

CAMILLA STARCK NY KRÖNIKÖR:

"Alla har rätt att vara fria människor"

Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 18.000 SJUKHUSSPECIALISTER • UTGIVEN AV S

Avancerad sjukvård i hemmet – hur bra fungerar den?

SIDORNA 6-19

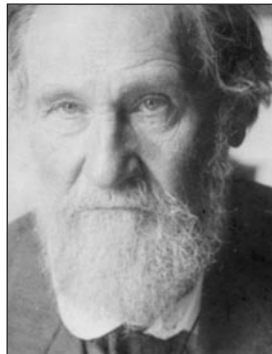
PORTRÄTTET



SIDORNA 38-45

Jul-läsning

NOBEL-SPECIAL



SIDORNA 20-29

AKTUELL PROFIL



SIDORNA 32-37

Organhandeln även ett svenskt problem

SIDORNA 46-48



Foto: Stefan Nilsson

NY FÖRPACKNING



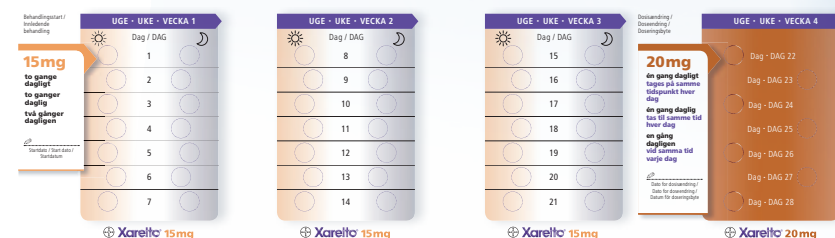
Xarelto® startförpackning – underlättar för både dig och dina patienter

Enklare övergång från akut till förebyggande behandling



Xarelto startförpackning för de första 28 dagarna

Vid byte av dos kan tydliga instruktioner bidra till att undvika felmedicinering, öka patientsäkerheten och underlätta behandlingen. Därför har Bayer i samarbete med vårdgivare utvecklat en VTE startförpackning med syfte att öka patientens efterlevnad när dosen justeras efter de första tre veckorna av akut behandling.



Behandling av djup ventrombos (DVT) och behandling av lungemboli (LE), och förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna.



Xarelto (rivaroxaban), antitrombotiskt medel, R (B01 AF01). Tabletter 15 mg, 20 mg, 10 mg (F). **Indikation:** Behandling av djup ventrombos (DVT) och behandling av lungemboli (LE), och förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna. **Dosering:** rekommenderad dos för initial behandling av akut DVT eller LE är 15 mg två gånger dagligen under de första tre veckorna, följt av 20 mg en gång dagligen för fortsatt behandling och förebyggande av återkommande DVT och LE. Patienter med måttligt (kreatininclearance 30–49 ml/min) eller svårt (kreatininclearance 15–29 ml/min) nedsatt njurfunktion ska behandlas med 15 mg två gånger dagligen under de första tre veckorna. Därefter är den rekommenderade dosen 20 mg en gång dagligen. En sänkning av dosen från 20 mg en gång dagligen till 15 mg en gång dagligen bör övervägas om patientens risk för blödning bedöms överstiga risken för återkommande DVT och LE. När förlängd profylax av återkommande DVT och LE är indicerat (efter att minst 6 månaders behandling av DVT eller LE har avslutats) är rekommenderad dos 10 mg en gång dagligen. Hos patienter som anses ha hög risk för DVT eller LE, såsom dem med komplicerade komorbiditeter, eller som har utvecklat återkommande DVT eller LE på förlängd profylax med Xarelto 10 mg en gång dagligen, ska Xarelto 20 mg en gång dagligen övervägas. **Kontraindikationer:** Aktiv, kliniskt signifikant blödning. Organskada

eller tillstånd, som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Samtidig behandling med andra antikoagulantia, förutom vid byte av behandling till eller från rivaroxaban eller när UFH ges i doser som krävs för att hålla en central ven- eller artärkateter öppen. Leversjukdom förknippad med koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk inklusive cirrotiska patienter med Child Pugh B och C. Graviditet och amning. **Varningar och försiktighet:** Xarelto ska användas med försiktighet hos patienter med kreatininclearance 15–29 ml/min. Användning av Xarelto hos patienter med kreatininclearance < 15 ml/min rekommenderas inte. Om blödning inte kan kontrolleras kan tillförsel av ett specifikt prokoagulat medel övervägas, såsom protrombinkomplexkoncentrat (PCC), aktiverat protrombinkomplexkoncentrat (APCC) eller rekombinant faktor VIIa (r-FVIIa). Datum för senaste översynen av produktresumén augusti 2018. Bayer AB. Box 606. 169 26 Solna. Tel. 08-580 223 00. För ytterligare information samt priser se www.fass.se. Före förskrivning vänligen läs produktresumén på www.fass.se.

✓ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning till Läkemedelsverket.

XARE50109 – Bilbo

POST-AT FÅR INTE BLI EN UTBILDNING MED VETENSKAP OCH BERÖVAD ERFARENHET

Chipko Andolan var en rörelse i Indien där man på 1970-talet protesterade mot skogsbolagens skövlingar av träd. De som protesterade omslöt träden med sina kroppar och det indiska styret beslöt till sist att förbjuda avverkning över 1 000 meters höjd.

Denna icke-våldsrörelse kom att spridas över världen och i Sverige kom kulmen på 1980-talet när trädskräp kedjade sig fast i trädskronor för att stoppa motorvägsbygget mellan Stenungsund och Ljungskele. I Sverige kom givetvis träden att fällas ändå.

Sjukhusläkarna har inom Läkarförbundet varit något av AT-kramare och nu i veckan föll det sista trädet när Riksdagen med bred politisk enighet beslutade att ersätta AT med BT (bästjästgöring) från den 1 juli 2020. Man har tidigare föreslagit att förlänga läkarprogrammet till sex år och att man då efter prövning hos Socialstyrelsen ges legitimation. Om den nya läkarutbildningen startar hösten 2020 skulle den första svenskutbildade läkaren påbörja sin BT tidigast 2026.

Sjukhusläkarna har fått utstå mycket spott och spe under alla de år vi kramat AT, men vår ståndpunkt har grundat sig på en måhända oberättigad oro för att grundutbildningen inte skulle mäkta med att uppnå de mål som krävs för att kunna verka som legitimerad läkare i den kliniska verkligheten.

Vår tro är exempelvis att den skenande sjuksköterskebristen i mångt och mycket bottenar i att deras grundutbildning så tungt vägt över från "sjukdomslära" till "teoretisk omvårdnads-lära" så pass att de inte efter examen är redo för sjukvårdsgolvet och dess krav.

Få saker här i världen saknar förbättringspotential och själv kan jag bara komma på ett enda undantag med Taj Mahal i Agra.

Givetvis hade även AT många brister med varierande kvalitet över landet, groteska flaskhalsar och väntetider trots att volymerna av examinerade läkare inom och utom landet varit förutsägbart, samt skiftande möjligheter till handledning och inläsning med mera. Ovanpå detta givetvis andra länders regelverk och krav från EU om erkännande av yrkeskvalifikationer.

Nog sagt om spilld mjölk, för nu är det slut på gamla tider och nu ska hela rasket bort. Sedan urminnes tider har vi ett ansvar att undervisa dem som vill lära sig denna konst av läkeedom. Vi måste dels bygga upp den kliniska färdigheten tydligare redan under läkarprogrammet och dels den allmänna breda färdighet med spännvidd från öppenvård till slutenvård samt psykiatri till kirurgi som tidigare rymdes inom AT.

Världen är sedan länge i snabb förändring med stora skiften i demografi, sjukdomspanorama, globalisering, medicinsk utveckling och allt kortare halveringstid för de medicinska sanningarna.

Allt detta ställer stora krav på alla eftersom vi alla har ansvar för andras grund- och vidareutbildning och våra egna fortbildning.

Vi måste fortsatt verka för att det oligopol (landsting och regioner) som i huvudsak bedriver hälso- och sjukvård avsätter de resurser som krävs för att kliniken ska kunna prioritera kontinuerligt lärande med en förankring i beprövad erfarenhet och vetenskap.

BT är tänkt att vara mer "flexibel" det vill säga vara kortare i tid (1 år) och kunna genomföras på fler "kliniker".

Däriemellan borde ett av huvudproblemen med flaskhals exempelvis vara mindre påtagligt. Vi måste nu se till att inte strävan att få en superspecialist inom något litet område så fort som möjligt gör att alltför många kan slinka igenom BT utan att ha mött akutmottagningens breda spektrum avseende såväl somatik som psykiatri och den ensamhet man kan känna i primärvård med en tidigare ganska osorterad palett. Det är få förutspått att kunna måla en tavla som intresserar andra med endast en färg.

"Nu gäller det att vi alla ställer krav på oligopolet och staten"



BENGT VON ZUR-MÜHLEN
FÖRSTE VICE ORDFÖRANDE,
SJUKHUSLÄKARNA

Sjukhusläkarens redaktion

Christer Bark
Chefredaktör, redigerare, reporter
christer.bark@sjukhuslakaren.se
+46 709 634 062



▼ Christer har varit chefredaktör, redigerare och reporter på tidningen Sjukhusläkaren sedan 2001. Dessförinnan jobbade han under många år på dagstidningen Arbetet som reporter, redigerare, nattchef och redaktionssekreterare. Christer har även under många år frilansat åt en rad tidningar, tidskrifter och organisationer som journalist och webb och tidningsdesigner.

Anna Sofia Dahl
Redaktionschef, reporter
annasofia.dahl@sjukhuslakaren.se
+46 767 900 441



▼ Anna Sofia är journalist med mångårig erfarenhet från lokaltidningen TTELA. Anställdes på Sjukhusläkaren 2016, dessförinnan hade hon ett vikariat på Läkartidningen. Anna Sofia har hand om sjukhuslakaren.se och våra konton på sociala medier. Brinner för fackliga frågor och vill gärna komma ut i verkligheten så ofta som möjligt.

Ebba Blume
Webbredaktör/reporter
ebba.blume@sjukhuslakaren.se



▼ Ebba Blume är reporter med mångårig erfarenhet som journalist. Hon har arbetat som reporter på bland annat Svenska Dagbladet, TT, DN, Dagens Medicin samt som fast anställd journalist vid flera lokaltidningar, däribland Katrineholms-Kuriren och Sydöstran. En av hennes drivkrafter är att med grundlig research bevaka, belysa och granska vården, helst genom att i mesta möjliga mån vara på plats ute på fältet.

Övrigt:

Annonser: Bengtsson & Sundström Media.
Kontakta Peter Sundström.
Tel: 08-10 39 20. E-post: sjukhuslakaren@bs-media.se
Prenumeration 320 kronor/helår
TS-upplaga: 20.800 ex.

ISSN 1651-2715. Medlem i **SVERIGES TIDSKRIFTER**

Riskera inte att bli utan Sjukhusläkaren – anmäl din nya adress när du flyttar!

Enklast gör du det genom att skicka ett e-mail till: medlem@slf.se Du kan också skicka ett vanligt brev med din nya adress till Medlemsadministrationen, Box 5610, 114 86 Stockholm eller ringa Läkarförbundets medlemsregister. Tel: 08-790 35 70. Fax: 08-790 33 25

Sjukhusläkarnas ägarpolicy för tidningen Sjukhusläkaren

- Sjukhusläkaren ska skapa sjukvårdspolitisk debatt kring Sjukhusläkarnas frågor, förmedla nyheter i hälso- och sjukvårdspolitiska frågor och frågor som rör läkarrollen ur medicinskt, etiskt, fackligt samt samhälleligt perspektiv.
- Sjukhusläkaren i tryckt form och på webbplatser har publicistisk självständighet.
- Se hela policyen på: sjukhuslakaren.se/kontakta-oss/om-oss/

I DETTA NUMMER:

- Ledaren | Efter AT, nu allas ansvar att rädda den kliniska utbildningen av läkare3
- Krönikan | Camilla Starck5

TEMA: AVANCERAD SJUKVÅRD I HEMMET



Hur bra fungerar den?

6-19

JULLÄSNING | Nobel-special



20-29

- Krönikan | Björn Ekman30
- **AKTUELL PROFIL** | Bosse Lindquist32-37

PORTRÄTTET | Brita Winza



38-45

- Handeln med organ46-48
- **MEDLEM** | Föreningsnytt från Sjukhusläkarna50

PATIENTERNA INGEN PRATAR OM

Tänk dig att det är en dröm att gå ned till mataffären och köpa chips. Att det känns onåbart och orimligt att gå hem till en kompis. Tänk dig att du undrar hur det är att gå på bio... för det kommer du aldrig få. Du vet att du är ämnad att ha sex med din blivande man, åt att föda barn och ta hand om hushållet.

Du lever i Sverige. Du ser människor runt dig, i skolan och på gatan, som lever i den riktiga världen. De har drömmar och en framtid. De har vänner. Kanske är de kära. De reser, de äter ute. Inget av det gäller dig.

Tänk dig att du söker akut vård för huvudvärk. Kanske kommer du kunna berätta om hur du mår. Om dina själv-mordsplaner och livet som inte är ditt. Men din familj vill kontrollera vad du säger och följer med. De kan tolka. De kan berätta hur du mår.

Tänk dig att du är nio år och könsstympad. Det gör ont att kissa. Du försöker att inte dricka för att slippa kissa, men du blir yr. Läkaren på akuten undersöker dig och ser. Läkaren frågar sin bakjour... och de frågar din mamma. Hon säger att det gjordes i hennes hemland när du var bebis. Du vet att det inte är sant, men du säger inget. Läkaren ber dig söka igen om du får besvär när du blir äldre.

Tänk dig att du söker akuten med ont i magen. Det tas ett graviditetstest för det gör man på alla fertila kvinnor. När du kommer hem ber din bror att få logga in med din ID och se vad läkaren sa. Din bror har i uppdrag att kontrollera ditt liv, dina vänner, din väska, din telefon. Du kan inte säga nej, det skulle verka misstänkt. Din bror ser på nätet att man tagit ett graviditetstest... testet är negativt men det spelar ingen roll. Kontrollen skärps, du blir slagen och spottad på ännu mer.

Tänk dig att du är 16 år och just har fött ditt första barn. Du lever i Sverige

med din make som du tvingats gifta dig med. På vårdcentralen dit du sökt för halsont märker läkaren att du verkar må dåligt psykiskt. Läkaren frågar sin bakjour som har uppfattningen att man från vårdens sida inte kan göra något åt din situation. Läkaren glömmer att även du omfattas av Socialtjänstlagen.

Tänk dig att du går till en vårdcentral för att bevisa för dina föräldrar att du är oskuld. Läkaren undersöker dig, sticker in två fingrar i ditt openetrerade underliv och ger dig ett intyg. Du ger intyget till dina föräldrar och hoppas de ska lämna dig i fred. Efter en tid börjar din pappa maila dig i tid och otid. Bilder på potentiella makar. Du blir äcklad av dem men pressen ökar allt mer.

Var sjätte elev i årskurs nio lever i hedersförtryck enligt en stor kartläggning av Örebro Universitet i samarbete med Stockholm, Göteborg och Malmö stad. Av de 6 000 unga som deltog svarade 7-9 procent att de dessutom utsattes för våld i en hedersrelaterad kontext. Tidigare undersökningar har gett liknande resultat. Utsatta personer över 25 år har inte inkluderats i de kvantitativa studier som gjorts hittills men bör förstås adderas. Det är med andra ord en betydande del människor i vårt land som är drabbade i olika grad. De söker vård precis som alla andra. Ändå lär vi oss ingenting om detta på vårdutbildningarna.

Mina krönikor kommer handla om dessa individer. Flickor, kvinnor, män och pojkar. Alla med samma önskan att få vara fria människor. Jag vill förmedla kunskap och erfarenheter jag samlat genom att vara stödperson åt utsatta och genom att ha föreläst om ämnet för vårdpersonal runt om i vårt land. Alla ska kunna söka vård utan att riskera en ökad hotbild eller att bli fel behandlade. Vi behöver kunna hjälpa genom att fråga, hänvisa rätt, informera och känna till lagstiftningen.

Vi behöver även börja prata med

varandra om detta samhällsproblem.

En del av oss lever med tankar att hederskultur är normalt. En del läkare är själva utövare eller underhåller hederskulturella värderingar utan att tänka på det. Det är ett inlärt synsätt många gånger, en norm som är svår att lämna. Därför behöver vi inom vården mer kunskap. Så kan vi skapa ett jämlikt Sverige där vården ges på lika villkor för hela befolkningen. Följ mina krönikor så börjar vi där.



CAMILLA STARCK
ST-LÄKARE I PSYKIATRI

Föreläsare i HUV-projektet
(Hedersvåldsutbildning för vårdpersonal)
genom Glöm Aldrig Pela och Fadime

Lasarettansluten hemsjukvård allt hetare

- **Men hur bra fungerar den?**
- **Är den en anhängfärd?**
- **En befrielse för patienten?**
- **En vårdform på grund av vårdplatsbrist?**
- **Vård utan seriös läkarmedverkan?**
- **Sjukhusläkaren har sökt svaren.**

Av Ebba Blume

■ Lasarettansluten hemsjukvård (LAH) har på flera håll i landet kommit att omfatta allt fler patientgrupper.

■ I Linköping består hälften av LAH-patienterna av de som har hjärtsvikt, KOL eller njursvikt och även i Enköping ansluts dessa patientgrupper i allt högre grad till lasarettansluten hemsjukvård.

■ Men medan Linköping inte har några problem att rekrytera läkare till lasarettansluten hemsjukvård måste man i Enköping ofta tvångskommendera läkare till denna form av vård.

ENKÖPING

Vid Lasarettet i Enköping driver man sedan tre år tillbaka ett projekt med lasarettansluten hemsjukvård med ett 50-tal patienter anslutna och har en särskild avdelning för patienter som är anslutna till denna.

Initiativet till lasarettansluten hemsjukvård kom inte från politiskt håll, utan från sjukhusets medicinska ledningsgrupp, berättar Anne Johansson, avdelningschef vid LAH, på Lasarettet i Enköping.

– Hela den medicinska ledningsgruppen stod inför problem som ständiga överbeläggningar, missnöjda

medarbetare och patienter som gång på gång kom tillbaka in till sjukhuset. Det naturliga är då att tänka att vi behöver fler vårdplatser. Men de signaler vi fick var att vi inte kommer att få fler vårdplatser, säger hon.

Ledningsgruppen åkte till Östergötland, som var pionjärer när det gäller lasarettansluten hemsjukvård, och lät sig inspireras av deras koncept.

Vid lasarettansluten hemsjukvård i Enköping, som är kopplad till sjukhusets palliativa enhet, men som även omfattar vård för sjukdomar i andningsorganen, hjärta och kärl, finns nu sju slutenvårdsplatser.



Kerstin Hulter Åsberg, överläkare i internmedicin och geriatrik vid Lasarettet i Enköping åker ett par, tre gånger i veckan hem till patienter som vårdas inom LAH. Kontakten med patienten blir mer personlig på detta sätt, menar hon. Här är hon hemma hos Börje Eriksson, som har hjärtsvikt och KOL. **Infälld bild:** Sjuksköterskan Edita Girleviciene lägger om Börje Erikssons ben. Foto: Ebba Blume

Här finns onkolog, narkosläkare, internmedicinare och kardiologer som kommer ett par gånger i veckan.

– Men egentligen har vi önskemål om att ha våra egna doktorer och

åtminstone två fasta överläkare vid LAH, läkare som etablerar arbetet här och inte roterar för mycket. Som läget är nu blir det punktinsatser från läkarnas sida, säger Anne Johansson.

Av de patienter som anslutits till lasarettansluten hemsjukvård omfattas omkring 45 procent av palliativ vård, där cancerdiagnoser dominerar. Andra delen består av patienter med en eller

flera medicinska sjukdomar, bland annat KOL, hjärtsvikt, njursvikt eller neurodegenerativ sjukdom.

Fortsättning nästa uppslag >>>

Sedan man på detta sätt flyttade sjukhusplatser till hemmet har trycket från de patientgrupper som ansluts till LAH minskat vid akutmottagningen, enligt en utvärdering av projektet, även om det totala antalet sökande till akutmottagningen har vuxit.

Däremot är det svårt att locka läkare till denna typ av vård, påpekar Bahman Darkahi, kirurg och skyddsombud vid Lasarettet i Enköping. Det saknas läkare som har kunskap om långvarig rehabiliteringsomhändertagande och kroniska sjukdomar, menar han.

– Läkare får mer eller mindre tvångskommenderas ut till lasarettansluten hemsjukvård, berättar Bahman Darkahi för Sjukhusläkaren.

Alla internmedicinare vid sjukhuset kan bli beordrade att ta hand om LAH-avdelningen, uppger Bahman Darkahi.

”Ansträngt läge leder till bristande kontinuitet inom LAH”

Det ansträngda läget hotar inte patientsäkerheten, uppger han, men det skapar en brist på kontinuitet.

– Ofta får pensionerade överläkare rycka in, berättar Bahman Darkahi, som tycker att en bättre lösning vore att låta primärvården sköta dessa tjänster.

Men Kerstin Hulter Åsberg, överläkare i internmedicin och geriatrik vid Lasarettet i Enköping, är inte tvångskommenderad när hon gör sig redo att åka ut till Börje Eriksson, en av de patienter som är anslutna till LAH.

Tvärtom föredrar hon att vårda patienten i hemmiljö.

– Jag har redan jobbat så mycket vid sjukhus och i hemmiljö blir det inte samma belastning som vid jourarbete, säger hon i bilen när Sjukhusläkaren följer med henne och sjuksköterskan Edita Girleviciene ut till patientbesöket.

Under bilfärden får de ett samtal från kommunens sjuksköterska, som har varit hos patienten tidigare under dagen och hör om de har tid att lägga om hans ben när de är där.

Börje Eriksson, som har KOL och hjärtsvikt tillhör patientgruppen som på senare år i allt högre grad har anslutits till lasarettansluten hemsjukvård.



Marianne och Börje Eriksson föredrar att sjukvården kommer hem till dem framför att Börje måste åka in till sjukhus.

Hans fru Marianne Eriksson öppnar dörren när Kerstin Hulter Åsberg och Edita Girleviciene ringer på. Börje Eriksson själv sitter på en stol i köket. Hans ansikte lyser upp när de två i sjukhusteamet slår sig ned mittemot honom vid bordet.

