara skyldiga att överlämna misstankar om oredlighet i forskning till nämnden.
- Nämnden ska även få pröva frågor om oredlighet i forskning som den fått kännedom om på annat sätt, till exempel genom anmälan direkt till nämnden.
- Nämndens prövning handlar inte om en straffrättslig bedömning. Lagen innehåller därför inga bestämmelser om sanktioner.
- Lagen ska tillämpas på forskning som utförs av statliga universitet och högskolor, övriga statliga myndigheter, statliga bolag och stiftelser, kommuner och landsting, kommunala bolag med flera. Lagen gäller inte privata företag.

**FAKTA 2. Urval av oacceptabla beteenden i forskning enligt All European Academies [2]**

- Manipulera författarskap eller förringa andra forskares roll i eller bidrag till publikationer.*
- Återpublicera stora delar av tidigare publikationer, inklusive översättningar, utan att hänvisa till eller citera originalet (självplagiat).
- Citera selektivt för att framhäva egna resultat eller för att vara redaktörer, granskare eller kollegor till lags.*
- Ge en missvisande bild av forskningsinsatser.*
- Överdriva betydelsen och den praktiska tillämpbarheten av forskningsresultat.*
- Undanhålla forskningsresultat.*
- Missbruka en överordnad ställning för att uppmuntra till brott mot forskningens integritet.
- Låta bidragsgivare/sponsorer äventyra forskningsprocessens eller forskningsrapporteringens oberoende så att bias (partiskhet) introduceras eller sprids.
- Ignorera andras påstådda brott mot forskningsintegriteten eller dölja institutioners olämpliga åtgärder beträffande oredlighet eller andra överträdelser.
- Anklaga andra forskare för oredlighet eller andra överträdelser på ett illvilligt och oberättigat sätt.

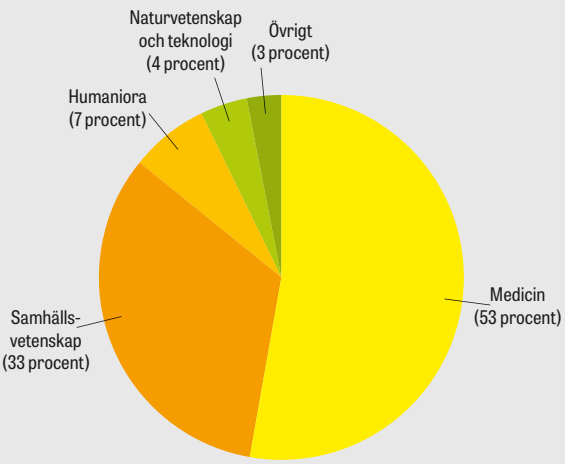
* Beteenden som sannolikt är vanliga och delvis kommenteras i texten.

## Vilka fuskar?

I en kartläggning av oredlighet i biomedicinsk forskning och livsvetenskaper i artiklar publicerade 1977–2011 stod USA för mer än en tredjedel av alla artiklar som dragits tillbaka, följt av Tyskland och Japan [12]. Detta avspeglar i stort sett totalantalet artiklar som då publicerades. I en färskare analys sattes antalet återkallade artiklar i relation till det totala antalet publikationer [15]. Då toppades listan av Iran, sedan kom Rumänien, följt av fem öst- och sydasiatiska länder: Singapore, Indien, Malaysia, Sydkorea och Kina.

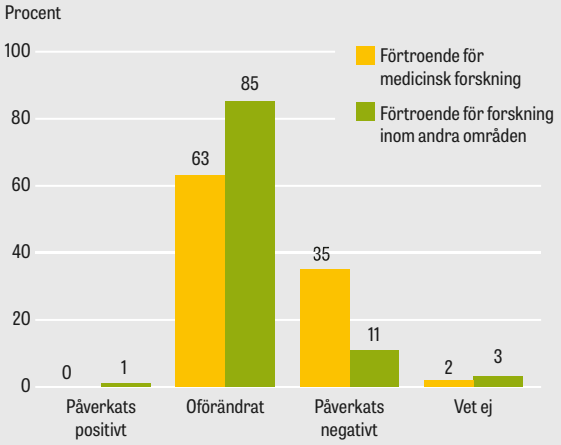
Sverige, då? SOM-institutet vid Göteborgs universitet publicerade 2014 en rapport med titeln »Fusk och

**FIGUR 1.** Områden där anklagade fällts för oredlighet 2002–2013




▶ Fördelning av vetenskapsområden där den anklagade fällts för oredlighet (i originalartikeln benämnt forskningsfusk). Baserat på 72 nyhetsrapporter i SVT och 9 storstadstidningar 2002–2013. Uppgifter ur rapport från SOM-institutet, Göteborgs universitet, 2014 [24].

**FIGUR 2.** Påverkan på förtroende efter rapporteringen om Paolo Macchiarini




▶Svar på en »riksrepresentativ« enkätundersökning med 1 023 svarande i åldrarna 16–74 år genomförd på uppdrag av föreningen Vetenskap & Allmänhet [25]. Enkätfrågorna löd: Har det [som rapporterats om läkaren och forskaren Paulo Macchiarini] påverkat ditt förtroende för: a) medicinsk forskning positivt eller negativt, eller är det oförändrat? b) forskning inom andra områden positivt eller negativt, eller är det oförändrat? Källa: VA-barometern 2016/17. VA-rapport 2016:4.

förtroende«. Den byggde på en genomgång av inslag i Sveriges Television och nio storstadstidningar om forskningsfusk under åren 2002–2013, en metodologisk ansats som inte tillhör de starkaste. Fördelningen av inslag om oredlighet på olika vetenskapsområden sammanfattas i Figur 1. Medicinsk forskning stod för hälften av allt som rapporterades i medierna. En delförklaring kan möjligen vara att sådana fall uppmärksammas mer än fusk inom andra vetenskapsområden.

Finns det inom medicinsk forskning särskilt vanliga typer av oredlighet? Kanske bildmanipulation. Vid en genomgång av över 20 000 artiklar i 40 vetenskapliga tidskrifter 1995–2014 fann granskarna att 3,6 procent av artiklarna innehöll bilder som de bedömde vara manipulerade eller tveksamma [16] (inom denna sfär finns även svenska fall). Inom stamcellsforskningen har det också funnits påfallande många uppmärksammade fall av oredlighet. Listan över forskare med flest återkallade artiklar (inom alla vetenskapliga discipliner) toppas av japanen Yoshitaka Fujii och tysken Joachim Boldt, båda anestesiologer [17].

## Drivkrafterna

När drivkrafterna bakom oredlighet i forskning diskuteras bygger diskussionerna inte på empiriskt underlag, utan på en form av samlad erfarenhet. Några faktorer som särskilt ofta lyfts fram är [18, 19]:

- Publicera eller försvinna (publish or perish)-kultur – universitetens och forskningsfinansiärernas incitament, med tyngdpunkt på många publikationer i högprestigetidskrifter.
- Tidskrifternas preferens för nyheter på bekostnad av sanningshalt. Ett exempel är Paolo Macchiarinis rapport i Lancet om världens första transplantation av syntetisk trakea som publicerades efter en mycket summarisk och snabb referentgranskningsprocess. Preferensen för nyheter är ofta kommersiellt driven – dels ökar de uppmärksamheten för tidskriften, dels kan försäljning av särtryck vara en betydande inkomstkälla för tidskriften om artiklarna är knutna till kommersiella intressen [20].
- Ökad tillgång till stora datamängder som gör det lätt att undersöka samband och publicera selektiva resultat (datautvinning).
- Kontext: Oredlighet är särskilt vanlig inom vissa hårt konkurrensutsatta forskningsområden och vissa länder (se ovan), men beror också på den lokala forskningskulturen.
- Risken för upptäckt är låg. Tidskrifternas granskningssystem är inte ägnade att avslöja datafusk (även om möjligheterna att avslöja rena plagiat har förbättrats).

Ytterligare en drivkraft är uppenbar: Påfängan. Om Joachim Boldt, tysk anestesiolog med hundratalet artiklar återkallade på grund av forskningsfusk, skrev den tidskriftsredaktör som var med och avslöjade fusket: »Boldt var världsexpert, reste första klass för att tala vid möten världen över. Han var 'wined and dined' och ansågs vara en av de ledande experterna inom sitt område« [21]. Joachim Boldts världsrenommé byggde på manipulerade data. Samma mönster återkommer hos flera av storfuskarna.

## Hur går det för fuskarna?

De som ertappas med att ha fuskat döms ofta hårt av arbetsgivare och kollegor – för de flesta finns ingen väg tillbaka till akademin. I en amerikansk kartläggning av forskare finansierade av National Institutes of Health (NIH) gick den vetenskapliga produktionen ner med 92 procent under de följande 6 åren efter att en eller flera artiklar dragits tillbaka på grund av oredlighet (de allra flesta publicerade inget alls) [22]. Forsknings-

finansieringen sjönk drastiskt. Intressant var att den börjat sjunka redan åren innan artiklarna dragits tillbaka [22]. En effekt av att utredning för misstänkt oredlighet pågick? Eller att forskare med sjunkande vetenskaplig framgång i sin desperation frestats att fuska?

Också i Sverige händer det att forskningsfinansiärer fryser eller drar tillbaka anslag. Exempelvis drog Vetenskapsrådet tillbaka sitt anslag till Paolo Macchiarini. Cancerfonden drog tillbaka anslagen till fyra av hans medarbetare som Karolinska institutet bedömt vara medansvariga. Dessa har nu efter en karenstid fått möjlighet att på nytt söka anslag.

## Vilka är offren?

Listan över möjliga offer för oredlighet är lång – medarbetare och de institutioner där forskningen bedrivits kan bli offer, och handlar det om klinisk forskning kan patienter komma till skada. Visselblåsare kan råka illa ut, och samhällets tillit till vetenskapen i stort kan naggas i kanten.

