

AKTUELL PROFIL

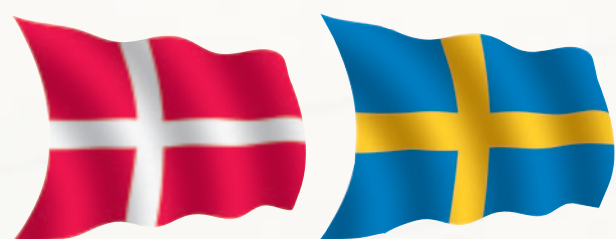


Smittskyddsexperten
som aldrig slår sig till ro

Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 18.000 SJUKHUSSPECIALISTER • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARNA • NR 1/2019

TEMA | VÄNTETIDER



Danskar får vård i tid
Svenskar får fortfarande vänta

Ingenting har hänt

sedan Sjukhusläkarens
förra granskning

6-11

LEDAREN SIDAN 3



Lars
Rocksén
20



Björn
Ekman
12



Camilla
Starck
5



Nicholas
Aujalay
24

NY FÖRPACKNING



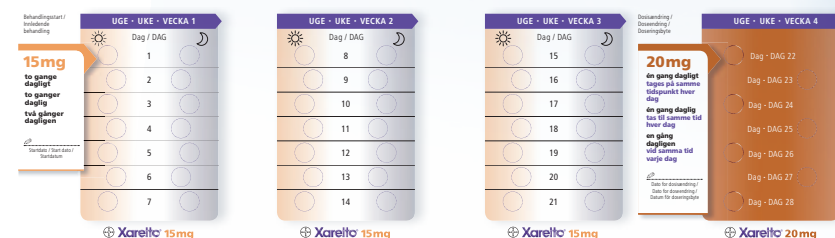
Xarelto® startförpackning – underlättar för både dig och dina patienter

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 cirrhotiska 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.

XARE50140 – Bilbo

VARFÖR MÅSTE VI HA KÖER I SVERIGE?

Den danska vårdgarantin är mycket snävare än vår med fyra veckor för maligna tillstånd och åtta veckor för icke-maligna. Tiden räknas från när remissen till sjukhusvård skrivs och inom denna tid ska även all utredning vara klar.

De har ett nationellt utformat krav på regionerna, som drabbas av sanktioner om det inte uppfylls. De har Sundhetsstyrelsen som öppet redovisar väntetider kopplat till kvalitetsutfall, alltså kunskapsstyrning, patienter har fritt val av sjukhus i hela landet och om väntetiderna inte hålls tillåter man andra utförare än de offentliga sjukhusen.

Detta har givit upphov till mycket privat utförd vård men också mycket god tillgänglighet och kvalitet på de offentliga sjukhusen. Det är en häpnadsväckande stor skillnad jämfört med våra svenska väntetider.

I Sverige har vi betydligt längre intervall för vårdgarantin med 13 veckor till besök och sedan 13 veckor till åtgärd, inga sanktioner, väntetid till utredningar räknas inte in, vi har pakkeförlöp för cancersjukdomar enligt dansk modell, vilket är bra men riskerar undanträngning av mer godartade sjukdomar som ändå kan vara förödande för livskvaliteten, vi har SKL som redovisar väntetider för vissa diagnoser mer eller mindre binärt, dvs enbart ja eller nej om vårdgarantin hålls, inga kvalitetsmått och vi har privata utförare bara i vissa lands-ting.

Trots att vi har betydligt längre tidsperioder så har vi sorgligt dålig måluppfyllelse. Vi har ingen nationell styrning eller dimensionering av behov och en

svagare patientlagstiftning.

Danmarks lösning med både tids- och kvalitetsuppföljning är bra. En nationell myndighet som uttalar mål för befolkningen med sanktioner för de regioner som inte uppfyller målen där en mångfald utförare tillåts verkar fungera i Danmark så här långt.

Man kan motresonera som att de som inte klarar sitt uppdrag får ju ännu mindre, men om andra klarar uppdraget med samma medel så måste man ju ifrågasätta och ändra sin egen organisation. Och vänd på det – varför ska man premiera de regioner som gör det dom ska? Premiera ska man väl göra för extraordinära resultat?

Det finns nackdelar med det danska systemet – risken att det görs för mycket, överkapacitet gör att man opererar sådant som kanske skulle vänta och blir kostnadsdrivande, vissa tillstånd mår ibland bra av att vänta med åtgärd för klinisk värdering och så vidare. Här måste uppföljning göras. Vi har också sett nackdelar med vårdvalet i Sverige där nya kliniker startas utanför sjukhusen och dränerar sjukhusen på kompetens, jour- och utbildningsmöjligheter vilket är högst önskat.

Varför det går bra i Danmark är inte enkelt att svara på. Mycket skiljer förstås. Vi ser i alla fall att vi inte angriper väntetiderna på samma sätt. Här väntar vi på utformningen en ny kömiljard. Vi var starkt kritiska till de negativa effekterna av den gamla och en kömiljard är så liten del av sjukvårdskakan att man tycker att den inte borde ha någon nämnvärd effekt.

Även hos oss kan det vara en väg att gå med en starkare patientlag och en

starkare nationell reglering. Enbart kömiljard kommer inte att räcka. När inte tillgängligheten kan upprätthållas måste man tillåta en mångfald av utförare och olika privata alternativ.

Socialstyrelsen bör få i uppdrag att se till att man dimensionerar sin sjukvård med vårdplatser och personal efter behov och redovisa kvalitetsutfall och väntetider. Detta kan ge professionen större inflytande. Vi måste också sikta på kortare ledtider och möjlighet till individuella kontrakt mellan läkare och patient. Dagens garanti med 13 veckor + 13 veckor för åtgärd är skrattretande.

Alla måste vara trygga med att man får planerad vård inom rimlig tid av den sjukvård vi har bestämt ska ingå i vårt allmänna åtagande. Risken finns att betalningsviljan för vårt solidariskt finansierade system annars kommer att urholkas. Inte minst när det blir tydligt att det fungerar i andra länder.



KARIN BÅTELSON
ORDFÖRANDE
I SJUKHUSLÄKARNA

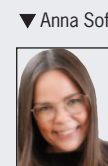
Sjukhusläkarens redaktion

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 tidsningsdesigner.

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.

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



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 samhällsligt perspektiv.
- Sjukhusläkaren i tryckt form och på webbplatser har publicistisk självständighet.
- Se hela policyn på: sjukhuslakaren.se/kontakta-oss/om-oss/

Artikeln med rubriken "Idag dör väldigt få på sjukhus" i nummer 6 2018 av Sjukhusläkaren innehöll felaktigheter. För att ta del av den korrigerade versionen se sjukhuslakaren.se."



I DETTA NUMMER:

Ledaren |3
Krönika | Camilla Starck5

TEMA VÄNTETIDER | Sverige vs Danmark6-11



Krönika | Björn Ekman12

AKTUELL PROFIL | Johan Giesecke 14-17



Vårdplatsbrist | Protester på Sahlgrenska18-19
Krönika | Lars Rocksén20-21
Politik | Vad vill socialministern?22
Debatt | Akutsjukvård24-27
Krönika | Christine Takami Lageborn27

MEDLEM

Miljö och klimathotet28-29
Facklig krönika30-32

IDAG BETRAKTAR JAG MÄNSKLIGA VÄRDEN SOM NÅGOT UNIVERSELLETT

Jag hade själv länge undviktt att kritisera företeelser i andra kulturer. Det var en självklarhet att tänka "vem är jag att döma" och "ingen kultur är bättre än någon annan".

Idag tycker jag annorlunda och betraktar mänskliga värden som något universellt. Jag insåg att min tidigare inställning, som kan beskrivas som kulturrelativistisk – att ha olika moraliska måttstockar för människor beroende av ursprung – var djupt osolidarisk och dessutom rasistisk.

Varför skulle jag förvänta mig mindre av människor från en annan kultur eller religion än från dem i min egen? I grund och botten är vi alla människor oavsett vilka normer vi bär med oss. Alla är kapabla till gott och ont och alla ska ha samma mänskliga rättigheter.

Den förändringen i synen på solidaritet var en avgörande faktor för mitt engagemang. Det handlar om hur vi ser på varandra och vilka tankemässiga hinder vi har inom oss själva. Med goda intentioner är några kollegor, liksom jag en gång var, rädda för ämnet. Det utgör det största hindret för våra patienter.

Många som arbetar med hedersvårdsfrågan har själva varit utsatta eller blivit berörda av hedersförtryck i sin närhet. I mitt fall var det en vän som var utsatt. Vi hade kontakt på nätet, annars hade vi aldrig lärt känna varandra. Hon var nämligen hårt begränsad i sitt liv. Under den tid vi hade kontakt förändrades hon mycket. Från att vara feminist och drömma om att utbilda sig till läkare, till att kapitulera för familjen som slog henne, isolerade henne och slutligen gifte bort henne till en man hon inte kände. Hon var inte tillräckligt stark att stå emot dem hon älskade.

Deras heder byggde på att hon gjorde avkall på sina drömmar och tillät dem att skada både hennes kropp och själ. Hennes öde väckte en obeveklig vilja i

mig att förändra.

För att kunna hjälpa utsatta patienter måste man förstå ett par grundläggande skillnader mellan hedersvåld och andra typer av våld. Våldet är kollektivt och såväl flickor och pojkar, män som kvinnor kan vara offer och förövare. Det rör sig alltså inte om "mäns våld mot kvinnor". En kille som själv utövar våld på uppdrag av släkten kan samtidigt vara offer om han själv utsätts för våld när han vägrar.

Hederskulturen präglas av kyskhetsnormen och kvinnans beteende är det centrala för familjens status. Traditionella könsroller och heteronormen är ett tvång. Religion och kultur samverkar till dessa normer och även om konservativ religiositet kan förstärka finns utövare som inte alls är religiöst praktiserande.

Hedersvåld förekommer bland både muslimer, kristna och andra grupper. Förstås är de flesta invandrare inte utövare av hedersvåld. De starkaste rösterna mot hedersvåld i vårt samhälle är själva invandrare.

Det finns hederskontexter som är mer socialt tvingande än våldsutövande. Killar och tjejer utsätts för känslomässig utpressning om de inte exempelvis gifter sig med den släkten valt. Men det finns också de som är gravt kontrollerade – till den grad att de förbjuds ha vänner och att väska och mobil kontrolleras flera gånger dagligen. Eller att man blir inlåst hemma under långa perioder. Jag har stött på kvinnor som inte får ha mobiltelefon eller måste ha sällskap av en släkting så fort hon går ut. Kontakter med myndigheter, så som vården, måste ske i närvaro av anhöriga. Dessa kvinnor är i princip fräntagna alla former av frihet, inklusive den att tänka och känna. Kanske även att synas.

Att söka psykiatrisk vård är ofta tabubelagt och kan behöva ske i hemlighet. Om akut vård behövs kan anhöriga

tendera att söka vård med den utsatta på många olika kliniker för att undvika att väcka misstanke. Psykosomatiska symtom i form av yrsel, smärta, huvudvärk eller synkope kan vara en signal på att en patient är utsatt och det är av yttersta vikt att patienten får tala i enrum – oavsett vad hon själv har för önskemål. Om patienten själv, i närvaro av anhöriga, skulle säga att hon vill tala ensam blir hon misstänkliggjord och kan bli utsatt för mer våld.

Om man landat i att alla människor bör bemötas som likvärdiga individer oavsett ursprung och har en grundläggande förståelse för vad hedersvåld är kan man börja se tecknen i patientmöten. Jag kommer närmare in på hur man tar upp ämnet och hur man avgör om hedersrelaterat våld och förtryck är en del i eller kanske helt avgörande för patientens symtom i kommande krönikor.



CAMILLA STARCK
ST-LÄKARE I PSYKIATRI

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



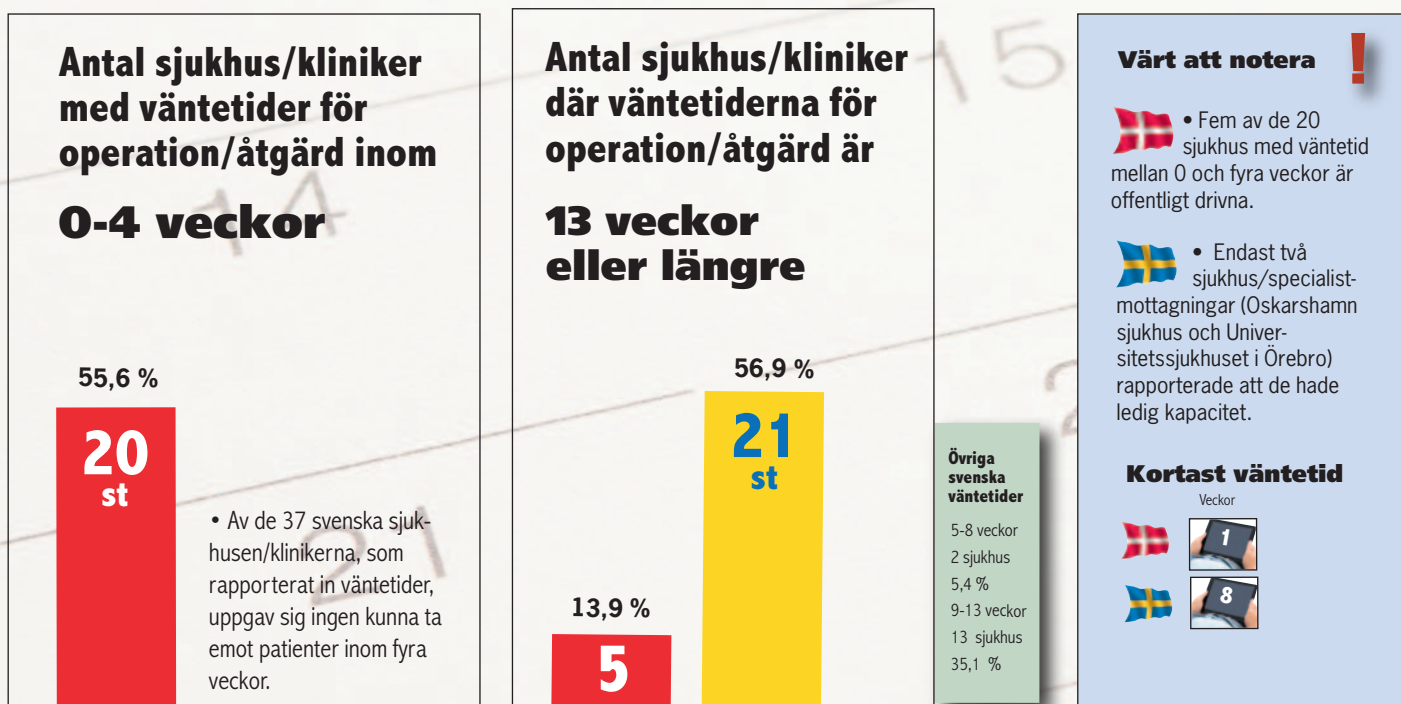
Grannländer – men två skilda världar

Inget har hänt

Danskar får vård i tid – svenskar får fortfarande vänta



HÖFTLEDSPROTES



Danska sjukhus



Svenska sjukhus

Väntetiden = förväntad väntetid till behandling/operation

AV ANNA SOFIA DAHL OCH CHRISTER BARK

■ 2016 jämförde Sjukhusläkaren svenska och danska patienters rätt och möjligheter att få vård i rimlig tid. Nu gör vi det igen. Och inget har hänt. De stora skillnaderna i rätten till vård i rimlig tid består.