Kerstin Hulter Åsberg frågar om hans ben har svullnat, om han sover bra, hur magen och tarmen fungerar och om han har kommit igång att äta. Hon ger uppskattande respons när han berättar att han har slutat med Iprén (”det kan slå mot njurarna och påverka svullnad”).

Att vårdas genom LAH, i hemmiljö innebär en stor skillnad jämfört med sjukhusvården, det tycker både Börje och Marianne.

”Slipper att ständigt åka in och ut till akuten”

– Det här är mycket trevligare, säger Börje Eriksson, som tidigare tillhörde en av de patienter, som åkte in och ut på akutmottagningen så fort han fick en infektion.

Börje Eriksson anslöts till LAH i juni tidigare i år, efter att ännu en gång ha tvingats åka in akut till sjukhuset.

– Sista vändan till sjukhus var fruktansvärd. Benen bar inte, jag kunde inte andas och blev alldeles blå om läpparna, berättar han.

Nu kan han eller hans fru dygnet runt ringa ett särskilt journummer för LAH, där den sjuksköterska som svarar är väl införstådd med vem han är.

Börje Eriksson har även ett hjärtfel som Kerstin Hulter Åsbergs kollega,

hjärtspecialist Lena Forsman, har skött i många år. Men när Börje Eriksson inte längre orkade ta sig till hjärtmottagningen kunde hon i stället komma till honom. Här kan hon ge honom syrgas i hemmet om hans syresättning sjunker. Om han däremot skulle få en allvarlig infektion som behöver övervakning med tillgång till andningshjälp, som intensivvård, så får han förstås åka till sjukhus.

Trots att man som läkare saknar den överblick och observation som man är van att ha tillgång till på sjukhus, är det på många sätt lättare att vårda patienten hemma än i sjukhusmiljö, tycker Kerstin Hulter Åsberg.

– Patienten befinner sig i sin egen miljö, i sina egna kläder och äger därmed själv situationen. Kommer man däremot till ett sjukhus bland många andra, kan det reducera mycket av det som är ens jag. När jag kommer hem till patienten ser jag otroligt mycket mer än vad jag skulle göra om personen låg på sjukhus, allt från vakenhetsgrad till funktionsstatus, säger hon, och menar att anhörigas roll också blir tydligare i hemmet.

– I hemmiljö ser man hur anhöriga i princip är lika viktiga som patienten. Här finns de med dygnet runt och det är lika viktigt att de blir sedda, säger hon.

Från Anhörigas Riksförbund har man betonat risken för att anhöriga får ta för stort ansvar när det gäller lasarettansluten hemsjukvård.

Hur undviker ni att inom LAH lägga för mycket ansvar på de anhöriga?

– Det ingår i planeringen att anhöriga måste vara med redan från början. Då gäller det att skapa de trygga rutinerna; att de vet att vi kommer en eller tre gånger om dagen, säger Kerstin Hulter Åsberg.

Marianne Eriksson, som bland annat hjälper sin man att klä sig, tvätta håret och duscha uppger själv att hon inte upplever sitt ansvar som belastande. Att hon själv inte heller är så pigg, har ont i en fot och har struma meddelar hon som i förbigående, i en bisats.

Men senaste gången som Börje Eriksson kom hem från sjukhuset var det kris, berättar hon.

– Han orkade inte borsta tänderna eller någonting och jag fick skjutsa honom på rullator fram och tillbaka, säger hon.

Nu har Börje Eriksson inte hemtjänst, men han har hjälp av en kommunsjuksköterska som gör hembesök hos honom någon gång per vecka.

Visst kan det finnas gråzoner när det gäller ansvarsfördelning mellan kommun och sjukhus, konstaterar Kerstin Hulter Åsberg.

– Men om någon uppgift riskerar att hamna i gråzonen bestämmer vi att detta tar LAH hand om. Och det som betytt mycket för att LAH ska fungera bra är att kommunens sjuksköterskor har varit positiva till detta och inte tyckt att vi klampat in på deras område, säger hon.

När Börje och Marianne Eriksson småpratade en stund med läkare och sjuksköterska vid köksbordet tar Edita blodtryck på Börje och kollar hans vikt.

Börje sätter sig sedan på sin rullator så att Edita kan börja linda hans ben. Han har fått medicin för att få ned svullnaden i benen.

– Jag har inte ont i benen, men i fötterna. Jag har en massa vatten kvar i dem, säger Börje Eriksson, medan Marianne visar foton i mobilen av hans fötter när de var fyllda av vattenblåsor.

När Börje Erikssons ben är omsorgsfullt lindade, känner Kerstin Hulter Åsberg på hans puls medan Marianne Eriksson stolt berättar att hon och Börje snart har varit gifta i 60 år. Vägarna i deras vardagsrum och kök pryds av bilder på barn och barnbarn (paret har sex barn, 22 barnbarn och 16 barnbarnsbarn).

På hyllorna står halvt öppna böcker där vikta sidor bildar mönster; av bilar, vattenkannor, blommor, av deras egna

namn tillsammans och av barnen och barnbarnens namn. Det var när han lyssnade på radioprogrammet ”Ring så spelar vi”, dit en man ringde och i en bisats berättade att han på sin fritid vek böcker, som Börje blev nyfiken på denna hobby.

– Böcker får man nästan gratis på loppis och att vika mönster i dem är hur enkelt som helst. Men man måste vara tålmodig, säger Börje, tar en bok, penna och en linjal från bordet, drar omsorgsfullt streck från kant till kant över boksidorna och viker efterhand som han har märkt dem utifrån mönster som han får via nätet.

Som ung sydde han även kläder åt sin hustru och barnen, men numera är alltså hans främsta hobby att vika boksidor, som han i lugn och ro kan ägna sig åt utan att oroa sig över återkommande sjukhusbesök.

Skulle han behöva extra syrgas så kommer LAH-teamet hem till honom med det; syrgas hemma får han ju inte

ha, på grund av brandrisken.

Är det någonting som du kan sakna från sjukhuset?

Börje funderar en stund.

– Möjligtvis maten, kålpuddingen där, säger han innan han och hans fru vinkar av läkare och sjuksköterska vid dörren och teamet tar bilen tillbaka till sjukhuset igen.

LAH, distansvård, mobila team och vård i hemmet beskrivs ibland som en stor del av lösningen på den ständiga vårdplatsbristen.

Men är det så enkelt? Finns inte risken att man använder LAH som ett surrogat för en vårdplats även i de fall patienten faktiskt behöver sjukhusvård?

– Man måste ha tänkt igenom vilka patienter som passar för LAH. Hur många patienter vi har som har varit

Fortsättning nästa uppslag >>>

FAKTA |

Av de patienter som vårdades vid LAH vid årets början (1 jan-30 juni 2017) hade omkring 60 procent avlidit efter sex månader.

▼ Omkring 50 procent av LAH:s patienter 2016 remitterades från medicinkliniken vid Lasarettet i Enköping. Andra relativt vanliga remittenter under första halvåret 2017 var Akademiska sjukhuset i Uppsala och akutmottagningen vid LE.

I stort sett alla LAH-patienter fick vård i eget boende och endast några få procent inom särskilt boende. Under första halvåret 2017 var genomsnittsåldern 76 år.

Inläggningarna på sjukhuset har överlag minskat med drygt 100 under den tid man utvärderat projektet – 2015-2017.

Av de som blivit föremål för LAH-insatser har omkring 45 procent fått palliativ vård, där cancerdiagnoser dominerar. Övriga 55 procent är patienter med en eller flera medicinska sjukdomar, bland annat KOL, hjärtsvikt, njursvikt eller neurodegenerativ sjukdom.

En stor andel av dessa har avancerad sjukdom.

Diagnoser sätts endast vid läkarbesök, som utgör en mindre andel av hembesöken inom LAH.

Patientnöjdheten är god, enligt utvärderingen och verksamheten har med stor sannolikhet bidragit till ett minskat tryck på slutenvården vid Medicinskt centrum, något som medfört att man har kunnat minska antalet vårdplatser och personalstyrka.

inne fler än tre gånger under ett år; det är ett bra underlag att börja med, säger Kerstin Hulter Åsberg.

Den största utmaningen när det gäller LAH är i stället hur man ska utbilda läkare för den, menar hon.

– Denna patientgrupp kräver ett väldigt fokus och engagemang; hjärt- och lungsjuka har en mycket begränsad tid kvar i livet och det handlar om att göra den tiden så bra som möjligt.

Men palliativ vård som specialitet är inte särskilt gammal och har inte slagit igenom i grundutbildningen eller specialistutbildningen för läkare, menar Kerstin Hulter Åsberg.

– För många av mina kollegor har

det säkert känts väldigt osäkert med LAH och hur man gör när man inte har omedelbart tillgång till hela sjukhusapparaten på armlängds avstånd. Samtidigt inser alla att behovet av LAH är stort och dessutom växer, med avfolkningsbygder och en stor del äldre befolkning. Vi kan inte sitta och vänta på att primärvården ska få det här uppdraget. Dessutom har de helt naturligt inte den kompetens som krävs för att vårda svårt sjuka, säger Kerstin Hulter Åsberg.

Visst händer det att läkare saknas till att åka ut till patienten i hemmiljö, konstaterar hon.

– Absolut, det kan bli skarvar. Det

vanligaste är då att patienten kommer in på sjukhuset. Ofta finns platser här som inte är hospice, utan till just för att öka flexibiliteten. Men vad patienter och anhöriga och vi vill är att de ska slippa åka via akuten, där det blir flaskhalsar och där patienten måste börja om från början igen; med utredning och planering för hemgång. Allt det där tar tid, säger hon.

Anne Johansson, avdelningschef för LAH, hoppas i sin tur att Göran Stiernstedts utredning Nära Vård resulterar i att man utvecklar LAH ännu mer och samordnas mer med primärvården.

Nu tycks även regionens politiker vilja satsa på lasarettansluten hemsjukvård. Detta genom att förslag om ett vårdcentrum som föreslås vara på plats redan nästa år.

Ett centrum, som ska samla primärvård och LAH och som skulle innebära en utvidgning och möjligen också fler vårdplatser för den lasarettanslutna hemsjukvården.

– Jag hoppas att man i framtiden bättre kan samordna LAH med primärvård och kommun, att man kommer att ha nya modeller för att jobba i patienters hem och fördela resurserna på ett bättre sätt.

Har ni möjlighet att erbjuda alla patienter som behöver LAH?

– Vi har inte upplevt det som att vi måste säga nej. Sedan kanske vi skulle kunna ha fler infektionspatienter än vi har, men då krävs att vi har ett eget bedömningsteam som hämtar patienten och tar över det medicinska ansvaret. Annars avlastar vi inte slutenvården, säger Anne Johansson.

Har ni märkt minskad belastning på sjukhusets vårdplatser sedan ni börjat med LAH?

– Jag vågar inte säga det. I samband med att vi startade LAH så flyttade ju flera vårdplatser från sjukhuset till patienternas hem, så vi ser ändå att vi har färre vårdplatser. Vi har ett högt tryck på vårdplatserna i perioder, men har också en jämn belastning på de platserna. Sedan vi införde LAH har vi haft två somrar utan överbeläggningar. Och hur många sjukhus har det så? säger Anne Johansson.

LINKÖPING Pionjärerna inom LAH kan se tydliga förändringar

Idag dör väldigt få på sjukhus

Även i Linköping, där man haft Lasarettansluten hemsjukvård sedan 1960-talet, har man under de senaste fem åren kommit att inkludera allt fler patienter med hjärtsvikt och KOL inom LAH.



I Linköping har man inga problem med att rekrytera läkare i LAH, säger Marit Karlsson.

▼ – Det vi ser är att väldigt få människor numera dör på sjukhus, fler avlider i hemmet, uppger Niclas Hilding, verksamhetschef för LAH, Region Östergötland.

Östergötland var pionjärer när det gäller LAH. Det var i Linköping som avancerad hemsjukvård startade och LAH kom att förknippas med Motala lasarett, där denna form av vård utvecklades under 1970-talet. Från början gick denna vård ut på att patienter med en dödlig form av cancer skulle kunna vårdas hemma under sin sista tid.

Men under de senaste åren har antalet patienter med avancerad hjärtsvikt, KOL och njursvikt och andra sjukdomar i palliativ fas blivit lika många inom LAH som cancerpatienterna, berättar Marit Karlsson, överläkare och medicinskt ledningsansvarig vid LAH i Linköping, för Sjukhusläkaren.

I Linköping har man helt frångått diagnosbaserade kriterier för LAH och utgår i stället från patienternas behov, uppger Marit Karlsson.

Nyligen har man även tagit över ansvaret för patienter som vårdas palliativt i Åtvidabergs kommun, patienter som tidigare föll under distriktsläkarnas ansvar i primärvården, som på senare tid har varit underbemannad.

– När vi har tagit över blir det en ökad kunskap, tydligare struktur och en större trygghet med jour dygnet runt för patienterna, säger Marit Karlsson.

Vid LAH vid Linköpings universitetssjukhus finns två vårdlag med 60 patienter anslutna i vardera lag. I det ena vårdlaget finns patienter med cancersjukdomar och neurologiska sjukdomar, som ALS. Till det andra vårdlaget är patienter med avancerad KOL, hjärtsvikt och njursvikt anslutna, medan denna grupp för fem år sedan bara bestod av några sådana patienter.

– Förut har den här typen av patienter studsats mellan hem och sjukhus. De kanske har kommit in akut i försämrat tillstånd, legat några dagar på en överfylld sjukvårdsavdelning, skrivits ut igen för att få uppföljning i primärvården, men inte hunnit träffa distriktsläkare på grund av långa väntetider. Och så har deras tillstånd försämrats igen, säger Marit Karlsson.

Men för något år sedan bestämde man sig vid Linköpings universitetssjukhus för att jobba mer strukturerat med dessa patientgrupper.

– Tidigare har man inte förstått att den här gruppen har lika stora behov

som den andra av LAH. Men ur vårdgivarens perspektiv är det svårare att arrangera vården för denna grupp. Det ställer lite andra krav på kunskap inom organisationen. Man måste känna till sjukdomsgruppen och vad det finns för olika behandlingsmetoder, säger Marit Karlsson.

I Linköping testas man nu också ett patientrapporteringssystem, där patienter med hjärtsvikt eller KOL regelbundet skattar sitt tillstånd med hjälp av ett verktyg med digital penna.

– Då kan hjärtsviktpatienter skicka in uppgifter om sitt andningstillstånd och sin vikt till oss, så att vi får regelbunden information om hur de mår och när försämringar och förbättringar är på gång, säger Marit Karlsson.

En annan tydlig förändring man på senare år kan se i samband med LAH är att väldigt många fler patienter numera dör hemma.

– Tidigare var det i stället många patienter som åkte in till sjukhuset i Linköping och dog där, säger Marit Karlsson.

Hur är det att som läkare vårda patienten i hemmiljö?

– När man kommer hem till någon får man mycket mer information om den personen och förhållandet till patienten blir mer jämlikt. Jag kommer inte i vita kläder, jag behöver ta av skorna och patienten bestämmer var jag ska sitta. Det blir uppenbart när vi möts i den situationen att jag och patienten är människor, säger Marit Karlsson, som dock betonar, att hemsjukvården inte får bli ett tvång för patienten.

– Medan en del patienter kan uppfatta det som stärkande att vårdas i hemmiljö får man vara lyhörd inför att andra kan uppleva det som plågsamt att vara hemma, säger hon.

Utvärdering pekar på en rad brister i systemet

Lasarettansluten hemsjukvård i Enköping vårdar omkring 350 patienter per år och har omkring 7 500 vårdkontakter.

▼ Patientnöjdheten är god, enligt en utvärdering av lasarettansluten hemsjukvård som HiQ Stockholm AB genomfört på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsavdelningen vid Regionkontoret i Region Uppsala.

Men mycket behöver förbättras enligt utvärderingen, som lämnar en rad rekommendationer till Region Uppsala när det gäller den lasarettanslutna hemsjukvården.

Enligt utvärderingen finns frågetecken kring samarbetet med primärvården och hur LAH fungerar för de patienter som har fler sjukdomar. Utvärderingen konstaterar att det ofta uppstår oklarheter om roller och ansvar, trots att det finns skriftliga överenskommelser om ansvarsfördel-

ning mellan LAH och kommunens insatser.

▼ Här är utvärderingens rekommendationer för att förbättra den lasarettanslutna hemsjukvården i korthet:

1. Regionen uppmanas till att "sträva efter att hitta en mer enhetlig lösning för regionens roll inom hemsjukvård i hela länet, samt att "överbäga en lösning, där den kommunala vården har ökade möjligheter till läkarkonsultationer dygnet runt". Man vill också att hemsjukvårdsinsatser kopplas till framtida primärvårdsmodell.

2. Planera Region Uppsalas mobila vårdinsatser utifrån gemensam organisation med ett antal resurscentra i länet.

3. Identifiera ett antal kvalitetsindikatorer som kan användas på ett samlat sätt för att följa utvecklingen nära vård i hemmet.

4. Regionen uppmanas även utreda orsaken till den observerade skillnaden i remitteringsfrekvens till LAH mellan Enköping och övriga kommuner i upptagningsområdet.

"En snöboll i rullning"

SÖRMLAND

Även i Sörmland har man svårt att rekrytera lämpliga läkare till specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH), berättar Maj Rom, närvårdsöverläkare, Landstinget Sörmland och projektledare vid SKL.

▼ Samtidigt har möjligheten att ge vård i hemmet aldrig varit så bra som nu, uppger hon.

Det finns ingen lagstiftning när det gäller specialiserad hemsjukvård som



anger vad som ska göras och vilken huvudman som har ansvar för vad, konstaterar Maj Rom (bilden), närvårdsöverläkare, Landstinget

Sörmland och projektledare, SKL. Huvudmännens organisation av vård i hemmet ser också väldigt olika ut för olika landsting och regioner.

– Därför har vi en lång resa kvar

innan vi har jämlik vård på detta, säger Maj Rom, men menar samtidigt att möjligheten att ge god vård i hemmet aldrig varit så bra som nu.

Innebär det inte fler risker för patienten om personalen inte har direkt tillgång till all den utrustning som finns vid sjukhus och saknar möjlighet till tillsyn och övervakning?

– I vårt län har vi kriterier för att det ska vara medicinskt säkert för att patienten ska vårdas hemma och att det i patientens hem finns förutsättningar för att denna typ av vård ska fungera.

Samtidigt är det ju inte heller riskfritt att vara på sjukhus, säger Maj Rom.

Ett annat kriterium är att patienten själv vill vårdas på detta sätt och att anhöriga är med på det.

– Om anhöriga inte vill, så får vi prata om det. Ibland uppstår också svåra situationer med intressekonflikter, medger Maj Rom.

Det är vårdens ansvar att se till att anhöriga får stöd, anser Maj Rom, men betonar att specialiserad vård i hemmet inte förutsätter att det finns anhöriga.

Men även i Sörmland kämpar man med att rekrytera lämpliga läkare till denna typ av vård.

I dag är 10-12 läkare engagerade i specialiserad sjukvård i hemmet, man

skulle behöva åtminstone fem till, enligt Maj Rom.

– Jag tror att politikerna hade velat gå fram fortare med att bygga upp SSIH om läkarkåren hade varit mer på hugget. Som det är nu tar läkarna ofta steget ut till denna vård först när de har blivit lite äldre. Jag tror också att man behöver vara stabil och trygg i sig själv för att klara denna vårdform. Man kliver ut i en människas hem och får vara beredd på att anpassa sig, säger hon.

Läkarkåren har ännu inte haft de stora förebilderna på området, resonerar hon, men ser specialiserad sjukvård i hemmet som "en snöboll i rullning".

– Den är liten, men sen kan det gå fort, säger Maj Rom, som inte ser någon risk att sjukvård i hemmet skulle förmäna patienter att vara på sjukhus.

– Vi kommer att få så många äldre nu som kommer att behöva konsumera mer sjukvård. Människor som är sjuka lever längre och vi ser mer komplexitet hos de sjuka; de har inte en, utan fyra sjukdomar, säger hon.

Kostnadsmässigt är det inte så stora skillnader mellan att vårda hemma och på sjukhus, menar Maj Rom.

– Hindren utgörs inte längre av ekonomin, utan av personalbrist, säger hon.

Ebba Blume

Risk att anhöriga blir fångar i sina egna hem

I dag krävs, inom lasarettansluten hemsjukvård, inget samtycke från anhöriga. Men Ann-Marie Högberg, förbundsordförande för Anhörigas Riksförbund, ser behov av ett formaliserat samtycke.

▼ – Vi förstår att insatser som LAH är nödvändiga i dag och ännu mer nödvändiga i morgon. Men risken finns att man underförstått tar för givet att det är ok för de anhöriga, säger hon.

Omgivningen, liksom vården, förutsätter ofta att man som anhörig ska ställa upp på lasarettansluten hemsjukvård, menar Ann-Marie Högberg, förbundsordförande, Anhörigas Riksförbund.

– Det är klart, att om en anhörig säger att de inte går med på detta, så gör man det inte. Men det kan vara mycket mer subtilt än så, att man som anhörig kanske inte vågar säga ifrån och inte



Anhöriga måste ges möjlighet till enskilt samtal om den eventuella oro man kan känna inför att få in avancerad sjukvård i det egna hemmet, anser Ann-Marie Högberg, ordförande Anhörigas Riksförbund.

vågar fråga säger hon.

Därför är det viktigt, menar Ann-Marie Högberg, att man från vårdens sida ger anhöriga möjlighet att prata enskilt om den eventuella oro man har inför att få avancerad sjukvård i det egna hemmet, eller inför risken att göra fel när det exempelvis gäller medicinering, injektioner och hemdialys.

Det behövs mer kunskap om detta hos dem som möter anhöriga, enligt

Ann-Marie Högberg, som också gärna skulle se ett formaliserat samtycke från de anhöriga, men även en tydlig fördelning för vad de anhöriga kan tänka sig att göra och inte.

– Det jobbigaste för en anhörig kan vara att det är många olika vårdgivare och att hålla reda på vem som sköter vad bland kommun, sjukhus och anhörig. Och det är inte de anhöriga eller patienten som ska behöva ha koll på de gränserna och hålla i samordningen, säger Ann-Marie Högberg.

Anhöriga måste få stöd som svarar även mot deras egna behov; det gäller såväl med praktiska saker som med avlösning och psykologiskt stöd, tycker hon.

Människor kan in absurdum vårdas hemma så att de och deras anhöriga blir fångar i sina egna hem, resonerar Ann-Marie Högberg.

– Och om en patient inte har några anhöriga och man ändå väljer att ge vård i hemmet, kanske det ibland inte blir riktigt värdigt, säger hon.