Patienter kan komma till skada om fakta som tagits fram genom oredlighet ligger till grund för klinisk praxis. Joachim Boldts forskning kan åter tjäna som exempel. Han publicerade en rad artiklar om plasmaersättningsmedlet hydroxietylstärkelse, HES (Hemohes), i intensivvården. Flera av hans artiklar hade stort inflytande när kliniska riktlinjer utformades. Forskningsfusk uppdagades, och ett hundratal artiklar har dragits tillbaka. När Boldts artiklar uteslöts ur en metaanalys, visade det sig att intensivvårdspatienter som fått HES hade ökad förekomst av njursvikt och ökad dödlighet [17]. Den europeiska läkemedelsmyndigheten förbjöd användning av HES i intensivvården, och i november 2018 avregistrerades preparatet i Sverige.

Stora oredlighetsavslöjanden som Macchiariniaffären kan skada samhällets förtroende för forskningen. I en befolkningsbaserad enkätundersökning 2016 uppgav 35 procent av de tillfrågade att deras inställning till medicinsk forskning påverkats negativt av Macchiariniaffären. En viss smitteffekt kunde spåras – 11 procent uppgav att de blivit mer negativa även till forskning inom andra områden än medicin (Figur 2).

## Akademins, vårdens och enskilda forskares ansvar

Den nya lagen om oredlighet i forskning, som kommer att gälla från årsskiftet, innebär att mycket av det som länge betraktats som god forskningssed nu har lagfästs [1]. Att en central nämnd i stället för universiteten själva kommer att bedöma misstänkt oredlighet innebär rimligen att det blir mer enhetliga bedömningar över landet och mer rättssäkert. Denna nya ordning kan ses som ett uttryck för brist på tillit till hur universitetens egna granskningar fungerar för närvarande.

Den nya centrala nämnden för prövning av oredlighet i forskning ersätter, med utvidgade uppgifter, expertgruppen för oredlighet i forskning vid Överklagandenämnden för etikprövning (ÖNEP). I dag publicerar expertgruppen sina bedömningar på ÖNEP:s hemsida (utan namn på de anklagade). Även den nya nämndens bedömningar blir offentliga handlingar, något som ger bättre möjlighet att få insyn i bedömningsprocessen för samtliga ärenden om misstänkt oredlighet i landet. Fortfarande kommer det dock att vara forskningshuvudmannen som avgör vilka sanktioner som ska tillgripas mot den som bedömts ha varit oredlig.

Någon stor preventiv effekt kommer den nya lagen knappast att få. I stället måste akademi och klinisk verksamhet gå hand i hand för att förebygga oredlighet inom klinisk forskning. Överallt där forskning bedrivs måste man främja en kultur där fusk överhuvudtaget inte är tänkbart. Det fokus som läggs på storfuskarna (som i denna artikel) riskerar att dra uppmärksamheten från den småfuskare som lurar i oss alla. Som påpekats i en krönika i Nature kan redan små övertramp – som att ta bort en obekväm datapunkt – börja rubba självbilden. Man måste fråga sig: Är jag verkligen den sortens forskare?

Av de många rekommendationer och riktlinjer som finns är de från ALLEA de mest genomarbetade och de bäst förankrade. Där finns mycket att ta till sig för både institutioner och enskilda forskare. Numera finns denna kodex även på svenska [2].

Dessutom kan tidskriftsredaktionerna arbeta mer energiskt med tidig upptäckt av oredlighet. Det finns till exempel statistikprogram som kan signalera om data tillkommit på »naturligt« sätt eller genom att de fabricerats eller förskönats [23]. Tidskrifterna gör ytterst sällan egna granskningar efter varningar om oredlighet. Ett notabelt undantag är tidskriften Anesthesia & Analgesia, där redaktören inledde en egen utredning när han fick varningssignaler om en artikel publicerad i hans tidskrift. Detta ledde till att storfuskaren Joachim Boldt avslöjades [21]. ○

**Läs mer!**
Fullständig referenslista och engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.
*Citera som: Läkartidningen. 2019;116:FTPZ*

## REFERENSER

1. Prop 2018/19:58. Ny ordning för att främja god sed och hantera oredlighet i forskning.
2. Den europeiska kodexen för forskningens integritet. Reviderad utgåva. Berlin: All European Academies (ALLEA); 2018.
3. The Office of Research Integrity. Definition of research misconduct [citerat 19 aug 2019]. https://ori.hhs.gov/definition-misconduct
5. Jungebluth P, Alici E, Baiguera S, et al. Tracheobronchial transplantation with a stem-cell-seeded bioartificial nanocomposite: a proof-of-concept study. Lancet. 2011; 378(9808):1997-2004.
6. Helgesson G, Juth N, Schneider J, et al. Misuse of coauthorship in medical theses in Sweden. J Empir Res Hum Res Ethics. 2018;13(4):402-11.
7. Wislar JS, Flanagin A, Fontanarosa PB, et al. Honorary and ghost authorship in high impact biomedical journals: a cross sectional survey. BMJ. 2011;343:d6128.
8. Berggren C, Karabag SF. Scientific misconduct at an elite medical institute: the role of competing institutional logics and fragmented control. Res Policy. 2019;48(2):428-43.
10. Brainard J, You J. Rethinking retractions. Science. 2018;362(6413):390-3.
11. Steen RG, Casadevall A, Fang FC. Why has the number of scientific retractions increased? PLoS One. 2013;8(7):e68397.
12. Fang FC, Steen RG, Casadevall A. Misconduct accounts for the majority of retracted scientific publications. Proc Natl Acad Sci U S A. 2012;109(42):17028-33.
13. Haug CJ. Peer-review fraud – hacking the scientific publication process. N Engl J Med. 2015;373(25):2393-5.
15. Oransky I. Volunteer watchdogs pushed a small country up the rankings. Science. 2018;362(6413):395.
16. Bik EM, Casadevall A, Fang FC. The prevalence of inappropriate image duplication in biomedical research publications. MBio. 2016;7(3).
17. Marcus A. A scientist's fraudulent studies put patients at risk. Science. 2018;362(6413):394.
18. SOU 2017:10. Ny ordning för att främja god sed och hantera oredlighet i forskning. Betänkande av Oredlighetsutredningen. Stockholm: Utbildningsdepartementet; 2017.
19. Judson HF. The great betrayal. Fraud in science. Orlando, FL: Harcourt; 2004.
21. Wise J. Boldt: the great pretender. BMJ. 2013:346:f1738.
22. Stern AM, Casadevall A, Steen RG, et al. Financial costs and personal consequences of research misconduct resulting in retracted publications. Elife. 2014;(3):e02956.
24. Andersson U. Fusk och förtroende. Om mediers forskningsrapportering och förtroendet för forskning. Göteborg: Göteborgs universitet, SOM-institutet; 2014. SOM-rapport 2014:27.
25. VA-barometern 2016/17. Stockholm: Vetenskap & Allmänhet. VA-rapport 2016:4.



HEIDI STENSMYREN:

# Lojala läkare garant för en trygg vård

## Läkarförbundet vill…

…att ingen ska bli sjuk av sitt jobb. Trenden med ökande sjukskrivningstal bland läkare måste brytas.

**Då krävs bland annat:**

- ✓ Kontinuerlig kompetensutveckling
- ✓ Rimliga arbetstider under hela arbetslivet
- ✓ Inflytande över arbetets organisering

□□□ "Ett bra arbetsliv innebär att man kan påverka sin arbetssituation. Det gör också att man trivs på jobbet och vill ta på sig nya arbetsuppgifter. När unga läkare rekryteras i dag blir de bara en rad på schemat, utan möjlighet att påverka. Det fungerar inte i längden", säger Heidi Stensmyren.

HEIDI STENSMYREN lyfter arbetsmiljö och läkares villkor i en artikel på Trygg vård. Allt fler läkare vittnar om att de har allt mindre möjligheter att påverka sin egen arbetssituation. Den tuffa arbetsmiljön gör att stress och sjukskrivningar ökar. Grunden för en trygg vård är läkarnas utveckling, inflytande och villkor. På frågan om dagens arbetsmiljö och allt tuffare villkor i stället innebär att vi har en otrygg vård idag, tvekar Heidi Stensmyren en kort stund.

– Det stämmer att vi har en otrygg och utsatt arbetssituation för många läkare, men vi står fortfarande som en garant för en trygg vård. Tyvärr sker det ofta på bekostnad av läkarnas egen hälsa, säger hon.

Många läkare vittnar om omöjligheten att påverka sin egen arbetssituation. Inför avtalsrörelsen 2020 har Läkarförbundet gjort en enkät till sina medlemmar, där uppger endast hälften att de i viss utsträckning kan påverka sin arbetssituation och arbetsmiljö.

Arbetsmiljön är en prioriterad fråga för Läkarförbundet och man pekar på stora brister i villkoren för många läkare, exempelvis möjligheten till rast, vila och återhämtning. Utbrändhet och utmattning ökar bland unga läkare i dag, särskilt bland kvinnor. 70 procent av läkarna anser också att dagens arbetsmiljö gör att patientsäkerheten är i fara.

– Det är en alarmerande siffra. Det saknas vårdplatser på sjukhusen samtidigt som primärvården är underdimensionerad. Och den dag en patient skadas kommer en enskild läkare att få stå där med ansvaret. På politikernivå tror jag bara att man blundar och hoppas att det ska gå vägen så länge som möjligt, säger Heidi Stensmyren.

Läs hela artikeln på:
→ **www.tryggvard.se**

PÅ TRYGGVARD.SE vill vi synliggöra Sveriges läkare. Vi vill öka förståelsen för våra medlemmars arbetsinsats, hur förutsättningarna för att göra ett tillfredsställande jobb ser ut och vad det innebär att vara läkare idag.

# Läkarförbundets uppdaterade sjukvårdspolitiska program

Bot och bättring – recept för hälso- och sjukvården är Läkarförbundets uppdaterade sjukvårdspolitiska program från 2019.

SVERIGES LÄKARFÖRBUNDS sjukvårdspolitiska program är en uttolkning av det kärnuppdrag som definieras i stadgarna: *att upprätthålla en god och värdig anda inom kåren, att tillvarata medlemmarnas yrkesmässiga, sociala och ekonomiska intressen, att främja medlemmarnas utbildningsmässiga och vetenskapliga intressen och att befordra hälso- och sjukvårdens ändamålsenliga utveckling.*

Vissa delar beskriver en välkänd äldre värdegrund, medan andra är politik som utarbetats på senare år via förbundets arbete i råd, delegationer, representantskap och i det politiska arbetet på fullmäktige. I ytterligare andra delar har vi mer målformuleringar medan vägen fram inte är formulerad.

