

TEMA |
Dödshjälp

18-27



KRÖNIKA |
**Tecknen som kan
avslöja hedersförtryck**

6-7



Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 18.000 SjukhusSPECIALISTER • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARNA • NR 3/2019

TEMA | **CANCERFORSKNING**

Det har kallats den största
satsningen på forskning sedan
människan landade på månen

Horisont Europa

8-10



**Uppsalaforskarens
immunoterapi glödhet**

12-16



NYHET!

Ny behandlingsmöjlighet för patienter med kronisk kranskärslsjukdom eller symtomatisk perifer kärlsjukdom

NY INDIKATION: »Xarelto, i kombination med acetylsalicylsyra, är avsett för att förebygga atero- trombotiska händelser hos vuxna patienter med kranskärslsjukdom eller symtomatisk perifer kärlsjukdom med hög risk för ischemiska händelser.«



Dosering är Xarelto 2,5 mg^a två gånger dagligen i kombination med acetylsalicylsyra 75–100 mg en gång om dagen.

Godkännande bygger på data från **COMPASS-studien**¹, den största fas III-studien med rivaroxaban (27 395 patienter). Den visade att rivaroxaban i dosen 2,5 mg två gånger dagligen i kombination med acetylsalicylsyra 100 mg en gång dagligen **minskade risken för hjärt-kärlöd, hjärtinfarkt och stroke med 24 %** (relativ riskminskning, ARR 1,3 %, p = 0,00004) jämfört med enbart acetylsalicylsyra 100 mg en gång dagligen som är standardbehandlingen för patienter med kranskärslsjukdom eller perifer kärlsjukdom. Större blödningshändelser (enligt modifierade ISTH-kriterier) förekommer mer frekvent hos patienter behandlade med Xarelto 2,5 mg två gånger dagligen kombinerat med acetylsalicylsyra 100 mg en gång dagligen jämfört med patienter som fick acetylsalicylsyra 100 mg (3,1 % vs. 1,9 %, absolut riskökning 1,2 %, HR 1,70; 95 % CI, 1,40–2,05, p < 0,001).

a. Rekommenderas inte hos patienter med CrCl < 15 ml/min; använd med försiktighet hos patienter med CrCl 15–29 ml/min och hos patienter med CrCl 30–49 ml/min som samtidigt behandlas med andra läkemedel som ökar plasmakoncentrationen av rivaroxaban.

Referens: 1. Eikelboom JW, Connolly SJ, Bosch J, et al. Rivaroxaban with or without Aspirin in Stable Cardiovascular Disease. *N Engl J Med* 2017; 377:1319–30.

Xarelto (rivaroxaban), antitrombotiskt medel, R (B01 AF01). Tabletter 2,5 mg (F). **Indikation:** Xarelto, i kombination med acetylsalicylsyra, är avsett för att förebygga atero- trombotiska händelser hos vuxna patienter med kranskärslsjukdom eller symtomatisk perifer kärlsjukdom med hög risk för ischemiska händelser. **Dosering:** Den rekommenderade dosen är Xarelto 2,5 mg två gånger dagligen, i kombination med en daglig dos om 75–100 mg acetylsalicylsyra. Behandlingslängden ska fastställas för varje enskild patient baserat på regelbundna utvärderingar med hänsyn tagen till risken för trombotiska händelser kontra blödningsrisk. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Aktiv, kliniskt signifikant blödning. Organskada eller tillstånd, som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Samtidig behandling med andra antikoagulantia. Samtidig behandling av akut koronart syndrom i kombination med trombocyttaggregationshämmande behandling hos patienter med tidigare stroke eller en transitorisk ischemisk attack (TIA). Samtidig behandling av kranskärslsjukdom/perifer kärlsjukdom med acetylsalicylsyra hos patienter med tidigare hemorragisk eller lakunär stroke, eller någon form av stroke inom en månad. Leversjukdom förknippad med

koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk inklusive cirrhotiska patienter med Child Pugh B och C. Graviditet och amning. **Varningar och försiktighet:** Vid tillstånd med ökad blödningsrisk bör Xarelto användas med försiktighet. Administrering av Xarelto bör avbrytas om svår blödning uppstår. 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. Xarelto bör användas med försiktighet hos patienter med kranskärslsjukdom/perifer kärlsjukdom som är ≥ 75 år och samtidigt tar enbart acetylsalicylsyra eller acetylsalicylsyra och klopidogrel eller tiklopidin. Nyttan och risken med behandlingen ska regelbundet utvärderas för varje enskild individ. 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 uppmannas att rapportera varje misstänkt biverkning till Läkemedelsverket.

Xarelto[®]
rivaroxaban



DET ÄR EN LÄKARES PLIKT ATT STÅ UPP FÖR MÄNNISKOVÄRDET I ALLA SAMMANHANG

Vi läkare skall kunna verka i enlighet med vår yrkesetik, såväl i Sverige som internationellt. En viktig grundbult är människovärdet, och för oss läkare innebär det att vi ska bota, lindra och trösta, men aldrig medvetet skada. Vård ska ges efter behov, och vi får självklart inte diskriminera eller exkludera vård för vissa.

Vår yrkesetik måste vara aktuell, och moderniseras efter behov för att bli lättbegriplig. Läkarförbundet reviderade efter en omfattande remissrunda våra etiska regler 2017.

Sveriges läkarförbund är medlem i World Medical Association (WMA), som består av läkarorganisationer från drygt 110 länder. WMA kom efter ett gediget arbete, där läkarförbundet deltog aktivt, med en ny version av den internationella läkarens – ”declaration of Geneva”, även detta 2017.

Yrkesetiken säger oss att vi har ett ansvar att behandla patienten framför oss på allra bästa sätt. Vi har även ett uppdrag att stå upp för mänskliga rättigheter och en värdegrund där alla människor är lika mycket värda.

Vi ser nu på flera håll i världen hur läkares autonomi hotas. I Turkiet dömdes nyligen 10 kollegor från Turkiska läkarförbundet till 20 månaders fängelse. Brottet – att ha tagit upp att krig är skadligt för civilbefolkningen. Detta betraktades som illojalitet, som alltså till och med var straffbar. Bakgrunden är ett pressmeddelande daterat 24 januari 2018, där det turkiska läkar-

förbundet påtalade att krig och väpnade konflikter utgör ett hot mot folkhälsan och miljön. Uttalandet avslutades med orden ”Nej till krig – fred nu!”.

Här har vi som förbund och kollegor en uppgift att sprida information och uppmärksamma frågan internationellt, med målet att påverka den absurda behandlingen av de turkiska läkarna. Vi måste också aktivt försvara vår yttrandefrihet, då förändringar kan gå fort. Sjukhusläkarnas visslarpris fyller här en viktig roll!

Senaste tiden har abortfrågan debatterats och jag har med bestörtning följt utvecklingen i USA. Flera delstater har kraftigt försämrat aborträtten, värst är Alabama som vill förbjuda abort till och med vid våldtäkt och incest. Läkare eller övrig vårdpersonal som medverkar vid abort riskerar livstids fängelse. Det anses om lagen går igenom straffmässigt betydligt värre att hjälpa en kvinna avsluta en graviditet än att begå incest(!). Man försöker här förhindra läkare att prioritera patienten – det vill säga kvinnan som söker för abort. Om detta går igenom är illegala aborter med höga risker för kvinnors hälsa att vänta.

När lagar och regler frångår vår yrkesetik bör vi gemensamt agera, och alla kan dra sitt strå till stacken. Detta kan ske genom att våga ta debatten, påverka politiker eller engagera sig i forum på sociala medier. Som förbund kan vi påverka våra politiker till att lyfta för oss viktiga frågor i internationella sammanhang och genom våra paraplyorganisationer såsom WMA.