I genomsnitt klarade 67 procent av de danska sjukhusen/klinikerna att erbjuda patienterna operation/åtgärd inom 4 veckor inom de diagnoser vi granskade, medan bara **4 procent** av de svenska sjukhusen/klinikerna kunde erbjuda operation/åtgärd inom 4 veckor.



• Bland de danska sjukhusen/klinikerna var det få som hade väntetider på 13 veckor eller längre, cirka åtta procent i genomsnitt. I Sverige var andelen sjukhus/kliniker med väntetider på 13 veckor eller längre över 50 procent i genomsnitt.



• För sju av nio diagnoser i undersökningen fanns det alltid något danskt sjukhus/klinik som inte hade någon väntetid alls.
• Inget svenskt sjukhus/klinik klarade att erbjuda operation/åtgärd utan väntetid.

KALLA FAKTA | VÄNTETIDER

- 

Danska sjukhus
- 

Svenska sjukhus

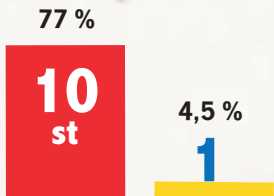
Väntetiden = förväntad väntetid till behandling/operation

- Genomgången av väntetiderna för de danska sjukhusen gjordes 5-8 januari.
- Genomgången av väntetiderna för de svenska sjukhusen gjordes 30 januari
- Stockholm som har en egen väntetidsdatabas ingår inte i statistiken..



REUMATOID ARTRIT

Antal sjukhus/kliniker med väntetider för operation/åtgärd inom **0-4 veckor**



Antal sjukhus/kliniker där väntetiderna för operation/åtgärd är **13 veckor eller längre**



Värt att notera !

- Längsta förväntade väntetiden är sju veckor. Åtta av sjukhusen är offentliga.
- Två sjukhus/specialistmottagningar (Oskarshamns sjukhus och Göteborg Hand Center) rapporterade att de hade ledig kapacitet.

Kortast väntetid

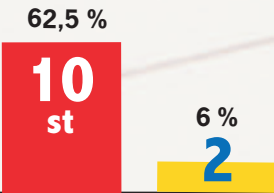


Övriga svenska väntetider

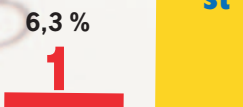
Veckor	Antal sjukhus	Procent
5-8 veckor	4	18,2 %
9-13 veckor	9	40,9 %

INKONTINENS KVINNOR

Antal sjukhus/kliniker med väntetider för operation/åtgärd inom **0-4 veckor**



Antal sjukhus/kliniker där väntetiderna för operation/åtgärd är **13 veckor eller längre**



Värt att notera !

- Sju sjukhus har 0 eller 1 veckas väntetid till operation/åtgärd, samtliga privat drivna.
- Endast ett sjukhus/specialistmottagning (Hudiksvalls sjukhus) rapporterade att de hade ledig kapacitet.

Kortast väntetid

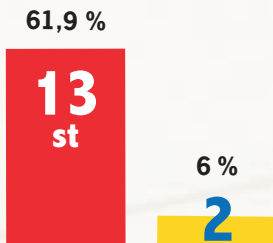


Övriga svenska väntetider

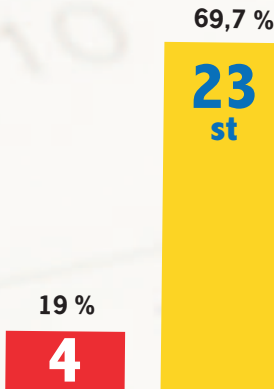
Veckor	Antal sjukhus	Procent
5-8 veckor	4	12,1 %
9-13 veckor	14	42,4 %

PROSTATAFÖRSTÖRING

Antal sjukhus/kliniker med väntetider för operation/åtgärd inom **0-4 veckor**



Antal sjukhus/kliniker där väntetiderna för operation/åtgärd är **13 veckor eller längre**



Övriga svenska väntetider

Veckor	Antal sjukhus	Procent
5-8 veckor	2	6 %
9-13 veckor	6	18,1 %

Värt att notera !

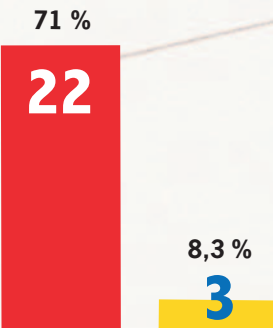
- De fyra sjukhus som har en förväntad väntetid på över 13 veckor har 16, 52 respektive 60 veckors väntetid.
- Två sjukhus/specialistmottagningar (Göteborgs urologmottagning och Capio Lundby Närsjukhus i Göteborg) rapporterade att de hade ledig kapacitet.

Kortast väntetid



FRAMFALL

Antal sjukhus/kliniker med väntetider för operation/åtgärd inom **0-4 veckor**



Antal sjukhus/kliniker där väntetiderna för operation/åtgärd är **13 veckor eller längre**



Övriga svenska väntetider

Veckor	Antal sjukhus	Procent
5-8 veckor	4	11, %
9-13 veckor	17	47,2 %

Värt att notera !

- Tio av de 22 sjukhus som har en förväntad väntetid på mellan 0 och fyra veckor är offentligt drivna.
- Endast ett sjukhus/specialistmottagning (Hudiksvalls sjukhus) rapporterade att de hade ledig kapacitet.

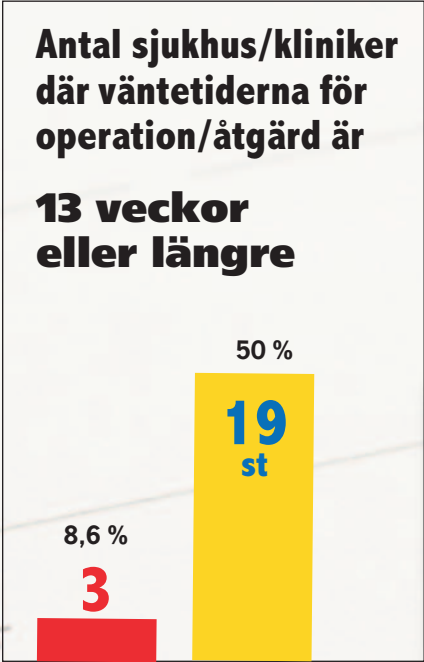
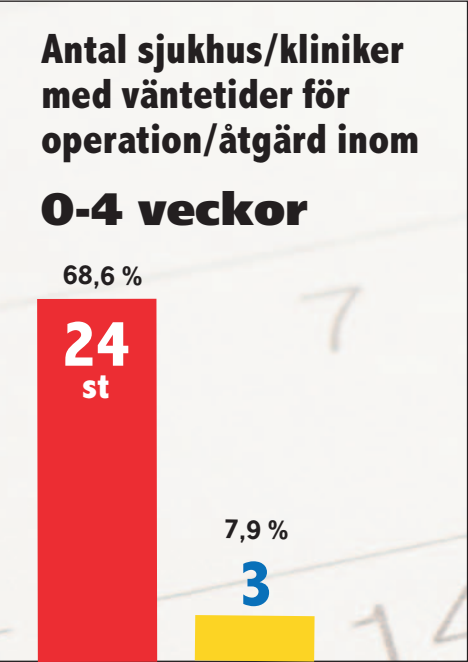
Kortast väntetid



KALLA FAKTA | VÄNTETIDER



LJUMSKBRÅCK



Övriga svenska väntetider

5-8 veckor
4 sjukhus
10,5 %
9-13 veckor
12 sjukhus
31,6 %

Värt att notera !

• Fyra sjukhus har en förväntad väntetid på 0 veckor och sex sjukhus har en på en vecka. Samtliga privata.

• Sex sjukhus/specialistmottagningar (Carlanderska i Göteborg, Capio Lundby Närsjukhus i Göteborg, Aleris Specialistvård i Bollnäs, Lasarettet i Enköping, Capio Läkargruppen i Örebro och Oskarshamns sjukhus) rapporterade att de hade ledig kapacitet.

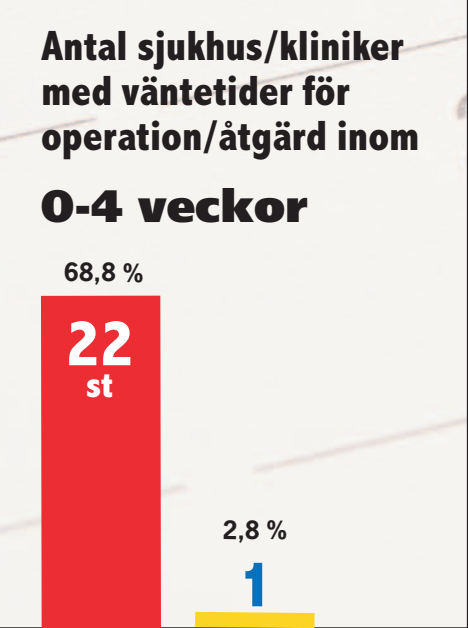
Kortast väntetid

Veckor

0

2

GALLSTEN



Övriga svenska väntetider

5-8 veckor
5 sjukhus
13,9 %
9-13 veckor
14 sjukhus
38,9 %

Värt att notera !

• Fem sjukhus har 0 veckors väntetid och sex sjukhus har en veckas väntetid till operation/åtgärd. Samtliga, med undantag för ett, är privat drivna.

• Fyra sjukhus/specialistmottagningar (Carlanderska i Göteborg, Oskarshamns sjukhus, Capio Lundby Närsjukhus i Göteborg och Lasarettet i Enköping) rapporterade att de hade ledig kapacitet.

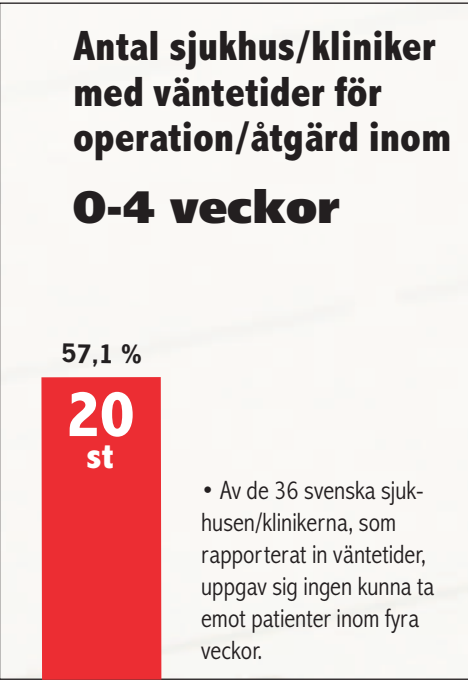
Kortast väntetid

Veckor

0

3

KNÄLEDSPROTES



Övriga svenska väntetider

5-8 veckor
2 sjukhus
7,7 %
9-13 veckor
11 sjukhus
30,6 %

Värt att notera !

• Fem av de 20 sjukhus med väntetid mellan 0 och fyra veckor är offentligt drivna.

• Endast två sjukhus/specialistmottagningar (Oskarshamn sjukhus och Universitetssjukhuset i Örebro) rapporterade att de hade ledig kapacitet.

Kortast väntetid

Veckor

1

8

HALSMANDELOPERATION



Övriga svenska väntetider

5-8 veckor
4 sjukhus
13,8 %
9-13 veckor
20 sjukhus
69 %

Värt att notera !

• Det sjukhus med längst förväntad väntetid har 29 veckor.

• 5-8 veckor

Värt att notera: Två sjukhus/specialistmottagningar (Capio Lundby Närsjukhus i Göteborg och Capio Läkargruppen i Örebro) rapporterade att de hade ledig kapacitet.

Kortast väntetid

Veckor

0

5-8

Nätläkarna har förstått att vården är nationell där Sverige är ett land med en befolkning

Digitala vårdgivare behandlar någonstans mellan 45.000 och 50.000 personer i månaden idag. De allra flesta fallen, men långt ifrån alla, handlar om relativt lätta medicinska besvär, såsom infektioner, hudutslag och besvär av intimare natur. Av de undersökningar som har gjorts så uppskattas den här typen av vård av patienterna.

IVO har efter en genomgång av en av de största aktörerna inte haft något att anmärka på vare sig nätvårdarens kvalitet eller på patientsäkerheten.