Läkarförbundets politiska program utgör basen för Strategi 2020, som i sin tur tydliggör de frågor som på längre sikt är prioriterade för att uppnå Läkarförbundets ändamål.




Läs hela det sjukvårdspolitiska programmet på vår webbplats!

→ **www.lakarforbundet.se/publikationer**

# För alla läkare under hela karriären





I AVSNITT 4 av vår filmserie *Det här gör Läkarförbundet för dig* följer Hampus läkaren Miriam genom livet och karriären. Från Miriams barndomsdröm om läkaryrket till hennes upplevelse som medlem i facket som läkarstudent, och vidare till när hon blivit ST-läkare och vill förändra sin arbetssituation. Hampus hänger med och svarar på frågor som dyker upp längs vägen när Miriam ska bli förälder, är nybliven Verksamhetschef och fram till dess att hon närmar sig pensionsåldern.

Läkare är du hela livet, som medlem i Läkarförbundet kan du driva aktuella frågor för läkarkåren och få råd och stöd från oss under hela karriären, från studierna till pensionen.

Se hela serien *Det här gör Läkarförbundet för dig* i filmsektionen på vår webbplats!

→ **www.lakarforbundet.se/filmer**

## Använd Min sida och slipp vänta!

För att underlätta för dig som medlem, utvecklar vi kontinuerligt våra digitala system och verktyg. Nu finns det självservicetjänster på Min sida.

På Min sida ändrar du själv det mesta som rör dig och ditt medlemskap. Bland annat kan du byta föreningar, ändra dina kontaktuppgifter och se dina tre senaste fakturor.

→ **www.lakarforbundet.se/min-sida**

## Läkarförbundets åsiktspanel uppdateras

För knappt ett år sedan startade vi upp en åsiktspanel för att enkelt kunna ta del av våra medlemmars åsikter. Panelen består idag av ungefär 3 500 medlemmar som under året engagerat sig i frågor om bland annat läkares attityder till chefer, inhyrd personal, nätläkare och frågor om jour- och beredskap. Resultaten utgör strategiska underlag för oss i såväl debatten som i förhandlingsarbetet. Alla läkare i panelen gör ett viktigt arbete för förbundet.

I början av nästa år kommer vi att uppdatera panelens deltagare! Anmäl ditt intresse att delta på vår webbplats.

→ **www.lakarforbundet.se/panel**

**Följ oss!**

**Facebook**
facebook.com/lakarforbundet

**Twitter**
@lakarforbundet

**Instagram**
lakarforbundet

**LinkedIn**
Sveriges läkarförbund

**YouTube**
Sveriges läkarförbund

Sveriges läkarförbund
*Den medicinska professionens organisation*

# Läkarkarriär.se SVERIGES LEDANDE ANNONSFORUM FÖR LEDIGA LÄKARTJÄNSTER

Läkartidningen och Läkarkarriär.se är Sveriges ledande forum för lediga läkartjänster, stipendier och kurser. Här hittar du merparten av de lediga läkarjobben i Sverige, sökbara på specialitet och geografisk placering. Listan följer Socialstyrelsens förteckning över medicinska specialiteter. Om inte specialiteten framgår i annonsen, läggs tjänsten under Övriga läkartjänster/Övriga tjänster.
På www.lakartidningen.se finns all information om bokning av platsannonser.

| | Ansökningstiden utgår | Annons i nr |
|---|---|---|
| **AKUTSJUKVÅRD** | | |
| Spec-läkare akutsjukvård, Holbæk Sygehus, Holbæk/Danmark | 2/1 | 49-50 |
| **ALLMÄNMEDICIN** | | |
| Distriktsläkare eller leg läkare, BrommaAkuten VC, Bromma/Sthlm | | 48 |
| Spec-läkare allmänmedicin/geriatrik, Närhälsan, Gråbo VC, Lerum | 31/12 | 51-52 |
| Spec-läkare, ordinarie tjänst, Ålands hälso- & sjukvård | | 51-52 |
| Spec-läkare, Fridhemsplans Vårdcentral, Stockholm | | 48 |
| Spec-läkare, Närhälsan, Styrsö VC, Göteborg | 18/1 | 51-52 |
| Spec-läkare, VC Sjöbo, Region skåne, Sjöbo | | 49-50 |
| Spec-läkare/Handledare & Med rådgivare, Närhälsan, Dalaberg VC, Uddevalla | 22/12 | 51-52 |
| **ANESTESI- OCH INTENSIVVÅRD** | | |
| Spec-läkare & ST-läkare, Anestesi & Intensivvård, Länssjh Kalmar, | | 51-52 |
| Spec-läkare/ÖL OpAnIVA, Falu Lasarett, Falun | 31/12 | 51-52 |
| ÖL, anestesi & smärtläkare, Skånes sjukhus nordväst, Helsingborg | | 51-52 |
| ÖL, AnOpIVA (helikopter- & flygläk-jour), Norrlands Univ sjh, Umeå | | 48 |
| **BARN- OCH UNGDOMSMEDICIN** | | |
| Spec-läkare, Fridhemsplans Vårdcentral, Stockholm | | 48 |
| **ENDOKRINOLOGI OCH DIABETOLOGI** | | |
| Spec-läkare endokrinologi, Region Värmland | | 49-50 |
| **ETABLERINGAR OCH ÖVERLÅTELSER** | | |
| Ersättningsetablering Allmänmed överlåt under 2020, Helsingborg | 30/1 | 51-52 |
| Ersättningsetablering Allmänmed, Vällingby Läkarhus, Stockholm | 13/1 | 48 |
| Ersättningsetablering Allmänmedicin, överlåtes aug 2020, Gävle | 20/12 | 48 |
| Ersättningsetabl Psykiatri, möjligt överta lokal, Södermalm/Sthlm | | 48 |
| Ersättningsetablering ÖNH, enligt nationella taxan, Uppsala | 22/12 | 48 |
| Spec-läk, ÖV Sophiahemmet & Hötorget, möjligt delägarskap, Sthlm | | 49-50 |
| **GERIATRIK** | | |
| Spec-läkare allmänmedicin/geriatrik, Närhälsan, Gråbo VC, Lerum | 31/12 | 51-52 |
| Spec-läkare, Fridhemsplans Vårdcentral, Stockholm | | 48 |
| **HUD- OCH KÖNSSJUKDOMAR** | | |
| Hudspecialistläkare, Luna Hudmottagning, Södertälje | | 49-50 |
| Spec-läkare/ÖL, Hudkliniken, Länssjukhbuset i Kalmar, Kalmar | | 51-52 |
| **INFEKTIONSSJUKDOMAR** | | |
| Smittskyddsläk/verks chef, smittskydd & vårdhyg, Mälarsjh Eskilstuna | 7/1 | 51-52 |
| Spec-läkare Infektionsklin/Venhälsan, Södersjukhuset, Stockholm | | 51-52 |
| **INTERNMEDICIN** | | |
| Spec-läk, ÖV Sophiahemmet & Hötorget, möjligt delägarskap, Sthlm | | 49-50 |
| Spec-läkare, Mag-tarmmedicinska kliniken, Östergötland | 31/1 | 48 |
| Spec-läkare, inriktn stroke, kardio, endokrin, Lasarettet, Enköping | 18/12 | |
| **KARDIOLOGI** | | |
| Pacemaker- & arytmiinriktad kardiolog, Sundsvalls sjukhus | | 51-52 |
| Spec-läkare, område hjärta, neuro & rehab, Östersund | | 51-52 |
| **KIRURGI** | | |
| Överläkare, allmänkirurgi, Gotland | 15/1 | 49-50 |
| Överläkare, VO Kirurgi-Ortopedi-Urologi, Södertälje Sjukhus | 31/12 | 49-50 |
| Legitimerad läkare, Lasarettet, Enköping | 18/12 | |
| **KLINISK FYSIOLOGI** | | |
| Spec-läk Klin fys &/el nuklearmedicin, Skånes sjh nv, Helsingborg | | 51-52 |
| Spec-läkare, Hjärt & kärlcentrum fysiologlab Södertälje, Södertälje | | 48 |
| **MEDICINSK GASTROENTEROLOGI OCH HEPATOLOGI** | | |
| Spec-läkare, Mag-tarmmedicinska kliniken, Östergötland | 31/1 | 48 |
| **NEUROLOGI** | | |
| Spec-läkare Medicinklin i Norrköping | 22/12 | 49-50 |
| Spec-läkare, hjärta, neuro & rehab, Östersund | | 51-52 |
| ÖL/Spec-läkare, Skånes sjukhus nordväst, Helsingborg | | 49-50 |
| **NUKLEÄRMEDICIN** | | |
| Spec-läk Klin fys &/el nuklearmedicin, Skånes sjh nv, Helsingborg | | 51-52 |
| **OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI** | | |
| Professor med vetensk, obstetrik & gynekologi, Örebro universitet | 6/1 | 48 |
| Sektionschef, Skånes universitetssjukhus, Lund/Malmö | | 51-52 |
| Spec-läkare allmängynekologi, Nordic IVF & Gynekologi, Stockholm | | 49-50 |
| Spec-läkare infertilitet/IVF, Nordic IVF & Gynekologi, Malmö | | 49-50 |
| Spec-läkare, kvinnlig gynekolog till mottagning i innerstaden, Sthlm | | 51-52 |
| Överläkare/Spec-läkare, Lasarettet, Enköping | 18/12 | |
| **ORTOPEDI** | | |
| Överläkare, VO Kirurgi-Ortopedi-Urologi, Södertälje Sjh, Södertälje | 31/12 | 49-50 |
| Överläkare, Lasarettet, Enköping | 18/12 | |
| **PSYKIATRI** | | |
| Försvarsöverpsykiater, Försvarsmed centr, Försvarsmakten, Gbg | 31/1 | 49-50 |
| Spec-läkare, Psykiatri Affektiva, Sahlgrenska Univ sjh, Göteborg | 31/12 | 51-52 |
| Överläkare Vuxenpsykiatri, Skaraborgs Sjukhus, Lidköping | 18/12 | 48 |