I det här numret tas dödshjälp upp. Det är ett ämne som berör, och som återkommer med jämna mellanrum. Yrkesetiken är här glasklar och går hand i hand med rådande lagstiftning – vi får inte utföra handlingar vars syfte är att avsluta livet.

Ett argument i debatten från förespråkare för dödshjälp är ofta att man internationellt ser en ökad acceptans för dödshjälp. Denna retorik är inte hållbar, vi behöver själva ta ställning och ha en grund när och varför förändringar ska ske. Majoriteten av oss är exempelvis inte beredda att förändra synen på aborträtten och kvinnors möjlighet att bestämma över sina kroppar beroende på hur vindarna blåser i omvärlden.



ELIN KARLSSON,
ANDRE VICE ORDFÖRANDE
I SJUKHUSLÄKARNA

Möt oss i Almedalen

3
juli



kl 14:10 - 15:00

Plats: Slottsterrassen 6

Seminarium

Arrangör: Sjukhusläkarnas klimatgrupp

Unga läkare vill bidra till en hållbar sjukvård

Panel:

Gustav Eriksson, miljöchef, Nya Karolinska Universitetssjukhuset, Sigrid Hammarqvist, ST-läkare gynekologi och obstetrik, Region Dalarna, Teodor Lav, ordförande, Läkarförbundet Student, Marie Morell, ordförande Sjukvårdsdelegationen, Sveriges Kommuner och Landsting, Ida Amanda Persson, leg. läkare, Region Skåne, Maria Wolodarski, onkolog, Nya Karolinska Universitetssjukhuset, Läkare för Miljön, Gustaf Zettergren, miljöchef, Västra Götalandsregionen. **Moderator: Sofia Hammarstrand.** ST-läkare arbets- och miljömedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Sjukhusläkarnas Klimat och Hälsa-grupp.

kl 15:20 - 16:10

Plats: Slottsterrassen 6

Seminarium

Arrangör: Sjukhusläkarna och Chefsföreningen

Läkare behövs som chefer i vården – om vi vill prioritera rätt för patientsäkerhet och lönsamhet

Om betydelsen av att ha branschkunskap när man är chef. Är vården det gyllene undantaget? Vad säger egentligen forskningen? Ett seminarie med kort dragning av KI-rapporten "Physicians role in the management of health care" följt av samtal om chefsens betydelse för vården med ett axplock av chefer och myndighetsrepresentanter, samt Sjukhusläkarnas Karin Bätelsson och Chefsföreningens Tina Craaford. **Moderator Elin Karlsson.**

Sjukhusläkarna

KRÖNIKA

Sjukhusläkaren 3/2019

Ingen ville se elefanterna i rummet

S om alla andra runt om i vårt avlånga land så har jag noga följt planerna för Den Stora Sjukvårdsreformen som är under utredning. Direktiven till sagda utredning lyder (lite löst): "Anna, kan du inte ta Görans utredning vars rekommendationer ingen fattade och, typ, försöka föreslå vad katten vi ska göra med den där primärvården som allt färre verkar ha sett till. Åk gärna utomlands för lite inspiration, men rör för bövelen inte regionerna, då blir det bara ett herrans liv!"

Regeringen vill uppenbarligen både äta kakan och ha den kvar. Men att ge ett uppdrag om att förändra svensk hälso- och sjukvård med begränsningen att inte röra vid den mest grundläggande problematiken är snarare som att både behålla elefanten i rummet och försöka valla ett gäng pilska katter. Sådana överambitioner har en förarglig tendens att leda mot haveriets ängder.

Det här är en viktig utredning och den leds av en både kompetent och erfaren utredare som verkar ha suttit på fler chefsstolar än vad till och med jag trodde svensk vård kunde införskaffa. Och vi har ju faktiskt redan sett några resultat av utredningen, bland annat i form av en drygt 500-sidig primärvårdsreform. Bara referenslistan löper upp i en dryg handfull sidor, men intressant nog kunde den inte identifiera en enda forskningsstudie om svensk primärvård publicerad i en akademisk tidskrift. Antingen är svensk vårdforskning så irrelevant som man kunde misstänka eller så är forskningsbaserad evidens inte något som utredningar bebländar sig med.