Samtidigt kommer allt fler rapporter och tecken på att den traditionella primärvården inte klarar av sitt uppdrag. Till och med regeringen har uppfattat signalerna och satt en utredare på saken. Då utredningens slutrapport inte kommer förrän i mars 2020 så får man anta att problemen är både många och svåra.

Men, skulle man inte kunna ställa sig frågan om det inte finns en koppling mellan utvecklingen av den digitala primärvården och problemen inom den traditionella vården? Och då menar jag inte de vid det här laget rätt uttjatade vulgärangreppen som med jämna mellanrum laddas upp på någon glänta i trolldjuket, typ: "Nätläkarna utarmar den svenska sjukvården...!".

Nej, jag menar att det kanske till och med är så att det i Sverige har uppstått en unik möjlighet att inom vården faktiskt få till något som för ovanlighetens skull i slutändan kan komma patienterna till godo.

Oavsett vad man tycker om de så kallade nätläkarna och deras verksamhet så är det ett faktum att de vårdar 1 000-



BJÖRN EKMÄN
• HÄLSOEKONOM

tals människor varje månad. Som ett resultat har en tillsvidare okänd andel av dessa patienter inte sökt sig till den traditionella vården för deras självupplevda vårdbehov (de enda behov av relevans i det aktuella läget!).

Tid och resurser har alltså frigjorts som den traditionella primärvården kan använda för att ge vård till patienter som kräver fysisk kontakt.

Vore det inte bra om man kunde ordna det så att det här faktiskt sker på ett rationellt och för hela vården bra sätt? Många svarar säkert nej på den frågan då de tycker att nätläkarna ska bort oavsett vad. Men de som orkar och faktiskt har förmåga att tänka till här är kanske intresserade av hur en sådan modell skulle kunna se ut.

Så här kommer den: Inrätta en nationell organisation som ersätter all digital primärvård i landet, oavsett vem som levererar den och var patienten bor.

Pengarna för den här typen av vård bör komma från staten, inte från landstingen. I princip skulle det räcka så, men i praktiken behövs det givetvis mycket mer. Det skulle krävas ett nationellt informationssystem för all typ av vård, annars fortsätter fragmenteringen.

Det skulle kräva utarbetandet av principer för vilken typ av vård som ska ingå, annars fortsätter spekulationerna. Och det skulle kräva ändamålsenliga ersättningssystem för all typ av primärvård, annars lär hysterin fortsätta.

Men det riktigt geniala med en sådan här modell är att den skulle kunna verka som ett föredöme för hur all vård borde organiseras, ledas och styras.

Som jag eventuellt kan ha nämnt någon gång så är det min fasta övertygelse att om man verkligen vill förbättra svensk vård, så är det helt avgörande att den blir nationell. De digitala vårdgivarna är just nationella och det är ingen tillfällighet. De har förstått att Sverige är ett land med en befolkning och ser ingen anledning att splittra upp sina verksamheter efter ortoepiska principer.

Hur stor är då sannolikheten att Sverige går från en dialektbaserad vårdorganisation mot en sammanhållen nationell vård där resurser utnyttjas optimalt och vård verkligen ges efter medicinska behov på lika villkor?

Mindre mirakel har nog hänt, men jag är rätt säker på att vi kommer att gå mot en sådan modell, oavsett vad proffstyckarna säger och bakåtsträvarna hävdar.

Och om vägen dit går på en någorlunda plogad vägbana så är chansen att vi faktiskt kommer fram helskinnade mycket större än om vi som nu bara sladdar vidare mot ett kroniskt stabsläge.

EMPRESSIN®
ARGIPRESSIN

When options matter



Empressin® (arginin vasopressin) finns nu registrerat i Sverige.

Se produktresumé, SPC. Sök: Empressin – www.fass.se

EMPRESSIN (argipressin). Koncentrat till infusionsvätska, lösning, Rx, EF. **FARMAKOLOGISK GRUPP:** Vasopressin och analoger. **STYRKA:** 40 IE/2 ml, 40 IE argipressin motsvarar 133 mikrogram. **INDIKATION:** Empressin är avsett för behandling av katekolaminrefraktär hypotoni i samband med septisk chock hos patienter över 18 år. Katekolaminrefraktär hypotoni föreligger om det genomsnittliga artärtrycket inte kan stabiliseras till målvärdet trots tillräcklig volymsubstitution och användning av katekolaminer. **DOSERING:** Behandling med argipressin till patienter med katekolaminrefraktär hypotoni ska helst påbörjas inom de första sex timmarna efter septisk chock, eller inom 3 timmar efter debuten om patienten står på höga doser katekolaminer. Argipressin ska administreras som kontinuerlig intravenös infusion av 0,01 IE per minut, givet med en infusionspump/sprutpump. Beroende på den kliniska responsen kan dosen ökas var 15–20 minut upp till 0,03 IE per minut. För patienter under intensivvård är det normala målvärdet för blodtrycket 65–75 mmHg. Argipressin ska endast användas som tillägg till konventionell vasopressorbehandling med katekolaminer. Doser över 0,03 IE per minut ska endast administreras som akut behandling, eftersom det kan orsaka tarm- och hudnekros samt öka risken för hjärtstopp. Behandlingstiden ska anpassas efter den individuella kliniska bilden, men ska helst vara minst 48 timmar. Behandling med argipressin får inte avbrytas plötsligt utan ska trappas ned med hänsyn tagen till det kliniska sjukdomsförloppet. Den totala varaktigheten för behandlingen med argipressin avgörs av ansvarig läkare. **VARNINGAR OCH FÖRSIKTIGHET:** Denna produkt ska inte användas omväxlande med andra läkemedel som innehåller argipressin vars styrka uttrycks i andra enheter (till exempel pressorenheter P.U.). Argipressin får inte administreras som bolus för behandling av katekolaminrefraktär chock. Argipressin får endast administreras under noggrann och kontinuerlig övervakning av hemodynamiska och organspecifika parametrar. Behandlingen med argipressin ska endast inledas om det inte går att bibehålla tillräckligt högt perfusionstryck trots adekvat volymsubstitution och användning av katekolaminer. Argipressin ska användas med särskild försiktighet till patienter med hjärt- eller kärlsjukdomar. Användning av höga argipressindoser på andra indikationer har rapporterats orsaka myokard- och tarmischemi, hjärt- och tarminfarkt samt nedsatt perfusion av extremiteterna. Argipressin kan i sällsynta fall orsaka vattenintoxikation. Tidiga tecken som sömnhet, håglöshet och huvudvärk ska uppmärksammas i tid för att förhindra dödlig koma och kramper. Argipressin ska användas med försiktighet vid epilepsi, migrän, astma, hjärtsvikt eller något tillstånd där en snabb ökning av extracellulär vätska kan utgöra en risk för ett redan överbelastat system. Ett positivt nytta-riskförhållande har inte påvisats i den pediatrika populationen. Användning av argipressin på denna indikation till barn och nyfödda rekommenderas inte. Detta läkemedel innehåller mindre än 1 mmol natrium (23 mg) per ml, d.v.s. är näst intill "natriumfritt". **FÖRPACKNINGAR:** 10 ampuller à 2 ml koncentrat till infusionsvätska, lösning. **ÖVRIG INFORMATION:** Empressinkoncentrat får inte administreras utan spädning. För fullständig information vid förskrivning samt produktresumé, se www.fass.se. Texten är baserad på produktresumé: 26 juni 2018. **DISTRIBUTÖR:** AOP Orphan Pharmaceuticals AG, Virdings Allé 32B, 750 54 Uppsala, +46 70 631 87 00, office.se@aoporphan.com

AKTUELL PROFIL

Smittskyddsexperten
som aldrig slår sig till ro



Johan Giesecke älskar sitt Skärfsta gård som en gång i tiden var sago-författarinnan Elsa Beskows sommarbostad.
Foto: Stefan Nilsson

Nu är han rådgivare åt världens beslutsfattare

Han har hunnit fylla sextionio och ett halvt år. Men trots att han uppnått pensionsålder med råge har han inga planer på att sluta jobba inom över-skådlig tid.

Tvärtom lägger pappan, farfadern, maken, hundägaren och infektionsläkaren Johan Giesecke in en högre växel.

Vissa människor kan bara inte ta det lugnt trots att de gått i pension och borde kunna unna sig lyxen att koppla

av och njuta sitt livs otium i syrénbersån läppjandes på en iskall cava eller iste.

Johan Giesecke kvalar lätt in i kategorin "vi som aldrig kommer att slå oss till ro".

Sextionioochetthaltvåringen – jo, han betonar, på samma sätt som små barn gärna gör, att han inte är 69 utan faktiskt snart fyller 70.

– Jag har alltid sagt att jag är si och så gammal plus ett halvt. Då kan man passa på och fira det där halva året också, säger han och skrattar gott.

På snirkliga småvägar har vi rattat oss fram till den magnifika Skärfsta gård mellan Stockholm och Södertälje och som en gång var Elsa Beskows sommarbostad men där Johan och hans fru Kajsa huserar sedan tio år tillbaka.

Vi blir väl emottagna av ståtliga Leo, familjens tioåriga golden retriever. Inne i huset har Johan tänt en brasa i en av bostadens pampiga kakelugnar. Kaffet är framdukat i Blå Blom porslinskoppar. Kakan har Kajsa bakat.

Allt andas gemytlighet. Men vi är inte här för att göra ett "hemma hos reportage" utan för att prata om smittskyddsläkarnestorns passion för just smittskydd i hans egenskap av rådgivare åt WHO:s generaldirektör i smittskyddsfrågor.

– Generaldirektören ville ha en kommitté som hjälp och rådgivare när det handlar om att bestämma huruvida ett smittsamt utbrott någonstans i världen är att anse som "a public health emergency of international concern" och då blev jag tillfrågad om jag ville ingå i den gruppen och det ville jag såklart gärna. Sammanlagt är vi tolv personer från olika delar av världen som träffas med jämna mellanrum. Vi har ingen bestämmanderätt utan är endast rådgivare, betonar Johan och hugger in på fruns mumsiga sockerkaka.

När ett smittutbrott når en viss magnitud kan WHO:s generaldirektör besluta om att det enligt regelverket "International Health Regulations" ska betraktas som ett "Public Health Emer-

gency of International Concern" (PHEIC) med avsikt att minimera spridningen av en smitta som i värsta fall kan leda till en pandemi, vilket var fallet när svininfluensan slog till med full kraft mot bland annat Sverige 2009.

Enligt regelverket, som inrättades strax efter andra världskriget, är alla länder inom WHO skyldiga att rapportera in till Världshälsoorganisationen vid ett misstänkt smittutbrott.

Nu jobbar Johan inte "bara" som rådgivare på WHO. Han har många andra järn i elden. Bland annat har han som smittskyddsexpert för Världsbankens räkning varit på plats i Addis Abeba för att sondera möjligheterna för att bygga ett smittskyddsinstitut i den etiopiska huvudstaden.

– När jag arbetade som statsepidemiolog på Smittskyddsinstitutet anställde jag en ung kvinna som statistiker. Hon flyttade så småningom till Amerika och började jobba på Världsbanken. I april 2018 ringde hon upp mig och sa att banken funderade på att bevilja ett lån till ett afrikanskt smittskyddsinstitut och undrade om jag ville följa med som smittskyddsexpert och det tyckte jag verkade kul.

Sammanlagt handlar det om ett ekonomiskt stöd på 150 miljoner dollar, motsvarande cirka 1,35 miljarder svenska kronor i dagens penningvärde, som banken överväger att låna ut för att den afrikanska kontinenten ska få ett

Fortsättning nästa uppslag >>>



eget smittskyddsinstitut, Africa Centres for Diseases Control and Prevention (ACDC).

Med ett eget laboratorium på plats kan länderna själva ta hand om smittsamma prover istället för att ta "omvägar" via Centers for Disease Control, CDC, i USA, Pasterurinstitutet i Paris eller Robert Koch Institut i Tyskland.

Det var i efterdyningarna av det omfattande ebolautbrottet i Västafrika 2014/2015 som samtliga länder i Afrikanska Unionen (AU) beslutade att det var hög tid att inrätta ett eget smittskyddsinstitut för att förebygga och kontrollera spridning av smittsamma sjukdomar.

– Det är bra att länderna i Afrika får en egen kompetens inom smittskyddet så att de i högre utsträckning själva kan ta hand om de utbrott som uppstår. Tanken är naturligtvis att de ska klara sig utan hjälp utifrån, säger Johan och framhåller att det finns ett antikolonialt drag i detta.

– Afrikas länder vill i högre utsträckning ta hand om sina egna problem och slippa ha en massa amerikaner och européer som kommer dit och talar om vad de ska göra.

Förutom huvudkontoret i Addis Abeba är tanken att det ska upprättas fem regionala koordinationscentra (RCC) – i Nigeria, Gabon, Kenya, Zambia och Egypten.

– Men detta är inget som kommer att finnas på plats inom överskådlig tid. Jag gissar att vi får räkna med minst 25 år innan allt blir verklighet.

Tanken är att grundfinansieringen av smittskyddet ska utgöras av en halv procent av Afrikanska Unionens budget. Världsbanken beslutar senare i vår om stödet på 150 miljoner dollar ska beviljas.

Väl investerade pengar, menar Johan som vikt större delen av sitt yrkesverkssamma liv åt smittskyddsbekämpning och han betonar att Sverige som land är väldigt duktigt på smittskydd.

Vilka utmaningar ser du när den afrikanska kontinenten ska bli "självförsörjande" på att kunna hantera svåra utbrott?

– Det finns flera svårigheter, inte minst handlar det om politiska spän-

ningar mellan olika stater som kan leda till problem, till exempel när man ska skicka smittsamma prover mellan länderna. Ta det aktuella ebolautbrottet just nu i nordöstra Kongo som ju delvis drabbat även Uganda. Varje dag passerar en halv miljon människor gränsen mellan länderna. Det kan till exempel uppstå problem vid kontaktspårning. Det finns många konkreta legala bekymmer att förhålla sig till. Infrastruktur, epidemiologisk och mikrobiologisk kompetens, logistik och lagstiftning är några nödvändiga ingredienser som krävs för att ett intrakontinentalt smittskydd ska fungera, säger han.