**RADIOLOGI**

| | | |
|---|---|---|
| Spec-läkare thoraxradiologi, BFC, Akademiska sjukhuset, Uppsala | | 51-52 |
| Överläkare/Spec-läkare, Lasarettet, Enköping | 18/12 | |

**REHABILITERINGSMEDICIN**

| | | |
|---|---|---|
| Spec-läkare, hjärta, neuro & rehab, Östersund | | 51-52 |

**STIPENDIER / ANSLAG / BIDRAG**

| | | |
|---|---|---|
| Anslag Psykiatrisk forskning, Prof Bror Gadelius Minnesfond | 15/2 | 49-50 |
| Stipendier, forskning Human nutrition, H & J Throne-Holsts stiftelse | 1/3 | 49-50 |

**ST-TJÄNSTER**

| | | |
|---|---|---|
| Spec-läkare & ST-läkare, Anestesi & Intensivvård, Länssjh Kalmar, | | 51-52 |
| ST-läkare i Vårdhygien, Region Västernorrland | | 48 |
| ST-läkare, gastroentero- & hepatologi, Mag-tarm klin, Östergötland | 31/1 | 48 |
| ST-läkare, Ögonsjukdomar, Akademiska sjukhuset, Uppsala | | 48 |

**UROLOGI**

| | | |
|---|---|---|
| Spec-läkare, VO Kirurgi-Ortopedi-Urologi, Södertälje Sjukhus | 31/12 | 49-50 |

**VIKARIAT**

| | | |
|---|---|---|
| Hälsocentralsläkare, vikariat, Ålands hälso- & sjukvård, Åland | | 51-52 |

**ÖGONSJUKDOMAR**

| | | |
|---|---|---|
| Spec-läkare (konsult) Optalux Ögonklinik, Stockholm | | 48 |
| Spec-läk/ÖL (3 st) Ögonmott i Sundsvall, Sollefteå & Örnsköldsvik | | 49-50 |
| Ögonläkare & Kataraktkirurger, Memira Eyecenter, Stockholm | | 51-52 |
| Ögonspec, Medsyn Ögonklinik, Tumba/Södertälje/Upplands Väsby | | 48 |

**ÖRON-, NÄS- OCH HALSSJUKDOMAR**

| | | |
|---|---|---|
| Överläkare, Ålands hälso- & sjukvård, Åland | | 49-50 |

**ÖVRIGA LÄKARTJÄNSTER**

| | | |
|---|---|---|
| Chefläkare, NU-sjukvården, Trollhättan | 7/1 | 51-52 |
| Läkarchef Medicinska specialistklin, Lasarettet i Motala | 6/1 | 49-50 |
| Läkare, uppdrag över hela landet, Skandinavisk Hälsovård AB | | 48 |
| Spec-läkare eller överläkare, Region Sörmland | | 51-52 |
| ÖL, Diagnostiskt Centrum, Skånes universitetssjukvård, Helsingborg | | 51-52 |

**ÖVRIGA TJÄNSTER**

| | | |
|---|---|---|
| Arbeta med Snomed CT till stöd för e-hälsa, Socialstyrelsen | | 51-52 |
| Områdeschef, Område III, NU-sjukvården, Trollhättan | 7/1 | 51-52 |
| Verksamhetschef Thorax-kärlkliniken, Univ sjh Linköping | 2/1 | 49-50 |
| Projektledare förö införande av BT, region Stockholm | 18/12 | |



Nordic IVF & Gynekologi

Vi utökar verksamheten i både Stockholm och Malmö och söker nya medarbetare!

- **Stockholm:**
  Specialistläkare inom allmängynekologi
- **Malmö:**
  Specialistläkare inom infertilitet/IVF

Läs mer på www.nordicivf.se och hör av dig med frågor till jobb@nordicivf.se!

Skandinavisk Hälsovård AB

# Det naturliga förstahandsvalet för läkare.

Vi har spännande och intressanta uppdrag över hela landet för alla läkarkategorier.

**Kontakta oss:**
Skandinavisk Hälsovård AB
0243-945 00 | info@shvab.se




## Vi söker:

**OMRÅDESCHEF**
NU-sjukvården, Område III, Trollhättan
**Referensnummer:** 2019/6703
**Sista ansökningsdag:** 2020-01-07

**CHEFLÄKARE**
NU-sjukvården, Trollhättan
**Referensnummer:** 2019/6704
**Sista ansökningsdag:** 2020-01-07

**SPECIALISTLÄKARE ALLMÄNMEDICIN / GERIATRIK**
Närhälsan, Gråbo vårdcentral, Lerum
**Referensnummer:** 2019/5530
**Sista ansökningsdag:** 2019-12-31

**SPECIALIST I ALLMÄNMEDICIN / HANDLEDARUPPDRAG OCH MEDICINSK RÅDGIVARE**
Närhälsan, Dalaberg vårdcentral, Uddevalla
**Referensnummer:** 2019/6108
**Sista ansökningsdag:** 2019-12-22

**SPECIALISTLÄKARE ALLMÄNMEDICIN**
Närhälsan, Styrsö vårdcentral, Göteborg
**Referensnummer:** 2019/6660
**Sista ansökningsdag:** 2020-01-18

**Mer info och fler lediga tjänster hittar du på:**
vgregion.se/jobb

VI SKA BLI SVERIGES BÄSTA OFFENTLIGA ARBETSGIVARE
VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Södersjukhuset söker

# Specialistläkare

till Infektionskliniken/Venhälsan

Läs mer på sodersjukhuset.se/jobb

SÖS
SÖDERSJUKHUSET



Vi är en del av Stockholms läns landsting



## Vill du vara del av Memiras expansion?

Nu bygger vi Skandinaviens nya koncept med ett komplett erbjudande inom syn och ögonhälsa. I dag finns konceptet i Stockholm, men snart även på flera andra platser. Under hösten 2020 flyttar Memira Eyecenter in i det nya Eye Center of Excellence vid Karolinska universitetssjukhuset - ett centrum där vård, forskning och utveckling inom ögonområdet stimuleras genom nära samverkan mellan akademin, offentliga och privata aktörer.

**Vi expanderar och behöver fler ögonläkare och kataraktkirurger - vill du vara med på resan?**

”Connecta” med oss på memira.se/jobb.
Eller ring HR Manager Elisabeth Fahle Gårdebäck på nummer 072- 389 96 96.

memira EYECENTER

## Bevaka kurser inom din specialitet

Registrera dig till Lipus kursbevakning

Lipus

REGION SKÅNE SÖKER:

# Sektionschef

Vi söker nu en sektionschef till Skånes universitetssjukhus, sektionen för obstetrik med drygt 25 läkare. Rollen innefattar tjänstgöring i både Lund och i Malmö, med ett närvarande chefskap på bägge orter.

Som sektionschef fungerar du som läkarnas närmaste chef och har ansvar för den medicinska verksamheten, medarbetare i sektionen och dess ekonomi. Du är en del av verksamhetsområdets ledningsgrupp och har ett gemensamt ansvar för hela verksamhetsområdet.

I din roll som sektionschef bidrar du till att utveckla vården inom verksamheten och stöttar aktivt uppdraget för forskning och utbildning. Du är en central person i arbetet med att skapa en jämlik vård i hela verksamheten. Du verkar för att sektionen fungerar som en enhetlig enhet med jämlik resursfördelning inklusive bemanning, kompetensutveckling och arbetsfördelning, allt för att säkra en jämlik vård. Du samarbetar med de omvårdnadsansvariga, områdeschef och enhetschefer inom obstetriken.

En av de viktigaste uppgifterna i din yrkesroll är att bygga upp struktur och innehåll i utbildningen av våra nya specialister som väljer obstetrikspåret, och därmed säkra kompetensförsörjningen.

Sista ansökningsdatum: 2020-02-01
Välkommen med din ansökan.
Läs mer på **Skane.se/jobb**

**Gör skillnad. Varje dag.**
Region Skåne ansvarar för hälso- och sjukvård, kollektivtrafik och en hållbar utveckling i hela Skåne. Vårt högsta beslutande organ är regionfullmäktige, som väljs direkt av invånarna i Skåne.
Region Skåne är en värderingsstyrd organisation som arbetar med värderingarna välkomnande, drivande, omtanke och respekt som grund för allt vi gör.

Socialstyrelsen
Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg

## Arbeta med Snomed CT till stöd för e-hälsa

www.socialstyrelsen.se/ledigajobb

AKADEMISKA SJUKHUSET



## Specialistläkare inom thoraxradiologi, BFC

Vi söker en specialistläkare med existerande eller blivande inriktning mot thoraxradiologi som även kan ha intresse för hjärtdiagnostik med MR och DT förutom lungdiagnostik. För mer information, kontakta verksamhetschef Adel Shalabi på 018-611 47 91.

Välkommen att söka tjänsten på vår hemsida, sök efter AS1109/2019.

WWW.AKADEMISKA.SE/ARBETA

REGION UPPSALA

# Läkarkarriär.se



Region Västernorrland söker

## pacemaker- och arytmiinriktad kardiolog

*till Sundsvalls sjukhus*

**Läs mer och ansök på www.rvn.se/jobb**

Region Västernorrland

---

Region Dalarna söker

## Specialist/Överläkare OpAnIVA Falun

Falu Lasarett kombinerar länssjukhusets bredd med en god stämning och välkomnande atmosfär. OP/AN/IVA-kliniken är en länsklinik med bl.a. Intensivvård, Anestesimottagning, Centraloperation och Dagkirurgi. Välkommen med din ansökan!