Nyligen fick jag chansen att höra om planerna direkt från chefsutredarens mun så det var med stora förväntningar som jag bänkade mig med en trave blanka A4-ark, en nyväsad gåspenna och bläckhornet fyllt till brädden. Här skulle noteras spännande reformförslag!

Vid just den här föreställningen hade också ledaren för landets medikusar erbjudits en huvudroll. Birollerna spelades av en riktig allmänläkare, en tapper forskare och en värtalig politiker.

Läkarordföranden hade varit på inspirationsresor och beskrev ingående Danmarks och Norges primärvårds-system. Dessa system, som bygger på privatpraktiserande allmänmedicinare, inte bara skiljer sig drastiskt från det svenska vårdcentralssystemet, de är tydligen också under av perfektion. Inte en enda svaghet noterades! Ordföranden missade också att nämna att Danmark nu går vidare i sina reformer och avskaffar regionerna helt enligt ett nytt förslag. I fri överföring kan man säga att de nu schasar ut elefanten ur rummet.

Att Sverige ska göra som i grannländerna har ju framförts förr. Och det låter ju väldigt lockande, åtminstone ända fram till att den riktige läkaren hade fräckheten att påpeka att det är högst osannolikt att tillräckligt många svenska läkare vill arbeta som privatpraktiserande egenföretagare. Därmed rycks ytterligare en matta undan för att överhuvudtaget fundera i de här banorna.

En grundtanke i utredningen är att det ska ske en resursöverföring från sjukhusen till primärvården. Även det är en upprepning av vad som sagts många gånger tidigare. Skillnaden den här

gången är att nu ska lagar skrivas om och förordningar uppdateras. Tron på lagar och förordningar är givetvis det sista som får överge en statlig utredare. Men samtidigt finns det en risk att förslagen också den här gången går till botten när de krockar med verkligheten som ju heter att det investeras flitigt i nya sjukhus runt om i regionerna. Man får anta att alla dessa också ska fyllas med både personal och allehanda utrustning vilka ju har en tendens att kräva fortsatta resurser.

När applåderna ebbat ut tittar jag ner på mitt bläckfyllda ark för att försöka se var vi står. En nationell plan i ett uttryckligen regionalt system. En primärvårdsreform byggd på delvis felaktiga premisser och en analys i princip helt befriad från evidens. Hur mycket jag än önskar utredaren lycka och framgång med förordningskrivningarna så är det svårt att se hur den här cirkeln ska kunna anta kvadratiska former. Ridå!

**Björn Ekman –
hälsoekonom**



Redaktionen:

Christer Bark
christer.bark@sjukhuslakaren.se
+46 709 634 062

Adam Ohman
adam.ohman@sjukhuslakaren.se
+46 767 900 447

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

Annonser:

Bengtsson & Sundström Media.
sjukhuslakaren@bs-media.se
08-10 39 20

Tecknen som kan visa att patienten är utsatt för hedersförtryck

Jag träffade en kvinnlig patient och hennes man. Han kunde svenska, inte hon. Maken verkade omtänksam och erbjöd sig att tolka. Han gav ett genuint orot intryck när han berättade vad som hänt. Kvinnan var frånvarande, hon ville inte möta min blick. Hon verkade närmast mutistisk. Jag beställde trots allt en tolk och när jag kom tillbaka bad jag maken att gå ut. I enrum blev kvinnan normal i kontakten och hon gav mig sin egen berättelse via telefontolken, en berättelse om tvångs- gifte, kontroll och våld.