Även om det är av yttersta vikt att det byggs ett smittskyddsinstitut i Addis Abeba inklusive fem regionala centrum är det minst lika angeläget att utbilda personal som kan hantera smittsamma utbrott på ett säkert sätt och att det byggs moderna sjukhus som kan ta emot infekterade patienter.

– Det går inte att behandla smittade personer i provisoriska tält som vid ebolautbrottet 2014/15, säger Johan.

Att länderna kan hantera utbrott utan att behöva vara hänvisade till att begära hjälp utifrån är viktigt även utifrån en kulturell aspekt, framhåller han.

– Den egna befolkningen har en större känslighet för lokala problem. Jag tänker till exempel på begravningsritualer. Vissa släkter vill att den avlidne ska läggas på ett bord för att tvagas innan begravningen ska äga rum. Seden bjuder att barnen ska sitta under bordet för att vattnet som man tvättade den avlidne med ska rinna ner på dem. Fullständigt livsfarligt naturligtvis ur ett smittoperspektiv. Detta har vi i västvärlden svårt att förhålla oss till men där har lokalbefolkningen förhoppningsvis en annan förståelse.

Det låter ju väldigt bra att de afrikanska länderna på sikt ska bli självförsörjande när det gäller smittskydd. Men handen på hjärtat, kommer inte vi här uppe i Norden

och övriga Europa ändå att vilja lägga näsan i blöt eftersom det ligger i vårt intresse att smittorna inte når oss? Lite egotänk?

– Det ligger mycket i det. Samtidigt är risken att det kommer en ebolamittad person till Sverige och smittar väldigt många svenskar otroligt liten, säger Johan som menar att risken är betydligt större att det uppstår en influensapandemi, typ Spanska sjukan som härjade i slutet av första världskriget.

– Det är en realitet som vi måste förhålla oss till. Man brukar säga att det är ungefär tre influensapandemier per sekel. Samtidigt är vi betydligt bättre rustade idag genom att vaccinkandidater kan godkännas mycket snabbare,

plus att vi har en större beredskap än under svininfluensan 2009, säger han.

Nu ska man inte förledas att tro att Sverige aldrig utgör en smitthärd. Ett aktuellt exempel är debatten för och emot att vaccinera sina barn mot mässling. Idag dör 100 000 barn världen över per år i den mycket smittsamma sjukdo-

men.

I Sverige och en del andra europeiska länder finns en del vaccinetståndare.

– Faktum är att både Afrika och Sydamerika har ett bättre mässlingsskydd än Europa. Idag är det vi som exponerar mässlingen till andra länder.

Innan vi tar Johan i hand och klappar om Leo ska de två fotograferas och vi förflyttar oss till infektionsläkarens kombinerade arbets- och lektrum där de åtta barnbarnen kan busa när de kommer på besök.

På väggarna hänger foton med hela läkarfamiljen Giesecke samlad, förutom Johan själv, hans hustru Kajsa som är anestesiläkare och de tre barnen, Peter, Anders och Julia som alla gått i föräldrarnas fotspår.

– Det hade varit bättre om man haft en rörmokare, en präst och en advokat istället. Nej, jag skojar, säger Johan och skrattar.

Katarina Arnstad Elmlblad

En tvåbent nestor tillsammans med fyrbenta nestorn, Leo 10 år.



”VI TAR LÄKARNAS UPPROP PÅ ALLVAR”

Sahlgrenskas sjukhusdirektör lovar 50-talet nya vårdplatser

Sjukhusdirektör Ann-Marie Wennberg lovar fler vårdplatser, nya intermedieärvårdsplatser och förändrade arbetssätt på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och säger samtidigt att hon tar läkarnas kritik på största allvar.

▼ Löftena kommer efter omfattande protester mot förhållandena på sjukhuset där 607 läkare, de flesta specialister, undertecknat ett upprop där man kräver fler vårdplatser och varnar för hotad patientsäkerhet. (Se intervju med sjukhusläkarnas företrädare nästa sida).

– Läkarna pekar på problem som vi i ledningen också ser. Vi arbetar hårt för att lösa dem. Läkarna vill se resultat och det vill jag också, säger hon.

Ann-Marie Wennberg håller med om att för många vårdplatser har stängts på SU, vilket lett till ständig överbeläggning och ökad press på personalen. Därför öppnas cirka 50 vårdplatser inom medicin och kirurgi under 2019.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) jobbar nu med rekrytering av personal till dessa avdelningar. Villkoren gällande olika arbetstidsmodeller, finansierad utbildning och förändrade

arbetssätt ses också över.

– Vi behöver både hantera nuläget och blicka framåt. Den kompetens som finns hos andra yrkesgrupper måste tas tillvara. Genom att sköterskor och läkare avlastas, får de mer tid för direkt vårdarbete och nära patientarbete. En medicinsk sekreterare, som skriver ned det som sägs på rondan, är ett exempel, säger Ann-Marie Wennberg.

Som läkare förstår hon den etiska stress som uppropet ger uttryck för.

– Jag vill minska den. Personalen ska inte behöva jaga vårdplatser. Akuten behöver avlastning. Därför har vi redan öppnat tre intermedieärvårdsplatser, för de patienter som inte behöver IVA:s fulla utrustning, men som ännu inte är redo för vanliga vårdplatser. Ytterligare fem är planerade på Sahlgrenska. På så vis kan vi optimera våra redan befintliga IVA-platser.

Ann-Marie Wennberg nämner också att samarbetet med Frölunda specialist-sjukhus och Angereds närsjukhus avlastar SU och möjliggör nödvändig extrakapacitet. Samverkan med kommunen och primärvården är en annan möjlighet för att minska pressen på SU.

– Tre mobila team är redan igång och målsättningen är att ha sju vid årsskiftet. Det är inte alltid nödvändigt att patienten kommer till sjukhuset, säger hon.

Läkarna är kritiska till hur ”seniora läkare stoppas att med sin gedigna kunskap bidra till vården”. Hur ser du på det?

– Vi vill värna våra nyckelkompetenser. Så långt det är möjligt, ska goda krafter få fortsätta bidra i någon form. Ledningen har inbjudit alla personer med kombinationstjänster till en dialog avseende nyckelkompetens, exempelvis

seniora läkare, säger Ann-Marie Wennberg.

Hon betonar vikten av att satsa mycket på ledarskapet på SU. Närvarande chefer som är ute i verksamheten och lyssnar på medarbetarna och stöttar de prioriteringar som behöver göras, spelar en stor roll, menar hon.

I uppropet uppmanar läkarna arbetsgivarna att ”sluta försäkra att patientsäkerheten inte riskeras”. Hur kommenterar du det?

– Patientsäkerheten är vår absoluta prioritet. En hög belastning i vården ökar risken. När vi får signaler om att saker inte fungerar som de ska, tar vi det på största allvar. Patientsäkerhetsarbetet utvecklas hela tiden och generellt sett har vi en säkrare vård i dag än för tio år sedan. Men när vi hamnar i ett ständigt pressat läge, kan risken för patienterna öka. Därför öppnar vi fler vårdplatser; något som blir bättre för både patienter och arbetsmiljö, säger Ann-Marie Wennberg.

Apropå det uttalande som SU:s styrelseordförande Henrik Ripa (M) gjorde i en intervju i Göteborgs-Posten den 14 januari om att läkarna borde hållit uppropet internt, säger Ann-Marie Wennberg att hon välkomnar en öppen och transparent dialog.

– Vi tar uppropet på allvar och vill fortsätta dialogen.

Sjukhusdirektören är optimistisk om SU:s framtid.

– Vi får inte glömma bort att vi lyckats bryta trenden när det gäller de långa väntetiderna på akuten. Nu ska vi även bryta trenden beträffande bristande antal vårdplatser och långa operationsköer, säger hon.

Ingemo Orstadius

GUNNAR ECKERDAL – EN AV 607 LÄKARE BAKOM UPPROPET PÅ SU:

”Ingen krigsförklaring, men vi vill ha en tidsplan som vi kan lita på”

Situationen på Sahlgrenska har länge varit pressad. När beskedet om ytterligare neddragningar kom, fick läkarna nog. I ett upprop krävde de fler vårdplatser och varnade för hotad patientsäkerhet.

▼ – Vi har haft kriser tidigare, men känslan jag har är att detta är den värsta situationen på SU på 20 år. Antalet IVA-platser ligger i nivå med Rumänien och Grekland; det är ju inget att skryta med precis. Och förra året utlokaliserades 100 IVA-patienter. Några kom in medvetslösa till SU och flyttades med respirator och allt för att vakna upp i exempelvis Skövde eller Jönköping. Helt oacceptabelt, säger Gunnar Eckerdal, styrelsemedlem i Sjukhusläkarna Göteborg.

Det har länge funnits ett stort missnöje bland läkarna på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU). De menar att dagliga överbeläggningar, utlokaliseringar och växande köer till operation äventyrar patientsäkerheten. Att seniora läkare inte fått sina anställningar förlängda leder till problem för de yngre som finns kvar. Värdefull kompetens riskerar att försvinna.

Beskedet om att ytterligare tjänster, däribland 120 läkare, skulle försvinna, skapade både oro och ilska. Sjukhusläkarnas styrelse kallade därför till ett läkarmöte den 19 december.

– Vi skrev i kallelsen att vi planerade ett upprop och hade texten klar till mötet. Många kände igen sig i situationen; det var nog därför som så många kom. Medlemmarna visade att de tror på oss och det vi gör, säger Shokoufeh Manouchehrpour, ordförande i Sjukhusläkarna Göteborg.

Uppropet undertecknades av 607 läkare, de flesta specialistläkare. Det skickades den 2 januari till regiondirektör Ann-Sofi Lodin och sjukhusdirektör Ann-Marie Wennberg, samt berörda politiker.

– Uppropet är ingen krigsförklaring. Vi har ingen dålig relation till sjukhusledningen, tvärtom. Men vi tror att de är tacksamma för att vi agerar, även om de aldrig skulle säga det högt. Nu kan de morska upp sig lite inför regionen och exempelvis förbättra sjuksköterskornas arbetsvillkor, säger Gunnar Eckerdal.

Styrelsen känner att de fått ett stort mandat att driva frågorna i uppropet.

– Uppslutningen var massiv. Ledningen förstår allvaret och kan inte säga att bara några få protesterar, säger Shokoufeh Manouchehrpour.

Det viktigaste kravet som framförs i uppropet är fler vårdplatser.

– Vi vill ha en tidsplan som vi kan lita på för att kunna driva patientsäker vård. För det behövs ingen ny organisation, säger Gunnar Eckerdal.

I uppropet kräver sjukhusläkarna också att arbetsgivarna omedelbart ska ”sluta försäkra att patientsäkerheten inte riskeras”. Gunnar Eckerdal noterar att sjukhusdirektör Ann-Marie Wennberg i sitt svar tar till sig kritiken. Ordet ”patientsäkerhet” nämns inte. Regiondirektör Ann-Sofi Lodins svar är att läkarna ska ”prioritera”.

– Men vad ska vi ta bort, frågar sig Shokoufeh Manouchehrpour och tillägger att ett sådant svar väcker en väldig ilska hos personalen.

– Läkare vill inget hellre än jobba effektivt. Effektiviseringar initieras ofta av läkare, som utsätts för tryck från sina patienter. Vi försöker hitta bra lösningar, maximerar och trixar, tar in patienter på våra lunchraster och så vidare, säger Gunnar Eckerdal.

– Ja, fast det finns gränser för sådant,

fyller Shokoufeh Manouchehrpour i. Vi är ett lojalt släkte, som arbetar effektivt för patienternas bästa. Men det löser inte dagens vårdplatsproblem.

Den pressade situationen på SU skapar en dålig arbetsmiljö. Läkarna utsätts dagligen för prioriteringar som skapar etisk stress, vilket i sin tur kan leda till utbrändhet och sjukskrivningar.

– Vi har en känsla av att dag efter dag vara otillräckliga för patienterna. Vi har ansvar för dem och arbetar enligt kunskap och beprövad erfarenhet och etiska regler, säger Shokoufeh Manouchehrpour och tar exemplet med spinal stenosis.

– Dessa patienter har ofta kraftiga smärtor och måste ta starka smärtlindrande mediciner. De klarar inte att arbeta. En korrekt handläggning säger att de borde bli opererade tämligen omgående för att snabbt komma i arbete och bidra till samhällsekonomin. Men långa operationsköer, samt bristen på vårdplatser och vårdpersonal gör att de i stället kan få vänta på en operation i två år. Detta är helt förkastligt och leder framförallt till ett enormt lidande för patienterna.

Den 14 januari uttalade sig Sahlgrenska styrelseordförande, Henrik Ripa (M), i Göteborgs-Posten ”att han respekterar synpunkterna, men ser också problem med att de framförs offentligt.”

– Det är inget hemligt med uppropet. Det viktiga är syftet, det vill säga våra krav. Medlemmarna har rätt att uttala sig i medierna. Det gynnar saken, men det gynnar inte SU. Vi har lyft frågan internt flera gånger. En jobbig sommar följdes av en fortsatt ansträngd situation hela hösten. Sådant skapar frustration. Att anställda väljer att gå ut i medierna, måste tolkas som att de inte har förtroende för de ordinära kommunikationsvägarna, säger Gunnar Eckerdal.

Ingemo Orstadius

BANTNINGSHYSTERI ORSAKEN TILL MÅNGA AV SJUKVÅRDENS PROBLEM

Bantningshysteri är knappast bra – det tror jag många inom vården kan hålla med om.

Trots det förekommer den ena mirakeldieten efter den andra. Individen mår inte bra av för ensidig kost som dessutom inte kommer i tillräcklig mängd och i värsta fall får man bristsjukdomar med sidoeffekter som måste kompenseras med helt andra insatser. En balanserad kost som är välavvägd i mängd och innehåll är hälsosam för många.