**Ansök senast: 2019-12-31 via regiondalarna.se/ledigajobb**

REGION DALARNA

---

- **Är du specialist i allmänmedicin?**
- **Vill du jobba i en växande verksamhet i nya lokaler i centrala Stockholm?**
- **Jobbar du inom slutenvården och vill bli dubbelspecialist?**
- **Är du geriatriker eller barnläkare och vill jobba inom öppenvården?**

### Då ska du läsa vidare!

På Fridhemsplans Vårdcentral arbetar, förutom allmänläkare, även specialistläkare inom psykiatri, endokrinologi, gastroenterologi och internmedicin. Vi har för närvarande 10 500 listade patienter. Vår Lättakut bemannas av underläkare som tar hand om patienter med lättare akuta åkommor så att specialistläkarna kan erbjuda kontinuitet till listade patienter med mer komplexa sjukdomsbilder.
Alla patienter som söker för psykisk ohälsa erbjuds direkt tid till någon av våra egna anställda samtalsterapeuter.
Det finns en stabil sköterskegrupp och en växande hemsjukvård som samverkar med äldremottagningen.
Våra medicinska sekreterare ser till att diktaten oftast är klara samma dag.

**Låter detta intressant?**

**Välkommen med din ansökan till: info@fpvc.se**

FRIDHEMSPLANS VÅRDCENTRAL



Pontus Netré
verksamhetschef

---

# Läkarkarriär.se

# Kvinnlig gynspecialist

**Stockholm**

Samarbete med kvinnlig gynspecialist önskas till gynekolog-mottagning i innerstaden.

**Svar till:** gg44g@yahoo.com




Ålands hälso- & sjukvård

Vi söker läkare:

- **specialistläkare i allmänmedicin** (ordinarie tjänst)
- **hälsocentralläkare** (vikariat)

Se mer information om tjänsterna:
**www.ahs.ax/jobba**

# Hudspecialistläkare

## Södertälje

Vi erbjuder dig en plats hos oss på Luna Hudmottagning – en privat mindre mottagning som står under landstinget.

Luna Hudmottagning har sedan 2006 tagit emot patienter från Stockholms län, Södermanlands län och Uppsala län.

Vi är i dagsläget två anställda – en specialistläkare samt en undersköterska. Vi utgör ett mycket väl fungerande team. Nu expanderar vi och söker en kollega som vill vara med och utveckla verksamheten.

Vi söker dig som är specialiserad inom hud. Du ska ha goda kunskaper kring hudsjukdomar och kunna operera bort mindre hudförändringar. Stor vikt kommer att läggas vid personlig lämplighet samt god samarbetsförmåga.

Hudmottagningen ligger i Läkarhuset Luna, centralt beläget i Södertälje, med en kort promenad från pendeltåg och buss.

**Mer info;** Sam Al Sabori, Hudspecialist, tfn 070 454 09 85
**Ansökan;** skickas till lunahudmottagning@gmail.com

**Välkommen med din ansökan!**

REGION SKÅNE SÖKER

REGION SKÅNE

# Specialistläkare

Klinisk Fysiologi och/eller nuklearmedicin
Klinisk fysiologi och nuklearmedicin
Skånes sjukhus nordväst
Helsingborg

Alla jobb hittar du på **Skane.se/jobb**

**Gör skillnad. Varje dag.**

Region Skåne ansvarar för hälso- och sjukvård, kollektivtrafik och en hållbar utveckling i hela Skåne. Vårt högsta beslutande organ är regionfullmäktige, som väljs direkt av invånarna i Skåne.
Region Skåne är en värderingsstyrd organisation som arbetar med värderingarna välkomnande, drivande, omtanke och respekt som grund för allt vi gör.



**Fortsätt din karriär hos oss!**

Specialistläkare eller överläkare?
Vill du bidra med engagemang och kunskap i en utvecklande arbetsmiljö?
Välkommen till Region Sörmland!
Kontakta rekryteringsspecialist
Pernilla Egeland, 072-143 13 94
eller läs mer på

regionsormland.se/jobbahososs

REGION SÖRMLAND

UTMANANDE OCH LÄRORIKT

**specialistläkarjobb**




Söker du ett utmanande och lärorikt arbete där du verkligen får känna dig behövd?

Välkommen som specialistläkare till oss på **område hjärta, neurologi och rehabilitering** i Östersund!

Vi söker nu specialistläkare till smärtenheten och neurologimottagningen. Vi är välfungerande och små enheter med nära till beslut och högt i tak.

** Du blir en del av ett kunnigt och erfaret gäng som uppmuntrar och stöttar varandra.*

**regionjh.se/lakarjobb**

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN







**Sahlgrenska Universitetssjukhuset söker:**

# SPECIALISTLÄKARE

Psykiatri Affektiva,
Specialiserad ätstörningsavdelning 618
**Referensnummer:** 2019/6451
**Sista ansökningsdag:** 2019-12-31

**Mer info och fler lediga tjänster hittar du på:**
vgregion.se/jobb

VI SKA BLI SVERIGES BÄSTA OFFENTLIGA ARBETSGIVARE
VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

**PROSTATACANCER** drabbar
**10 000** män **VARJE ÅR.**

**SWISHA** till Prostatacancerfonden **900 10 17**

Varmt **TACK**!

90 KONTO SVENSK INSAMLINGS KONTROLL

PROSTATACANCER FÖRBUNDET

Vi söker nu

# Projektledare

## för införande av BT i Region Stockholm

Läs mer om tjänsten på **www.sll.se/ledigajobb**
**Ref.nr: 166848**

Välkommen in med din ansökan!

Region Stockholm

---

# INTERNMEDICINARE SÖKES

## TILL PRIVATMOTTAGNING

Vill du arbeta privat inom en väletablerad öppenvårdsverksamhet i centrala Stockholm? Vi finns på Sophiahemmet och i Hötorgscity. Pga stundande pensionering finns möjlighet att förvärva delägarskap.
**Maila till:** peter.lindstrom@medicinmottagningen.se

---

# Ögonspecialist

**Stockholm**

OPTALUX
PERSONLIG ÖGONKIRURGI

Konsultläkare sökes till Optalux Ögonklinik på Östermalm och Odenplan. Vi är anslutna till Vårdval Stockholm. Vi lägger stor vikt på kompetens och erfarenhet. Se mer på **www.optalux.se**
**Info:** Michael Tadjer, michael.tadjer@optalux.se eller tfn 0707 63 32 04

---

Lasarettet i Enköping

# Är det dags för ett nytt uppdrag?

**Lasarettet i Enköping söker dig som är:**

Specialistläkare i internmedicin, gärna med inriktning: stroke, kardiologi eller endokrinologi
Överläkare/Specialistläkare radiologi
Överläkare/Specialistläkare gynekologi
Överläkare ortopedi
Legitimerade läkare till verksamhetsområde kirurgi

**Läs mer och ansök på**
**www.regionuppsala.se/lasarettetenkoping**

Region Uppsala

---

REGION SKÅNE SÖKER

REGION SKÅNE

# Överläkare

Anestesiolog och smärtläkare
Anestesi/operation/intensivvård
Skånes sjukhus nordväst
Helsingborg

# Överläkare

Läkare
Diagnostiskt Centrum
Skånes universitetssjukvård
Helsingborg

Alla jobb hittar du på **Skane.se/jobb**

**Gör skillnad. Varje dag.**

Region Skåne ansvarar för hälso- och sjukvård, kollektivtrafik och en hållbar utveckling i hela Skåne. Vårt högsta beslutande organ är regionfullmäktige, som väljs direkt av invånarna i Skåne.
Region Skåne är en värderingsstyrd organisation som arbetar med värderingarna välkomnande, drivande, omtanke och respekt som grund för allt vi gör.

---



# För alla läkare under hela karriären

Sveriges läkarförbund




Hälso- och sjukvårdsförvaltningen söker

# Överläkare
**- allmänkirurgi**

Välkommen till oss där avstånden till arbete och fritid är korta och där både historia och vacker natur är ständigt närvarande.

Läs mer på www.gotland.se/jobbahososs

Sista ansökningsdag 2020-01-15

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
www.gotland.se/jobbahososs

Region Gotland

---

**Tillsammans för ett friskare tryggare och rikare liv**

## Specialistläkare/Överläkare
**Hud- och könssjukdomar**

Hudkliniken, Länssjukhuset i Kalmar

## Specialistläkare och ST-läkare
**Anestesi och intensivvård**

Anestesi- och Intensivvårdskliniken, Länssjukhuset i Kalmar

Läs mer och ansök på **regionkalmar.se/jobb**

Region Kalmar län

---

# Etableringar och överlåtelser

## ERSÄTTNINGSETABLERING ALLMÄNMEDICIN
**HELSINGBORG/REGION SKÅNE**

Överlåtes enligt LOL (nationella taxan) under 2020.

www.tendsign.com, d-nr 2019-0002476 **sökord:** ersättningsetablering

**Mer info:** www.spangsberg.se, 070-493 10 31, lars@spangsberg.se

**Sista anbudsdag 2020-01-30**

## Ersättningsetablering Allmänmedicin
**Vällingby Läkarhus, Region Stockholm**

Överlåtes enligt lagen om läkarvårdsersättning, nationella taxan

**Info och anbud:** www.tendsign.com **Ref nr:** HSN-2019-1138

**Mer info:** Håkan Emilsson, 0704 88 80 01 **ELLER** hakan.emilsson@ptj.se

**Sista anbudsdag 2020-01-13**

---



En jul på lasarett är kliniskt förknippad med en annorlunda erfarenhet. Jourstämning, stiltje, rutiner satta ur spel – men också en hel del ljusa stunder. **Stephan Rössner,** professor emeritus, har samlat julminnen från åtskilliga år.

# Julen som klinisk erfarenhet

Att få skriva om jul i sjukvårdens hägn är en smickrande »utmaning«, som det numera till leda heter. Av lättja gör jag en mejlförfrågan till några av mina kollegor med klinisk erfarenhet av julminnen, men den ger inga stora resultat. Kanske har vi förträngt att vi fick kasta oss iväg från skinkan, sillen och julgranen för att utöva livräddande insatser. Många tyckte förstås att det var pyton att jobba på sjukhus under helgdagarna, men en kollega hade faktiskt en annan åsikt:

»Jag minns juljouren på Ersta. Jourdoktorn hade en magnifik svit med utsikt över Saltsjön med tindrande juleljus över stan. Det fanns badkar i sviten. Störningarna var fåtaliga. Så där kunde man faktiskt koppla av, medan maken satt hemma och slet med snoriga, nerkissade och diarrésjuka småbarn. Det fanns inget akutintag, möjligen kunde det från det närliggande slakthuset komma någon som skurit sig.«

Annars var ju jourerna under julens helgdagar lite som arbetet under högsommaren: Bemanningen var minimal, men ingen sökte ju akuten i onödan, och även de mest nedgångna patienterna hämtades ofta hem av anhöriga med dåligt samvete för att delta i julfirandet.