Den här krönikan handlar om när man bör misstänka att en patient är utsatt och vilka frågor man då kan ställa. Ibland är patienten själv omedve-

ten om sin utsatthet. Våld och förtryck kan vara så normaliserat att det inte ifrågasätts. Inte sällan deltar den som är utsatt själv i våld eller förtryck mot någon annan i familjen. Förstås finns det exempel på det motsatta också, personer som tagit ställning mot hederskulturen och släkten. De patienterna kan ha en mer akut hotbild mot sig.

Ett tecken till att en patient är utsatt kan



vara när en anhörig insisterar på att vara med vid besöket, vill tolka samtalet eller följer patienten till och från vårdbesöket. Det kan vara en make, en syster, en mamma, en bror, ett barn eller någon annan.

Alla anhöriga måste betraktas som potentiellt delaktiga i förtryck i det här sammanhanget. En flicka berättade om hur besviken hon var på sjukvården för att familjen alltid fick vara med i rummet när hon var minderårig. Ständiga besök på sjukhuset av släkten som kom med blommor och choklad tolkades som omtanke, men det var ett sätt att se till att hon inte berättade. Långt senare, i vuxen ålder, kunde hon fly.

Jag har mött många exempel på samma tema när jag föreläser om hedersvåld för vårdpersonal. Frågorna brukar vara svåra för situationerna är inte helt lätta att hantera. En make hade dragit sin hustru med våld ut från mottagningen när han inte tilläts tolka vid besöket. En flicka började felaktigt utredas för autism för att hon ständigt tittade ned i golvet eftersom en familjemedlem var med på alla besök. Vi bör ha som ryggmärksreflex att alltid låta patienter berätta sin version i enrum. Även på akuten och även när patienten samtycker till att anhöriga tolkar. När detta inte går att åstadkomma behöver vi vara flexibla. Man kan be att istället få prata i enrum med anhöriga medan patienten väntar i väntrummet (och då får tala ensam med någon annan på mottagningen).

En annan signal på att någon är

utsatt kan vara att patienten inte vill ha tolk. Risker att tolken ska ha kontakt med familjen eller kan vara en släkting är något som får utsatta att undvika kontakter med vården. Boka telefon- tolk istället för kontakttolk och nämn inte patientens namn under tolksamtalet. I de fall då man redan vet att patienten är utsatt för hedersvåld kan man namnge tolken för patienten innan samtalet för att försäkra sig om att denne inte känner igen namnet.

Tecken på utsatthet kan fångas i anamnesen. Vägledande frågor kring fritid och relationer är användbara. Vad gör du efter skolan? Har du några vänner? Finns det saker du måste göra som du inte vill göra? Finns det sådant din familj inte låter dig göra? Får du använda sociala medier? Har du egen mobiltelefon? Går du hem själv från skolan? En fråga som sätter fingret på

hedersförtryck är: "Får du gifta dig med vem du vill?"

Tecken på att en ung tjej eller flicka blivit könsstympad kan vara att man drar sig undan mer i skolan, att man blir inåtvänd och personlighetsförändrad exempelvis efter en utlandsvistelse. Beteendet förändras och toalettbesöken tar längre tid än vanligt.

Det här är bara några av de tecken man bör vara uppmärksam på. Enligt en rapport från Brottsförebyggande rådet 2014 är sjukvården den myndighet som möter flest våldsutsatta personer. Ändå finns det indikationer på att vi hamnar efter i att uppmärksamma och fråga om våldsutsatthet, jag gissar att detta i ännu högre grad gäller vid hedersrelaterat våld. Vi vill inte verka fördomsfulla. Men med den samlade erfarenhet och det forskningsunderlag som finns borde vi rimligtvis tänka om.