De senaste åren har det bantats till ett bristtillstånd i svensk sjukvård. Det finns de som säger att bristen är ekonomisk. Det finns andra som säger att bristen är organisatorisk. Jag menar att den största bristen är kompetens.

Varje individ har säkert tillräcklig kompetens för sina arbetsuppgifter, men totalt sett lider svensk sjukvård av avsaknad av specialistkompetenta läkare med lång erfarenhet och bakjournskompetens.

Det kanske låter provocerande, men om man

följer en så knastertorr publikation som det "Nationella planeringsstödet" vilket Socialstyrelsen ger ut årligen noteras i klartext att antalet läkare med specialistkompetens minskat det senaste decenniet. Detta samtidigt som läkare utan specialistkompetens ökar dramatiskt.

Arbetsgivare och regioner har helt enkelt inte utbildat läkare i takt med att de lämnat organisationen och definitivt inte för att möta det ökade behovet av allt fler specialister. Detta är den största drivande orsaken till hela bemanningsmarknaden för inhyrda läkare och också anledningen till att yngre läkare står allt längre i olika köer och väntar på att utbildningstjänster ska öppnas upp.

Utvecklingen är alltså att vården ska klara allt mer för allt fler, samtidigt som antalet seniora läkare minskar och trenden går att utbildningarna av yngre specialister blir allt smalare. Den mycket breda ingången i yrket som AT med gav har smalnat av betänklighet med beskrivningen på det nya BT. Verksamheterna ute i landet, som tidigare tog hand om breda frågeställningar, smalnar också av allt mer och patientunderlaget som handläggs blir mer och mer specialiserat.

Det händer att kollegor kommer från det större sjukhuset och tänker sig att det är en bagatell att arbeta på det mindre sjukhuset, men när de inser hur

breda frågeställningar som behöver hanteras får de kalla fötter. På samma sätt händer det att kollegor som kommer från det mindre sjukhuset och börjar arbeta på det större sjukhuset blir placerade i bakjournfunktion just för att de har kompetensen att svara på breda frågeställningar.

Om specialiseringshysterin får fritt spelrum finns det en risk att det hela får väldigt märkliga konsekvenser. Den specialiserade organ-specialisten specialiserar sig enbart på ett specialfall av organspecialiteten och svarar på enbart den väldigt specialiserade frågeställningen.

Plötsligt har vi någon som hanterar hög frekvens och någon annan som hanterar låg frekvens. Någon som hanterar främre delen och någon annan som hanterar bakre. Någon som hanterar övre delen och någon som hanterar undre delen. Detta trots att det initialt är i det närmaste omöjligt att avgöra vad som felas patienten.

I jakten att bli allt smalare och mer specialiserade ökar även risken att utbildningen av nästa generation blir lidande. Hela organisationen går ut på att varje doktor svarar på sin lilla del av patientfrågeställningen, snabbt avgränsa ansvaret till den egna subspecialiteten för att därefter skicka vidare

patienten med remisser i olika riktningar för att få svar på övriga frågeställningar.

Det blir kanske enkelt för en patient med enbart en väldigt avgränsad fråga. Dosering av ett läkemedel eller handläggande av en mycket specifik operativ insats är till exempel överblickbart och möjligt att lära ut, men patienterna är i sig multidisciplinära komplexa frågeställningar där flera specialiteter balanserar behandlingen. För vår verklighet är inte de okomplicerade patienterna med enbart en diagnos, utan de som har en komplex frågeställning och är drabbade av flera var för sig utmanande tillstånd.

En akutmottagning som enbart handlägger allvarliga traumapatienter ser på pappret inbjudande ut ur ett administrativt perspektiv. Snabbt inser dock kliniskt aktiva kollegor att det kommer bli en utmaning att upprätthålla kompetensen och ännu svårare att utbilda nya kollegor till att se hela patienten.

När patienten söker upp vården är det nämligen helt utan adresslapp, den första remissen är inte skriven än och det är en stor utmaning att bilda sig en uppfattning om hur kartan över patientens verklighet ens ser ut. I en pressad situation där alla enbart är specialis-

ter på sin lilla del av kartan är det tyvärr inte ovanligt att det enda svaret som ges är att "Det är inte vårt ansvar" eller ännu värre; att symptom och situation helt feltolkas på grund av att det var fel glasögon som det hela betraktades genom.

Som i så många andra fall är det nödvändigt att hålla flera tankar i huvudet samtidigt. Utvecklingen går mot högre grad av specialisering och koncentration. På samma gång pågår en helt annan utveckling där förflyttningen av vårdinsatserna hamnar närmare patienterna. Och samtidigt är det viktigt att kompetensförsörjningen och utbildningen av vår kunskapsintensiva verksamhet bibehålls i fokus.

Det bristtillstånd som sjukvården i Sverige lider av behöver hanteras under strukturerade och genomtänkta former. Ytterligare bantningshysteri gör oss kanske kortsiktigt smalare, men erbjuder knappast en långsiktig lösning.

LARS ROCKSÉN
ST-läkare i anestesi och intensivvård.

Vad vill nya socialministern?

Nya socialministern Lena Hallengren (S) ser god tillgång till vård i hela landet som den viktigaste utmaningen att lösa för svensk sjukvård. Och för att nå dit pekar hon bland annat på kompetensförsörjningen.

▼ Lena Hallengren (S) framhåller att sjukvården tar en relativt stor del i den överenskommelse som gjorts mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet.

– I januariavtalet pekar vi på ett antal olika reformer som vi vill genomföra. Bland annat handlar de om att få vård i tid och att motarbeta vårdköer, men också om kompetensförsörjningen, primärvården och fast läkarkontakt.

De största utmaningarna för svensk sjukvård är dock inte nya, menar hon.

– Det handlar om tryggheten, men också om just kompetensförsörjningen. Det hänger ju ihop – om människor över hela landet ska känna sig trygga i att de får den vård och omsorg de behöver, när de behöver den, måste vi se till att det finns rätt kompetens. Både genom att grundutbilda tillräckligt många, genom specialistutbildning av sjuksköterskor och att se till behovet av undersköterskor.

Bland annat nämner Lena Hallengren ett fungerande samarbete

mellan kommuner och regioner som en av nycklarna till lösningen.

– Man ska inte riskera att hamna mellan stolarna. Som patient är man ganska ointresserad av vem som har ansvaret – man är intresserad av att faktiskt få den vård och omsorg som

man behöver. Och det är samhällets skyldighet att se till att man får det, säger Lena Hallengren.

De ekonomiska problem som en del av landets regioner lever med löses inte enbart med ”mer pengar”, menar Lena Hallengren. Istället pekar hon på att det handlar om att ”skjuta till resurser på rätt sätt”.

– Inför den kommande mandatperioden har vi varit tydliga med att det behövs ett resurstillskott till kommuner och landsting för just välfärden – det är nödvändigt både utifrån hur demografin och de utmaningar som finns ser ut, säger hon och fortsätter:

– Resurser är viktigt, det ska inte underskattas, men det räcker inte. Det krävs också reformer och en samsyn – och det är därför vi i den gemensamma reformagendan bland annat sätter fokus på väntetiderna.

Som ny socialminister säger Lena Hallengren att det känns som om det ”finns stora förväntningar på det samarbete som vi har inlett” och att ”vi har höga ambitioner när det gäller sjukvården”. Hon påpekar dock att man ”inte börjar på noll” och att Anna Nergårdhs utredning ”God och nära vård” ligger som en god grund för det vidare arbetet.

– Och jag vill också framhålla att det finns fantastiskt fina verksamheter och vård av oerhört hög klass i Sverige. Men vi vill bli ännu bättre och att man ska kunna lita på vården – det är vår absoluta målsättning.



Anna Sofia Dahl

Rätt verktyg gör jobbet bättre



Upptäck arbetsmiljöutbildningen för kommun- och landstingssektorn
Hos oss finns verktyg för en god arbetsmiljö och en attraktiv arbetsplats. Kostnadsfritt såklart!

“suntarbetsliv

Suntarbetsliv drivs av de fackliga organisationerna i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting samt Sobona

Hur ska akuten bemannas och organiseras? I den här krönikan dömer Nicholas Aujalay ut dagens organisation. På nästa uppslag får han svar av en rad specialistläkare. Inläggen finns också att läsa på Sjukhusläkaren.se där du kan delta i debatten.

HAR VI RÅD ATT VÄNTA PÅ EN MODERN AKUTSJUKVÅRD?

1969 var normen för kompetens att specialister, ofta erfarna, bemannade akutmottagningen. Inför avskaffandet av denna kompetens till förmån för de minst erfarna läkarna såsom skedde på 1970-talet föregicks inte någon riskanalys. Hur skulle den riskanalysen ha sett ut? Låt mig gissa, vi ökar risken för att:

- ✓ • Patienter med diffusa symtom skickas hem när de har allvarlig sjukdom.
- ✓ • Beslut om akut slutenvård fördröjs vilket skapar längre ledtider på akutmottagningen.
- ✓ • Vital behandling uteblir då man inte har kompetens att sätta in den eller utföra den.
- ✓ • För omfattande utredning initieras som inte är motiverat i det akuta perspektivet.
- ✓ • Patienter läggs in som kunde skickats hem.
- ✓ • Sjuksköterskor och annan personal förlorar kompetens då de konstant arbetar med de minst kunniga läkarna.
- ✓ • Patienter i väntan på rätt kompetens hinner försämrats och kräver därmed högre vårdnivå och längre inläggande vårdtid

Nuvarande ordning med roterande underläkare infördes alltså under 1970-talet utan närmare konsekvensanalys. (En bidragande faktor till detta skifte är

troligen sjukvårdsreformen som tog bort det ekonomiska incitamentet för läkare att behandla patienter.)

Vill man ha en liknelse applicerbar på dagens situation går det utmärkt. Sjuksköterskor på akutmottagningen är fast anställda och många har årtal av erfarenhet.

Jag föreslår att vi avskedar alla fast anställda sköterskor på akuten. Istället låter vi sjuksköterskor från respektive slutenvårdsavdelning rotera ned till akutmottagningen var fjärde vecka. Det bör vara de minst erfarna sjuksköterskorna.

På sikt inför vi att endast nyexaminerade sjuksköterskor roterar ned och när man roterat ned som sköterska exempelvis tre år så slipper man sedan. Varför examinerade sköterskor förresten? Socialstyrelsen kan säkert godkänna sjuksköterskor under utbildning?

Låt oss kanske införa allmäntjänstgöring för sjuksköterskor, d.v.s. vi formaliserar roterandet så att alla sjuksköterskor året innan legitimation roterar för respektive klinik på akuten.

Vi avsätter en handledare som har regelbundna samtal med dessa sköterskor ett par timmar varje termin och frågar hur de tycker att deras utveckling går? De kan ju alltid ringa avdelningen om de behöver "stöd". Patienterna på akuten är ju mest vårdcentralsmässiga, perfekt för upplärning av nya sjuksköterskor!

Introduktion på akuten kan vi avskaffa också. De sjuksköterskor som vidareutbildar sig kan vi också rotera ned, då kanske vi höjer kompetensen dessutom? Lysande! Självklart ska de inte ta sig an patienter som inte tillhör deras klinik, att patienterna får köa inom akutmottagningen och eventuellt träffa flera sjuksköterskor får man

acceptera! Kräver knappast någon riskanalys?

Läkarkollektivets självinsikt verkar lysa med sin frånvaro inför vårt eget ansvar inför dagens havererade akut-sjukvård.

Fram till 1985 kunde man i USA neka patienter akutsjukvård om de ej hade försäkring. Privata sjukhus kunde "dumpa" patienter till federala sjukhus även om patienten var instabil för transport. Akutläkare i USA hade under ett 10-tal år påpekat detta missförhållande och lyckades 1986 få igenom en lagstiftning mot dumpandet av patienter. EMTALA är en milstolpe i amerikansk akutsjukvård vid sidan av specialist-erkännande 1979. År 2000 förstärkte kongressen lagen med omfattande bötesbelopp för att ytterligare implementera lagen.

Lagen, i korthet, garanterar alla som söker akutsjukvård i USA (oavsett betalningsförmåga, kön, ålder eller nationalitet) att få en screeningundersökning för akutsjukdom och föreligger det akuta behov skall vård ges lika för alla.

Akutläkare är i grunden ett sätt att lösa uppgiften som lagstiftningen kräver och har bidragit till att jämställa akutsjukvård med planerad vård i USA.

Akutsjukvård i Sverige har växt fram av två skäl, dels att det funnits läkare som varit intresserade av att arbeta med akuta frågeställningar men också för att de traditionella klinikernas specialister övergav akutmottagningen på 1970-talet.

Akutläkare har ett unikt uppdrag; stabilisera akut sjuka, screena för akut sjukdom, utreda i det akuta perspektivet samt att hänvisa patienter till slutenvård eller öppenvård.

Man har till dags dato i Sverige inte utbildat akutläkare med detta uppdrag

utan istället övertagit jourarbete och likställt det med akutarbete istället för att separera ut vad som är akutsjukvård och vad som är akut slutenvård (eller öppenvård). Vi har i Sverige importerat anglosaxisk litteratur och utbildningsstruktur utan att förstå dess kontext.

Akutläkarna själva har ofta tyckt att den internationella målbeskrivningen verkar alltför ambitiös och inte förstått handläggning och gränssnitt mot framför allt slutenvården.

Det är dags att akutläkarna i Sverige lyfter blicken och lär av de länder som redan gjort resan mot akutsjukvård. Man måste hålla sig till grunduppgifterna om man ska lyckas i Sverige. Att ersätta jourläkare med "specialister" som gör samma longitudinella arbete är inte speciellt kostnadseffektivt. Dessa läkare blir inte specialister i akutsjukvård med dess unika kompetens då de anställs för många läkare i förhållande till de antal kritiskt sjuka patienter som finns.