**JOURHAVANDE LÄKARE** stålsatte sig lite, när det gällde att bedöma angelägenhetsgraden hos vårdsökande på akuten. Precis som när det var fotbollsmatch på gamla Råsunda eller Stenmark åkte slalom i någon alpbacke var akuten på KS tom under några magiska minuter. Först när matchen var avslutad eller det sista åket gav guldmedalj ramlade de akut sjuka in. Akut sjuklighet är trots allt något relativt ...

Det var länge sedan stearinljus förbjöds på sjukhusen. Julgranen är förstås av plast, och glöggen garanterat alkoholfri. Mina kollegor drar sig till minnes att den legendariske kirurgprofessorn Jack Adams-Ray talade om ett annat jultillbehör. Han predikade att patienten alltid hade rätt och beskrev ett njurstensanfall som att »ha ett tomtebloss i pitten«. De kvinnliga medicinarna hade uppenbara svårigheter att sätta sig in i smärtproblematiken.

**DE JULTALLRIKAR** som tillhandahölls i sjukhusmatsalen blev med besparingstiderna allt torftigare, och nu har »Doktor kaffe«, som ju sjukhusdirektören på NKS kallas, påbjudit inskränkningar i kaffebrödstilldelningen. Många visste inte vad han talade om, alldenstund de sällan sett till den omtalade kanelbullen.

Men på den gamla, så kallade goda, tiden, berättar en kollega, kunde man till lucia stärka sig med Optonicum, som någon hittade i medicinskåpet eller glögg spetsad med spir dil, som skrevs ut av någon senior kollega »till utvärtes bruk, påstrykes angripna hudområden«. Populära så här års var annars forskare vid institutioner där laboratoriesprit var en basal förutsättning för forskningens adekvata bedrivande.

Ronden skred efter glöggen sedan muntert genom avdelningen med avdelningssystern som lucia i spetsen. På huvudet bar hon ett upp och nervänt rostfritt bäcken med handtag, på vilket ett stearinljus applicerats. Patienterna var förundrade.

En annan fördel med att arbeta över helgerna var naturligtvis avsaknaden av dessa eviga möten. Styrkan var minimerad, men det uppstod någon form av brödra- och systerskap, när arbetet på sjukhuset gick ut på vad man tyckte att en bra doktor borde syssla med: bra sjukvård. Att ett antal möten uteblivit under helgerna märktes på intet sätt i verksamheten på det nya året, när efterkrankens bleka glöggstinna stjärna började falna efter trettonhelgen.

**JULSÅNGERNA VI SJUNGER** gläder många lingvister. Språkforskaren och universitetslektorn Lena Lind Palicki har mycket underhållande att förtälja. De ålderdomliga formerna är inte helt lättförståeliga, så då blir det »Staffan var en tallegren med taco i sin hjärna«, som sjukvårdsföräldrar får höra, när de tar gryningsledigt för att avnjuta sina telningars sångförsök på förskolan. Och vad i Herrans namn betyder Luciasångens »drömmar med vingesus under oss sia«? Till släktens julmiddag bidrar knattarna med sin version av nubbevisan »en liten tiger lever här med mycket möbler och stor affär«. Om inte vi infödda svenskar fattar detta, hur ska då våra tappra invandrare kunna bemästra detta helgernas fikonspråk?

Pediatrikern Hugo Lagercrantz skrev 2006 i Läkartidningen en underbar betraktelse om »barnet i kuvösen«. Han vandrar upp till gamla KS barnklinik i isigt vintermörker. Julfesten är inställd på grund av sparbeting. De vettiga cheferna har fått sparken. På neonatalavdelningen hittar han ett egendomligt barn, som man förgäves försöker uppliva. Modern sitter bredvid med gloria på huvudet, maken förnekar genom tolk faderskapet. Efter kontakt med Giftcentralen



hittar Lagercrantz ett motgift och barnet kvicknar till. Det läggs i halm; kuvösen är trasig. På åttonde dagen omskärs pojken, och till trettonhelgen kommer tre forskare för att ta prov på det märkliga barnet. Till den tilltänkta artikeln i Science erbjuds Lagercrantz medförfattarskap men han avstår, alldenstund etiktillståndet är oklart. Men allt får en välsignad utgång, och läsaren ett gott skratt.

Tillönskan om en god jul kan man ju rimligen förstå. Det gäller ju att fira en födelsedag. Udda är däremot tillönskan Glad påsk, som utdelas från och med fastans senare del. Man spikade ju upp Jesus på långfredagen – hur kul var det? Rimligen borde Glad påsk reserveras till annandagen, då han äntligen lämnade jordelivet. »Vad ljus över griften, han lever, o fröjd!« är väl något att fira.

Julhelgen innehåller andra språkliga märkligheter. År 2000 bytte man ut beteckningen på 28 december från Menlösa barns dag till Värnlösa barns dag. Menlös hade förståeligt nog en negativ klang. Det handlade ju om alla stackars värnlösa gossebarn under 2 år, som Herodes lät döda i sin ängslan över Jesusbarnets ankomst. Sjukvårdshumorn har sina poänger, när man i smyg kallade den taffliga barnkirurgen för Herodes … Det är ungefär lika kul som den klantige ortopeden, som betecknades som Ben Hur?

**JULEN INNEBÄR** förstås ett tillfälle till kaloriska excesser, liksom betydande alkoholintag. Vid den tid när jag ofta intervjuades i tv kom alltid två frågor: »Kommer det fler patienter med gallstensanfall kring julen?«, på vilket jag inte hade något bra svar. Däremot tog jag med en doktorands hjälp reda på hur mycket svensken går upp i vikt över helgerna. I snitt blev det 1–2 kilo, varav man senare gick ner det mesta, men inte allt. Så kanske är det bara bra att julen på väg till påsk varar ända fram till fastan?

**Stephan Rössner,**
professor emeritus, Apple Bay Obesity Research Centre, Bromma
● stephan@rossner.se



*Nu är det jul igen – i slott och koja, men även på universitetssjukhus och sjukstuga. För många inom sjukvården blir julen en klinisk upplevelse, även om julpyntet på arbetsplatsen aldrig är långt borta.*

Foto: Shutterstock/TT



Illustration: Shutterstock/TT

Musiken, konsten, litteraturen och vår historia ger bättre guide till ledarskap än en master i »business administration« ...

# Schuberts taktpinne till julklapparnas marsch in i tomtesäcken

**För människor som vill ta sig an uppgiften att försöka leda andra människor finns svaren i kulturen. Därför, när klapparna marscherar in i tomtesäcken på julafton, är det tryggt att veta att taktpinnen förs av en genial tonsättare.**

Ibland skäms jag. Vad har jag egentligen för kompetens att leda mina medarbetare? Inte sällan hör jag vänner och kollegor uttala sig fritt och säkert om ekonomi, logistik, arbetsrätt och lönebildning – som om läkarutbildningen i sig borgar för kunskap inom angränsande samhällsvetenskapliga grenar.

Det är svårt att passera nålsögat till medicinska studier, och selektionen kanske ger en övertro på att utbildningen är den främsta av alla. Närhet till och kunskap om livets stora frågor skapar en perfekt jästkultur för jaget.

Under min tid som hjärtkirurg utgjorde cirkulationssvikt, arytmi och mitralisklaffen världens mitt. När jag sedan blev engagerad i ledarskap och chefsroller förändrades fokus till att nu nästan uteslutande handla om hur människor fungerar. Min respekt för angränsande kunskapsområden ökade lika snabbt som mina egna forskningsområden förbleknade.

Vad styr och motiverar högpresterande, besvikna, engagerade, desillusionerade eller högintelligenta människor? Vilken utbildning är lämplig för detta?

**DAGS FÖR FRANZ SCHUBERT.** En ständig vän, lojal och tillgänglig. Svaren är inte tydligt formulerade, men det är inte heller frågorna. Vilket ofattbart geni – något i skuggan bakom Bach, Beethoven och Mozart – men hans skaparkraft och konstnärskap lyfter sig över det mesta.



Foto: Shutterstock/TT

*Franz Schubert*

Det brukar sägas att Mozart vid sin död vid 35 års ålder hade nått sin mogna fas. När Schubert avled i syfilis vid 31 års ålder var han mitt inne i en transformation från klassicism till romantik, och expanderade musikformerna på ett helt nytt sätt. Vad hade han åstadkommit om han hade fått leva?

Den engelske tonsättaren Benjamin Britten ansåg att den mest produktiva perioden i den västerländska musikhistorien inträffade mellan Beethovens död i mars 1827 och Schuberts död i oktober 1828. »Vem kan göra något efter Beethoven?«, sa Schubert till en vän – även om de båda tonsättarna bodde i Wien vågade han aldrig söka upp Beethoven, och det är osäkert om de någonsin träffades. Men något hände efter Beethovens död. Även om man kan diskutera och jämföra med Mozarts sista år, är Schuberts skapande under den kommande perioden utan motstycke. Han skriver bland annat sångcykeln »Die Winterreise«, de tre sista stora pianosonaterna och två pianotrior, två romantiska stråkkvartetter inkluderande »Döden och flickan« och den stora C-durkvintetten. Den sistnämnda brukar räknas som ett av de främsta kammarmusikverken över huvud taget och återfanns på en dammig hylla efter hans död. Alla mästerverk, och flera ospelade när han avlider i november 1828.

**JAG TÄNKER PÅ SCHUBERT** när jag betraktar utbudet av ledarskapslitteratur och alla länkar till inspiratörer som finns på nätet. Jag tror vi fiskar i fel vatten. För människor som vill ta sig an uppgiften att försöka leda andra människor finns svaren i kulturen. Musiken, konsten, litteraturen och vår historia ger bättre guide till ledarskap än en master i »business administration«, eller enkla försök som att beskriva människor i olika färger.