Camilla Starck – ST-läkare i psykiatri



Ansökan
lämnas senast
15/9 2019

Ansök om anslag till diabetesforskning

Diabetesfonden utlyser projektbidrag, för såväl grundforskning som klinisk patientnära forskning med tydlig diabetesrelevans, avseende diabetesforskning med hög vetenskaplig kvalitet. Anslag kommer i första hand att tilldelas forskargrupper med mer omfattande program. Endast undantagsvis

tilldelas enskilda forskare eller mindre projektanslag. Huvudsökande för projektet ska vara disputerad. Anslag kan endast tilldelas forskare vars lön till minst 50% uppbärs i Sverige. Ansökan lämnas senast den 15 september 2019. **Läs mer och ansök på www.diabetesfonden.se**



Diabetesfonden
För en framtid utan diabetes

Funktionsmedicin

är morgondagens
vårdmodell för
behandling av
kroniska
livsstilssjukdomar

Fortbildning online startar 11 sep 2019 samt 15 jan 2020

Funktionsmedicin adresserar de *underliggande orsakerna* bakom kroniska livsstilssjukdomar. Den vilar på en evidensbaserad grund och växer fort med allt fler läkarmottagningar och ett ökat intresse hos försäkringsbolag och allmänhet. För att effektivt möta den explosionsartade utvecklingen av kroniska livsstilssjukdomar behöver funktionsmedicin och en patientcentrerad vårdmodell implementeras inom sjukvården. Vi anordnar föreläsningar och digitala fortbildningar för legitimerad vårdpersonal. **Anmälan & information på fmvu.se**



**FUNKTIONSMEDICINSKA
VÅRDUTBILDNINGAR**

08 - 411 32 00
www.fmvu.se
info@fmvu.se

Horisont Europa siktat mot stjärnorna

Av Christina Wallin och Christer Bark

- Med en föreslagen budget på enorma 1100 miljarder kronor under 2021-2027 siktat EU mot stjärnorna för att göra forskningen jordnära.
- Målet för Horisont Europa är att Europas världsledande grundforskning ska omvandlas till praktisk samhällsnytta.
- På medicinens område kommer det att göras stora satsningar på förebyggande åtgärder – ett område som industrin inte engagerar sig i. Den första kommer att ske inom cancerforskningen, vilket välkomnas av Vetenskapsrådet.

▼ Enligt det svenska Vetenskapsrådet är detta en mycket viktig del av det nya Horisont-programmet. I en kommentar till Sjukhusläkaren konstaterar det att detta är ett av de områden där samarbete över gränserna är oerhört viktigt.

– Sverige har många framstående forskare, studier och forskningsmiljöer inom cancerområdet. Vi ser gärna ett ökat fokus på hur man förebygger cancer, eftersom en stor del av alla cancerfall kan förhindras genom förebyggande behandling. Företagen har inga större intressen

av att engagera sig i just förebyggande åtgärder, och därför krävs det att fokus läggs på offentliga medel, konstaterar Johan Lindell, som är chef för avdelningen för forskningspolitik.

Med den här enorma satsningen, som är EU:s absolut största, hoppas kommissionen att Europa ska ta ledningen inom forskningen på världsnivå.

Förutom att finansiera och ta fram ett tydligt mål för Europas medicinska forskning innehåller Horisont Europa-projektet miljardsatsningar på fyra andra

områden: Klimatanpassning, vattenkvalitet i sjöar och hav, klimatneutrala städer, samt jordkvalitet och mat.

Att just cancer valts ut för att starta jättesatsningen på medicinsk forskning innebär inte att annan medicinforskning måste stå åt sidan.

Horisont Europa inleds 2021, men redan nu söker EU medlemmar till den expertgrupp på mellan tio och femton personer som ska utforma uppdragen som cancerforskningen ska koncentreras kring.

– Meningen med att ta fram uppdrag är främst att göra det tydligare för människor vad forskningen håller på med. Just öppenheten är en viktig del av programmet. Men Horisont Europa ska inte bara vara uppdragen, det kommer att forskas på många andra områden också, förklarar Carlos Moedas, som är kommissionär för forskning, vetenskap och innovation.