Ebba Blume

Läkare är Du livet ut!

Välkommen som medlem i
Seniora Läkare

– en intresseförening inom Sveriges Läkarförbund.

Seniora Läkare är en fackligt, medicinskt och kulturellt aktiv förening både för dig som fortsätter att yrkesarbeta och för dig som slutat vara yrkesverksam.

Du behöver Seniora Läkare och vi behöver dig. Med många medlemmar kan vi göra skillnad.



Besök oss gärna på www.slf.se/senior.

SLUTA-RÖKA-LINJEN



RING 020-84 00 00
www.slutarokalinjen.se

SJUKHUSLÄKAREN PEJLADE LÄGET
BLAND LANDSTING OCH REGIONER

Brist på personal en stor utmaning

Sjukhusläkaren ställde dessa frågor till landsting och regioner:

1. Har ni lasarettansluten hemsjukvård i ert landsting/region?
2. Vilka diagnoser/patientgrupper omfattas i så fall av den?
3. Hur fungerar läkarbemanningen inom LAH och hur många läkare är involverade?
4. Har ni gjort någon utvärdering av LAH?

• Kärt barn har många namn: På vissa håll kallas LAH för ASiH (Avancerad sjukvård i hemmet). På andra håll SSIH, (Specialiserad sjukvård i hemmet). Det kan skilja lite mellan uppdragen, men den gemensamma tanken är att ge mer avancerad sjukvård i hemmet istället för på sjukhus.

Västmanland



Bra läkarbemannning – men brist på specialistsjuksköterskor

1. Har haft ASiH (Avancerad sjukvård i hemmet) i Västerås sedan 1990. Det finns ASiH-team i Västerås, Sala, Fagersta och Köping.
2. Det är inte en specifik diagnos, utan behovet av specialiserad palliativ vård som är avgörande för om en patient kan anslutas. Värmland har till övervägande del patienter med cancer, men har även haft patienter med hjärtsvikt, KOL, ALS och enstaka barn anslutna, svarar Kjell Nylund, pressansvari
3. Tre specialtläkare är involverade i ASiH. Läkarbemanningen är bra, men det råder brist på kvalificerade sjuksköterskor. I Västerås är 12 fasta sjukskötersketjänster knutna till ASiH, medan tre roterar mellan ASiH-teamet och palliativ vård.
4. Ingen utvärdering har gjorts av Avancerad sjukvård i hemmet.

Västra Götaland



Sjuksköterskebrist och olika huvudmän skapar problem

1. Inom den somatiska vården finns det sedan länge mobila team med specialistkompetens inom palliativ vård. Mobila palliativa team finns på alla akutsjukhus och är anslutna till palliativa slutenvårdsenheter, förutom på Kungälvssjukhus. Deras uppdrag är lite olika dvs några team är snarast konsultativa, medan andra team har vårdansvar.

Kungälvssjukhus har till exempel avancerad vård i hemmet inom geriatrik, som inte är knutet till slutenvårdsplatserna.

Sahlgrenska har fem palliativa team för Göteborgs stad och Mölndals kommun, men kan bara ha sex av 16 platser öppna inom palliativ slutenvård på grund av sjuksköterskebrist.

Skaraborg har två palliativa team och Södra Älvsborg har ett palliativt resursteam.

På Lidköpings sjukhus startade för tio år sedan även Närsjukvårdsteam. De utgår från internmedicin och har som uppdrag att vårda hemsjukvårdspatienter som är medicinskt instabila med behov av mer intensiva insatser än vad hemsjukvårdsläkaren i primärvården har möjlighet att klara av.

Närsjukvårdsteam tar över vården tillfälligt eller i vissa fall tills patienten avlider. Närsjukvårdsteam är en del av Mobil närvård som har breddinförts i Västra Götaland sedan 2014.

Närsjukvårdsteam kommer att övergå från projekt till ordinarie verksamhet 2019.

2. De palliativa teamen har i första hand patienter med tumörsjukdomar i behov av specialiserad palliativ symtomlindring. Även ett mindre antal patienter med svårt neurologisk sjukdom (ALS), hjärtsvikt och njursvikt förekommer.

3. De palliativa teamen består av omkring 23 läkare och 18 sjuksköterskor (i Göteborg och Mölndal är sköterskor anställda av kommunerna) och omfattar omkring 700 patienter.

Närsjukvårdsteam (fullt utbyggt)

Fortsättning nästa uppslag >>>

VÄLKOMNA

till Sjukhusläkarnas fullmäktigemöte 2019



Sjukhusläkarnas fullmäktige kallas härmed till ordinarie fullmäktigemöte torsdagen den 14 mars - fredagen 15 mars 2019
Lokal: Läkarförbundets konferens, Villagatan 5 i Stockholm.

Välkomna!
Karin Båtelson med styrelse



- Av lokalavdelning eller föreningsmedlem väckta frågor, som ska upptas på föredragningslistan, ska enligt stadgarna ha kommit styrelsen tillhanda senast en månad före mötet.
- Adress: Sjukhusläkarnas kansli, Box 5610, 114 86 Stockholm, eller e-post: wendela.zetterberg@slf.se



mars 2019) har cirka 13 läkare och 26 sjuksköterskor. Cirka 260- 390 patienter är inskrivna samtidigt och totalt har cirka 1 300 patienter per år varit inskrivna.

De palliativa teamen har inte haft stora svårigheter att rekrytera läkare, vilket kan bero på, uppger man, att det numera är en subspecialitet och att teamen har anknytning till palliativ slutenvårdsenhet, vilket möjliggör kollegialt utbyte.

Däremot har det varit vissa problem att rekrytera läkare på de mindre sjukhusens närsjukvårdsteam. Ett skäl kan vara att läkaren upplever att de inte har några kollegor, svarar Karin Fröjd, medicinsk rådgivare inom Västra Götalandsregionen.

– På de större sjukhusen alternerar flera läkare och det blir en del av det ordinarie arbetet, men enbart för läkare som är intresserade av arbetssättet.

I svaret framhålls att en stor utmaning är att läkarna inte har tillgång till alla journalsystem där patientens vård dokumenteras, till exempel hemsjukvårdens journalsystem.

4. Palliativa team i Göteborgsområdet (Avancerad sjukvård i hemmet ASIH) har utvärderats 2017.

Göteborgs stad och Sahlgrenska Universitetssjukhuset startade för sex år sedan fyra team med uppdrag att utföra avancerad sjukvård i hemmet. ASIH-teamen är multiprofessionella och har till uppgift att erbjuda avancerad sjukvård i hemmet alla dagar i veckan och dygnet runt för patienter över 18 år.

Målgruppen utgörs främst av patienter som har en obotlig sjukdom och som är i behov av specialiserad, palliativ vård. Målgruppen inbegriper också patienter med komplicerade sjukdomstillstånd och som under perioder behöver avancerad sjukvård i hemmet. I nuläget är mellan 500- 600 patienter inskrivna i teamen per år.

Enligt utvärderingen (som utgick från intervjuer med ASIH-teamen, där 67 personer intervjuades) har samverkan på styrnings- och ledningsnivå mellan de båda huvudmännen i huvudsak skett

genom relationer mellan berörda chefer. Däremot efterfrågas en mer sammanhållen samverkan på styrnings- och ledningsnivå, där roller och mandat tydliggörs. Enligt utvärderingen finns också ett tydligt behov av att utveckla gemensamma visioner, målsättningar och arbetssätt för samtliga team.

Resultatet visar också en bristande samsyn internt inom Göteborgs stad om avancerad sjukvård i hemmet bör ligga inom det kommunala hälso- och sjukvårdsuppdraget. Samsynen brister också mellan de båda huvudmännen om ASIH-teamen är den mest optimala organisationslösningen.

I Göteborg tar den kommunala delen av ASIH-teamen även emot barn, men det medicinska ansvaret ligger kvar hos behandlande läkare vid Drottning Silvias barnsjukhus.

Enligt utvärderingen framkommer också svårigheter när det gäller samverkan med hemtjänsten i de olika stadsdelarna. Ett stort antal utförare, bristande kunskaper hos hemtjänstpersonal om palliativ vård, samt olika rutiner och arbetssätt uppfattas försvåra samverkan.

Ett exempel på ett tydligt dilemma är ASIH-teamens behov av snabb handläggning kontra behovet av jämlika och rättssäkra handlägningsprocesser som ska ta hänsyn till utformning av socialtjänstlagen.

Om man ska behålla ASIH-teamen i sin nuvarande form är en rekommendation därför att huvudmännen i ett avtal klargör sina respektive åtaganden och teamens uppdrag.

Den delstudie som berörde patienters och anhörigas upplevelser visar att patienter och anhöriga till största del beskriver fördelar med avancerad vård i hemmet jämfört med annan vård.

Många patienter ansåg att de borde ha fått ta del av denna vårdform tidigare. Flera patienter jämförde också med akutsjukvården där man känt sig utlämnad och hade erfarenhet av långa väntetider.

Preliminärt visar alla pågående utvärderingar att antalet akutmottag-

ningsbesök minskat och på minskad slutenvård.

Västernorrland

Behöver fler läkare och specialistsjuksköterskor under fler timmar på dygnet

1. Har specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH) på fem orter i länet, sedan snart fem år. Nu är det en egen enhet, men efter 1 januari 2019 tillhör SSIH onkologiska kliniken. Har ingen egen avdelning för anslutna patienter. Varje patient bedöms individuellt och vården sägs vara personcentrerad.

2. Patienter som behöver palliativ vård kan få SSIH. Övervägande cancerdiagnoser.

3. Har två läkartjänster fördelat på tre personer. Under 2017 en ST-tjänstgörande läkare. 15 specialistsjuksköterskor samt en administratör/medicinsk sekreterare.

Behöver fler läkare, men även psykosociala resurser (kurator) och specialistsjuksköterskor under fler tider på dygnet. Dygnet-runt-bemannning samt tillgång till vård/sängplatser är målet

Jönköping

Har specialiserad sjukvård i hemmet som gemensam enhet sedan januari 2018

1. Region Jönköpings län har inte LAH. Men vi har specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH). Det är en verksamhet som arbetar över hela länet och som bara arbetar dagtid, vardagar.

Hembesök görs dagtid, vardagar av ett mobilt team inom specialiserad palliativ vård. Vårt mobila team består av läkare och sjuksköterskor, svarar Agneta Ståhl, sjukvårdsdirektör för Medicinsk vård. De gör medicinska



bedömningar, justerar läkemedel, ger blod med mera. De stöttar även den kommunala hemsjukvården med råd, stöd och utbildningar. Det är den kommunala hemsjukvården som arbetar nära

patienten oavsett tid på dygnet. Primärvården finns också som ett stöd, och läkare och sjuksköterskor från vårdcentralen gör också hembesök i de fall det handlar om basal palliativ vård.

Skåne

Vård finns för alla åldrar och alla diagnoser

1. I Region Skåne är Specialiserad palliativ vård och ASIH i en Skåneövergripande verksamhet som organisatoriskt tillhör Division Primärvård. Verksamheterna har succesivt byggts upp sedan början av 1990.

2. Avancerad sjukvård i hemmet och specialiserad palliativ vård finns för alla åldrar och alla diagnoser.

3. Motsvarande 35 läkarheltidstjänster var inblandade i vården av cirka 400 patienter i oktober.

4. Ingen utvärdering har gjorts, men Axel Vikström, tf pressekreterare i Region Skåne, svarar att det finns förbättringspotential kring samverkan i vårdflödet och i utvecklingen av den nära vården.

Jämtland/Härjedalen

Finns mobil vård i hemmet för ett flertal diagnoser

1. Har mobil vård i hemmet, först för cancervård, nu för fler diagnoser.

2. De patienter som omfattas är till exempel patienter med cancer, ALS, KOL, hjärtsvikt, hjärntumör, påsdialys och bloddialys, svarar planeringschefen Ingela Jönsson.

3. Verksamheten har tillgång till cirka fyra läkare och 14 sjuksköterskor.

4. Ingen aktuell utvärdering gjord, men det finns behov av bemanning. Önskemål från regionen om palliativ jourlinje och palliativa vårdplatser.



SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet) har som en gemensam enhet funnits sedan den 1 januari 2018. Dess-

Fortsättning nästa uppslag >>>

förinnan fanns verksamheten fördelad på tre enheter kopplade till medicin- och geriatrikklirikerna på de tre sjukhusen i länet. Enheterna bestod då av palliativa mobila team som inkluderade cancerdiagnoser och geriatriska mobila team som inkluderade övrigt svårt sjuka patienter, såsom hjärtsvikt och KOL.

2. SSIH har palliativa patienter på specialiserad nivå (inte allmän palliativ vård) och de patienter som inkluderas i teamen är patienter med cancersjukdom samt andra svårt sjuka patienter såsom till exempel patienter med hjärtsvikt NYHA 4, svår kronisk obstruktiv lungsjukdom samt andra diagnoser i livets slutskede där specialiserad palliativ vård är aktuell.

3. För närvarande finns det åtta heltidstjänster för för läkare inom SSIH och 17 sjuksköterske-heltidstjänster.

4. Har inte gjort någon utvärdering.

Stockholm

Avancerad sjukvård blev inte som tänkt Domineras idag av basal vård och omsorg

1. Använder inte begreppet LAH, men erbjuder avancerad sjukvård i hemmet (ASiH), en frivillig vårdform som ger möjlighet till samma sjukvård i hemmet som på sjukhus.

Målgruppen är patienter med behov av specialiserad medicinsk vård och omvårdnad som kräver specifik kompetens och hög tillgänglighet för att kunna vårdas utanför akutsjukhus.

Personalen arbetar i team där flera yrkesgrupper ingår för att ta hand om olika typer av behov hos patienten.

Avancerad sjukvård i hemmet infördes som vårdval år 2013, men fanns som vårdform innan dess. Ett antal vårdgivare finns inom ASiH. De är inte anslutna till sjukhusen, utan har en utgångslokal inom det geografiska området där de verkar. I vissa fall är dessa lokaler placerade i anslutning till sjukhusen.

2. ASiH erbjuder cancersjuka patienter

i stor utsträckning, men också multisjuka personer, exempelvis med hjärtsvikt, njursvikt eller KOL.

3. Uppgifter om antal anställda finns hos respektive vårdgivare.

4. Den senaste utvärderingen från Stockholms läns landsting av avancerad sjukvård i hemmet, som gjordes för tre år sedan, konstaterar att vården inom ASiH är av god kvalitet, men att innehållet i ASiH-insatserna avviker från intentionen att ASiH ska vara ett alternativ till slutenvård.

Insatserna domineras av basal vård och omsorg snarare än avancerad sjukvård. Detta styrks av att patienterna får lågintensiv besökskontakt under de flesta av de veckor som de är inskrivna i ASiH och att en relativt stor andel av besöken utförs av undersköterskor.

Verksamheterna motiverar detta med att de dels har ett helhetsansvar för patienterna, vilket därför inbegriper enklare insatser, dels att de upplever sig behöva kompensera för låg kontinuitet och tillgänglighet inom lägre vårdnivåer. Som följd behöver de därför skriva in patienter med mer basala behov och behålla patienter inskrivna inom ASiH under längre tid.

ASiH uppnår enligt utvärderingen ett av två effektmål; att minska inflödet till akutsjukhusen. Däremot är bedömningen att det andra effektmålet; att påskynda utflödet ur akutsjukhusen, inte nås.

Inskrivningar till avancerad sjukvård i hemmet sker mycket sällan i direkt anslutning till utskrivning från vårdavdelning. Därför saknas förutsättningar att påskynda utflödet i önskat utsträckning, konstateras i utvärderingen.

Västerbotten

Lasarettansluten hemsjukvård skatteväxlades bort 2013

1. I Västerbotten har man haft sådan verksamhet tidigare svarar man, men den skatteväxlades till kommunernas verksamhet i samband med "Avtal om

övertagande av Hälso- och sjukvård i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Västerbottens län den 1 september 2013".

Idag finns det specialistenheter vid sjukhuset som har viss uppsökande verksamhet, till exempel inom geriatrik och psykiatri. Det finns också en enhet som sysslar med specialiserad palliativ vård, i samarbete med kommunen. Tidigare var detta alltså en del av större enhet som också hade uppdraget lasarettsbunden hemsjukvård.

Sörmland

Brist på läkare som vill jobba i hemmet hindrar en utveckling

1. I Sörmland använder man begreppet SSIH, Specialiserad hemsjukvård.

2. Verksamheten finns lokaliserad på fem orter och det ingår fem olika tjänster där SSIH har läkaransvar, insatspatienter där SSIH:s personal utför provtagningar och behandlingar, men läkaransvaret är kvar på moderkliniken, till exempel intravenös antibiotika, mobil äldreakut som är akutmottagning i hemmet för sköra patienter, till exempel KOL, hjärtsvikt, infektioner, konsultinsatser som exempelvis stöd i symtombehandling och utbildning.

SSIH startade i Eskilstuna på 1980-talet, i Katrineholm på 1990-talet, i Strängnäs via vårdcentralen i början av 2000-talet, i Nyköping sedan 2009 och i Trosa/Gnesta via vårdcentralen sedan 2017.

I Nyköping ligger verksamheten under geriatriska kliniken, i Eskilstuna under medicin, i Katrineholm under medicin och vårdplatsenhet och i Trosa/Gnesta och Strängnäs är det ett särskilt uppdrag för primärvården.

I Sörmland har man haft ett länsövergripande projekt under två år, där man har jobbat för att de tjänster som invånarna får ska vara likvärdiga för alla medborgare oavsett ålder, kön, diagnos, bostadsort och boendeform. Kriterier för anslutning handlar om att det finns

behov av vård inom SSIH, att patienter vill ha vård i hemmet och att vården kan bedrivas på ett säkert sätt.

En särskild avdelning för palliativa patienter finns i Eskilstuna och Nyköping. I Katrineholm kan slutenvård erbjudas på vårdplatsenheten och i Strängnäs finns två platser på SÄBO att tillgå.

Cirka 170 patienter är anslutna, att jämföra med 2 300 patienter i kommunal hemsjukvård, 3 000 personer i kommunala SÄBO och omkring 500 öppna vårdplatser på sjukhus. De flesta har någon form av cancersjukdom, men även patienter med KOL och hjärtsvikt och enstaka barn och neurologiska sjukdomar har fått vård.

Det finns politiska beslut om att SSIH ska växa. Det som hindrar fortsatt utbyggnad är brist på läkare som vill jobba i hemmet. Framför allt har det varit svårt att rekrytera läkare till mobila äldreakuten.

3. Sörmland saknar aktuella siffror på hur mycket personal som finns i verksamheten, men svarar att den stora utmaningen för fortsatt utveckling är att kunna rekrytera lämpliga läkare.

I Sörmland har man kommit ganska långt när det gäller tillgång till journal på distans, uppger Maj Rom, närvårdsöverläkare. Uppföljning kan ske per telefon eller via virtuell teknik för att minska resandet, men där finns mer att utveckla, liksom att minimera administrativt arbete.

4. Har genomfört en enkät till samtliga anslutna patienter under två veckor i maj 2018 där betyget var 9,7 på en 10-gradig skala.

Särskilt bra betyg fick, enligt enkäten, bemötande, delaktighet, information och stöd till anhöriga. Resultatet i Svenska Palliativregistret är bra uppger Maj Rom, men svarar att det finns förbättringsområden kring munhalsbedömningar och smärtskattning.

Resultaten för de som registreras på sjukhus är inte lika bra och det finns stora skillnader mellan orterna när det gäller vård dagar på sjukhus och hur stor andel av patienterna som dör i hemmet – något som nu analyseras. I Katrineholm, som hunnit långt har man idag

fler patienter anslutna till SSIH än det finns vårdplatser på sjukhuset.

Dalarna

Behöver fler specialistläkare och sjuksköterskor

1. Har en vårdavdelning för Specialiserad palliativ vård på Falu lasarett.

2. I huvudsak patienter med cancersjukdomar men även andra diagnoser som tiALS. Den specialiserade palliativa vården har fokus på symtom och symtomlindring, inte diagnos. Klinikens team vårdar patienter som är svårt sjuka i hemmet, något man på sikt tror kommer att utvidgas.

Läkare och sjuksköterskor har beredskap i hemmet. Vid vårdavdelningen finns personal i form av sjuksköterskor, läkare och undersköterskor som även har beredskap kvällen och helger.

De flesta patienterna är äldre, men det förekommer även att medelålders och yngre patienter vårdas på den palliativa avdelningen. Barn förekommer inte på vårdavdelningen, där ansvarar barnkliniken på Falu Lasarett. Vid övergången samverkar man med barnkliniken. Största förändringen de senaste åren är inrättandet av den specialiserade vårdavdelningen 2014.

3. En läkare, tio sjuksköterskor och tio undersköterskor ansvarar för slutenvården på vårdavdelningen som har åtta vårdplatser. Totalt arbetar cirka 130 anställda varav 90 sjuksköterskor och 15 läkare på kliniken, inklusive teamen som vårdar patienterna i hemmen. Cirka 550 patienter är anslutna över hela länet.

4. En journalgranskning har genomförts med syfte att se om den palliativa vårdavdelningen uppfyller kraven på en kvalificerad palliativ vård. Slutsatsen var att den bedrivs på ett ändamålsenligt sätt och att den specialiserade palliativa vården fått bra genomslag, men att man inte vid tidpunkten för granskningen säkerställt en allmän palliativ vård av god kvalitet.

Pär Lennart Ågren, divisionschef

Medicin, Falun framhåller att den framtida utmaningen är att få till konsultteam, både på lasarettet och inom den kommunala hemsjukvården, där samverkan med primärvårdens läkare är avgörande för patienten.

Kliniken behöver även fler specialister, både läkare och sjuksköterskor.

Värmland

Har palliativa team och mobila närsjukvårdsteam på gång för patienter med komplex sjuklighet

1. Har inte någon LAH. Däremot har man palliativa team som utgår från sjukhusorterna Arvika, Karlstad och Torsby.

Mobila närsjukvårdsteam respektive hemsjukvårdsläkare är under införande i flera delar av länet för patientgrupper med komplex sjuklighet och stort behov av samordning mellan slutenvård, primärvård och kommun.

Därutöver har Värmland bedömningsenheter som åker ut till patienter, som en förlängd arm till SOS, när osäkerhet kring sjukvårdsläge föreligger. De har även direktkontakt till de olika specialisterna inne på sjukhuset som kan tänkas konsulteras. Även barnsjukvården har mobil verksamhet.