Det påstås ibland att den kulturella bildningen bland Sveriges företagsledare och politiker är lägre än bland europeiska kollegor. Sant eller inte – ett ökande avstånd till kultur leder till en utarmad civilisation, och därifrån är steget närmare än man tror till barbari. När Churchill under brinnande världskrig uppvaktades av sina generaler, som ville eliminera det lilla kulturanslaget till förmån för försvaret, svarade han: »Vad är det då vi slåss för?«

**NÄR VI SLÅR OSS NER** på julafton för att titta på Kalle Anka, och grips av sentimentalitet när vi besöker jultomtarnas verkstad, lyssna då extra på musiken när klapparna marscherar in i tomtesäcken. Det är inte en allmän julkänsla och vemod som infinner sig – det är Schubert som är närvarande. Med sin »Marche militaire«, och den vackra ackordföljden, markerar han avståndet till en vanlig tonsättare. Han blir, utan att vi förstår hur, en mentor för julen.

**Anders Ahlsson,**
temachef hjärta och kärl,
tf temachef neuro, Karolinska universitetssjukhuset
anders.ahlsson@sll.se

# »Det är gott att få sjunga om hopp och ljus«



Foto: Algot Svensson

*Allmänläkaren Maria Norburg Tell skapar julstämning genom sin musik.*

**Maria Norburg Tell,** ST-läkare i allmänmedicin, är också »singer-songwriter« med egenkomponerade julsånger på repertoaren. På hennes nya skiva deltar hela familjen i framförandet.

**Den här är din andra skiva?**

– »Julhälsningar« är en fullängdsskiva med mestadels nya svenska julsånger där jag skrivit text och musik till tio av de tolv spåren. Dessutom har julklassikern »Ett barn är fött« fått en ny melodi, och »O helga natt« tolkas innerligt med elgitarrkomp och »änglakör«. Jag tänkte att folk skulle uppskatta klassisk jultradition.

**Vad vill du förmedla med texterna du skriver?**

– På den här julskivan tänkte jag ta fasta på julens budskap: hoppet och ljuset framför allt. Men det finns också låtar om relationer och gemenskap och den värmen som finns mellan människor. Vi läkare får ju genom våra patientmöten höra berättelser om brustna relationer och mycket mörker, det är gott att få sjunga om hopp och ljus. Och så sjunger jag en del om naturen som jag blir väldigt inspirerad av. En vinterpromenad i krispig snö till exempel. Julbudskapet, relationer och naturen är tre huvudteman på den nya julskivan.

**Vilka instrument spelar du?**

– Jag sjunger, spelar piano och dragspel. Men på skivan är det min man David som spelar piano. Resten av instrumenten på skivan spelas av andra musiker. Det som är extra roligt med den här skivan är att våra fyra barn också är med på flera av låtarna med sång och att David sjunger mer, exempelvis på låten »Som hemma« som är en duett.

**Hur började du komponera?**

– Jag brukar sitta vid pianot när jag skriver låtar. Började klinka på piano redan i femårsåldern egentligen. Det var faktiskt också vid pianot som David, min man, och jag hittade varandra i 18-årsåldern – det var så otroligt roligt att spela och sjunga tillsammans. Musiken är en livsnerv, jag har spelat och sjungit så gott som hela livet. Jag har alltid tyckt att julen och de andra högtiderna är inspirerande, och minns att de första sångerna jag skrev handlade just om julen.

**Er första skiva heter »Äntligen här!« och kom redan 2013?**

– I likhet med vår nya julskiva innehåller den eget material, och vi ackompanjeras även på den skivan av fantastiska musiker på alla möjliga akustiska instrument. Johannes Häger, Loud Noise Studios, har varit medproducent till båda skivorna.

## MARIA NORBURG TELL

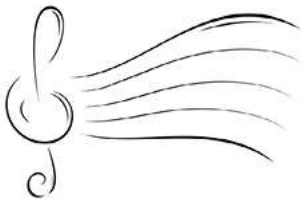
**YRKE:** ST-läkare i allmänmedicin, doktorand, »singer-songwriter«.

**ÅLDER:** 41 år.

**FAMILJ:** Maken David, också läkare, och fyra barn i åldrarna mellan 5 och 13 år.

**BOR:** I hus i Huskvarna.

**AKTUELL:** Ger ut en skiva med egenkomponerade julsånger. Hela familjen hjälper till i framförandet. (För att lyssna: sök på Maria Tell på Spotify.)



**Men du valde läkaryrket framför musik på heltid?**

– Jag minns att jag tänkte ungefär så här: Jag kan inte bli läkare på fritiden om jag är musiker – men jag kan fortsätta att spela och sjunga på fritiden om jag är läkare. Började på läkarutbildningen i Lund–Malmö år 2000, och i dag är jag ST-läkare på vårdcentral och doktorand. Jag träffar patienter i alla åldrar, med en stor variation av olika symtom och med diagnoser som exempelvis diabetes, hjärt-kärlsjukdomar och andra folksjukdomar. Kunskapen jag får från min forskning om ungas levnadsvanor har jag glädje av i det kliniska arbetet.

**Vad är planen för julafton?**

– Vi firar med storfamiljen, kusiner, mor- och farföräldrar. Det får gärna bli vinterlek ute i snön och midnattsgudstjänst i kyrkan.

**Gabor Hont**

Redaktör: Gabor Hont 08-790 34 80
gabor.hont@lakartidningen.se



Foto: Privat

*Pristagare och glada medföljare utanför kongresshallen i Buenos Aires: (f r v) forskaren Tobias Karlsson, överläkare Mattias Hoffner (bihandledare), docent och överläkare Håkan Brorson (handledare), arbetsterapeut Karin Ohlin och fysioterapeut Barbro Svensson.*

## NYTT OM NAMN

### PRESIDENTENS PRIS TILL FORSKANDE AT-LÄKARE

Forskande AT-läkaren och doktoranden **Tobias Karlsson** vid institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö har belönats med »The Presidential Prize« vid XXVII World Congress of Lymphology. Utmärkelsen gäller hans forskning kring lymfödem.

Tobias Karlsson, som bedriver sin forskning vid plastikkirurgiska klinikens lymfödemcentrum, Skånes universitetssjukhus Malmö, tog emot priset – ett diplom och 500 amerikanska dollar – av presidenten för kongressen, professor Cristóbal Papendieck. Världskongressen hölls i september 2019 i Buenos Aires, Argentina.

### PSYKIATRIKURSENS BÄSTA HANDLEDARE HAR UTSETTS



Foto: Matilda Malmodin

**Nikos Minikkidis** (bilden), överläkare, ST-läkarchef, Psykiatri nordväst, Stockholms läns sjukvårdsområde, Region Stockholm, har fått priset som bästa handledare under psykiatrikursen vårterminen 2019 inom Psykiatri nordväst, på läkarprogrammet på Karolinska institutet.

»Engagerad, välkomnande, förklarar och diskuterar« är några av kommentarerna från läkarstudenterna.

### STÄNDIGE SEKRETERAREN BLEV HEDERSLEDAMOT



**Per Alm** (bilden), professor emeritus i patologi, utsågs till hedersledamot av Kungliga fysiografiska sällskapet i Lund vid Sällskapets årshögtid den 2 december »för mångåriga och betydelsefulla insatser till Sällskapets fromma samt Sällskapets ständige sekreterare och tillika skattmästare«.



Foto: Ulrika Göransson

*Ulrika Hahn Lundström, Kristina Nilsson och Sigrid Lundberg mottog sina stipendier från Paul Frankenius, mannen bakom Stiftelsen för njursjuka.*

### STIPENDIER FRÅN STIFTELSE TILL TRE NJURFORSKARE

**Ulrika Hahn Lundström,** specialist i njur- och internmedicin, biträdande överläkare, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm, **Kristina Nilsson,** specialistsjuksköterska vid njurmedicinska kliniken på Vrinnevisjukhuset i Norrköping, och **Sigrid Lundberg,** överläkare vid njurmedicinska kliniken på Danderyds sjukhus, Stockholm, delar på årets stipendiepott på 400 000 kronor från Stiftelsen för njursjuka. Alla tre forskarna är engagerade i patientnära forskning om njursvikt och njurdonationer.

Stipendierna delades ut vid en ceremoni på Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg den 27 november.

### NYA DOCENTER

**Magnus Dalén** har antagits som ny docent i toraxkirurgi vid Karolinska institutet, Stockholm, **Sara Liin** som ny docent i neurobiologi och **Ivar Tjernberg** som ny docent i klinisk kemi vid medicinska fakulteten, Linköpings universitet.

## MEDDELANDEN

### STIPENDIER ATT SÖKA FRÅN GÖTEBORGS LÄKARESÄLLSKAP

Forskningsanslag och stipendier för år 2020 utlyses. Ansökningsomgång den 1 januari–1 februari 2020 (Obs: olika slutdatum för olika ansökningsblanketter). Blanketter och info på www.goteborgslakaresallskap.se.

## AVLIDNA

**Torsten Norberg,** Stockholm, 75 år, död 25 maj

**Gunnar Höglund,** Stockholm, 88 år, död 3 oktober

**Jan Westman,** Uppsala, 81 år, död 16 oktober

**Osborne Bartley,** Stockholm, 100 år, död 24 oktober

**Per-Åke Örsten,** Nacka, 91 år, död 3 november

## KALENDARIUM

**Årsmöten Västra Götalands läkarförening**
**Sektion Kungälv:** *Tid:* Tisdag den 21 januari kl 16.30. *Plats:* Kungälvs sjukhus, lokalen Magnolian.
**Sektion Primärvård**: *Tid:* Onsdagen den 22 januari kl. 18.00. *Plats:* Hotell Eggers, Göteborg.
**Sektion SkaS:** *Tid:* Torsdag den 23 januari kl 17.30. *Plats:* Skaraborgs sjukhus, Skövde, Insikten 1 (80).
**Sektion SU**: *Tid:* Torsdag den 23 januari kl. 16.30. *Plats:* Mölndals Sjukhus, lokalen Rosmarinen.
- Mer information i kallelsen, som skickas ut via e-post, och på hemsidan https://slf.se/vastra-gotalands-lakarforening/sektioner/. Glöm inte att uppdatera din e-postadress i medlemsregistret.