Det kommer att läggas en ännu större vikt på utnyttjande och spridning. Kommissionen och EU-parlamentet vill att

Horisont ska ta fram praktiskt genomförbara lösningar på problem. Ett exempel är Ebola-vaccinet som tagits fram inom det nuvarande programmet, eller den pågående forskningen på Irland kring en lösning för diabetessjuka.

Vad kommer det nya Horisont-programmet generellt att innebära för den medicinska forskningen?

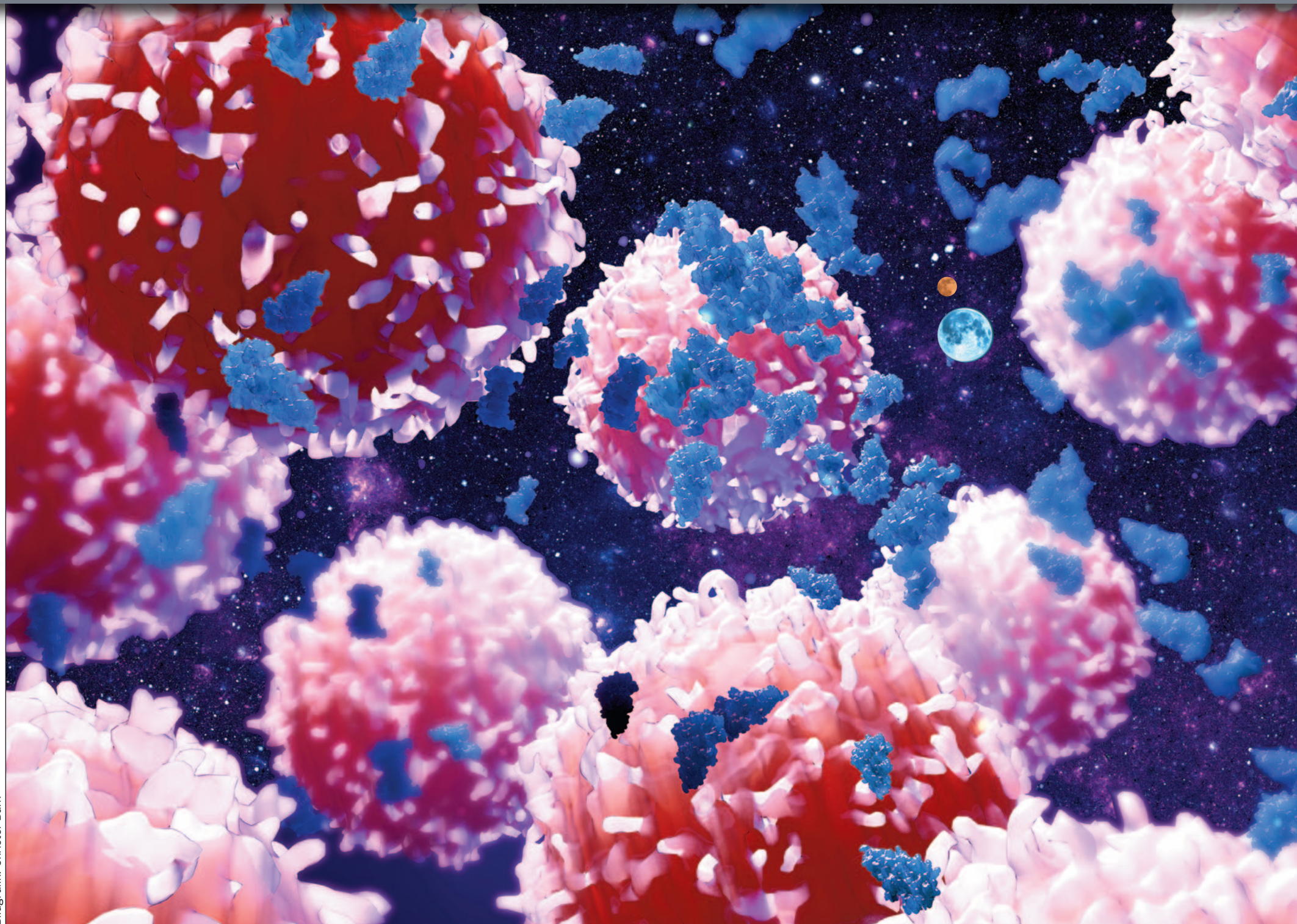
– En förändring jämfört med tidigare är att arbetet organiseras annorlunda. Det integreras mellan de olika områdena, och det gör att hälsa kommer att bindas