2. De palliativa teamen tar främst hand om patienter med cancerdiagnoser. Det är på gång att utökas till all palliativ vård, även med andra diagnoskriterier. Jens Magnusson, pressansvarig i Värmland, svarar att det är en av de främsta prioriteringarna i landstingets utveckling för framtidens hälso- och sjukvård.

3. De palliativa teamen har 20 sjuksköterskor och 2,75 läkare. Om de mobila teamen räknas in rör det sig om sju läkartjänster och 28 sjuksköterskor.

4. En studie gjord av landstinget har kommit fram till att 4 200 patienter kommer till akutmottagningarna via ambulans utan att det är rätt vårdnivå, vilket skulle kunna betyda att 5 000 patienter årligen skulle kunna få bättre vård via till exempel ett mobilt team.

JULLÄSNING | NOBEL-SPECIAL



■ Den 10 december delades Nobelprisen ut med pompa och ståt och Nobelbankett. Men vad har Nobelprisen i Fysiologi eller medicin avslöjat och gjort för nytta? **Och har rätt forskare fått prisen?**

■ Läs Lars G Burmans intressanta exposé och personliga reflektioner.



Lars G Burman är leg läk, docent, laborator em (SBL, SMI, i dag del av Folkhälso-myndigheten).

Forskarna som gjort världen hälsosammare

Metchnikoff fick Nobelpris 1908 för sin upptäckt av fagocyterande celler, som tar hand om bakterier alternativt död vävnad.

Att vända fagocyter mot cancerceller har länge varit en dröm men svår att utveckla till klinisk användning. En svensk pionjär som fortfarande är aktiv, Hans-Olov Sjögren, har arbetat med frågan sedan 1960.

Årets Nobelpristagare i Fysiologi eller medicin, **James P Allison** och **Tasuku Honjo**, har listat ut hur två bromsar i immunsystemet kan lossas. När deras metoder kombineras uppnås en antitumöreffekt som redan botat många cancerpatienter. Behandlingen kallas immune checkpoint inhibition, ICI.

1 De tidiga nobelpristagarna

▼ Nobelpristagaren som upptäckte fagocyter och uppfann probiotika, **Elie Metchnikoff** (1845-1916), biolog från

Ryssland (i dag Ukraina), var i början av sin karriär assistent hos **Louis Pasteur** (1822-1895) i Paris, mikrobiologins och immunologins fader och grundare av Institut Pasteur.

Metchnikoff var inneboende hos familjen Pasteur, men vistelsen fick ett abrupt slut då familjens piga blev gravid ihop med gästen. Denne fann en kväll, hemkommen från laboratoriet, ett brunt kuvert på sängen med ett meddelande, "Efter vad som hänt måste Dr M snarast packa och åka hem, LP."

Händelsen fick följder både i Frankrike och för Metchnikoff. Ny assistent hos Pasteur blev **Marcel Mérier**, som kom att grunda Mérier Biologiska Institut i Lyon 1897. Det utvecklades till släktens företagsgrupp, Sanofi Pasteur (läkemedel), bioMérier (in vitro diagnostika) och Mérial (veterinärprodukter).

Bytet av assistent berättades för mig för cirka 30 år sedan av sonen Charles. Han var läkare och vid hög ålder fortfarande aktiv i styrelsearbete världen över. Dessutom ansvarade han för faderns herrgård i Veyrier-du-Lac öster

om Lyon, som byggts ut till konferenscenter och utlånas av företaget till vetenskapliga möten, där jag träffade honom.

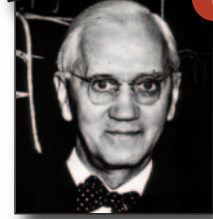
Efter några år hemma i Charkov (Kharkiv) blev Metchnikoff forskare vid olika tyska universitet och sedan i Wien, där han upptäckte och beskrev fagocyter. Det startade den cellulära immunologin som tillsammans med antibakteriella peptider (1970 upptäckta hos insekter av svenska forskare, se nedan) ingår i vårt primitiva ospecifika försvar, "innate immunity".

Metchnikoff fick Nobelpris 1908, efterträdde Pasteur och förblev forskningschef för Institut Pasteur under resten av sin karriär. Metchnikoff Institutet i St Petersburg är Rysslands äldsta medicinska högskola, över 100 år gammal.

Metchnikoff och myten om probiotika

Metchnikoff trodde att makrofager finns i alla vävnader och medverkar vid åldrande, i linje med dagens tänkande. Han intresserade sig tidigt för åldran-

De tidiga nobelpristagarna 1



Hans upptäckt förändrade världen

Epigenetikens betydelse 2



Så påverkas vårt DNA ständigt av miljöfaktorer

Svenska pristagare i modern tid 3

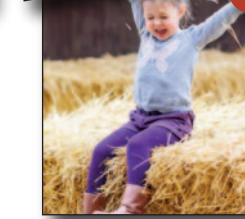


De som borde fått Nobelpris 4



Sensation tyckte en hel värld utom Nobelkommittén

De som kommer få Nobelpris 5



Belgares upptäckt kan innebära slut på allergier

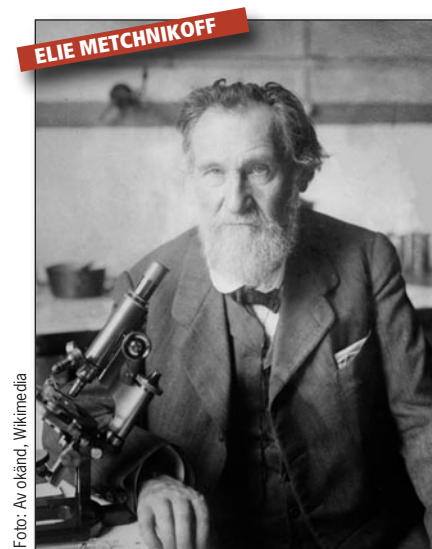


Foto: Av okänd, Wikimedia

det, om detta kan förebyggas, och lär ha myntat termen gerontologi. Efter hand lanserade han en hypotes, som startade en besynnerlig utveckling.

Metchnikoff hade noterat att 100-åringar inte var ovanliga på vissa platser på Balkan och i Kaukasus. Förhållandevis fattiga individer med enkel livsstil, närhet till naturen, dagligt intag av yoghurt, arbete kombinerat med mentala aktiviteter och tidigt uppe efter sex-sju timmars sömn (i dag ansett som optimalt).

Metchnikoff trodde att den massiva bakteriefloren i kolon bildar hälsovådliga "autotoxiner". Han kopplade detta till kaukasierna och lanserade hypotesen, att yoghurt bidrar till deras goda hälsa och livslängd genom att laktobakterierna i yoghurt bromsar tarmens "föruttnelsebakterier" och deras bildning av toxiner.

Yoghurt är mjölk som syrats med hjälp av laktobakterien *L. bulgaricus* och

dess avfallsprodukt mjölksyra (lactic acid). En enkel men kontrollerad konserveringsprocess med vällsmakande resultat. Produkten är en analog till filmjölk, som förr tillverkades i varje svenskt hem med hjälp av andra ospecifierade laktobakterier.

En portion fil sattes till (inokulerade är den bakteriologiska termen) överbliven mjölk och kulturen fördes vidare i årtal på samma sätt som för surdeg och surkål, ibland över generationer. Låter man mjölk ruttna på egen hand, genom att den befintliga bakteriefloren får växa till, blir resultatet sällan drickbart.

Metchnikoff förde en asketisk livsstil, tidigt uppe, tidigt i säng. Han testade yoghurt på sig själv, vänner och bekanta "med gott resultat" men utan seriös analys.

Hans status som vetenskapsman av världsformat gjorde att hypotesen om laktobakteriernas hälsoeffekt fick kraftigt genomslag. Den lever fortfarande stark och ligger till grund för en industrigren, tillverkning av syrade hälsodrycker, probiotika, där speciella stammar av laktobakterier nyttjas vid framställningen.

Termen probiotika antyder att dryckernas verkan är förebyggande snarare än terapeutisk som antibiotika.

Det påstås att Metchnikoff till sist tappade tron på laktobakterier som livelixir. Kaukasiers höga ålder anses vara kopplad till livsstilen inklusive mycken fysisk aktivitet såsom livslångt vandrande på branta bergsstigar.

Men intresset för probiotika ökar likväl och termen nämns i ett accelererande antal vetenskapliga artiklar, i dag 20 000 stycken. De senaste släpptes i

den kliniska forskningens finrum, New England Journal of Medicine, den 22 november. Man publicerade två studier av probiotika baserade på ryktbara stammar av laktobakterier. I båda fallen uteblev en effekt mot gastroenterit hos småbarn. Om probiotika de facto har profylaktiska eller terapeutiska effekter har trots all forskning förblivit oklart.

New England Journal of Medicine publicerade studierna troligen för att man anser det vara dags att sticka håll på den över 100-åriga probiotikamytan.

WILHELM RÖNTGEN



Foto: Av okänd, Wikimedia

Det första Nobelpriset gick 1901 till **Wilhelm Röntgen**, som var ingenjör och fysiker. Han fick priset i Fysik för att ha tagit fram elektromagnetisk strålning av en våglängd som lämpade sig för avbildning av kroppens inre.

IVAN PAVLOV

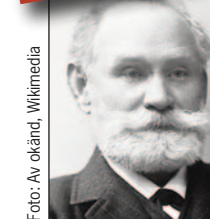


Foto: Av okänd, Wikimedia

Ivan Pavlov fick priset Fysiologi eller medicin 1904 för upptäckten av den betingade autonoma reflexen. Han var också epigenetiken på spåren (se nästa uppslag) då hundars reaktionstid till salivation när matklockan ringde efter hand blev allt kortare.

Fortsättning nästa uppslag >>>

NOBEL-SPECIAL

ROBERT KOCH

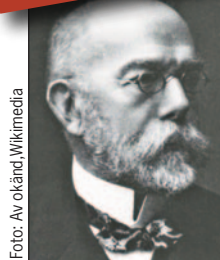


Foto: Av okänd/Wikimedia

1905 gick Nobelpriset i Fysiologi och medicin till **Robert Koch**, som identifierade flera viktiga patogena bakterier inklusive Mycobacterium tuberculosis. Han utvecklade också agarplattan för odling och renkultur av bakterier, fortfarande rutinmetod som steg 1 när ett patientprov analyseras bakteriologiskt. 1908 delade Metchnikoff priset med Paul Ehrlich, som belönades för ett flertal insatser inom färgningsteknik, immunologi och kemoterapi.

ALEXANDER FLEMING



Alexander Fleming fann 1922 det bakteriolytiska enzymet lysozym i tårvätska, tidig "innate immunity". 1929 upptäckte han penicillin och delade Nobelpriset i Fysiologi eller medicin 1945 med Howard Florey och Ernst Chain, som gjorde det till läkemedel.

Nobelpriset för epigenetik öppnade en ny värld

TROFIM LYSENKO



Foto: Av anonym/Wikimedia

Den ukrainske biologen **Trofim Lysenko** förhånades för sin teori från 1920-talet att egenskaper kan förvärras och arvas. Idén stred mot Darwin och fastän den tilltalade bolsjevikerna dödförklarades teorin till sist officiellt i Ryssland 1964. Det har visat sig att Lysenko hade rätt, men han fick inget Nobelpris. Men i dag förklarar epigenetiken hur gener modifieras av miljön.

WERNER ARBER



Foto: Jane Gitschier

Nobelkommittén var förutseende när man gav **Werner Arber** från Schweiz priset tillsammans med två amerikaner 1978 för det första exemplet på epigenetik. Man hade upptäckt att E coli och andra bakteriearter har sina egna par av syskonenzym som hanterar DNA. Ett som fäster metylgrupper (-CH₃) på bakteriens eget DNA enligt ett visst artspecifikt mönster och ett annat som bryter ned inkommande DNA (exempelvis attackerande bakterievirus, s k bakteriofag) om det har ett annat (artfrämmande) metyleringsmönster, s k DNA restriction.

DNA-metylaser och respektive restriktionsenzym utgör ett skyddssystem för bakteriens eget DNA. Metylering av DNA lägger ytterligare informationer till DNA, kompletteringar av den genetiska grundkoden. Detta fenomen kom att kallas epigenetik.

2 Epigenetikens betydelse

Kloning av gener. Den omedelbara vetenskapliga och kliniska nyttan av DNA-metylering (epigenetik) hos bakterier var kunskapen att restriktionsenzymet från en bakterieart kan klippa en viss bindning i DNA i en väl definierad DNA-sekvens.

Restriktionsenzym från olika bakterier blev därför en kommersiellt tillgänglig uppsättning av specifika klippverktyg i den molekylära genetikens barndom när man på 70-talet började "klippa och klistra" gener, både för forskning och för isolering (kloning) av gener för industriellt ändamål.

Det innebär att klippa ut genen för ett önskat protein, oavsett från vilken organism, föra över genen till E coli, som sedan producerar proteinet när den genmanipulerade E coli-stammen odlas i stor skala.

Den först klonade produkten som blev läkemedel var humant insulin,

Humulin®, som från 1982 kom att ersätta svininsulin. Proteinerna är snarlika, men humant "rekombinant" insulin massproduceras till lägre kostnad.

Det olyckliga influensavaccinet 2009. Vissa yngre individer vaccinerade med ett influensavaccin framställt 2009 råkade ut för narkolepsi. Denna oväntade effekt tros bero på tillverkarens val av restriktionsenzym. Detta genererade en variant av den önskade DNA-sekvens från viruset, som skulle användas till vaccin.

När DNA-sekvensen "översattes" till vaccinprotein kom detta sannolikt att få en viss likhet med en struktur i hjärnan hos vissa vaccinerade (molecular mimicry) och ge upphov till en autoimmun reaktion. En hypotes är att autoantikroppar skadar funktionen för dygnsrytm med abnorm kronisk trötthet som följd, en oförutsedd biverkan en viss tillverkarens vaccin mot influensa.

På 80-talet kom sekvensering av DNA, som gjorde att informationen i DNA kunde avläsas. Sekvenseringen var till en början manuell och långsam men har successivt förenklats och är i dag robotiserad i maskiner med nästan obegränsad kapacitet.

Miljön påverkar ständigt våra gener. Människans egenskaper påverkas via epigenetik. Numera kan även metylering och andra epigenetiska DNA-modifikationer analyseras. Det har visat sig, att epigenetik är ett gigantiskt fenomen som pågår även hos oss, på fosterstadiet och under hela vår levnad. Miljön påverkar ständigt vårt DNA via modifieringar av detta. Små kemiska grupper kopplas till DNA av vilka metylgrupper, metylering av DNA, är den vanligaste mekanismen. Modifieringarna bromsar eller ökar våra geners aktivitet.

En pionjär är **Lars Olov Bygren**, bördig från Överkalix och tidigare professor i socialmedicin i Umeå. Från 1980-talet och framåt studerade han och hans medarbetare via kyrkböcker hur hälsan hos invånare i Norrbotten reage-



rade på missväxtår respektive goda år, långt innan epigenetikens kemi kunde studeras hos människa.

Han fann till sin förvåning att om farfar åren före puberteten, då spermieproduktionen startade, hade levat under svält och undernäring ökade risken för söner och söner att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar och därför sex års kortare livslängd. Farfaderns metabolism inställdes på svält, ett sannolikt epigenetiskt arv som överförts till de efterlevande, vilket var till nackdel när tillgången på mat åter blev god. Dessa drabbades sannolikt av övervikt, hypertoni och typ 2 diabetes.

Sådana hälsoproblem kan fortfarande vara släktdrag. Träning av muskler till ökad snabbhet eller kraft sker via epigenetiska förändringar i muskelcellerna, som kan undersökas genom biopsier och speciell DNA-analys. Rökning ger upphov till >2000 epigenetiska förändringar i våra kromosomer och en stor och komplex extra sjukdomsbyrå med risker även för efterlevande.

Det visades 2016 att i familjer med rökare ökar risken för astma både hos barn och (med 20 procent) hos barnbarn. Mekanismen antas vara epigenetiska förändringar både i barnens luftvägsceller och i gener hos äggceller

3 Svenska pristagare i modern tid

Svenska Nobelpris i Fysiologi eller medicin, respektive kemi under senare år.

▼ **Torsten Wiesel** var en av medicinpristagarna 1981 för upptäckter rörande hjärnans hantering av visuell information.

Sune Bergström, Bengt Samuelsson och John Vane delade priset 1982 för upptäckten av prostaglandiner. Förutom deras många och komplexa verkningsmekanismer vid sjukdom används prostaglandiner också som läkemedel vid bl a förlossning, abort och glaukom.

En av Bergströms söner, **Svante Pääbo**, är mer känd för allmänheten som chef för Max Planck-institutet för antropologi i Leipzig sedan det startades 1997. Man är experter bl a på

analys av mycket gammalt och fragilt DNA och gör jämförande studier av DNA från tidigare människotyper som Neandertal med de äldsta formerna av Homo sapiens (paleogenetik). Man har även funnit DNA-skilnader mellan våra förfäder och "segraren", den "moderna" människan.

Vi antas ha tagit över planeten för 200 000 (enligt ny forskning 300 000) år sedan. Men denna forskning tycks inte vara prioriterad, sannolikt då den kan generera kunskap om "framgångs"- respektive "svagare" eller "oönskat" DNA och bli ett verktyg för att jämföra individer inom och mellan etniska grupper. Efter nazismen förbjöds forskning inom antropologi i Tyskland.

Det nya institutet i Leipzig skulle fokusera på paleogenetik, vilket ansågs

respektive sertolicellerna, som producerar spermier. Barnbarn påverkas därför av far- eller morföräldrars rökvanor.

Vårt DNA påverkas av maten vi äter, luften vi andas, graden av fysisk aktivitet och även av starka psykiska upplevelser. Således har t ex posttraumatiskt stressyndrom en epigenetisk komponent, varför PTSS innebär en risk för psykiska effekter också på efterlevande.

Svårigheten för människor är att sälla agnarna från vetet i det dagliga informationsflödet i all slags media om kost, livsstil och hälsa, som är avsevärt större från självvalda hälsoexperter och lekmän än information från tidspressade seriösa vetenskapare.

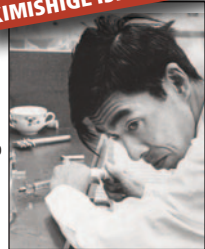
För att fritt citera Elon Musk, grundare av Pay Pal, elbilen Tesla och ett eget rymdprojekt. "Inga personer med kortare arbetsvecka än 60 timmar har förändrat världen".

Fortsättning nästa uppslag >>>

4 De som borde fått Nobelpriset

KIMISHIGE ISHIZAKA

Foto: Georgia Lowell



Sensationell kunskap tyckte en hel värld – utom Nobelkommittén

Kimishige Ishizaka fick inte välförtjänt Nobelpris. Detta förvånar eftersom han 1966-67 ihop med hustrun

Terako publicerade upptäckten av IgE, det immunglobulin som förmedlar allergi. Sensationell kunskap tyckte hela världen. Ishizaka utnämndes till flera prestigefyllda poster och tilldelades en mängd vetenskapliga priser, men inte Nobels.

Nästan lika förvånande är att tre

immunologer från Uppsala, Leif Wide, Gunnar Johansson och Hans Bennich publicerade en artikel i Lancet 1967 där man beskrev hur allergier kan diagnostiseras i blodprov utifrån patientens IgE-svar.

Man kan inte patentera en naturlig molekyl som IgE men väl en värdefull applikation, såvida denna inte redan beskrivits. Men Uppsalaforskarna hade uppenbarligen redan patent på allergitestet. Man hade hunnit utveckla och sätta upp metoden, visat att den fungerar på allergiska patienter ("proof of concept" på patenspråk), och fått

patentansökan godkänd.

Gruppen hade med sofistikerade tekniker (halter av IgE är låga) påvisat "antibodies of a new immunoglobulin class provisionally called IgND" i sera från allergiker. Hade man helt oberoende av Ishizaka upptäckt IgE men utan att döpa det? Eller visste man från kongresser, där Ishizaka talat om sin upptäckt och från dennes preliminära rapporter, att IgND de facto var Ishizakas IgE? Av hänsyn till upptäckaren ville man kanske inte använda termen IgE innan dennes rättmätiga credit för upptäckten blivit publicerad fullt ut?

En "ambassadör" fick priset istället för den banbrytande forskaren Hans G Boman

Hans G Boman fick heller inte Nobelpris. HGB som många kallade honom var elev till Nobelpristagaren i Kemi från Uppsala, Arne Tiselius (elektrofores 1948).

1966 utnämndes HGB till professor i Mikrobiologi i Umeå och anställde bl a mig som assistent. Våren 1971 var jag en av de tre sista disputanderna inom HGB:s första och andra forskningsområde, modifierat RNA respektive bakteriell utveckling av antibiotikaresistens (genetik, biokemi och fysiologi hos E coli).

HGB hade redan året innan bytt inriktning på sin forskning för att besvara en fråga från en Uppsalakompis, som blivit professor i genetik i Umeå, Bertil Rasmuson. Varför blir inte bananflugor infekterade trots att dessa anses sakna immunsystem, d v s immunglobuliner och försvarsceller? Svar: insekter producerar ett flertal ospecifikt verkande antibakteriella peptider. Denna förmåga kan aktiveras eller tränas upp genom exponering för allt större doser av bakterier.

Man lyckades inte sätta upp tekniker för genetisk analys, trots att Drosophila melanogaster vanligen är mycket lämplig för det. Flugorna var dessutom för små för biokemisk analys. Detta berättar Ingrid Faye, den första doktoranden i projektet, i dag senior professor vid Institutionen för molekylär bioveten-



HANS G BOMAN

skap, Wenner-Grens Institut (MBW) Stockholms universitet dit HGB flyttade insektsforskningen 1976.

Man bytte därför organism till silkesfjärilen Hyalophora cecropia, vars lillfingerstora puppor kunde infekteras via injektion. Innehållet, hemolymfan, analyserades för antal överlevande bakterier och man kunde rena dess antibakteriella peptider av vilka den första kallades cecropin. Efterhand kom den molekylära genetiken, så att man utifrån DNA-sekvenser lättare kunde hitta allt fler sådana peptider.

HGB var således "founding father" av området antibakteriella peptider från 1970, fortsatte som dess ledare i decennier, beskrev nya peptider, bildade skola och handledde en rad blivande docenter och professorer. Det visade sig efter hand att insekternas olika defensiva och många andra antibakteriella

peptider även finns hos oss. Tillsammans med fagocyter utgör dessa peptider del av vårt medfödda, ospecifika infektionsförsvar, "innate immunity".