En av anledningarna till att akutläkare lärt sig ultraljud är att man kopierade hur akutläkare gör ultraljud internationellt, inte hur radiologer arbetar. Frågeställning, teknik och informationssökande skiljer sig mellan radiologer och akutläkares ultraljudshandhavande. Hade man kopierat radiologer hade vi antagligen inte lyckats så bra och det hade tagit längre tid innan vi förstod att det inte är optimalt för våra patienter eller vår miljö. Att hoppa direkt fram i tiden till den kompetens man utvecklat internationellt är ofta fördelaktigt.

Denna princip gäller på alla akutsjukvårdens områden och det börjar skönjas en medvetenhet om att vi inte lär oss optimalt akut omhändertagande av anestesiloger, kirurger eller barnläkare. Det finns bättre sätt att göra saker på, specifikt anpassat för akutsjukvårdens patienter och situationer.

I min mening är det först nu som man på allvar i Sverige börjar närma sig akutsjukvård, hittills har det mest handlat om jourersättningsfunktion, ofta framdriven utifrån slutenvårdsklinikernas önskemål och villkor.

En ambition som samverkar med akutsjukvård är förbättrad kvalitet inom planerad vård. För att slutenvården skall

kunna ta hand om alla patienter i rimlig tid och kapa köer, minska vårdkomplikationer och öka tillgängligheten i landet krävs att man fokuserar på sina kärnuppgifter.

Vinsten med att införa en akutsjukvårdsorganisation är alltså inte bara en förbättrad akutsjukvård utan också en möjlighet att öka produktion och kvalitet av planerad vård. En utbyggd akutorganisation bidrar till att dra ned på antalet läkare på respektive slutenvårdsklink, vilket exempelvis ökar antal planerade operationer per kirurg. Samma princip gäller för flertalet kliniker och specialiteter.

Det multiprofessionella arbets-sättet är kostnadsineffektivt applicerat på akuta processer. De olika specialiteterna hävdar gärna att de klarar sina roller bättre än akutläkaren i enskilda moment, samtidigt som de sedan bemannar landets jourlinjer med underläkare i varierande grad – deras specialister klarar inte 24/7/365 i ett nationellt perspektiv.

Multiprofessionalismen fungerar bäst inom planerad vård, inom akutsjukvården är det en systembelastning. Det finns traumateam i landet som innehåller kirurg, ortoped, anestesilog, neurokirurg och radiolog. Neurokirurgens roll är att lysa i patientens pupiller och ortoped ska känna på nacke, rygg och bäcken. Det kan hända att ingen i teamet (förutom möjligen radiologen, men de kan inte alltid lungultraljud för pneumothorax) kan akut ultraljud gott nog. Systemkostnaden att koordinera ett multiprofessionellt team är hög, röntgen avstannar, operation avstannar, IVA avstannar, eller så prioriterar man helt enkelt operation före akuten. Är det effektivt resursutnyttjande?

En akutläkare kan växla roll kontinuerligt beroende på vad patienterna där och då behöver.

Det är alltså ett inkomplett perspektiv att jämföra intuberingskunskap med anestesiloger, torakotomi med thoraxkirurger eller intravenös pacerinsättning med kardiologer. Akutläkare kombinerar en patientcenterad kompetens med en optimerad logistisk plattform – en läkare.

Jag får ofta frågan var det fungerar bra i Sverige med akutsjukvård, vilket ställe? Svaret är att det finns flera

exempel på delar av akutsjukvård som fungerar.

Kiruna har exempelvis bäst utvecklat funktion vad gäller vissa akuta processer, där man regelmässigt tar hand om luftvägsproblem, inklusive RSI, centrala infarter, lägger femoralis-blockader på höftfrakturer etc.

Eskilstuna har den mest utvecklade organisationen i Sverige för akutläkare med en tydlig uppdelning av vad som är akutsjukvård och vad som är slutenvårdens uppdrag.

I Linköping har man lyckats öka kirurgernas operationsmängd med 25 procent, vilket är ett exempel på den systemeffekt man kan uppnå inom planerad vård.

Vi är fortsatt långt ifrån ett moget land och den som vill besöka en modern verksamhet där alla komponenter finns på plats samtidigt på ett sjukhus bör åka till USA, Nya Zeeland, Australien eller liknande länder.

Sammanfattningsvis behövs ett antal samverkande strategier inom svensk sjukvård:

1. Fasta läkare på akutmottagningen (och i viss mån prehospitat) med specifikt uppdrag skiljt från både slutenvård och primärvård

2. Omorganisation av akutsjukvården kan leda till ökad kvalitet och kostnadseffektivitet inom planerad vård – förutsatt att man också implementerar strategier för detta.

3. Förändringar av denna magnitud kräver att lagstiftning och uppdrag utformas så befolkningens behov av tillgänglig och likvärdig akutsjukvård jämföras med planerad vård.

Akutsjukvårdens problem löses först då man definierar vad akutsjukvård är och vad som tillhör akut slutenvård eller öppenvård och sedan applicerar kända lösningar.

Nicholas Aujalay



VEM SKA TA HAND OM DIN SVÅRT SKADADE SON ELLER DOTTER?

Nicholas Aujalay frågar om vi har råd att vänta på modern akutsjukvård. Det är en relevant fråga, som han tyvärr inte svarar på.

▼ I krönikan försöker han istället leda i bevis att de problem som finns i svensk akutsjukvård kan lösas genom att vi tar inspiration från ett annat system som har minst lika många problem som det svenska och som inte visat sig kunna lösa huvudproblemen vi står inför med högt söktryck och resurser som inte står i paritet med allmänhetens förväntningar.

Vi kan inte låta bli att häpnas över påståendet att akutläkarspecialiteten växt fram för att det finns läkare som vill jobba med akuta frågeställningar.

Vi menar att det enda syfte som kan motivera en akutläkarspecialitet är om den ökar nyttan för alla de patienter som varje dag söker en akutmottagning för att få hjälp. Ser man till det syftet, undrar vi hur många som delar åsikten att det anställts för många akutläkare.

Nicholas Aujalay driver vidare tesen att akutläkare är bättre skickade att ta hand om kritiskt sjuka patienter än det multiprofessionella teamet som gör det idag i Sverige.

De traumateam som krönikan refererar till utgör förvisso en belastning på systemet, men det är en välinvesterad sådan. Teamet tillför specialister vars samlade kunskap möjliggör inte bara ett bra omhändertagande de första 15-20 minuterna på akutmottagningen, utan säkerställer också det fortsatta arbetet, så att patientens problem definitivt kan åtgärdas.

Vården av svårt sjuka eller skadade patienter med sviktande vitala funk-

tioner involverar traditionellt i Sverige och Skandinavien anestesiläkare som kommer till akutmottagningen som intensivvårdens utsträckta hand.

En akutmottagning på ett typiskt länslasarett har knappa 200 medicinska larm/år. Av dessa behöver cirka 20-50 intuberas. Enkel matematik visar att den verksamhet anesthesi och intensivvårdsläkare ägnar sig åt på operationsavdelningar och intensivvårdssavdelningar är en förutsättning för att upprätthålla en adekvat kompetens för detta. Detta är också normen i gällande riktlinjer inom europeisk akutvård.

Akutläkare genomför under sin utbildning en tre-sex månaders randning på en anesthesi och intensivvårdsklinik. Under de senaste åren har vi tyvärr sett ett flertal exempel där det varit uppenbart att det saknats förståelse för de risker man utsätter patienter för om man senare på egen hand tillämpar de procedurer man under säkra former fått prova på, inom ramen för sin randning.

Detta har fått KVASt (Kvalitetssäkring av ST) att tydliggöra i sina dokument för sidoutbildning inom anesthesi- och intensivvård, vad som anses möjligt och inte möjligt för läkare att lära sig under en anestesirandning, samt vilken kompetens och förmåga detta medför. Det är här tydligt att randande läkare, efter sin anesthesi-placering, inte kan anses kvalificerade för att självständigt handlägga allvarligt instabila patienter.

Ibland kan emotionella argument vara på sin plats även om de är obehagliga: Det kan därför vara skäl att ställa frågan: Vem ska ta hand om din svårt skadade son eller dotter som behöver luftvägshantering och akut intensivvård? Ska det vara den anesthesi- och intensivvårdsläkare som är specialist

på resuscitering, och som finns på plats på i princip alla svenska akutsjukhus, eller föredrar du att det är en akutläkare som i sitt arbete i bästa fall behandlar en sådan patient/år?

Vi är medvetna om att de flesta akutläkare i landet är förnuftiga och ansvarstagande och att akutsjukvård som specialitet behövs för att ta hand om den stora mängd patienter som söker på våra akutmottagningar. Det samarbete vi har på flera orter och som bygger på styrkan i den gemensamma förmåga vi kan tillföra våra patienter, sätter vi stort värde på.

Vi uppmanar därför akutläkarskrået att besinna sig, se till patienternas bästa och noga överväga vilken representation man framgent väljer för sin specialitetsförening och därmed den inriktning specialiteten ska ta.

Vi som jobbar med anesthesi och intensivvård accepterar inte att en annan specialitet riskerar patientsäkerheten för patienter som är i behov av akut intensivvård. Det är i sig inte konstigare än att kirurger aldrig skulle acceptera att en annan specialitet opererade svårt sjuka patienter för sitt eget nöjes skull. Intensivvård är inte en plats och patienter i behov av resuscitering och akut intensivvård förtjänar och ska ha vård av specialister inom intensivvård, var de än befinner sig.

- Patrick Brandenstein, Specialistläkare, MLA Ambulanshelikopter Västerbotten, Centrum för Anesthesi Operation Intensivvård, Region Västerbotten.
- Janis Gotsis, biträdande överläkare, funktionshetskchef ortopedi och akutkirurgi, Perioperativ medicin och intensivvård, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge.
- Fredrik Heliaksson, Överläkare, MLA, AnOpIVA, Centralsjukhuset i Karlstad, Ambulanshelikopterenheten, Region Värmland.
- Anna Henningsson, Specialistläkare

An/Op/Iva, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg.

- Christoffer Jernling, Specialistläkare, Perioperativ medicin och Intensivvård, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna.
- Malin Jonsson Fagerlund, Docent, Överläkare, funktionshetskchef Trauma, Obstetrik och Akutoperation, Perioperativ Medicin och Intensivvård, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna.
- Emilie Kiraly, Specialistläkare, Perioperativ medicin och Intensivvård, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge.
- Daniel Kornhall, Överläkare, Anestesiavdelningen Mora Lasarett, Ambulanshelikoptern i Dalarna, Region Dalarna, East Anglian Air Ambulance, Cambridge, England.
- P-M Lodhammar, Specialistläkare anesthesi och intensivvård, Universitetssjukhuset Nord-Norge.
- Thomas Sundberg, Överläkare, Aleris Specialistsjukvård.
- Wilhelm Wallquist, Överläkare, med. dr, VO Intensiv och perioperativ vård samt Traumacentrum, Skånes Universitetssjukhus Lund.
- Per Östergren, Specialistläkare ANOPIVA Centralsjukhuset i Karlstad och Ambulanshelikopterenheten, Region Värmland.

Källhänvisningar:

- [1] Jensen AG1, Callesen T, Hagemo JS, Hreinsson K, Lund V, Nordmark J; Clinical Practice Committee of the Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine. Scandinavian clinical practice guidelines on general anaesthesia for emergency situations. Acta Anaesthesiol Scand. 2010 Sep;54(8):922-50.
- [2] Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. AAGBI: Safer pre-hospital anaesthesia 2017. Anaesthesia 2017; 72: 379-390.
- [3] Bernhard M1, Matthes G, Kanz KG, Waydhas C, Fischbacher M, Fischer M, Böttiger BW. Emergency anaesthesia, airway management and ventilation in major trauma. Background and key messages of the interdisciplinary S3 guidelines for major trauma patients. Anaesthesist. 2011 Nov;60(11):1027-40.
- [4] Soar J, Nolan JP, Böttiger BW, Perkins GD, Lott C, Carli P, Pellis T, Sandroni C, Skrifvars MB, Smith GB, Sunde K, Deakin CD; Adult advanced life support section Collaborators. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 3. Adult advanced life support. Resuscitation. 2015 Oct;95:100-47.
- [5] KVASt 2018. Sidoplacering inom Anesthesi & Intensivvård. sfai.se. <https://sfai.se/wpcontent/uploads/2015/03/Sidoplacering-inom-anesthesi-och-intensivvård.pdf> hämtad 2019-01-13).

ATT DRIVA DUBBLA KARRIÄRER

”Det är i alla fall skönt att det mesta går på rutin i det kliniska jobbet”, säger doktorandkollegan. Hen är färdig specialist sedan länge och går inga jourer eller pass på akuten längre.

▼ Själv har jag precis börjat känna mig ljummen i kläderna som AT-läkare när det blivit dags för forskarskola igen. I bussen på väg in till första lektionsdagen läser jag på om subduralhematom, pleuravätska och rotatorcuffruptur. Varje patientfall på AT är fortfarande nytt och spännande och gör att jag vill repetera, fördjupa mig och förstå mer.

”Börja tänka redan nu på docenturen”, uppmanar en föreläsare första dagen och ger tips på hur vi ska söka anslag för postdoc-tjänster. Hon rekommenderar att vi åker utomlands om vi kan och visar oss kriterierna som ska vara uppfyllda för om det ska vara någon vits att söka docentur. ”Börja samla!”. Minst 12 pek (bra pek!), 120 undervisningsuppdag och gärna utvecklingsarbete på kliniken. Några specialistläkare runt om mig ser ut att vara med på banan. Och jag som knappt kommit halvvägs varken i forskning eller AT! Men jag tänker att jag ska lägga föreläsningen på minnet för framtiden.

På akuten blir jag aldrig rastlös och sitter aldrig still någon längre stund. Benen protesterar därför högljutt de första timmarna mot att vara stilla hela dagen och lyssna, läsa, tänka, reflektera. Hälsoeko-

nomi står på schemat första veckan. QALY, DALY, ICER... vi ska förstå forskningen som ligger bakom många av de prioriteringar som görs i sjukvården. Det är spännande. Känns viktigt. Från golvet till taket i ett tvärkast.