**Göteborgs läkaresällskaps årshögtid**
*Tid:* Lördag den 11 januari kl 17.00.
*Plats:* Elite Park Aveny, Kungsportsavenyn 36, Göteborg.
- Info om anmälan och betalning finns i utskickad inbjudan.

**Årsmöte – Svenska läkare mot kärnvapen**
*Tid:* Lördag den 25 januari kl 14.00.
*Plats:* Norrtullsgatan 45, Stockholm.
*Program:* Kl 15.00–16.00: »Kärnvapenavskräckning i dagens multipolära värld – kan det fungera?«
*Föreläsare:* Thomas Jonter, professor i internationella relationer vid Stockholms universitet.
- För vidare info kontakta krakaumeit@gmail.com.

**Årsmöte – Östra Skånes läkarförening**
*Tid:* Onsdag den 26 februari.
*Plats:* Kronohuset, Kristianstad, Christian IV:s gata (vid Stora Torg).
*Program:* Mingel kl 18.00–18.30. Årsmöte kl 18.30.
Gästtalare: Rebellkirurgen Erik Erichsen.
- Vi bjuder på buffé. (Samåkning till Kristianstad i egen regi, reseräkning lämnas till Östra Skånes läkarförenings kansli.)
- Anmälan till: mare.johansson@skane.se senast den 14 februari. Meddela allergi eller specialkost.

**Läs mer!**
För ett fullständigt kalendarium se Läkartidningen.se

**Läkartidningen** **Adress:** Box 5603, 114 86 Stockholm **Besöksadress:** Östermalmsgatan 40 **Telefon:** 08-790 33 00
**Webb:** Läkartidningen.se **E-post:** fornamn.efternamn@lakartidningen.se

**Chefredaktör och ansvarig utgivare:** Pär Gunnarsson
**Medicinsk huvudredaktör:** Jan Östergren
**Redaktionschef och stf ansvarig utgivare:** Karin Bergqvist
**Medicinsk andreredaktör:** Michael Wilczek
**Nyhetschef:** Sara Pramsten
**Marknads- och annonsdirektör:** Ulf Jansson
**Medicinska redaktörer:** Margaretha Bågedahl Strindlund, Ylva Böttiger, Pelle Gustafson, Lena Marions, Mikael Norman, Carl Johan Sundberg, Carl Johan Östgren
**Redaktion:** Joakim Andersson, Jesper Cederberg, Sara Holfve, Gabor Hont, Ewa Knutsson, Elisabet Ohlin, Marie Ström, Madeleine Ramberg Sundström, Katrin Trysell, Birgit Wilhelmson
**Marknadsavdelning/administration:** Veronica Brishagen, Hélène Engström, Inga-Maj Lagerholm, Eva Larsson
annonser@lakartidningen.se
**Korrektur:** Lennart Werner
**Grafik:** Typoform (om inget annat anges)
**Medlemstidning:** 08-790 35 70
medlem@slf.se
**Prenumerationer:** Hélène Engström 08-790 33 41
pren@lakartidningen.se
**Läkartidningen Förlag AB** Hans Dahlgren (vd)
**TS-kontrollerad upplaga:** 44 900 ex
**ISSN:** 0023-7205 (pappersutgåva) 1652-7518 (webbupplaga)
**Tryckeri:** V-TAB
Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Läkartidningen arrangerar

Stockholm 7 februari 2020

# Cancerscreening

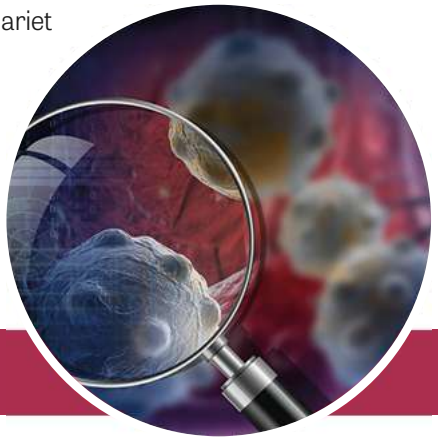
## – dåtid, nutid, framtid

**Ingenjörshuset • Malmskillnadsgatan 46, Stockholm**

**Välkommen till ett heldagsseminarium** med en bred genomgång av screening för olika cancersjukdomar med tyngdpunkt på Sverige men även i ett globalt perspektiv. På seminariet blir det en genomgång av kriterier för screening, samt för- och nackdelar med screeningverksamhet. Utvecklingen av screeningverksamhet i Sverige avhandlas, hur dagens program ser ut samt hur de kan komma att utvecklas och breddas i framtiden.

**Seminariets föreläsare är**, på nationell nivå, involverade i vårdprogramsgrupper och utredningar beträffande screening av tumörsjukdomar. Målet är att ha ett interaktivt möte, mellan de olika screeningspecialisterna och med åhörare.

**Välkommen till en intressant dag!**



## Preliminärt program • 7 februari

| | |
|---|---|
| 09:30–10:10 | **Registrering och kaffe** |
| 10:10–10:15 | **Välkommen! Introduktion till dagens program.**<br>*Med. dr. Hildur Helgadottir, onkolog, överläkare Karolinska universitetssjukhuset.* |
| 10:15–11:00 | **Introduktion om screening, screening för tjock- och ändtarmscancer.**<br>*Docent Sven Törnberg, onkolog, f.d. överläkare Karolinska universitetssjukhuset.* |
| 11:00–12:00 | **Bröstcancerscreening.**<br>*Docent Sophia Zackrisson, radiolog, överläkare Skånes universitetssjukhus samt professor Per Hall, onkolog, överläkare, Karolinska institutet.* |
| 12:00–12:50 | **Lunch** |
| 12:50–13:50 | **Livmoderhalscancerscreening.**<br>*Professor Joakim Dillner, infektionsepidemiolog, Karolinska institutet och docent Björn Strander, gynekolog, överläkare, Regionalt cancercentrum väst.* |
| 13:50–14:30 | **Prostatacancerscreening.**<br>*Professor Ola Bratt, urolog, överläkare Sahlgrenska universitetssjukhuset.* |
| 14:30–15:00 | **Kaffe** |
| 15:00–15:20 | **Lungcancerscreening.**<br>*Med. dr. Signe Friesland, onkolog, överläkare och specialitetsansvarig för onkologi, Karolinska universitetssjukhuset.* |
| 15:20–15:40 | **Hudcancerscreening.**<br>*Med. dr. Hildur Helgadottir, onkolog, överläkare Karolinska universitetssjukhuset.* |
| 15:40–16:20 | **Cancerscreening och överdiagnostik.**<br>*Karsten Juhl Jørgensen, överläkare vid Rigshospitalet i Köpenhamn, direktör för Cochrane Norden.* |
| 16.20–16.40 | **Statusrapport från nationella arbetsgrupperna för tjock- och ändtarms-, livmoderhals- och bröstcancerscreening.**<br>*Med. Dr. Charlotta Sävblom, överläkare, Verksamhetsutvecklare tidig upptäckt, Regionalt cancercentrum Stockholm – Gotland* |
| 16:40–17:00 | **Paneldiskussion, avslutande ord.** |

*För ST-läkare motsvarar symposiet delmål a2, a5 och b2 i SOSFS 2015:8 samt för allmänmedicin c12, för radiologi C1, C5, C11 och c12, för onkologi c7 och c8 och för patologi c9 (för specialitetsspecifika delmål (c) för andra specialiteter får ST-handledare intyga)*

**Programansvarig och moderator:** *Med. dr. Hildur Helgadottir, onkolog, överläkare Karolinska universitetssjukhuset.*

Läs mer och anmäl dig på **www.lakartidningen.se/event**

**POSTTIDNING B-Economic**
Returadress: LÄKARTIDNINGEN
S-114 86 STOCKHOLM

**Läkartidningen arrangerar**

**Inbjudan till symposium**

# Transkulturell psykiatri

**INGENJÖRSHUSET, MALMSKILLNADSGATAN 46, STOCKHOLM, 15 JANUARI 2020**

Flyktingar har en ökad risk att drabbas av psykisk ohälsa. Sättet att kommunicera psykiska symtom kan ibland vara svårtolkade. Hur kan vi möta dessa personers vårdbehov på ett bra sätt nu när 20 procent av vår befolkning är utlandsfödda? Detta belyses i symposiet, och du får aktuell kunskap om den psykiska sjukligheten i dessa grupper, hur god interkulturell kommunikation skapas och om internationella konventioner som ligger till grund för svensk hälso- och sjukvård.

## PRELIMINÄRT PROGRAM DEN 15 JANUARI, 2020

| | |
|---|---|
| 12.00–13.00 | **Registrering och lunch** |
| 13.00 –13.05 | **Inledning** Docent Margaretha Bågedahl Strindlund |
| 13.05–13.15 | **Vad är transkulturell psykiatri?** Docent, överläkare Sofie Bäärnhielm, Transkulturellt centrum |
| 13.15–13.45 | **Hur migration kan påverka den psykiska hälsan – epidemiologiska perspektiv** Med dr, leg psykolog Anna Clara Hollander, institutionen för Folkhälsovetenskap, Karolinska institutet |
| 13.44–14.15 | **Psykiatrisk vård bland utrikesfödda – finns det skillnader jämfört med svenskfödda – och i så fall varför?** Professor, överläkare Christina Dalman, institutionen för Folkhälsovetenskap, Karolinska institutet |
| 14.15–14.45 | **Kaffe** |
| 14.45–15.15 | **Interkulturellt bemötande** Docent, överläkare Sofie Bäärnhielm, Transkulturellt centrum |
| 15.15–15.45 | **Flyktingvänlig vård – aktuell metodutveckling** Leg psykolog Frida Johansson Metso, Transkulturellt centrum |
| 15.45–16.15 | **Internationella åtaganden om vård för migranter** Socionom Elis Envall, Elis Envall Konsult & Analys AB, Stockholm |
| 16.15–16.30 | **Paneldiskussion** |



Moderator: Sofie Bäärnhielm
Programansvarig: Margaretha Bågedahl Strindlund, Läkartidningen

*Välkommen till en intressant eftermiddag!*

Läs mer och anmälan ► **Läkartidningen.se/event**