Detta utvecklingsmässigt gamla system håller invaderande mikrober stången, räddar ibland våra liv, tills vårt specifika försvar accelererat tillräckligt under en-två veckor. Om vi råkat ut för mikroben tidigare eller är vaccinerade mot denna är det nyare specifika immunsystemet förberett för ett snabbt antikropps- och cellulärt svar.

Även om antibakteriella peptider till en början hade betraktats med skepsis bland "klassiska" immunologer blev HGB i många ögon nu en given Nobelpristagare i medicin. Men inget hände och 2008, 38 år efter det att HGB startat detta forskningsfält, gick han bort.

2011 delades priset i Fysiologi eller medicin mellan Jules Hoffman och Bruce Beutler för denna "innate immunity". Hoffman är en stor beundrare av HGB, besökte honom många gånger, lånade kanske idéer och var i mina ögon mer ambassadör för området än en självständig och banbrytande forskare.

Det förvånar att Nobelkommittén inte kom till skott före 2008, liksom att inte någon av HGB:s många framstående adepter fick dela priset 2011.

5 De som kommer att få Nobelpriset

Belgare som kan bota allergi tar priset

▼ Astma, hösnuva och/eller eksem drabbar i dag häften av alla unga. Att kunna bota dem vore revolutionerande.

2015 beskrev belgarna Martijn Schuijs, Monique Willart, Bart Lambrecht och medarbetare att inhalation av lipid A, en molekyl från höljet av tarmbakterien E coli (sedan gammalt även kallad endotoxin) och som finns i lagårdsdamm, stoppar astma i en musmodell. Ett slags bekräftelse på "hygienhypotesen" om allergiernas snabba framfart, att ökningen beror på att vår livsmiljö har blivit för ren.

Belgarnas fynd förklarar paradoxen att uppväxt i jordbruksmiljö gör personen helt okänslig för våra kraftigaste allergener såsom katt, hund, häst, timotej, etc. En astmatiker lär däremot känna av en häst på 100 meters håll vid rätt vindriktning.

Enzym A20. Belgarna klarade verkningsmekanismen för lipid A på cell-, molekyl- och gennivå. Nyckeln är det ubiquitin-modifierande enzymet A20 i luftvägsepitellets celler, som uppregleras av lipid A.

Barn med defekt gen för A20 har både astma och eksem. Man har kunnat patentera naturprodukten lipid A för att



Den belgiska gruppen har kunnat konfirmera att lagårdsdamm de facto fungerar mot astma.

detta är en oväntad applikation och för att musförsöken utgör "proof of concept" på patenspråk.

Gruppen har sedan kunnat konfirmera att lagårdsdamm de facto fungerar mot astma också hos barn, men terapin kräver vistelse i stall eller lagård under en handfull timmar per dag.

Häst, ko, gris och höns har liksom vi E coli i tarmfloran efter 4000 års samlevnad, d v s under vår jordbruksera. Luften i svinstia eller hönsgrädd fungerar däremot inte mot astma för att bildningen av aerosol (damm) av intorkad feces där är för liten. Dammet från hö,

halm och stora volymer spillning i stall och lagård gör skillnad.

Lipid A är enkel att framställa och tål både intorkning och kokning, en billig och robust molekyl att hantera och lagra. De nebulisatorer som i dag kan dosera milligramdoser av astmamediciner kommer sannolikt att snart vara laddade med lipid A så att "puffarna" stoppar allergisk astma och troligen även kroniskt eksem.

När allergiernas undergång bekräftats i kliniska prövningar av inhalation av ett artificiellt koncentrat av lagårdsmiljö kommer belgarna säkert att belönas med Nobelpris.

Autoimmuna sjukdomar har ökat i västvärlden, men är liksom astma nästan okända i mindre utvecklade länder. En uppreglering av enzym A20 via ökad exponering för lipid A (ovan) kan förväntas leda till inbromsning av NF-k β -systemet och därmed cytokiner som IL-1 och IL-6 samt TNF, d v s faktorer som ger inflammation. Därför kan lipid A eller andra mikrobiella molekyler bli verksamma även mot inflammatorisk tarmsjukdom, LED och andra kollagenoser, reumatoid artrit etc. Ett lätt hisnande perspektiv.

Konflikt om patent gör att Nobelkommittén avvaktar?

EMMANUELLE CHARPENTIER



Foto: Bianca Fioretti

Emanuelle Charpentier med gensaxen är stark Nobelpriskandidat. Flera av eleverna till HGB och till Kurt Nordström, docent från KTH som startade en

egen forskningslinje vid institutionen, kom efter 1976 att driva institutionen för Mikrobiologi i Umeå vidare. Denna utvidgades med en enhet för cellbiologi

och har under åren legat på internationell toppnivå.

2009 rekryterade man fransyskan Charpentier som ledare för ett stort projekt där hennes grupp, delvis tillsammans med Jennifer Doudna i USA, från 2011 kom att publicera utvecklingen av "gensaxen" (CRISPR/Cas9-tekniken). Med den kan man i ett befruktat ägg korrigera abnorma gener (gene editing), en tekniskt komplex teknik med tills vidare begränsad kapacitet.

Tekniken har redan "missbrukats". I stället för att enbart korrigera en defekt har kinesiska forskare nyligen ändrat en gen och adderat en egenskap som ärvs

vidare. Man gjorde på beställning ett antal embryon resistenta mot HIV.

Efter implantation födde kvinnan tvillingar med förmodad HIV-resistens. Mannen i paret som beställde åtgärden är HIV-bärare. Våra experter menar att smitta fader-barn kan förhindras med andra, mindre kontroversiella metoder.

Såvitt jag förstått pågår en konflikt mellan upptäckarna och deras efterföljare vid Harvard gällande patentering av metoder för att öka teknikens kapacitet för kliniskt bruk, vilket gör att Nobelkommittén avvaktar. Men Charpentier förväntas varje år bli en av Nobelpristagarna i Fysiologi eller medicin.

JULLÄSNING |
NOBEL-SPECIALDE
(O)SANNOLIKA
”NOBEL”PRISEN

Den 10 mars fick årets Nobelpristagare sina pris, men visste du att sedan 1991 har det varje år delats ut alternativa ”Nobelpris” med målet att först få oss att skratta och sedan tänka efter. Den 13 september var det prisutdelning för 2018 års pristagare på Harvard med ordinarie nobelpristagare som prisutdelare.

1

Litteraturpriset

Vinnare: Thea Blackler, Rafael Gomez, Vesna Popovic och M. Helen Thompson **för att** ha dokumenterat att de flesta som använder komplicerade produkter inte läser instruktionsmanualerna.

2

Medicinska utbildningspriset

Vinnare: Akira Horiuchi, gastroenterolog från Japan, som kunde visa att det går att koloskoperas sig själv med ringa obehag – om man bara sitter i stället för att ligga.



2018 års prisceremoni inledes traditionsenligt med att publiken fick kasta pappersplan mot ett levande mål på scenen.

PS: För den som eventuellt vill ta efter idén så går det att lära sig allt om pappersplan och hur man viker det perfekta planet på Illustrerad Vetenskaps hemsida: <https://illvet.se/teknologi/pappersplan-lar-dig-att-vika-varldens-basta-pappersplan>

Tillhör du dem som tycker att forskare lägger ned för lite tid på kniviga medicinska och naturvetenskapliga vardagsproblem? Då är den 13 september ett datum att lägga på minnet. Varje år på denna dag delar stiftelsen Ig Nobel (uttalas Ignobel) ut priser till forskare som tar sig an alternativa frågor i ungefär samma kategorier som de traditionella Nobel utmärkelserna.

Kan man behandla njursten genom att åka berg- och dalbana och går det att koloskoperas sig själv?

Årets Ig Nobel pristagare har de vetenskapligt grundade svaren. Själva ceremonin äger rum på Harvard i ett jätteauditorium för över 1000 deltagare och priserna brukar delas ut av ordinarie

nobelpristagare. I år var det Eric Maskin (ekonomi 2007), Wolfgang Ketterle (fysik, 2001), Oliver Hart (ekonomi, 2016) och Michael Rosbash (medicin, 2017) som var prisutdelare. En viktig skillnad mot Nobelceremonin i Stockholm är att pristagarnas klädsel ligger närmare student-spex än frack och tacktalen får vara högst 60 sekunder långa innan moderatören, en 8-årig flicka, avbryter med att säga ”Snälla sluta, det här är tråkigt!”. En annan olikhet är prissumman, 10 miljarder dollar, men inte i USA-valuta utan Zimbabwe-dollar. Beloppet motsvarar ungefär 5 cent.

Men åter till årets pristagare och deras upptäckter.

För att utvärdera om ett åk i berg-och-dalbana kan få en njursten att komma ut



3

Biologipriset

Biologi-priset blev en framgång för tre svenska forskare, Erika Wallin, doktor i kemi, Erik Hedenström, professor i organisk kemi vid Mittuniversitetet och Marie Bengtsson, organisk kemist från Lund som i en internationell forskargrupp kunnat visa att vinexperter på ett tillförlitligt sätt, med lukten, kan identifiera närvaron av en bananfluga av kvinnligt kön i ett glas vin. På bilden visar några i den internationella forskargruppen sin upptäckt under Ig Nobel-galan där en av forskarna med tydlig avsmak tydligt känner hur en flugas feromoner gjort vinet odrickbart.

gjorde forskarna en 3D-utskrift av en uretär med njursten och placerade denna i framsätet eller baksätet på Big Thunder Mountain Railroad en klassisk skräckis på Disney World.

Efter 20 randomiserade åk var resultatet tydligt. Stod modellen i baksätet kom njurstenen ut i 64 procent av åken, men i framsätet i bara 17 procent av åken. En signifikant skillnad och en viktig information till eventuella drabbade nöjes-parkbesökare.

Det andra medicinpriset gick till Akira Horiuchi, gastroenterolog från Japan, som kunde visa att gör-det-självt-koloskopi går att utföra med ringa obehag, om man bara sitter i stället för att ligga.

Kemipriset gick till en forskargrupp som jämförde saliv med mer etablerade rengöringsmedel. Viktig forskning – för handen på hjärtat – vem har inte testat att använda lite saliv för att ta bort en oönskad fläck? De som gör det kan lugnt fortsätta, för inget slår saliv när det gäller

att rengöra guld eller förgyllda föremål.

Från naturvetenskap till humaniora. Litteraturpriset var speciellt intressant eftersom det i år inte fick någon konkurrens från Stockholm. Pristagarna kunde visa att användare av komplicerade elektronikprodukter inte läser de bifogade manualerna för att hantera utrustningen rätt, ett resultat som många kanske haft på känn. Ett annat pris som intuitivt bekräftar vad vi trott var årets ekonomipris. Här kunde forskargruppen visa att anställda mår bättre på jobbet om de fick sticka nålar i Voodoo-dockor som föreställde deras jobbiga chef.

Vad ska alla forskningsintresserade egentligen tycka om Ig Nobel? Visst är det en Nobelparodi, men med en seriös underton. Forskningsområdena ska få oss att skratta, men samtidigt stämma till eftertanke eftersom man faktiskt nalkas reella naturvetenskapliga eller humanistiska problem om än från en något oväntad utgångspunkt.

Njursten är både vanligt och ytterst smärtsamt och att kortvarigt fritt fall utlöser en stenpassage är ny och potentiellt viktig kunskap. Samma sak gäller koloskopin där många patienter upplever starka obehag. Att det blir så mycket lättare i sittande ställning är både viktigt och oväntat.

När det gäller direkt praktisk nytta skulle jag kanske lägga min röst på Voodoo-dockan. Dålig arbetsmiljö är en av svensk sjukvårds stora utmaningar. I stället för att medarbetare ska sluta eller säga upp sig – varför inte utrusta alla med en Voodoo-docka föreställande valfri överordnad chef, sjukhusdirektör eller sjukvårdspolitik? För att inte tala om vilken hjälp till självhjälp Voodoo skulle vara för alla potentiella eller verksamma näthattare. I stället för att vräka ur sig otidigheter mot offentliga personer – installera ett Voodoo program på din dator, ta fram den virtuella nålen och stick till.

Josef Milerad

Fortsättning nästa uppslag >>>

Ig Nobel-pristagarna 2018



Åttaåriga miss Sweetie Poo som avbröt talarna efter 60 sekunder med orden: "Snälla sluta, det här är tråkigt, snälla sluta, det här är tråkigt, snälla sluta, det här är tråkigt..."

4

Nutritionspriset

Vinnare: James Cole (Zimbabwe, Tanzania, och Storbritannien) **för att** ha beräknat att kaloriintaget från mänsklig kannibalismkost är signifikant lägre än kaloriintaget från de flesta traditionella köttdieter.

5

Reproduktionsmedicinpriset

Vinnare: John Barry, Bruce Blank och Michel Boielau **för att** ha använt frimärken för att testa om det manliga könsorganet fungerar som det ska.

6

Kemipriset

Vinnare: De portugisiska forskarna Paula Romão, Adília Alarcão and the late César Viana **för att** ha mätt hur bra mänsklig saliv är för att rengöra smutsiga ytor.

7

Medicinpriset

Vinnare: Ett team från USA **för att** ha visat att en 3D-utskrift av en uretär med njursten kommer ut bättre om den är placerad i baksätet på en berg-och-dalbana. Efter 20 randomiserade åk var resultatet tydligt. I baksätet kom njurstenen ut i 64 procent av åken, men i framsätet i bara 17 procent av åken.

8

Fredspriset

Vinnare: Ett spanskt-colombianskt forskarteam **för att** ha mätt frekvensen, motivationen och effekten av att skrika och skälla på andra bilister.

9

Ekonomipriset

Vinnare: Ett internationellt forskarteam **för att** ha visat att anställda mår klart bättre på jobbet om de fick sticka nålar i Voodoo-dockor som föreställde deras jobbiga chef.

Människan eller apan?

Vem är bäst på att apa efter?



10

Antropologipriset



Vinnare: Ett internationellt team med bl.a den svenske forskaren Thomas Persson, vetenskaplig föreståndare vid Lunds Universitets Primatforskningsstation Furuvik, som samlat in bevis i ett zoo att schimpanser imiterar människor ungefär lika ofta och lika bra som människor imiterar schimpanser. På bilden avbryts Thomas Perssons tacktal av åttaåriga miss Sweetie Poo.

Thomas Persson är prefekt för Filosofiska institutionen vid Lunds universitet och vetenskaplig föreståndare vid Lunds Universitets Primatforskningsstation Furuvik.

Hans forskningsintresse har varit primaternas kognition och mentala förmåga – något som kan bidra till förståelsen av hur våra egna mentala förmågor har utvecklats. Tomas

Persson fick tillsammans med Gabriela-Alina Sauciu och Elaine Madsen årets Ig Nobelpris i antropologi för studien "Spontaneous cross-species imitation in interaction between chimpanzees and zoo visitors."

Vad forskargruppen kunde visa var att schimpanser på Furuviksparken imiterade djurparksbesökare lika

mycket, och lika bra, som besökarna imiterade schimpanserna.

Varför gjorde ni denna djurparksstudie? Och hur skulle du vilja beskriva fynden med dina egna ord?

– Vi hade tidigare sett i vår vardagliga interaktion med schimpanserna, och djurskötarnas interaktion, att vi spontant involverar mycket imitation i kommunikationen, precis som man gör när man umgås med förspråkliga barn.

– Schimpanserna tycktes svara på denna typ av handlingar. Vi ville se om detta är något de lärt sig i interaktion med specifika individer, eller om det var mer allmänt. Det mest naturliga sättet att studera spontan interaktion med främlingar var att studera djurparksbesökarna. Det visade sig att man imiterade lika mycket från båda håll, cirka 10 procent av alla handlingar riktade till den andra arten, och handlingar som var imitativa resulterade i en längre och mer lekfull interaktion.

– Den här sociala funktionen hos imitation har aldrig studerats i spontan interaktion hos schimpanser förut. I djurforskningen har imitation bara studerats som en inlärningsme-

kanism. Detta har också gjort det problematiskt att tillskriva djur imitationsförmågor, för det krävs förståelse av andras handlingar och uppsåt för att lära sig genom imitation, i dess strikta bemärkelse.

Det är ingen tvekan om att vi människor är fascinerade av apor – hur mycket apa har vi i oss och är fascinationen ömsesidig?

– Vi är primater, så det naturvetenskapliga svaret är 100 procent. Vad gäller hur vi kategoriserar vår omvärld så vill vi dock gärna göra skillnad på oss och andra djur. Vari skillnaderna ligger beror då på hur vi ställer upp våra frågor. Min egen forskning går inte ut på att definiera det unikt mänskliga, så jag har inget bra svar på detta. Likheterna är mer informativa om man vill beskriva människans evolution.

– Vad gäller den andra delen av frågan så gör definitivt aporna vi studerar skillnad på andra arter. Människan har en särställning då det är den art de har växt upp med och den som utfodrar dem, osv. Men om de skulle vara mer fascinerade av oss – om man bortser från det jag precis beskrev – än av till exempel en ekorre,

är inte uppenbart. Men ekorrarna imiterar dem i alla fall inte.

Ig Nobel ska få oss att skratta och sedan tänka efter. Vad är den seriösa implikationen av din studie och hur världsberömd har du blivit nu?

– Jag skulle snarare fråga mig, vad är den komiska aspekten i vår studie? För oss har detta varit en seriös metod för att undersöka ett seriöst fenomen. Det var det som överraskade oss mest när vi erbjöds priset. Man erbjuds det i god tid före utdelningen för att man skall kunna tack nej. Vissa ser ju priset som en föroläpning. Vi blev dock bara glada av att få ytterligare en möjlighet att nå ut med vår forskning.

Organisatorerna får in 10 000 nomineringar per år, och det kan ju knappast vara en av de 10 roligaste studierna, så då väljer vi att se det som en av de 10 mest intressanta studierna. Det är ett bra betyg. Jag har inte hunnit följa upp hur mycket det har rapporterats om vårt pris. Berömdhet måste dessutom mätas genom igenkänningsfaktor och det är det alldeles för tidigt att göra.

Josef Milerad

Sjukhusläkarens tips



▼ Stäng av TV:n för en stund och koppla i stället upp dig med datorn, läsplattan eller mobilen till hemsidan www.improbable.com/ig/

Den är en guldgruva som kommer att ge dig både mycket skratt och tankvärt! Här hittar du allt från filmarkiv från tidigare prisutdelningar, mängder av osannolik forskning, till pressklipp och kommande evenemang.

I mars-april 2019 görs exempelvis en Ig Nobel EuroTour då Skandinavierna gästas. Kanske något att boka in sig på?

Den eviga frågan

ATT PRIVATISERA
ELLER INTE PRIVATISERA

Den 25 april 2011 satt jag i en panel på en konferens i Damaskus. Jag var inbjuden av studentföreningen the Harvard-Arab Alumni i egenskap av hälsoekonom på Världsbanken för att bidra till en diskussion om hälso- och sjukvårdsreformer i länderna i Mellan-östern.

De två andra deltagarna i panelen var en chef för en stor privat sjukhuskedja med flera sjukhus i regionen och en person från the Agha Khan Foundation, en jätteorganisation med miljardomsättning i hälsovård och utbildning i flera länder i mellanöstern och Asien.

Mitt jobb var att säga något mer eller mindre intetsärande om hur viktigt det nära samarbetet mellan Världsbanken och ländernas regeringar var. Det stämmer säkert, men det jag sa var att jag förstod vad chefen för de privata sjukhusen ville; han ville tjäna pengar genom att leverera god vård av hög kvalitet. Men jag förstod faktiskt inte vad Agha Khan-stiftelsen och andra liknande icke-vinstdrivande organisationer egentligen ville.

Min tanke var givetvis att göra diskussionen lite intressantare och kanske till och med få igång publiken. Det lyckades jag också med, över förväntan. Den syriskte hälsoministern som satt längst fram blev alltmer irriterad och kunde till slut inte hålla sig utan tog tag i en mikrofon och gav en lång utläggning om hur mycket hans regering hade gjort för att förbättra hälsan hos den syriska befolkningen.

Som en av huvudtalarna på konferensen hade diktatorn Bashar Al-Assad frupå klockren engelska strax innan vår paneldiskussion gjort klart att någon

arabisk vår skulle det inte bli tal om i Syrien för "här har vi allt – hälsovård, utbildning och mänskliga rättigheter..."

Efter konferensen gick jag ner på stan och satte mig på ett litet kafé strax utanför sougen bakom Ummayyadmoskén, en fantastisk vacker byggnad och ansedd som islams fjärde heligaste plats. Det var fredag och efter bönen kunde jag komma in och besöka moskén.

Nu är det ju inte bara syriska hälso-ministrar som går i självspinn kring frågan om offentligt eller privat inom hälso- och sjukvården. Även i Sverige förekommer ju allehanda åsikter om det onda med privata leverantörer av vård. Det är till exempel inte ovanligt att få höra att "digital vård är bra, men de privata företagen som levererar den borde förbjudas". Att de levererar en vård som allt fler patienter efterfrågar till en lägre kostnad än vad den traditionella vården klarar av verkar inte spela någon roll.

För några år sedan framförde en mellanhög byråkrat från SKL på en konferens om "offentligt och privat inom sjukvården" att han minsann gärna "samverkade med både privata och offentliga aktörer". Varför han gjorde det framgick inte, men antagligen för att han tyckte att det var roligt. Och för några år sedan tyckte ett politiskt parti att 60 procent av all primärvård skulle vara i privata händer. Något argument för att just den andelen skulle vara den bästa gavs förstås aldrig.

För faktum är att även på den här punkten är svensk vård något av en särling. Visst finns det offentliga kliniker även i andra länder, men den uttryckliga strävan att få till en bland-

ning av privata och offentliga vårdgivare på samma marknader är något som utmärker Sverige. Förutom att rita om den svenska vårdkartan och få till ett nationellt hälso- och sjukvårdssystem, så tror jag att man också ska bestämma sig för om man vill ha antingen privata vårdgivare (som i de flesta andra länder) eller offentliga (som i f.d. Sovjet och de andra vasallstaterna).

När jag kom tillbaka till hotellet efter mitt kafébesök gick jag in på tidningen.se och såg en liten blänkare om att fyra personer tidigare på dagen hade blivit skjutna i Darra i södra Syrien. Så visst hade hon på sätt och vis rätt, fru Al-Bashar, det blev aldrig någon vår i Syrien. Det blev en lång, fruktansvärd vinter och drygt sju år senare sitter jag nu och visar passet för att komma till jobbet på min pendling över Öresundsbron.