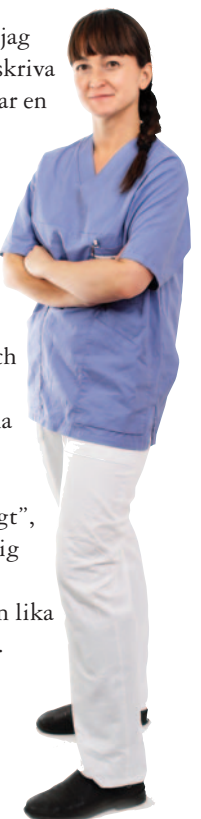
Jag åker in till sjukhuset efter första lektionsdagen för att signera av mina anteckningar nu när jag ska vara borta i fyra veckor. Det ska ta max en timme tänker jag men träffar på en trevlig AT-kollega och vi diskuterar olika spännande fall så jag blir kvar i tre timmar.

Efter den sista lektionstimmen den andra kursdagen har jag möte med två av mina handledare om delstudien vi jobbar med. ”När har du tid att skriva utkast till manus tror du?”, frågar min handledare.

Efter forskarskolan väntar akuten igen med kvällspass och helgjourer. Jag inser att jag inte kommer att kunna skriva så mycket då. Men jag har en jourkompvecka i mars. Sportlovet. Barnen får ursäkta att jag behöver sitta en hel del vid datorn då.

Nej, jag klagar inte. Det är kul att forska och det är kul att göra AT och jag är glad att jag fått chansen att utveckla båda spåren parallellt. ”Du kanske blir docent och färdig specialist samtidigt”, sade en överläkare till mig för ett tag sedan. Ja, det känns åtminstone som en lika lång väg till båda målen.

**CHRISTINE
TAKAMI
LAGEBORN**





Av Maria Wolodarski

Reflektioner efter Clean Med Europe 2018

”Sjukvårdens påverkan på miljön och klimatet är stor”

”We are the first generation to feel the effect of climate change and the last generation who can do something about it” (Barrack Obama, 2014).

I somras märkte vi alla effekterna med den extremvarma, torra sommaren och vi var nog många med olustkänslor och oroande funderingar som skavde i värmen. Det är ju sorgesamt och samtidigt skrämmande med smältande polarisar, stigande havsnivåer, döende korallrev och minskande artrikedom, men också lätt att slå ifrån sig då mycket av detta händer någon stans längre bort och vad kan väl vi som läkare göra åt det?

Berör det oss alls yrkesmässigt? Vi gör väl ändå så mycket gott i vårt arbete? Vi bidrar till att forskningsresultat impliceras i kliniken, att fler botas eller lever längre med kroniska sjukdomar, så genom det är vi väl på något sätt skyddade från ansvar att yrkesmässigt behöva engagera oss i klimatförändringarnas orsaker och följder?

Klimatförändringar innebär påverkan på och försämrade hälsa, framför allt för sköra och utsatta individer. ”Climate change is a disease of infections, respiratory distress, food insecurity, waterborne illness, heatstress, mental illness, displacement and trauma, vulnerability, disaster response”, som Dr Jonathan Slutzman, akutläkare, Massachusetts General Hospital uttryckte det under Clean Med Europe 2018.

Vår vilja att göra gott och behandla patienter här och nu bidrar faktiskt till ohälsa för människor som lever i skuggan av miljöförstöring och utsläpp indirekt relaterade till vårt arbete (Eckelman, Sherman, PloS One 11(6) 2016) och allt gott vi gör nu kommer på sikt att påverka

livsvillkoren och hälsan för våra barn och barnbarn.

Om inte något görs för att mildra klimatförändringarna hotas 50 år av medicinska framsteg, enligt Lancet Countdown.

Sjukvårdens påverkan på miljön och klimatet är stor. Om man ser till sjukvården i t.ex. USA står den för drygt 10 procent av landets totala utsläpp av växthusgaser* och skulle man betrakta den som ett land skulle den kunna räknas som det trettonde största landet i världen avseende växthusgasutsläpp (Eckelman, Sherman, PloS One 11(6) 2016).

I Sverige står hälso- och sjukvården för cirka 25 procent av växthusgasutsläppen från den offentliga sektorn (Naturvårdsverket).

”Inte göra skada”, minska ohälsa och främja hälsa är fundament i vårt arbete och då klimatförändringar kommer innebära försämrade hälsa, berör det oss i alla högsta grad.

Vårt arbete att minska ohälsa genererar stora utsläpp som bidrar till klimatförändringar, så kanske innebär det för att ”inte göra skada” ett sorts ansvar att försöka minimera vår egen arbetsrelaterade klimatpåverkan. Dessutom riskerar klimatförändringar leda till att vi får svårare att utföra vårt arbete som vi känner igen det p.g.a. högre arbetsbelastning med fler sjuka och under svårare omständigheter, samt att medicinteknik vi förlitar oss på kanske inte kommer att fungera lika säkert vid högre temperaturer och fuktighet.

Det är lätt att tappa hoppet när det gäller klimatet, särskilt om man betänker vårt eget negativa bidrag genom sjukvårdens stora klimatbelastning, då vi säkert

tänker på vårt jobb som något mestadels av godo. Men det finns ljusa krafter i klimatförändringarnas spår, för oftast är det som är gott för klimatet också gott för hälsan, både för den enskilde (t.ex. att äta mindre kött, socker och skräpmat, mer aktiv transport) och för hälsan globalt på kort sikt (t.ex. i form av minskade luftföroreningar) och på längre sikt (till följd av mildare klimatförändringar).

”Climate change is the greatest health threat and opportunity of the 21st Century, and the health sector must lead the way to call on local, national, and global policymakers to act now to significantly reduce climate pollution and build climate resilience” (Dr Maria Neiro, WHO).

Det är ju här vi kommer in och vi kan leda vägen. Folk lyssnar på oss och vi kan vara förebilder även i detta. Det kommer dock behövas lite jobbmässig självvranskan och kanske nya sätt att se på vårt jobb.

• Europas ledande konferens om hållbar sjukvård

Clean Med Europe är Europas ledande konferens om hållbar sjukvård och den adresserar den miljöpåverkan sjukvården har på lokal, regional och global nivå. Den organiserades av Healthcare Without Harm, en icke-vinstdrivande koalition av sjukhus, sjukvårdssystem, vårdprofessioner, lokala myndigheter, forskningsinstitutioner m. fl. med 84 medlemmar i 26 länder, samt Radboud UMC, universitetssjukhuset i Nijmegen, cirka en timme från Amsterdam.

Själva området kring sjukhuset var vackert med mycket grönska och olika typer av växtlighet med syfte att skapa

läkande miljöer för patienter och anhöriga samt för att främja biologisk mångfald.

Konferensen var mycket inspirerande och interaktiv med deltagare inte endast från Europa och till min förtjusning deltog inte ett oansenligt antal läkare, vilka både föreläste och ledde seminarier.

Man försökte minimera pappersanvändning, inga engångsartiklar användes vid måltider, maten var vegetarisk och den och dryck var till stor del lokalt producerad av mindre leverantörer med nya ideer kring mat och klimat, vilket skapade positiv atmosfär under pauser och bidrog till en bredare syn på vad en konferens kan stimulera till.

Det var stort fokus på hälsoperspektivet och att vi i sjukvården genom det bör ha en större roll i att driva frågor kring att mildra klimatförändringar. Därutöver betonades vikten av att integrera hållbarhet i sjukvården i det dagliga arbetet hos alla yrkeskategorier.

• Imponerande hållbarhetsarbete

Det var flera ledare för sjukvårdsorganisationer där det genomförts omfattande hållbarhetsarbete som talade. Keynote-föreläsningen hölls av en pediatriker, Dr Jeff Thomson, som varit chef för en stor sjukvårdsinrättning, Gundersen Health System, Minnesota, Iowa där man som första sjukvårdsinrättning i USA blev energineutrala 2014 (genom att bl.a. förbättra byggnader, investera i vindkraft, ta tillvara restavfall från träindustrin i trakten och matavfall för att skapa energi samt soluppvärmning av vatten).

Han presenterade imponerande siffror; att man från 2008-2016 minskat sina utsläpp med 95 procent, att man från 2008-2017 minskat energiförbrukningen med 59 procent, att man minskat matavfallet med 85 procent på två år och att man på sex år minskat sitt kemiska avfall med hela 2000 procent. Dessutom hade man utvecklats från en högkostnadsinstitution till lågkostnadsinstitution, samt att vården förbättrats.

Intressant var också hur han betonade vikten av att integrera hållbarhet i ledarskapet, att hållbarhetsfrågor behöver ha förankring från toppen för att sedan genomsyra hela verksamheten. Jeff Thomson berättade också att hållbarhetsarbetet på sjukhuset medfört att man inspirerat till att driva hållbarhetsfrågor i

samhället i övrigt, t.ex. i form av att man då man enagerade sig i sitt eget kemiska avfall sedan engagerade sig att installera avfallskontainrar i övriga samhället.

Mycket i samhället kretsar kring konsumtion och ett ”slit och släng”-beteende, vilket återspeglas inom vården där vi överkonsumerar engångsmaterial, beställer många prover och undersökningar, kastar läkemedel som blir över utan att vi reflekterar över det.

Vi har under många år inte behövt ställa oss frågan varför eller till vilken nytta vi ordinerar vissa behandlingar (t.ex. avancerad onkologisk behandling till alltför svårt sjuka cancerpatienter som säkerligen skulle må mycket bättre utan behandling, eller på vida grunder intravenös bredspektrumantibiotika till inneliggande patienter ”för säkerhets skull”), läkemedel (t.ex. polyfarmaci), eller beställer vissa prover och undersökningar (t.ex. alla radiologiska undersökningar som utförs i akutsjukvården på universitetssjukhusen ”för säkerhets skull” eller för att ”kunna skriva hem patienten”).

• Varför besäller vi fler och fler undersökningar?

Jodi Sherman, anestesilog från Yale tog upp frågor kring konsumtionen och våra beteenden inom vården. Hon lyfte frågor kring vad det är som driver användning av mer och mer engångsmaterial trots att det kanske inte finns någon evidens att det minskar infektioner eller bidrar till ökad patientetsäkerhet, varför vi beställer fler och fler undersökningar, varför vi kastar stor del av läkemedel etc.

Är det för att vi behöver ”skydda oss” från att ”missa något”? Är det för att vi blir som barn i en godisaffär när det finns så många olika artiklar att välja mellan som vi sedan bara kan ta av? Är det för att vi inte har behövt tänka på att det vi överförbrukar och gör ”för säkerhets skull” faktiskt har en negativ påverkan på klimatet och därmed för andra människor och generationer?

Hon stack ut hakan och lyfte frågor om man skulle spåra varför vissa kliniker eller t.o.m. vissa individer beställer så många undersökningar, ordinerar så många läkemedel eller använder så mycket material. Hon betonade även vikten av att engagera oss läkare i hållbarhetsarbetet, men att vi kanske behöver en morot, kanske i form av att hållbarhetsar-

bete, inte endast forskning, ska vara meriterande.

Läkare har många gånger haft ledande roll i förändringar och jag tänker att det är dags nu igen; att vi börjar engagera oss i att driva klimatarbetet. Men det innebär också att vi kommer att behöva reflektera över och ifrågasätta sådant vi själva gör som är negativt för klimatet och därmed för hälsan, t.ex. konferensresor med flyg. Karolinska Universitetssjukhusets direkta utsläpp av växthusgaser kommer till cirka 30 procent från flygresor.

Vad motiverar en flygresor till en konferens? Hur mycket och vad ska man (och då kanske andra än man själv) ”vinna” för att det ska vara motiverat?

Min resa till Clean Med Europe var med tåg och den genererade cirka 15 kg koldioxid ekvivalenter i utsläpp tur och retur – att jämföra med cirka 640 kg koldioxid ekvivalenter med flyg (beräknat med hjälp av en klimatkompensationssite).

Hemresan skedde till stor del över en lördag och det var såklart trist att gå miste om tid med dottern jämfört med om jag hade flugit. Men kanske är det mitt ansvar som läkare att avstå från något som kommer bidra till försämrade hälsa för kommande generationer, mitt medborgerliga ansvar att avstå för att dra mitt strå till stacken av minskade utsläpp för att vi ska uppnå klimatmålen och mitt ansvar som förälder att avstå från något som kommer bidra till sämre livsvillkor för mitt barn än de jag haft förmånen att ha.



*Fotnot:

- ▼ Att sjukvården står för 10 procent av USA:s växthusgasutsläpp är beräknat från en (ursprungligen ekonomisk) modell kallad EIO-LCA (economic input-output life-cycle assessment).
- ▼ Modellen försöker beräkna, utifrån, bl. a. sektorns andel av BNP, hur stor miljöpåverkan varje sektor i en ekonomi har – inte bara de direkta utsläpp som sektorn förorsakar, utan även indirekta.
- ▼ När det gäller sjukvården – hur stor miljöpåverkan har exempelvis produktionen av medicinteknisk utrustning, datorer, byggen av sjukhus, behov av energi, transporter mm?

Anders Dahlqvist säger tack och adjö efter ett halvt sekel som fackligt aktiv

Det har nu gått nära 50 år sedan jag gick in genom Sveriges Läkareförbunds port på Villagatan med stor förväntan och respekt. Vad har hänt mig och läkarkåren under denna tid?

Orsaken till att jag blev läkare var min fars långa sjukdom och vistelse på sjukhus i mina tonår. Min upplevelse som anhörig var att sjukvården led av bristande information och kommunikation. En erfarenhet som jag tagit med mig både som läkare, chef och facklig.

Av de personer jag mött har Johan Calltorp spelat en avgörande roll för att jag började med fackligt arbete. Johan och jag gjorde militärtjänst i Linköping 1968 och hade många och långa samtal om läkares framtid inom hälso- och sjukvården och särskilt AT:s utformning.