BJÖRN EKMAN
• HÄLSOEKONOM

ORIGINALKURSEN

ATT LEDA ANDRA
UTAN ATT VARA CHEF

STOCKHOLM GÖTEBORG MALMÖ UMEÅ LINKÖPING HELSINGBORG FALUN
GÄVLE JÖNKÖPING UPPSALA VÄSTERÅS VÄXJÖ NORRKÖPING ÖSTERSUND

Hitta ditt kursstillfälle på confex.se/leda-andra

Vad är bra ledarskap – och vilket ledarskap passar dig?

Så får du ut maximalt av alla individer i en grupp

Så hanterar du besvärliga personer

Kommunikation för ledare – så skapar du engagemang och ett positivt driv bland medarbetarna

Våra föreläsare
får i snitt
4.8 av 5 i betyg

**Man behöver inte vara chef
för att vara en ledare**

Det här är kursen för dig som leder andra på jobbet utan att för den skull formellt vara chef. Det kan handla om att du leder vissa projekt, att du har hand om en speciell arbetsgrupp, att du är samordnare, koordinator eller att du är den som kliver in som ställföreträdande chef när det behövs.



Confex är ISO 9001 – certifierade
Din garanti för högsta kvalitet!

Sveriges största
ledarskapskurs
– 12 046
deltagare hittills

Ledande i Skandinavien
på företagsutbildningar

i Confex

Vi tar kompetens på allvar

TROTS ALLA SKANDALER
OCH MÖRKLÄGGNINGAR
PÅ KAROLINSKA ÄR
BOSSE LINDQUIST GLATT ÖVERRASKAD:

”Min bild av läkare har blivit mer positiv efter Macchiarini- affären”

Han avslöjade kirurgen Paolo Macchiarinis ödesdigra experiment och tystnadskulturen inom det medicinska etablissemang som in i det sista försvarade dem. Men trots att journalisten Bosse Lindquist – som själv en gång kom in på läkarlinjen – beskriver en sjukvård starkt präglad av hierarkier, har Macchiarini-affären påverkat hans bild av läkare i positiv riktning.

– Jag blev faktiskt glatt överraskad när jag såg hur genuint upprörda så många läkare och sjuksköterskor blev, säger han.

Han kommer cyklande i full fart över Medborgarplatsen, förbi bronsskulpturen, som föreställer den spefulle figuren Kasper, som knyter an till en medeltida tradition där småfolket gör sig lustigt över den tidens överhet och uppblåsta besserwisrar.

Med sin lågmälda, ödmjuka framtoning ger den prisbelönta journalisten Bosse Lindquist intryck av att vara raka motsatsen till den man som han för två år sedan avslöjade som en inte bara

▼ Bosse Lindquist, TV-producenten bakom dokumentären ”Experimenten”, som avslöjade kirurgen Paolo Macchiarini, är nu aktuell med boken ”Sanningar och lögnerna på Karolinska”. Sjukhusläkaren träffade honom på Söder i Stockholm.



naken, utan även livsfarlig kejsare; kirurgen Paolo Macchiarini.

I boken Macchiarini-affären, som kom ut tidigare i höst, berättar Bosse Lindquist om den ett års långa och många gånger motiga vägen till avslöjandet. Om hur hans först förutsättningslösa bild av kirurgen utkristalliserade sig till bilden av en skrupulös manipulator, som med hjälp av lögnerna, forskningsfusk och inte minst med ett hov av en skyddande medicinsk elit omkring sig experimenterade med människor som om de vore försöksdjur. En kirurg, som alltid var där när tv-kamerorna slogs på, men som försvann i



Journalisten Bosse Lindquist har gjort SVT-dokumentärer om tvångssteriliseringar, genteknik och om sektarism i den revolutionära vänstern. Men det var med dokumentärserien ”Experimenten” som han nådde den breda publiken. Nu har han skrivit en bok om vägen till avslöjandet.
Foto: Ebba Blume

takt med att tillståndet hos de patienter han opererade försämrades.

– Paolo Macchiarini har konsekvent utnyttjat människor i utsatta situationer, såväl yrkesmässigt som privat. Han har också utnyttjat drömmar och förhoppningar hos läkare och kollegor runt omkring sig som vill vara med om någonting stort, säger Bosse Lindquist till Sjukhusläkaren och tar en bit av Napoleonbakelsen inne på kafé på Söderhallarna.

Men liksom bakom de flesta makt-

havare, som missbrukar sin makt, hade Macchiarini i sin tur inflytelserika runt omkring sig som bäddade för hans framfart. Personer, som tystade, fryste ut och bestraffade de fyra läkare som slog larm om konsekvenserna av Macchiarinis transplantationer av plaststrupar, som höjde den omtalade kirurgen till skyarna och in i det sista höll honom om ryggen – även sedan följderna av ingreppen och tortyrliknande komplikationer för hans patienter avslöjats.

Och Bosse Lindquist är inte nådig när

han – i sin bok såväl som under intervjun – beskriver de starka hierarkier och den tystnadskultur som kan råda inom läkar- och forskningsvärlden, där den som påpekar missförhållanden snarare bestraffas än belönas. Han beskriver hur han efter sin dokumentärserie fick hundratals brev och mail från läkare, forskare och sjuksköterskor från olika delar av landet. De kände igen sig i en kultur av maktfullkomlighet och förnekande och berättade om egna försök att påtala övergrepp, som endast bemötts med ”hot om

repressalier, som utfrysning och indragna anslag om de inte rättade sig i ledet”.

Medan det inom journalistiken snarare är en dygd och en eftersträvningsvärd egenskap att ifrågasätta och inte gå i maktens ledband, kan samma egenskap inom sjukvårdens hierarkier i stället uppfattas som hotande och icke önskvärd, menar Bosse Lindquist.

– Jag tror att hierarkin är väldigt

Fortsättning nästa uppslag>>>

” Macchiarini-affären handlade till stor del om en röta i en ledningskultur som man i grunden borde förändra ”

stark inom läkarvärlden, säger han och refererar till en intervju med ett före detta medicinalråd, som menat att det delvis är den närmast ”militära ordningen” som gör att sjukvården fungerar så bra. Man kan kanske inte diskutera fler än två när man precis ska operera och har ett par minuter på sig, resonerar Bosse Lindquist och fortsätter:

– Samtidigt handlar sjukvård om så komplexa delar att de måste bygga på just diskussion. Det är en väldig balansgång mellan att vara väloljad och öppen för kritiska kommentarer. Det kan bli ett skydd att inte våga vara transparent.

Samtidigt betonar Bosse Lindquist att de flesta som arbetar inom sjukvården är duktiga och samvetsgranna och har patientens bästa framför sig.

Macchiarini-affären handlade till stor del om en röta i en ledningskultur som man i grunden borde förändra, menar han.

Många är kvar i ledande positioner

För trots att hela ledningen vid KI till slut avgick efter att skandalerna uppdagats, friades Macchiarini själv i rätten. Många av dem som stöttade honom och höll honom om ryggen är också kvar i ledande positioner.

- **Ola Hermansson**, som suttit i KI:s etiska råd, utsågs till dess etiska förestandare.
- **Ulf Lockowandt** blev senior medicinsk rådgivare vid enheten för Strategisk sjukvårdsforskning och vårdproduktion. Han var chef för thoraxkliniken på KS där den turkiska unga kvinnan Yesim Cetir genomgick hundratals plägsamm operationer efter att ha fått Macchiarinis syntetiska platsstrupe inopererad i halsen. Implantaten växte inte fast som de skulle, Yesim Cetir fick tortyrliknande komplikationer och utkämpadesin dödsstrid på KS.
- **Anders Hamsten** avgick visserligen till slut som rektor för KI men fick nya regeringsuppdrag, bland annat som sak-

kunnig om prissättning av läkemedel vid socialdepartementet.

• **Lars- Olaf Cardell** fortsatte som vice prefekt, professor och läkare vid KI och KS.

• **Johan Bratt**, dåvarande chefläkare på KS, som envetet gick i god för att Macchiarinis ingrepp handlade om akut livräddande operationer blev i sin tur chefläkare och ansvarig för patientsäkerhet och kvalitet för hela Stockholms läns landsting.

– Oavsett vad han heter så är det ju inte rätt. Han är ju ändå läkare och han behöver förklara hur han kunde komma med det medicinska påståendet, säger Bosse Lindquist.

Är du besviken på att det inte blev större konsekvenser för de inblandade efter avslöjandet?

– Nej, tvärtom är jag väldigt glad över att det blev en så stor reaktion som det blev. Ska man vara krass är det normala att det inte blir någon reaktion alls, de flesta dokumentärer jag har gjort har gått ut i tystnaden. Det är väldigt sällan det blir ett sådant genomslag, så jag är inte besviken. Däremot är jag arg över att man fortfarande jagar visselblåsarna, att man ännu inte har kompenserat berörda patienter och anhöriga och att man fortfarande inte gått till botten med hur man aktivt kunde dölja upptäckterna kring Macchiarinis experiment så länge; det är grava tjänstefel. Rektor har fortfarande chans att säga ”jåklår, vilket misstag vi har begått”.

Inbyggd partiskhet i granskningsprocessen

Man har byggt in en partiskhet i hela översynen. Då blir det ett granskande som inte ger ett opartiskt resultat. Man måste ha någon som både kan granska det medicinska och vetenskapliga, men som ändå inte kommer inifrån och inte är i beroendeställning.

Men de som sköter översyn och granskning av KS består delvis av

fritidspolitiker i landstinget som inte har kunskaper i medicin, resonerar Bosse Lindquist. När det gäller KI är det i sin tur regeringen som utser ordförande för institutet direkt ur regeringskretsarna.

Är det en del av problemet med systemet; att de som utses i dessa ledande positioner inte har förankring i professionen och i medicinskt kunnande?

– Jag tror problemet är att KI och KS inte granskas och överses av fristående, opartiska experter på ämnet. Som det nu är finns ett inbyggt jäv i hela processen. KI får utreda sig självt – inte ens konsistoriet tycker sig behöva granska det vetenskapliga och medicinska. Man måste ha någon som både kan granska det medicinska och vetenskapliga, men som ändå inte kommer inifrån och inte är i beroendeställning, annars blir det jävproblem.

Skulle något liknande kunna hända på KI och KS igen, tror du?

– Ja, absolut. Där det finns prestige och mycket pengar att tjäna, som inom den medicinska världen, finns alltid en risk för att patienter utnyttjas, säger Bosse Lindquist och nämner att skandaler även inträffat vid universitet i Minnesota, där man experimenterat med farliga preparat för psykiskt sjuka och självmordsbenägna patienter.

De flesta läkare skulle förstås inte göra sådana saker som Macchiarini, konstaterar Bosse Lindquist.

– Det går emot deras grundläggande principer. Men man hoppas att varje läkare också ska göra som visselblåsarna när de ser något som inte är schyst och exakt, säger han.

Men i stället för att hylla de fyra läkare och visselblåsare som anmälde Macchiarini har Karolinska institutet fällt en av dem och klandrat två av dem för oredlighet i forskning. Detta på grund av att de varit medförfattare till några av Macchiarinis vetenskapliga artiklar, som rörde transplantation av



Bosse Lindquist utanför Rival i Stockholm där han 2016 fick motta Sjukhusläkarnas ”Friska sjukvårdspolis”.

Foto: Stefan Nilsson.

plaststrupar. Läkarna har överklagat beslutet, en överklagan som förvaltningsrätten i sin tur har avvisat. De tre läkarna ska nu överklaga förvaltningsrättens beslut till kammarrätten.

Som svar på en debattartikel som Bosse Lindquist skrev i SvD under hösten om hur KI på detta sätt fortsätter att bestraffa visselblåsarna, replikerade KI:s ordförande Mikael Odenberg att det var konspiratoriskt att påstå att en ny rektor, som Ole Petter Ottersen, skulle vilja straffa visselblåsarna.

Vad är din kommentar till denna replik?

– Det är ett otroligt svaghetstecken från KI att skicka fram en styrelseordförande, som själv säger att han inte förstår vetenskap och att han ska försvara ett vetenskapligt beslut han inte har en aning om innebörden av. Tittar man exempelvis på beslutet att klandra läkaren och visselblåsaren Karl-Henrik Grinnemo, så är det inte vetenskapligt underbyggt, säger Bosse Lindquist.

Att Grinnemo skulle ha begått samma fusk som Macchiarini för att han har varit delaktig i en forskningsartikel är inte sant, menar han.

– Vad Grinnemo gjorde var att översätta epikrisen från patienten Andrema-riam Beyenes sjukdomstillstånd under hans tid på KS till engelska; det var hans bidrag till artikeln.

Enligt rektorn på KI var Grinnemo dock i en sådan unik position på KS att han tidigare borde ha vetat om att Macchiarinis metoder inte fungerade. Men det är en absurd invändning, anser Bosse Lindquist.

– Det är fantastiskt att en rektor på ett medicinskt universitet kan påstå något sådant. Grinnemo fick inte gå in i några patientjournaler och en stor del av tiden vårdades Andrema-riam inte på KS, utan på Island. Hur skulle Grinnemo utan att begå tjänstefel kunna veta exakt hur det stod till med Andrema-riams hals? frågar Bosse Lindquist retoriskt.

I stället för att anklaga borde man från KI och KS ge visselblåsarna medalj och framhålla att det är så man vill att personal ska agera, tycker han.

”Anonym meddelandetjänst för visselblåsare sänder fel signaler”

Att man numera har inrättat en anonym meddelandetjänst för att skydda visselblåsare sänder också fel signaler, anser Bosse Lindquist.

– Det blir som en uppmaning till medarbetare att inte själva komma med namn och underskrift utan att anmäla något anonymt, för att de annars riskerar att förlora jobbet.

Fusket och tystnadskulturen i samband med Macchiarini-affären är långtifrån något specifikt för just Sverige eller KI och KS, konstaterar Bosse Lindquist.

– Det är samma mönster på andra håll i världen. De sjukhus där Macchiarini arbetat tidigare visar samma exempel på att man döljer det som har skett. I Spanien har man inte gjort rent hus med operationen av Claudia Castillo (den operation, som senare skulle skapa Macchiarinis berömmelse) som inte alls blev den framgång så som den påstods vara i en vetenskaplig artikel för flera år sedan.

Fortsättning nästa uppslag>>>

” Jag blev genuint chockad och totalförvånad över att att KS och KI kunde bete sig så oetiskt och skurkaktigt. I min värld stod KI för Sanningen ”

Inte heller i Ryssland har man gått till botten med Macchiarinis agerande där.

Men Bosse Lindquist, som alltid medvetet valt den smalare, mer komplexa journalistiken framför den publikfriande svart-vita, är inte mycket för att dela in människor i onda och goda. Inte heller Macchiarini beskriver han som rent ond.

Vad tror du drev honom att utöva livsfarliga experiment på utsatta människor?

– Jag tror att han har ett väldigt stort självhävelsebehov och ett behov av att känna sig överlägsen. En av de sjuk-sköterskor som kände honom bäst i USA sa att han nog tyckte han var värd mer än vad livet hade givit honom: Värld att kunna rädda sina patienter; att få Nobelpriset för sina upptäckter, värld ett bröllop hos påven. Jag fick intrycket av att han kom från ganska svåra förhållanden föräldramässigt och att han saknade bekräftelse som liten. Hans liv blev då en ständig jakt på bekräftelse, men på fel sätt, säger Bosse Lindquist.

Han tror också att Paolo Macchiarini omformar det som skett till att han inte alls har berövat någon patient livet, bara forskat för mänsklighetens bästa.

– Jag tror att det finns en föreställning även bland många vettiga, seriösa läkare att man inte kan nå stora framsteg utan att delvis experimentera lite på operationsbordet. Men jag hittar inga belägg för att det stämmer medicinskt; att det är genom att kasta pil med förbundna ögon som man når framsteg. I stället är det vanligtvis långsamt, ihärdigt, urtråkigt laboriösa experiment under tiotals år som löser problemet, säger Bosse Lindquist.

Vet du var Paolo Macchiarini är nu och vad han gör?

– Min senaste uppgift är från i somras, då opererade han fortfarande i Rom, i Barcelona och i Turkiet och höll på med ett vetenskapligt arbete. Själv sade han också att han skulle operera i

USA, men det tror jag inte på.

I boken beskriver du stunder av vånda i ditt undersökande arbete och hur snåriga medicinska facktermer i rapporter först fick dig att tveka inför att ta dig an uppgiften. Vad var det som fick dig att ändå fortsätta?

– Det är som att få en väldigt spännande deckare lagd framför sig. Här ligger dokument med flera hundratals sidor bilagor som man inte förstår, men som man inser säger de mest oerhörda saker. Det är spännande att ta reda på, är detta sant? Och enda sättet att få veta det är att dyka in i det. Det är också spännande att se om man verkligen klarar detta. Det är inte självklart, men en utmaning, säger Bosse Lindquist.

Hans avslöjande dokumentär tog ett år i ren arbetstid. Från början var han ensam, gradvis blev de fler som arbetade med projektet, i slutändan var de tolv som satt och arbetade intensivt med det, berättar Bosse Lindquist.

– Hade jag varit ensam hade det tagit mycket längre tid, det blev ett grupparbete och vi satsade all tid på det. Annars hade det inte gått, detta är inget som man bara rör ihop själv, säger han.

I boken beskriver Bosse Lindquist också hur han i sin barndom såg sina föräldrars nästan religiösa vördnad – inte inför Gud – utan för läkare och hur han själv upplevde ”den vita rocken” som en större auktoritet än prästerna.

Många omkring Macchiarini bländades till en början av hans skenbara auktoritet och självsäkra framtoning. Händet att även du påverkades av den?

– Jag känner ett antal duktiga läkare, forskare och skickliga medicinare och då blev Macchiarini inte så imponerande. Jag känner till hur riktigt duktiga medicinska forskare kan vara och han betedde sig inte exakt som dem. De duktiga ger väldigt stringenta, korta samtal när de inte skriver eller läser. Men Macchiarini satt alltid och höll på

med sina mobiler och sms:ade. Det har jag aldrig mött en innovativ, skicklig forskare som gör.

Har din bild av sjukvård, läkare och av medicinska institutioner förändrats generellt sedan Macchiarini-affären och i så fall hur?

– Helt uppriktigt har min bild av läkare och sjukvårdspersonal förändrats positivt. Jag blev glatt överraskad över hur upprörda många läkare blev och hade inte räknat med en så stark reaktion från människor inom vården och det visar ju att systemet delvis fungerar. Men sedan blev jag också förvånad över att det fanns läkare som kan vara så ovetenskapliga, att man ändå håller varandra om ryggen i någon sorts kultur där det inte är fint att ifrågasätta, där konformism premieras, där det är ofint att skrapa på ytan, säger Bosse Lindquist, som även blev ”genuint chockad och totalförvånad” över att KS och KI kunde bete sig så ”oetiskt och skurkaktigt”.

– I min värld stod KI tidigare för Sanningen, de var likare för vad som är vetenskapligt rätt och fel. Att de aktivt kunde försvara en brist på vetenskap, det är jag väldigt förvånad över. De sjönk rejält i mina ögon, även om det finns jättebra forskare där, säger Bosse Lindquist, som anser att KI:s nya ledning nu i stället för att stryka ett streck över det hela borde göra rent hus genom att gå till botten med det som hänt.

Hur ska de göra det, tycker du?

– I form av en riktig, vetenskaplig utredning där man frågar sig hur det var möjligt att man så radikalt kunde åsidosätta vetenskapens grundprinciper. Och sedan, när det visade sig att man hade fel, att man hade störtat en lögnhals och medverkat till sådana experiment ändå undertryckte sanningen. Hur gick det till när KI:s rektor och rektors medarbetare motarbetade sina egna utredare; vis-selblåsarna? Vad hände, rent vetenskapligt och intellektuellt? De är ju våra

medicinska experter; de om några skulle kunna ge svar.

Bosse Lindquist kom själv in på läkarlinjen för många år sedan och var i valet och kvalet innan han kom fram till att han i stället ville bli journalist.

– Jag är både glad och ledsen över det valet, ledsen därför att läkarlinjen verkar vara så mycket roligare än journalistutbildningen och för att yrken inom vården verkar så spännande.

Han är trots allt glad att han valde den journalistiska banan där han minst sagt haft nytta av sin nyfikna och ifrågasättande natur, egenskaper som fick näring av det han beskriver som en sorts tystnadskultur i hans egen uppväxt i Täby, i en ursprungsfamilj där pappan kom från fattiga förhållanden och

mamman från en borgerlig miljö.

– Jag tror att det fanns väldigt mycket familjemyter i min familj som var kännbara, men som den äldre generationen höll ganska tyst om. Man kände att där fanns outtalade saker, som de dolde, som bortadopterade kusiner som ingen pratade om, säger Bosse Lindquist.

Det var först i vuxen ålder som han började förstå och själv luska i familjehemligheterna, som exempelvis när det gäller hans okända farfar, en handelsresande som gjorde farmodern gravid, en skandal i 1920-talets Umeå då många unga kvinnor tvingades adoptera bort sina barn.

– Farmor valde i stället att behålla sitt barn, jobba och försörja sig själv,

berättar Bosse Lindquist.

Ett nyfiskt driv att avslöja det outtalade och punktera tystnadskulturer, en generell skepsis gentemot gruppträck och konformism såväl som en oräddhet inför auktoriteter finns grundmurad i Bosse Lindquist, enligt honom själv.

– Jag har alltid varit jobbig och ifrågasättande, säger han.

Så om du i stället hade tackat ja till platsen på läkarlinjen och blivit läkare i stället, tror du att du hade varit en av de fyra visseblåsarna i samband med Macchiarini-affären?

Bosse Lindquist ler och säger:

– Ja, jag tror det. Jag hoppas det i alla fall.

Ebba Blume

INTE BEHANDLAR DU VÄL ALLA DINA FLIMMERPATIENTER LIKA? Vi är alla olika, välj LIXIANA® - för dina äldre patienter



OMFATTANDE DOKUMENTATION AV LÄKEMEDELSINTERAKTIONER¹

Ingen signifikant påverkan av CYP450-inducerare/hämmare

DOKUMENTERAD EFFEKT- OCH SÄKERHETSPROFIL¹

Omfattande data på flimmerpatienter ≥ 75 år²

ENKEL DOSERING - EN TABLETT OM DAGEN¹

Med eller utan mat

ENDA FAKTOR XA-HÄMMAREN I ENDOS MED FÄRRE ALLVARLIGA BLÖDNINGAR JÄMFÖRT MED WARFARIN

LIXIANA® (edoxaban) filmdragerade tabletter 15 mg, 30 mg, 60 mg. Övriga antitrombotiska medel. Rx, F, SPC 08/2018.
▼ Läkemedlet är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera nya säkerhetsinformation. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning.
INDIKATIONER: Profylax av stroke och systemisk emboli hos vuxna patienter med icke-valvulär förmaksflimmer (NVA) med en eller flera riskfaktorer, såsom kronisk hjärtsvikt, hypertoni, ålder ≥ 75 år, diabetes mellitus, tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA). Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungemboli (LE), samt profylax av reciderande DVT och LE hos vuxna.
KONTRAINDIKATIONER: Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne Kliniskt signifikant, aktiv blödning. Leversjukdom förknippad med koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk. Organskada eller tillstånd som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Detta kan omfatta pågående eller nyligen inträffade ulcerationer i mag-tarmkanalen, förekomst av maligna tumörer med hög blödningsrisk, nyligen inträffade hjärn- eller ryggradsskador, nyligen genomgången hjärn-, ryggrads- eller ögonkirurgi, nyligen inträffad intrakraniell blödning, kända eller misstänkta esofagusvaricer, arteriovenösa missbildningar, vaskulära aneurysmer eller större intraspinala eller intracerebrala vaskulära missbildningar. Okontrollerad svår hypertoni. Samtidig behandling med andra antikoagulantia, förutom vid byte av oral antikoagulationsbehandling under speciella omständigheter eller när UFH ges i doser som krävs för att hålla en central ven- eller artärkateter öppen. Samtidig administrering av Lixiana och acetylsalicylsyra hos äldre patienter ska användas med försiktighet på grund av en potentiellt högre blödningsrisk.

Vid förskrivning och för aktuell information, förpackningar och priser se Fass.se.

1. SPC Lixiana aug 2018 2. Kato et al. J Am Heart Assoc. 2016;5: e003432
* Allvarliga blödningar: Definierat av International Society of Thrombosis and Haemostasis.
Copyright © 2018 Merck Sharp & Dohme (Sweden) AB 11-19-CARD-1277245-0000 nov 2018

Daiichi-Sankyo
Product under license of Daiichi Sankyo Europe GmbH

MSD
msd.se

PORTRÄTTET

BRITA WINSA

Hon vill riva murarna mellan sjukhusvård och primärvård

■ Brita Winsa, ny hälso- och sjukvårdsdirektör i Västerbottens läns landsting, räds inte att säga sin mening även om den kan vara kontroversiell.

■ Men medan hon förr trodde att en chef måste peka med hela handen, är hon numera trygg med att vara sig själv i sin chefsroll.

Sidorna 30-35



fakta & personligt

Yrke: Hälso- och sjukvårdsdirektör, Västerbottens läns landsting.

Bakgrund: Tidigare chef på Neurodivisionen på Akademiska sjukhuset, chef för närsjukvården i Region Norrbotten och chef för kirurgisk verksamhet i Ängelholm, Trelleborg, Landskrona och Helsingborg.

Familj: Tre vuxna döttrar, ett barnbarn och ännu ett barnbarn på väg.

Favoritförfattare: PO Enquist

Förebild: Jag har haft chefer som jag har plockat små

saker ifrån. En chef var väldigt bra, för han delegerade en hel del. Han detaljkontrollerade inte. Det är en viktig egenskap att kunna delegera och våga lita på medarbetare. Sedan är förmågan till lagsport en bra egenskap, "två personer tänker bättre än en".

Vad anser du vara viktigaste egenskapen som chef? "Att låta folk växa och växa förbi mig och bli bättre. Att våga inse att det inte innebär att jag förlorar på det".

Detta vill jag föra vidare till mina barn: Respekt för andra människor. Och att röra på sig.



Foto: André Larsson



Brita Winsa bryter ny mark. Att vandra är ett bra sätt att lära känna en trakt, tycker hon.

I klarröda vindtygsbyxor, vandringskängor och svart anorak tar hon sig med lätthet upp till utsiktsplatsen vid en av Umeås barrskogsbeklädda bergsknallar. Hon stannar en stund och ser ut över stadens tak, halvt dolda i ett mjölkvitt, regnduggigt dis.

Här i Umeå har Brita Winsa, sedan oktober i år hälso- och sjukvårdsdirektör i Västerbottens läns landsting, en dotter och ett barnbarn. Något som gjorde det nya jobberbjudandet särskilt intressant när det dök upp, trots att hon trivdes bra i Luleå på sin tidigare arbetsplats som chef för närsjukvården i Region Norrbotten.

Hon tycker om att vandra och ser det både som ett sätt att umgås och att lära känna en trakt.

– När jag flyttade till Skåne upptäckte jag landskapet genom att vandra där. Dels är det kul att röra på sig, sen hinner man tänka. Eller prata med den man vandrar med, säger Brita Winsa, som föredrar att vandra i sällskap med någon vän, eller på egen hand.

Men när Sjukhusläkaren möter henne ska hon precis ge sig ut på en lång vandringsresa till Kanarieöarna, där hon för första gången ska vandra i ett stort sällskap.

– Vi får se hur det går, jag kanske blir tokig..., säger Brita Winsa med ett skratt.

Även i sitt yrkesliv har Brita Winsa

klättrat mot höga höjder och hon är van vid ledande roller. Tidigare har hon bland annat varit chef för den kirurgiska verksamheten vid sjukhusen i Ängelholm, Trelleborg, Landskrona och Helsingborg. Hennes chefskap är också väl förankrat i läkarprofessionen och efter sin läkarexamen vid Uppsala universitet och en specialistutbildning inom internmedicin och endokrinologi har hon under många år arbetat kliniskt som läkare.

Hur viktigt tycker du att det är att chefer inom vården har förankring i professionen?

– Jag tycker att det kan vara en fördel att vara läkare om man är verksamhetschef, men det viktigaste är att man är en bra chef. Fördelen med att vara läkare försvinner liksom ifall du inte har rätt chefsegenskaper och intresse för chefskapet. Är du en bra chef och dessutom läkare, då skulle jag säga att det faktiskt är en fördel. Men det innebär inte heller att du inte kan få väldigt bra chefer som inte är läkare. Jag tror också att det är bra med en blandning av erfarenheter bland oss chefer, säger Brita Winsa och viker undan en grankvist där hon vandrar stigen fram genom duggregnet.

I och med att hon i oktober i år tillträdde tjänsten som hälso- och sjukvårdsdirektör i samband med en ganska stor organisationsförändring, så består hennes arbetsdag för närvarande



Inte ensamt på toppen. Brita Winsa är inte rädd för att styra och ensam fatta svåra beslut, men inte heller för att be om hjälp. "Två personer tänker ofta bättre än en och det är bra att kunna bolla och stämma av med någon", säger hon.

Foto: André Larsson

till stor del i att tänka vilken organisation hon ska ha. Att komma in i ett sådant skede beskriver Brita Winsa som både lite svårt men också ganska roligt.

– Om man gillar att styra och ställa är det klart att det är kul. Jag har möjlighet att påverka nu. Men det är klart att det är lättare när man kommer in och organisationen finns där och du tar över och så kör du.

Vad innebär organisationsförändringen?

– Att man nu lägger ihop all vård;

sjukhusvård, primärvård, tandvård i hela Västerbotten i en organisation. Tidigare fanns sjukhusvården under hälso- och sjukvårdsförvaltningen, medan primärvården och tandvården låg under regionstyrelsen. Nu har man lagt ihop all vård. Men man kan inte slå ihop allt utan att göra en ny struktur, säger Brita Winsa.

Innebär det att man kommer att dra ned på personal?

– Nej, men det innebär nya chefspositioner och nya verksamhetsområ-

den, säger Brita Winsa och medger att det även kan innebära en del impopulära beslut.

– Att komma med förslag om organisationsförändringar väcker alltid frågor eller motstånd och att folk inte håller med. Men jag skulle vilja få bort fokus från organisationen; för det är inte organisation som är det viktigaste utan hur vi samarbetar inom den, säger Brita Winsa, som tycker att just detta är ett av de stora problemen inom svensk sjukvård, utifrån patientens perspektiv; att man

tänker alldeles för mycket utifrån organisationer och deras barriärer.

– Det kan till exempel vara "vi här på kardiologen" och "vi här i primärvården", säger Brita Winsa, som inte gör någon hemlighet av att hon vill riva dessa murar.

– Och det kan man bara göra om man utgår ifrån vad patienten behöver från respektive enhet. Vi har en tendens att bara se utifrån vår organisation och

Fortsättning nästa uppslag>>>



"Klok, lugn och rak; man törs säga vad man tycker med henne". Så beskrivs Brita Winsa av en av sina kollegor. Självt är Brita Winsa inte heller rädd att framföra sin åsikt. "Om jag verkligen tror att något är det bästa beslutet då genomför jag det. Då kanske jag inte bryr mig så mycket om att folk inte tycker som jag", säger hon.

då blir det osmidigt för patienten. Det resulterar i sådant som att vårdpersonal tvingas skicka för många remisser och att patienter får vänta.

Vad är då lösningen, det går väl inte att bara vara en enda organisation?

– Nej, det går ju inte, bara i små enheter. Men det är själva attityden det handlar om; att det där ska inte vi i vår organisation göra; och så bollar man patienter mellan varandra med argumentet det är inte vår patient. Men alla patienter är på ett sätt våra patienter, annars blir det inte bästa lösningen.

Handlar det inte om att ett begränsat antal personal i en enskild organisation inte har tid för alla patienter?

– Jo, men det tar av vår tid att bolla patienter mellan varandra. Svensk sjukvård är känd för bra kvalitet, men för att vara dålig när det gäller väntetider. Och med väntetider skapas en massa onödiga extrabehov hos patienten. Om du som patient till exempel inte vet att du får operationstid utan att det i stället skickas en remiss, då blir det lätt också ett telefonsamtal för att höra om remissen har kommit fram,

eller för att bara kolla om man har fått tiden.

Och någon måste ju svara på de telefonsamtalen också. Det är en liten grej i det hela, men något som ändå upptar tid och personal.

Hur borde det då vara i stället?

– Att vi har en planering att när en patient är på besök så beslutar vi om operation redan där, att vi säger du har en tid ett visst datum, så att patienten får den tiden i handen.

Om patienten i stället bara går hem utan att ha fått en ny tid kan det ju vara så lång väntetid att patienten inte vet

när nästa gång blir. Det i sig renderar i onödiga samtal och oro. Detta är inte rocket science, säger Brita Winsa.

Varför görs inte detta då?

– Därför att man inte har planerat på det sättet. Vi har ju så långa köer så vi vet inte när vi kan ge en ny tid. Men om man vänder på det och ger patienten de nya tiderna på en gång så kan man också komma ifrån de långa köerna, resonerar Brita Winsa.

– Visst, det är inte hela sanningen, konstaterar hon. Men med bättre planering och framförhållning skulle det kunna vara annorlunda. Men jag tror också att det beror på – fast detta är en känslig fråga – att vi har en inställning inom svensk sjukvård, där vi tycker att patienterna kan vänta; att det är något man får räkna med som patient. Men själva ingreppet du gör tar ju lika lång tid om jag gör det i dag eller om jag gör det sedan, säger Brita Winsa.

Tror du inte att det sättet att resonera kan sticka i ögonen på många hårt arbetande anställda inom vården, som om det vore så enkelt..?

– Jo, och riktigt så enkelt är det ju inte, de patienter vi har är ju så olika, med olika behov. Men inom vården gör vi ju också många saker som är vanliga ingrepp eller behandlingar och mycket av det vi gör är enkla standardiserade ingrepp som verkligen går att planera, säger Brita Winsa och skyndar sig att tillägga:

– Detta är väldigt känsligt, jag vill ju inte kritisera de som jobbar inom sjukvården. Det är absolut inte så att folk sitter och slöar. Alla vill väl och gör ett jättebra jobb. Men det är inte alltid så att vi tänker på att patientens hela väg genom vården ska bli så bra som möjligt. Vi jobbar som vi alltid har gjort, vi sätter upp på väntelista. Men vi borde kunna tänka på ett annat sätt.

Med förbehåll om att det kan låta just klyschigt refererar Brita Winsa till uttrycket att man inte borde springa fortare, utan smartare.

– Detta kan även appliceras på en flygplats; hur ska man göra för att kunderna eller patienterna inte måste stå så lång tid i kö; vad är det smartaste

sättet för att få ett bra flyt? Då kanske lösningen är, att vid vissa tider när det är högt tryck och mycket folk öppna fler incheckningsgater, resonerar Brita Winsa.

Men om man ska tillämpa samma strategi på vården; förutsätter det inte i praktiken att det finns mer personal? Kommer man inte tillbaka till stötestenen att det saknas personal inom sjukvården?

– Nja, på det hela taget kanske vi kan klara oss med dem vi har, eller möjligen bli lite färre på vissa ställen om vi jobbar effektivt på det sättet.

Färre i stället för fler personal inom sjukvården? Hur skulle det gå ihop?

– Jo, för har man ett ineffektivt system så innebär det att det blir jättemånga telefonsamtal från patienter som ringer och frågar om remisser och om nästa tid. Då måste man ha någon som sitter och svarar på dessa telefonsamtal. Och eftersom patientens behov är att få vård eller behandling, inte att sitta i telefon, då blir det ett mellansteg som bromsar effektiva flöden, säger Brita Winsa.

Att stå i kö skapar i sig oro hos patienten och problem, kanske rentav nya behov och problem som inte skulle finnas om patienten fick tid direkt, resonerar hon.

Hur tillämpar du dessa tankar och visioner i den nya organisationen?

– Jag vill skapa en organisation där jag vill sammanföra verksamheter där jag vet att det finns stora patientflöden, ineffektivitet och väntetider, exempelvis mellan primärvård och slutenvård, för att få dem att börja jobba ihop på ett bättre sätt. Primärvård och slutenvård är lika goda källsupare från bägge håll; de lägger skulden på varandra och har fördomar om varandra. Jag vill få dem att prata med varandra och se hur man kan göra detta så smidigt som möjligt så att vi inte bollar patienter mellan varandra, säger Brita Winsa när vi kommit tillbaka till parkeringsplatsen vid Norrlands Universitetssjukhus, där ombyggnationer ännu pågår.

– Sjukhusets underhåll har varit eftersatt under många år och det är effekten av det vi ser nu, säger Brita

Winsa på väg in till sitt arbetsrum i landstingshuset.

På frågan om hon ofta tar ledarrollen i en grupp, om den rollen har varit självklar för henne sedan barn, svarar hon tveakande.

Hon är inte äldstabarnet i ursprungsfamiljen. Men som enda dottern i en familj bland bröder har hon kanske ändå fått en viss vana vid att ta ansvar för olika saker. Och en viss dragning till att leda och organisera har nog alltid funnits där hos henne, funderar hon.

– Det är klart att det finns hos mig; jag var lagkapten i basketlaget och ordförande i skolan.

Vad var drivkraften från början bakom yrkesvalet läkare?

– Det är svårt att säga. Jag tror att jag blev lite påverkad av att min mamma, som arbetade som distriktssköterska. Uppe i Tärendö när jag var liten åkte jag ofta med henne ut på de här sjukbesöken. Då vet jag att folk vi mötte kunde fråga mig om jag också skulle bli distriktssköterska som min mor. Där någonstans så tänkte jag nog att jag skulle bli läkare.

Men att sedan gå vidare till en rad olika chefspositioner var ingenting som Brita Winsa planerade. Chef var inget hon ville bli redan som liten.

– Nej, jag har verkligen halkat in i mina chefsroller på ett bananskal, säger hon.

Visst kan det hända att hon i sin nuvarande yrkesroll saknar patientkontakt; det kliniska arbetet som läkare.

– Men inte så mycket faktiskt. Jag får ju jobba med människor, leda chefer och medarbetare, det är roligt. Skillnaden är, att du i ett patientmöte kan få ganska omedelbar återkoppling och en omedelbar känsla av att jag gör ett bra jobb. De omedelbara resultaten och återkopplingen blir det ju inte i denna yrkesroll, säger Brita Winsa.

Men den positionen tar hon knappast för given:

– Jag kan jag bli bortplockad i morgon, om min chef är missnöjd med mig. Då får jag gå tillbaka till att bli doktor igen. Och det är ingenting som

Fortsättning nästa uppslag >>>

skrämmar mig alls, då skulle jag kanske kunna få det lite lugnare, så på ett sätt vore det lite skönt också..

När hon ska beskriva sina mest utmärkande karaktärsdrag dröjer hon inte länge med svaret:

– Snabb och effektiv. Lite för snabb och hypereffektiv ibland, tillägger hon och fortsätter:

– De jag jobbar med säger att det ibland kan bli lite för mycket ”nu jäklar ska vi dit”. När jag tror att något kan bli bra, kan jag driva lite hårt mot det målet.

Samtidigt som hon medger att hennes hypereffektivitet kan gå för långt, betonar Brita Winsa samvetsgrant vikten av att använda arbetstiden väl.

– Vi kostar pengar; vi förvaltar skattepengar och det är min skyldighet att försöka använda dem rätt. Det är så jag vill att alla ska tänka; vi ska inte göra saker bara för att jag säger att nu ska vi vara effektiva, det handlar om att hushålla med skattepengar, säger hon.

För när det gäller sjukvård är det fel att prata om att man sparar pengar, poängterar Brita Winsa bestämt.

– Men man spar ju inte en krona i sjukvården; det handlar bara om kostnader, så det gäller att hushålla med rätt saker; att inte låta patienterna vänta och få komplikationer; att använda resurserna just effektivt. Då hushållar vi på bästa sätt, men vi sparar inga pengar.

Du är ju i en position där du får fatta många beslut som inte är populära – är det viktigare att som chef vara respekterad än omtyckt?

– För mig är det nog viktigast att man uppfattar att jag fattar beslut utifrån det som är verksamhetens och patienternas bästa. Och det är det jag vill jag att man ska respektera mig för. Sen gör det ju inget om man är omtyckt också. Jag vill bli både omtyckt och respekterad för att jag agerar professionellt, säger Brita Winsa.

Hon poängterar att hon heller inte bara vill bli uppfattad som ”en maskin som bara kör på” utan även som en lyhörd och resonabel person, som tar till sig argument och även kan erkänna att hon har haft fel.

– Det jag tycker att jag har fått allt



Det är fortfarande mycket onödigt som ska redovisas och mätas inom vården, tycker Brita Winsa.

mer med åren är att om jag verkligen tror att något är det bästa beslutet, då genomför jag det och kanske inte bryr mig så mycket om att folk inte tycker som jag.

Vilken egenskap tycker du det är viktigast att ha som chef?

– Något som jag tror är viktigt är, att kunna vara sig själv. Första gången som jag blev chef sade en av mina vänner: ”jaha, nu måste du lära dig att peka med hela handen”. Då blev jag orolig och trodde nog länge att det behövde vara så. Men det är ju en myt av hur chefer är och jag var jätteobekväm med den myten, med ett sådant beteende. Men något som jag har kommit på är att jag kan vara chef och ändå vara mig själv. För det är det som håller, säger Brita Winsa, som har beskrivits som just chosofri, såväl som kompetent.

Något annat som är viktigt att lära sig är att kunna ta hjälp, menar Brita Winsa.

– Två personer tänker ofta bättre än en och det är bra att kunna bolla och stämma av med någon, säger Brita Winsa, men betonar också vikten av att kunna fatta beslut så att processerna inte stannar upp och skapar frustration hos medarbetare.

– Men också där ska man som medarbetare också känna sig trygg med att det inte är några mullvadsgångar i en orga-

nisation; jag måste veta vem som fattar besluten och på vilka underlag de fattas. Det ska vara tydligt och transparent på det sättet, säger hon.

I de stunder som Brita Winsa känner att hon behöver debriefing i sin yrkesroll är hon noga med vilka hon vänder sig till.

– Det gäller att ”kräkas på rätt nivå”, jag kan inte använda mina underställda till detta, säger hon.

Vad tycker du är den viktigaste vårdfrågan just nu?

– Väntetider och brist på vårdplatser. För det påverkar också arbetsmiljön och det är ett problem att vi har så många sjuksköterskor som inte trivs på jobbet. Vi har sjuksköterskor i Sverige, men de jobbar inte inom vården, säger Brita Winsa och fortsätter.

– Det är ett givande jobb, man har valt det för att man vill göra ett bra jobb och så lämnar man det ändå. Då måste det ju vara något i arbetsmiljön, säger hon.

Men gör man vården effektivare med mindre slöseri och mindre onödigheter, gör man också arbetet i sjukvården roligare, resonerar hon.

– Jobbar du på ett stället där det är ineffektivt och alla skyller på varandra, så är det inte så kul. Om man i stället har inställningen att här jobbar vi, vi tar tag i felet och förbättrar dem, så tror jag spontant att det blir roligare att gå till jobbet, säger Brita Winsa.

Något som Brita Winsa däremot ser som en bromskloss för arbetsglädje är det hon kallar mätysterin inom vården.

– Det är klart att vi måste veta vad vi har för kvalitet och på något sätt kunna mäta resultat i vården om vi sätter in miljoner skattepengar i den. Men jag tycker inte att vi inom professionen har gått före i att hitta de där bra kvalitetsmått, säger hon.

I brist på vägledning från professionens sida, så kan det bli politiker och högre tjänstemän som måste hitta mått för kvalitet, med risk för att då landa i tvivelaktiga kvalitetsmått, som att räkna pinnar för att korta köer.

Har inte en del av mätysterin försvunnit och exempelvis New Public Management i högre grad ersatts av sådant som värdebaserad

vård, som ändå är tänkt att komma inifrån professionen?

– Det har absolut blivit bättre, men det är fortfarande mycket onödigt som vi ska redovisa och mäta. Men jag förstår att det blev på detta viset för att vi inte gick före och visade vägen för vad som är relevant att mäta, säger hon.

Mäter man till exempel bara antalet patientbesök per läkare tar man inte med i beräkningen att om man jobbar med psykiskt sjuka patienter är det kanske fullt rimligt att ha fyra besök om dagen, men om du är öronläkare kan ta emot 14 besök per dag.

– Hur ska du med ett sådant mått kunna säga, vem som är en effektiv läkare och vem som inte är det? frågar hon retoriskt.

Vad är då relevant att mäta?

– Kvalitet och tillgänglighet, att vi får vård när vi behöver. Det har blivit bättre, men det är inte alltid det mäts rätt saker, säger Brita Winsa medan vi går genom landstingshusets lokaler in mot kaffeautomaten vid de nya, öppna kontorslandskapen.