Detta ledde till att jag anmälde mig till valberedningen för medkand-förbundet i Uppsala och efter stormiga möten valdes jag till ordförande.

Riksdagen hade fattat beslut 1969 att AT skulle starta 1973, men någon

implementeringsplan fanns ej. Centrala medkand-förbundet med dess lokalavdelningar uppvaktade landstingen för att få till stånd adekvat introduktion och handledning. Själv fick jag ansvar för Dalarna och Gävleborg.

Min AT-start skedde i Falun på kirurgkliniken och när jag kom till röntgenrond fann jag det lämpligt att hälsa på kollegorna. Kommentaren blev: – Gå och sätt dig så långt bort att du inte skymmer röntgenbilderna.

Ganska snart blev jag ombudsman i lokala läkarföreningen i Dalarna och fick ett enmansutredningsuppdrag att komma med förslag hur den fortsatta vidareutbildningen skulle organiseras.

Det var inte helt lätt att som AT-läkare intervjuar och ta in synpunkter från dåtidens klinikchefer. Särskilt en klinikchef i Mora som blev provocerad av att en AT-läkare fått uppdraget. Han bad mig gå ut ur rummet. Ett exempel på dåtidens auktoritära ledarskap.

När sjukvårdsstyrelsen beslutade om FV (Läkare under Fortsatt Vidareutbildning) i länet krävde jag som utredare att få vara med då tjänstemännen i lands-

tinget ändrat förslaget. Efter mitt inlägg vid sjukvårdsstyrelsen tog en politiker till orda och frågade mig vad en AT-läkare är. Då insåg jag att vi läkare måste ha inflytande över politiker innan viktiga beslut fattas så att tjänstemännen ej tar över. Det kan nu i efterhand konstateras att vi inom läkarkåren inte varit helt lyckosamma i detta avseende.

Efter AT flyttade jag till Gävle medicinklinik och blev aktiv i lokala SYLF. Bland annat fick vi i uppdrag att komma med förslag om hur rekrytering och handledning kunde förbättras för psykiatri i länet. Vi skrev en rapport som överlämnades vid ett möte med klinikchefer för Bollnäs och Gävle, som var ett av det mest högljudda möten jag varit med om.

Chefen i Bollnäs anförde att psykiatri är en mycket svår specialitet och att vi var för okunniga för att skriva denna rapport. Då replikerade jag att då är det lika omöjligt att många läkare får starta sin AT eller FV med jour första dagen

Fortsättning nästa uppslag >>>

Konferensen IVA är tillbaka!

Stockholm 26-27 mars 2019

Nätverka med kollegor från hela landet och utveckla dina kunskaper inom etik, IVA-delirium, skallskador, större blödningar, patientens perspektiv och mycket mer.

Boka 3 för 2!*
Använd koden IVA19

Anmäl dig på www.teknologiskinstitut.se

*Gäller endast nya bokningar. Kan ej kombineras med andra rabatter eller erbjudanden

 **TEKNOLOGISK
INSTITUT**



utan introduktion. Efterhand lyckades vi förenas om en plan för bättre introduktion och handledning.

Gävleborg hade ett av landets lägsta bemanning av läkare i början av 1980-talet. Läkarföreningen, där jag var ordförande, fick möjlighet att förbättra bemanningen. En totalbemanningsplan togs fram och det visade sig att det fanns resurser att anställa 110 procent fler läkare med befintlig budget om jourersättning, övertid och särskild arbetstid omvandlades till tjänster.

Politikerna tvekade att genomföra detta, men jag vägrade att åka och presentera förslaget vid en SPRI-konferens om inte planen antogs. Finanslandstingsrådet bad mig gå in till personallandstingsrådet och få acceptans, vilket jag fick under förutsättning att en översyn skulle ske av sjuksköterskor, undersköterskor och paramedicinsk personals arbete. Det visade sig att alla personalkategorier visste oerhört lite om varandras arbetsinnehåll och arbetssätt.

Gävleborg hade fem akutsjukhus och i mitten 1980-talet utreddes respektives sjukhus framtid och jag var en av utredarna. Flera av de mindre sjukhusen gjorde få kirurgiska ingrepp inom flera områden. Utredningen föreslog att tre sjukhus skulle fortsätta som fullvärdiga akutsjukhus och två utvecklas med inriktning rehab och ortopedisk kirurgi.

Partisekreteraren för socialdemokraterna, Bo Toresson, kom till landstinget och sa att i det socialdemokratiska Sverige läggs inga sjukhus ned. En stor besvikelse och det dröjde 10 år innan förslaget genomfördes.

Under 1985-1986 satt jag i Överläkarföreningens styrelse och i förhandlingsdelegationen och under denna period försökte Landstingsförbundet försäkra jouravtalet. Samtalen var mycket ansträngda och negativa. I en paus frågade jag en tjänsteman hos Landstingsförbundet om vilka underlag man hade för att hävda att schemaläggning skulle var billigare. Det fanns inga underlag.

Efter viss diskussion gick man med på att Landstingsförbundet och Läkar-

förbundet skulle utreda var och en för sig hur schemaläggning, respektive jouravtal faller ut vid några kliniker. Båda kom fram till att jouravtalet var det mest kostnadseffektiva. Positionerna var ändå låsta.

Personallandstingsrådet i Gävleborg var ordförande för förhandlingsdelegationen i landstingsförbundet och jag ringde henne för att försöka öppna förhandlingarna med att införa en 20-procentsregel för ekonomisk ersättning. Resultatet blev 70/30-regeln.

Under ett internat i Överläkarföreningen diskuterades vilka konsekvenser individuell lönesättning istället för tarifflönen kunde medföra. Chefer skulle bli både förslagställare och förhandlare av läkares löner.

Jag föreslog att Läkarförbundet borde organisera en Chefsläkarförening, vilket det inte fanns något stöd för i styrelsen, som bestod av många chefer och jag blev i det närmaste utfrys. Några år senare bildades Chefsföreningen i Läkarförbundet. Min tid i styrelsen blev kort då jag blev chef för medicinkliniken 1987.

Efter min tid som verksamhetschef så blev jag tillfrågad om jag kunde bli ordförande för överläkarnas lokalavdelning då läkares inflytande starkt begränsats avseende sjukvårdens utveckling.

Styrelsen intervjuade kollegor för att få fram underlag för en investeringsplan för läkares fortbildning vid Gävle sjukhus. En fråga som är i högsta grad aktuell idag, men vi fick inget stöd från tjänstemän eller politiker.

Jag blev tillfrågad av valberedningen för Överläkarföreningen om att återkomma i styrelsen 1998. Övervägde detta noga och min motivation blev att försöka ändra på landstingens dubbla roll som ansvarig för ekonomi och huvuddelen av sjukvårdsproduktionen.

Gunnar Sandberg var ordförande och han startade en översyn av styrelsens sjukvårdspolitik. Jag blev ordförande för den sjukvårdspolitiska arbetsgruppen som föreslog att vårt program skulle heta "Kunskapsstyrd vård", vilket antogs 2002. Vi menade att läkarnas roll var att erbjuda hälso- och sjukvård av hög kvalitet och att politiken bara

skulle stå för finansiering.

Läkarnas roll borde vara kunskapsstyrande och det gäller fortfarande. Jag har senare fått vara med om att delta och utforma Läkarförbundets hälso- och sjukvårdspolitik och därtill översyn av närsjukvård och öppen specialistvård.

Slutligen är det min tydliga övertygelse att hälso- och sjukvård bör, i likhet med Danmark och Norge, vara statligt finansierad och att produktionen kan utföras av mängd olika utförare.

Namnbytet från Överläkarföreningen till Sjukhusläkarna har varit viktig för att nå ut till allmänhet, politiker och massmedia.

Tidskriften Sjukhusläkaren har varit och är ett viktigt instrument för att nå ut och kommunicera med medlemmarna. Jag deltog i föreningens redaktionskommitté 2000-2007 och bidrog då till att annonserna åter ökade.

Mitt avslut inom Läkarförbundet är att vara ordförande för Seniora läkare, en intresseförening inom Läkarförbundet, och att med hjälp av Sjukhusläkarna och Stockholms läkarförening återigen få möjlighet att som adjungerad delta i Läkarförbundets förbundsstyrelse.

Vår ordförande, Heidi Stensmyren, har under sin tid tillsammans med styrelsen lyckats ändra maktförhållandet mellan förtroendevalda och kansliet till förmån för ökat inflytande för förtroendevalda och därmed medlemsnytta, vilket är glädjande.

Kansliet har också förtjänstfullt byggts upp under ledning av förbundsdirektören Hans Dahlgren.

Det känns skönt att få avsluta min fackliga tid med den erfarenheten och veta att Läkarförbundet, som jag ägnat så mycket tid åt, står starkare än på länge.

Tack för mig!



Anders Dahlqvist

Sök Sjukhusläkarnas klimatstipendium

Sjukhusläkarna utlyser ett stipendium på 30 000 kronor för engagemang och insatser kring sambandet klimat och hälsa.

Stipendiet vänder sig till dig som:

- Är läkare eller läkarstudent
- Är eller planerar att bli engagerad i ett projekt för hållbar utveckling, god resursanvändning och hälsa på det lokala eller globala planet
- Bidrar med engagemang, kunskap eller insatser för klimat och hälsa.

Din ansökan ska innehålla kontaktuppgifter, en sammanfattning av ditt engagemang och insatser, en beskrivning av vad stipendiet ska användas till och ett kortfattat CV.

Läs mer på: slf.se/sjukhuslakarna

Sista ansökningsdag är 30 mars 2019

Skicka din ansökan till:
wendela.zetterberg@slf.se

Gå in och uppdatera dina medlemsuppgifter!

▼ Det är viktigt att vi har korrekta uppgifter om dig som medlem. Du uppdaterar dem enkelt på Läkarförbundets hemsida: slf.se/logga-in/
För frågor om medlemskap mejla medlem@slf.se eller ring 08-790 35 70.

Sök Sjukhusläkarnas stipendier

▼ Föreningen delar varje år ut stipendier till medlemmar, eller anhöriga till avlidna medlemmar, i behov av ekonomiskt stöd. Läs mer på: slf.se/sjukhuslakarna

Sjukhusläkarna på internat



• I januari var Sjukhusläkarnas styrelse på internat. Ur det arbetet kom bland annat en ny verksamhetsplan, en revision av 2018 och planering av årets fullmäktige.

Representantskapsmöte 4 oktober

▼ Boka in i almanackan redan nu!

Följ oss på webben och i sociala medier

▼ slf.se/sjukhuslakarna
www.facebook.com/sjukhuslakarna
twitter.com/sjukhuslakarna

LOKALT

▼ Sjukhusläkarna Göteborg följer nu upp sin enkät och läkaruppropet i december för att ta tag i konstruktiva lösningar.

"Bra prioriteringar, men det hjälper inte om det inte blir fler bemannade vårdplatser"

• Fyrpartiöverenskommelsen och Sveriges nya regering lovar en uppdaterad kömiljard, en primärvårdsreform med rätt till fast läkarkontakt, stärkta kvalitetskrav och stärkta patienträttigheter.

– Det är bra områden som man prioriterar, men om vi vill korta köerna och förbättra sjukvården så behöver vi ha fler vårdplatser med adekvat bemanning, säger Karin Båtelson, ordförande för Sjukhusläkarna.



• Läs debattartikeln: "Så kan förvirringen kring utbyta mediciner minskas" i Dagens Nyheter och myndighetens uttalande på ehalsomyndigheten.se/nyheter/2019

eHälsomyndigheten utreder förslag om substansnamn

• I slutet av 2018 skrev Sjukhusläkarnas andre vice ordförande Elin Karlsson, och sex andra företrädare för olika professioner inom vården, på DN Debatt.

För att minska felanvändningen av receptbelagda och utbytbara mediciner föreslog de ett byte från handelsnamn till substansnamn. eHälsomyndigheten är intresserad av förslaget och ska nu utreda vad som behövs för att genomföra förändringen.

Sjukhusläkarnas andre vice ordförande intervjuad i SVT om skenande nätläkarkostnader

• Antalet nätläkarbesök mer än fördubblades under 2018 och kostnaden beräknas, enligt en prognos gjord av SVT, att landa på över 250 miljoner kronor.

Elin Karlsson intervjuades i Rapport om Sjukhusläkarnas och Läkarförbundets

syn på saken:

– Vi har en gemensam säck med pengar som ska räcka till all sjukvård som ska bedrivas i Sverige. Om en stor andel går till den här typen av vårdbesök kan vi få undanträngningseffekter så att de mest sjuka får sämre tillgång till vård.



Möt läkare som påverkar på fullmäktigemötet 14-15 mars

• "Läkare som påverkar" är temat för årets fullmäktige och flera politiskt engagerade läkare, bland annat Barbro Westerholm (L), deltar.

Mötet som pågår torsdag och fredag på Villagatan 5 i Stockholm gästas också av Martin Holzmann, som förra året fick motta Sjukhusläkarnas Vårdplatsstipendium.

VAD SKULLE DU SKRIVA UT TILL DIG SJÄLV?

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

- Signifikant bättre reduktion av **stroke/systemisk embolism** jämfört med warfarin^{1*}
- Signifikant bättre säkerhet avseende **allvarlig blödning** jämfört med warfarin^{1*}

*Stroke/systemisk embolism p<0,01. Allvarlig blödning p<0,001

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

Bristol-Myers Squibb

Pfizer

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 hjärklaffprotes. Eliquis® rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt SPC 18 juni 2018. Fullständig information och pris se fass.se. Bristol-Myers Squibb www.bms.com/se Pfizer www.pfizer.se



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.**

NT-rådet rekommenderar landstingen att i första hand välja Repatha[®] som är det mest kostnadseffektiva alternativet av PCSK9-hämmarna.²

Se <https://www.janusinfo.se/nationelltordnatinforande> och sök på Repatha[®] för rekommendationen i sin helhet

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

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.se³

AMGEN[®]

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