Vid kaffet pratar Brita Winsa en stund med HR-strategen Evelina Ogenblad, som beskriver den nya hälso- och sjukvårdsdirektören som ”väldigt inkluderande i sitt ledarskap”.

– Hon är klok, lugn, rak och okomplicerad; man törs säga vad man tycker och kan ha en bra dialog med henne, säger Evelina Ogenblad.

Skymningen har nu snabbt hunnit sänka sig över Västernorrland och

genom fönsterrutorna syns nu bara ett kompakt mörker. Den långa mörka norrländska vintern kan vara ett skäl till att man vid Norrlands Universitetssjukhus brottas särskilt med svårigheten att rekrytera specialistläkare, enligt Brita Winsa.

Att locka läkare så långt norrut är en utmaning, menar hon, likaså är det en utmaning att i en glesbefolkad trakt med stora län kunna ge jämlik vård till alla invånare. Distansvård löser bara en del av det problemet, konstaterar Brita Winsa en aning bekymrat.

– Men, tillägger hon med en blick som lyser upp framför den svarta fönsterrutan: Folk är enkla att ha att göra med här.

Ebba Blume

Webbstöd för vårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor

Webbstöd för vården riktar sig till personal inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Det har utarbetats av Nationellt centrum för kvinnofrid i samverkan med Socialstyrelsen.

Många våldsutsatta kvinnor söker vård, både för akuta besvär och mer diffusa symtom. Genom att ställa frågor om våld kan personalen upptäcka patienter som utsätts för våld och ge dem ett professionellt omhändertagande.



För att ge personalen den kunskap som behövs i det arbetet har ett webbaserat stöd anpassat efter hälso- och sjukvården och tandvårdens behov utvecklats. Här hittar du information om allt från att ställa frågor om våld till det medicinska omhändertagandet, att dokumentera och följa upp samt att samverka med andra aktörer.

Webbstödet är kopplat till NCK:s kunskapsbank och innehåller faktatexter, expertintervjuer, fördjupningsfilmer och reportage från verksamheter runt om i landet.

www.nck.uu.se/webbstodforvarden

NCK NATIONELLT CENTRUM FÖR KVINNOFRID

UPPSALA UNIVERSITET

AKADEMISKA SJUKHUSET

Organhandel problem även för Sverige

– Det händer att svenska patienter med utländsk härkomst åker till sitt gamla hemland, gör en organtransplantation och sedan behöver uppföljande vård i Sverige.

▼ Det berättar Annika Tibell, tidigare transplantationskirurg, nu tillförordnad sjukhusdirektör vid Karolinska universitetssjukhuset och en av initiativtagarna till Istanbuldeklarationen. Läkare bör försöka identifiera patienter som överväger organköp och stödja dem att hitta andra alternativ, menar hon.

I Sverige är organhandel olagligt och kan ge böter eller fängelse i två år. Det är däremot inte brottsligt om svenska medborgare åker till exempelvis

Pakistan, Indien eller Filippinerna och köper en njure, får den inopererad och sedan kommer till Sverige för den eftervård som de sedan behöver. Något som förekommer i dag, enligt Annika Tibell.

Enstaka personer, som är bosatta i Sverige och som kanske är första eller andra generationens invandrare har åkt till sitt gamla hemland, eller till ett säljarland och gjort en organtransplantation där, berättar Annika Tibell, som tidigare gjorde en studie där man försökte följa upp ett 40-tal personer som åkt utomlands för att transplanterats och sedan återvänt till Sverige för vård.

– Skälet till att man gör på detta sätt kan vara, att man kommer från ett land där det är konstigt att stå i kö, som exempelvis Iran, som har en handel med njurar som är statligt reglerad, säger Annika Tibell.

Hon berättar att det i Iran dessutom finns en förväntad gåva mellan mottagare och den som står för njuren.

– Där vet vi också att det har varit så, att den som ger en större gåva får tillgång till organ av bättre kvalitet, säger hon.

Annika Tibell betonar vikten av att man inom svensk vård förstår, att om en patient överväger att åka till sitt hemland för organköp och transplantation, så är det inte på transplantation som detta händer, utan inom njurmedicin.

– Man kanske har en patient, som är väldigt rädd för att börja i dialys och som är tveksam till att fråga anhöriga och som samtidigt har en stark koppling till ett land där man vet att organhandel förekommer, säger hon.

**Osäkerhet om avlidnas vilja
hindrar många donationer
som kunnat rädda liv**

**Varje år dör omkring 30 personer
i väntan på organ i Sverige.**

▼ I Sverige finns ett donationsregister där man kan anmäla sitt ställningstagande. Av de drygt 90 000 personer som dör årligen i Sverige är 100-tals potentiella organdonatorer. Sedan 2010 har antalet stigit, men endast 188 av de avlidna donerade 2017.

Skälet till att så få donerar är ofta att anhöriga inte vet den avlidnes inställning till organdonationen.



I Sverige kan man inte blunda för problem med organhandel. Det angår även oss och läkare kan försöka få patienter som överväger organköp att hitta alternativ, menar Annika Tibell, tf sjukhusdirektör KS och en av initiativtagarna till Istanbuldeklarationen. Foto: Ebba Blume

Hur ska man då agera som läkare?

– Man måste försöka identifiera patienter som överväger organköp och stödja dem att hitta andra alternativ. Vi ska se till att vi ger patienterna information om riskerna och att vi starkt avråder dem, säger Annika Tibell.

Litar inte på svensk sjukvård

Ett resultat av en tidigare studie, som forskare och etnolog Susanne Lundin har gjort på detta område, var att de patienter som sökte sig utomlands för transplantation inte litade på att de skulle bli lika behandlade på den svenska väntelistan, berättar Annika Tibell.

– Och det är ju väldigt viktigt att våra patienter av utländsk härkomst

känner en trygghet i människors lika värde här, säger hon.

Annika Tibell ger flera skäl till varför man inte ska köpa organ.

Ett skäl är att det är farligt och att det ofta sker under undermåliga omständigheter för mottagaren.

Även utredningen av donatorn är undermålig. I en säljsituation har donatorn också skäl att inte berätta om sådant som kan riskera försäljningen, menar Annika Tibell.

– Det finns goda data på att det är en mycket större komplikationsrisk om man har köpt ett organ. Och det handlar både om sämre resultat av själva transplantationen som att man får sämre kvalitet på organet. Det förekommer

också att sjukdomar överförs i samband med transplantationen, säger hon.

Vanligast är att det rör sig om sjukdomar som hepatit, HIV och, i mer sällsynta fall, malaria och tumörsjukdomar.

Utsatta människor utnyttjas

I nästan alla länder är det olagligt att köpa organ, men det är dessutom oetiskt, framhåller Annika Tibell.

– Man utnyttjar utsatta människor, som vanligen får en undermålig utredning och ibland inte ens får den summa som de utlovats.

Studier visar också att medan ovanligt få av dem som donerar organ ångrar sig, mår de som har sålt en njure ofta väldigt dåligt av det.

– I vissa kulturer är det även stigmatiserande. I Moldavien sätts män, som säljer njurar och kvinnor som säljer sig själva lite grann i samma grupp. I Filippinerna däremot skäms man inte alls, utan visar glatt upp att man har sålt en njure. Det lär finnas en plats i Manilas slum, som heter "one kidney island" därför att så många unga män har sålt sina njurar där, berättar Annika Tibell.

Det finns också rapporter om att flyktingar från Syrien har sålt organ på vägen, i Egypten, för att komma vidare. Istanbuldeklarationen har inte

Fortsättning nästa uppslag >>>

kunnat hejda handeln med organ, konstaterar Annika Tibell, men menar att deklarationen i alla fall har lyckats bidra med en ökad medvetenhet och berättar att man har refererat till den i lagstiftningen i ett antal länder.

Man har också skapat en rapporteringsfunktion så att när man har fått patienter som varit utomlands för transplantation kan rapportera om detta till en grupp som arbetar med just dessa frågor.

– Rapporteringen görs i samråd med patienten och man försöker ta reda på så mycket som möjligt om centret där transplantationen har ägt rum. Efter det har arbetsgruppen kontaktat den myndighet som motsvarar hälso- och socialdepartement i det landet, berättar Annika Tibell.

Men för att förhindra att människor åker utomlands för organtransplantation gäller det att kunna erbjuda det goda alternativet; att få en donerad njure på hemmaplan, konstaterar Annika Tibell.

Ett problem är dock att även om donationsviljan ökar, råder ännu stor brist på organ.

I Sverige anses man vara positiv till organdonation om man inte har meddelat något annat. Men om den avlidnes önskan är okänd, har de anhöriga vetorätt. De kan säga ja eller nej och om de avstår sin vetorätt så blir det donation.

I Frankrike har man tagit bort anhörigas vetorätt när det gäller den avlidnes organ. Borde man göra det även här?

– Kanske. Jag tror också, att sjukvården i vissa lägen skulle behöva vägledning kring hur man ska se på kretsen av anhöriga. Den kan vara väldigt stor och spretig och om det finns många olika uppfattningar, så blir det ju ett nej som gäller. Jag kan önska att man kunde säkerställa vem som företräder en när man är död.

EU-VÅRD | Patienter vann tvist i Kammarrätten – har rätt till ersättning för svettbehandlingar

Sjukhusläkaren skrev i förra numret om hur patienter nekats ersättning för svettbehandling av exempelvis ljumskar i Danmark, trots att motsvarande vård ges i Sverige.

▼ Nu ger Kammarrätten patienterna rätt.

FAKTA I Istanbuldeklarationen

År 2008 samlades en grupp ledande medicinska experter från över 100 olika länder i Istanbul i Turkiet för att dra upp strategier för att stoppa organhandel och transplantations-turism.

▼ Här utarbetades ett antal förslag och principer för att motarbeta organhandel och exploatering på området, underlätta transplantationer från både avlidna och levande donatorer i världen och för att skydda organmottagarens hälsa. Mötet resulterade i ett dokument kallat Istanbuldeklarationen.

Sedan deklarationen kom till har lagen kring organhandel ändrats i flera länder, bland annat i Filippinerna, men kriminella nätverk hittar ofta sätt att kringgå lagarna.

Organhandel sker ofta via en mellanhand eller förmedlare som tar ut en avgift för detta. Donatorn får vanligtvis mycket mindre betalt än förmedlaren.

I USA ställer man frågan om organdonation i samband med att en person förnyar sitt körkort. Vill du se den varianten här?

– Jag skulle önska att frågan om organdonation var något som man mötte i livet som en del i att bli vuxen och att frågan sedan kanske skulle återkomma med jämna mellanrum.

När donationsregistret startade väckte det ganska mycket negativ uppmärksamhet, men nu har människor vant sig vid detta, säger Annika Tibell.

För tre år sedan presenterades ett utredningsförslag om att man ska kunna ge en patient en tids behandling för att göra det möjligt att utreda patientens inställning till organdonation. Utredningens förslag gick dock stick i stäv med den grundlag som garanterar rätten för enskilda att samtycka om vård och förslaget ledde aldrig till lagrådsremiss.

Enligt Kammarrättens domar måste Försäkringskassan, när myndigheten påstår att aktuell vård inte ges i Sverige, även kunna understödja detta med "nationellt eller regionalt fastställda exakta och uttömmande förteckningar över vilken vård som erbjuds i Sverige".

Men några sådana förteckningar på nationell

Sten Heckscher, domare, leder nu en annan utredning, där man ska gå vidare med denna fråga och reda ut om det verkligen rör sig om ett brott mot grundlagen.

Annika Tibell sitter med i denna pågående utredning, men vill inte kommentera den.

Efter stormarna kring NKS och Karolinska Universitetssjukhusets agerande – både när det gäller den tidigare Macchiarini-affären, patienter som avlidit i köer, byggskander och senast hanteringen av antisemitiska trakasserier som sägs ha ägt rum vid sjukhuset – är det svårt att undvika att ställa frågan om hur Annika Tibell i rollen som tillförordnad sjukhusdirektör förhåller sig till allt detta.

Behöver man återupprätta förtroendet för sjukhuset?

– Jag tycker att det finns många bilder av sjukhuset och det som står i tidningarna är ibland ofullständigt. Jag önskar att man även beskrev det positiva som händer varje dag i vården och de fina resultaten i våra patientenkäter, blir Annika Tibells svar.

Men en del saker skaver, medger hon. Just nu pågår ett intensivt budgetarbete och sjukhuset dras med ett betydande underskott. Om den senaste stormen kring Karolinska universitetssjukhuset, som gäller anklagelserna om antisemitiska trakasserier från en överläkare som nu har tagit time-out, säger Annika Tibell:

– Vi ser detta som allvarligt. Vi har gjort en del och en utredning är nu tillsatt med en extern utredare. Men vi kunde ha agerat snabbare. Vi har en uttalad nolltolerans mot sådana trakasserier, men kommer att skärpa värdegrundsarbetet ytterligare.

Ebba Blume

nivå finns idag inte i Sverige.

På Försäkringskassan vill man inte i nuläget kommentera kammarrättens domar. – Vi kommer att gå igenom domarna och kommentera efter det, säger Viktor Svensson vid myndighetens pressavdelning, till Sjukhusläkaren.

Sök medel ur Sjukhusläkarnas fonder



■ Sjukhusläkarna förvaltar Stiftelsen Sjukhusläkarföreningens Understödsfond och Stiftelsen Lasarettsläkaren Gustaf Wennerströms donationsfond.

■ Fonderna delar ut medel till behövande medlemmar i Sjukhusläkarna eller till medlemmars efterlevande varje år.

■ Som behövande enligt Skatteverket anses en person vars sammanlagda inkomst understiger fyra prisbasbelopp och förmögenheten understiger ett prisbasbelopp. Prisbasbeloppet för 2017 är

44 800 kronor.

■ Från understödsfonden kan understöd vidare utgå till medlemmar som har särskilt behov. Behovet av understöd bedöms från fall till fall utifrån den totala familjeekonomin.

■ Särskild ansökningsblankett samt riktlinjer för fondutdelningen kan rekvideras från Sjukhusläkarna på telefon 08-790 34 50, eller e-post wendela.zetterberg@slf.se eller laddas ner från www.sjukhuslakarna.se

■ Vi ber Dig att noggrant svara på

uppgifterna i ansökningsblanketten. Observera att alla fält ska fyllas i.

■ För att kunna göra rätt bedömning begär vi också att Du bifogar kopia av Din senaste slutskattsedel samt – om Du är studerande – en plan över utbildning och redovisning av studieresultat.

■ Vid frågor går det bra att kontakta Sjukhusläkarnas kansli, tel 08-790 34 50.

■ Sista ansökningsdag är den 28 december 2018.

Läkare som påverkar gästade Sjukhusläkarna

▼ Fredagen den 9 november samlades representanter från lokalavdelningarna på temat påverkansarbete.

Karin Båtelson öppnade mötet och hälsade välkomna. Förmiddagen ägnades åt information om Läkarförbundets kommande fullmäktige, diskussion om Sjukhusläkarnas motioner samt andra aktuella frågor. Därefter inleddes temat med ett föredrag om hur man når ut med sitt budskap i medierna.



Eftermiddagen bestod av ett panelsamtal med läkarna och politikerna Martin Nedergaard-Hansen från Bevara Akut-sjukhusen i Region Jönköping, Jonas Lindeberg från Mer vård för pengarna i Sörmland och Fredrik Leijerstam från Miljöpartiet i Uppsala. Det blev mycket uppskattat, och frågorna var många.

Protester mot nedläggning av Läkemedelsboken

▼ Läkemedelsverkets planer på att avveckla läkemedelsboken möter starkt motstånd bland vårdens professioner. Sjukhusläkarna står bakom en gemensam skrivelse, där det föreslås att Läkemedelsverkets uppdrag att ansvara för Läkemedelsboken förnyas. Dessutom föreslås att Läkemedelsverket får Socialdepartementets uppdrag att samråda med andra aktörer kring hur den framtida utgivningen kan säkras.

Sjukhusläkarna i Östra Skåne håller årsmöte

▼ Sjukhusläkarna i Östra Skåne håller årsmöte den 23 januari 2019.

Tid: 17.30.

Plats: Regionmuseet, Stora Torg, Kristianstad.

Vi bjuder på en kort rundvandring i museet och en härlig buffé från Café Miró.

Anmälan till förtäring/rundvandring:

Kontakta kansliet:

mare.johansson@skane.se

Följ Sjukhusläkarna på webben och facebook

slf.se/sjukhuslakarna

www.facebook.com/sjukhuslakarna

twitter.com/sjukhuslakarna

Sjukhusläkarna protesterar mot åtgärdsförslag på Sahlgrenska

• – Vi sjukhusläkare vill möta en realistisk sjukhusledning i dialog. Vi har många konstruktiva förslag, men vi gillar inte förväntningar på



trolleri, säger Shokoufeh Manouchehrpour (bilden), ordförande för Sjukhusläkarna i Göteborg, med anledning av uppgifterna att över

300 tjänster och ett okänt antal vårdplatser kommer att försvinna 2019.

Förslaget för att få en budget i balans är att minska på personalen,

vilket har fått bland annat Sjukhusläkarna att reagera.

– Stadens befolkning har ökat oväntat snabbt, och därmed har vi fått ta hand om ungefär 10 000 akutbesök utöver det som "beställdes" i budget. Det är sådant som gör att sjukhuset har svårt att hålla ekonomin i balans – inte att det är för många anställda, menar Shokoufeh Manouchehrpour i en debattartikel i GP där hon skriver att antingen måste budgeten ökas eller uppdraget minskas.

• Läs debattartikeln: "Öka budgeten eller minska vårduppdraget" i GP.

Läkares fortbildning behöver regleras nationellt

• – Sjukvårdens utveckling hotas av ständiga nedprioriteringar, därför krävs en nationell reglering.

Det skriver Sjukhusläkarnas ordförande Karin Båtelson i en debattartikel i Dagens Medicin.

– Att tro att enbart vårdgivarna ska lösa fortbildningsfrågan är utifrån dagens förhållanden dömt att misslyckas. Bristen på öronmärkt budget och strategisk planering visar att ansvaret för fortbildningen behöver regleras i en föreskrift från Socialstyrelsen. Det skulle klargöra såväl arbetstagarens ansvar för att delta i utbildningsaktiviteter, som arbetsgivarens ansvar för att avsätta tid och medel, menar Karin Båtelson.

– Att fortbildningen stadigt minskar visar Läkarförbundets fortbildningsenkäter och i Sjukhusläkarnas lokala enkäter ser vi att spannet mellan olika läkare är väldigt stort, där vissa deltar i mycket utbildning medan andra uppger att de inte går någon fortbildning alls, skriver Karin Båtelson.



• Läs debattartikeln: "Vi vill ha en nationell reglering av läkares fortbildning" i Dagens Medicin.

Tips för studenter och handledare

• Sveriges läkarförbund Student har tagit fram broschyren "Läkarstudent i vårdverksamhet" som innehåller tips för läkarstudenter som är på väg att ha kliniska placeringar i olika vårdverksamheter.

Råden har tagits fram av Läkarförbundet Student i dialog med studentrepresentanter från Sveriges samtliga lärosäten.

Del två av broschyren har

rubriken "Att handleda en läkarstudent". Där finns råd som: "Säkerställ att studenten har förstått vilka förväntningar du har på denne, och vice versa" samt "Tänk högt och uppmuntra studenten att göra detsamma".

Jättebra, tycker Sjukhusläkarna och stöttar detta initiativ.

• Broschyren finns på <https://slf.se/student/min-utbildning/handledning/>

VAD SKULLE DU SKRIVA UT TILL DIG SJÄLV?

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

- Bättre reduktion av stroke/systemisk embolism jämfört med warfarin¹
- Bättre säkerhet avseende allvarlig blödning jämfört med warfarin¹

Ref: 1. Granger CB et al. N Engl J Med 2011; 365: 981–992



Bristol-Myers Squibb



Eliquis® (apixaban) Rx. F. B01AF02. Filmraderade 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 trombolytisk 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 19 okt 2017. Fullständig information och pris se fass.se. Bristol-Myers Squibb www.bms.com/se Pfizer www.pfizer.se



UTÖKAD SUBVENTION FR O M 1 JANUARI 2019¹

Repatha® subventioneras som tilläggsbehandling för

- **Patienter med aterosklerotisk hjärt- och kärlsjukdom som har ett kvarstående LDL-kolesterol $\geq 2,5$ mmol/L trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib.**
- **Patienter med FH, heterozygot familjär hyperkolesterolemi, som har ett kvarstående LDL-kolesterol $\geq 3,0$ mmol/L trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib.**
- Patienter med homozygot familjär hyperkolesterolemi.

Repatha® (evolocumab) R_x, (F), ATC: C10AX13. 140 mg injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna för engångsbruk.

Subvention som gäller tom 31/12 2018: Repatha® subventioneras som tilläggsbehandling för patienter i sekundärprevention efter hjärtinfarkt som har ett kvarstående LDL-kolesterol ≥ 4 mmol/L trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib. Repatha® subventioneras också som tilläggsbehandling för patienter med homozygot familjär hyperkolesterolemi.

Indikation - Etablerad aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom:

Repatha® är avsett för behandling av vuxna med etablerad aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom (hjärtinfarkt, stroke eller perifer artärsjukdom) för att sänka kardiovaskulär risk genom att sänka nivåerna av LDL-C, som tillägg till korrigering av andra riskfaktorer:

- i kombination med den högsta tolererade dosen av en statin med eller utan andra blodfettssänkande behandlingar eller,
- ensamt eller i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar när en statin inte tolereras eller är kontraindicerad.

Indikation - Hyperkolesterolemi och blandad dyslipidemi:

Repatha® är avsett för behandling av primär hyperkolesterolemi (heterozygot familjär och icke-familjär) eller blandad dyslipidemi hos vuxna, som tilläggsbehandling till kostomläggning:

- i kombination med en statin eller statin i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar hos patienter som inte kan uppnå målet för LDL-C med den maximalt tolererade dosen av en statin eller,
- ensamt eller i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar när en statin inte tolereras eller är kontraindicerad.

Indikation - Homozygot familjär hyperkolesterolemi:

Repatha® är avsett för behandling av homozygot familjär hyperkolesterolemi hos vuxna och ungdomar 12 år och äldre, i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

För fullständig information vid förskrivning samt produktresumé, Amgen maj 2018, se www.fass.se

AMGEN®

Box 706, 169 27 SOLNA,
08 695 11 00, www.amgen.se