samman ännu starkare med forskning, innovation och digitalisering. Det tycker vi är bra, eftersom hälsoutmaningen kräver åtgärder som spänner över flera samhällsområden, säger Johan Lindell.

Något helt nytt i Horisont Europa 2021-2027 är det Europeiska Innovationsrådet. Det finansieras med 120 miljarder svenska kronor och ska hjälpa till att få fram praktiska lösningar på olika uppfinningar. För sjukvården kan det

Fortsättning nästa uppslag >>>

Bildgrafik: Christer Bark



betyda ny medicinsk utrustning till exempel.

Rådet ska förenkla arbetet med att göra uppfinningarna kommersiellt gångbara. Det kommer att ha två avdelningar: Stigfinnaren för avancerad forskning (Pathfinder for advanced research) som ska stötta projekten i början och Acceleratorn (Accelerator) som ska hjälpa till att hitta finansieringar och marknadsföra.

Vetenskapsrådet ser detta som en viktig nyhet.

– Syftet med innovationsrådet är bland annat att forskare som tar fram stora tekniska framsteg redan från början kan få stöd för att vidareutveckla och kommersialisera. Den nya kunskap som skapas genom grundläggande forskning har en nyckelroll för att nya produkter och innovationer ska komma ut på marknaden och bli konkurrenskraftiga internationellt, säger Johan Lindell.

För EU-kommissionen är Innovationsrådet ett sätt att närma sig vad marknaden verkligen behöver.

– I Europa är vi bäst i världen på grundforskning. Därför är det viktigt att vi fortsätter med den och utvecklar den. Men vi är inte lika bra på att utnyttja innovation. Vi har lyssnat på företagare som förklarar för oss att det är vi som måste lyssna på dem och inte tvärtom. Det är där Innovationsrådet kommer in, konstaterar Carlos Moedas.

Den som vill ansöka om pengar till ett forskningsprojekt får gärna ha samarbete med andra länder. Inte nödvändigtvis EU-länder, även om

Fakta om Horisont Europa 2021-2027

- ▼ Programmet ska lägga tonvikt vid samarbete över gränserna, både geografiskt och inom olika forskningsområden.
- ▼ Ett nytt Innovationsråd startas, som ska hjälpa uppfinningar att komma ut
- Förslag till budget: 100 miljarder euro, cirka 1100 miljarder svenska kronor.
- ▼ Bland de viktigaste områdena som programmet ska utveckla omedelbart har

kommissionen valt cancer.

- ▼ Den som vill vara med i expertgruppen som ska utveckla linjerna för den framtida cancerforskningen hittar information här: https://ec.europa.eu/info/news/commission-invites-top-experts-shape-new-research-and-innovation-missions-2019-may-13_en
- ▼ Alla med erfarenhet av arbete med cancer kan söka innan 11 juni.

Horisont ska fungera som ännu ett sätt att föra länderna inom EU närmare varandra. Men en ökad öppenhet mot länder utanför EU tillhör nyheterna i Horisont 2021- 2027, så det ska bli lättare att få finansiering för projekt med andra partners. Extra viktigt med tanke på att Storbritannien snart kan vara utanför EU.

– Eftersom det nationellt finns få möjligheter att söka medel för interna-



tionellt samarbete ser vi detta som viktigt. Det finns dock fortfarande mycket att göra när det gäller nationell anpassning för att underlätta multinationella forskningssatsningar, konstaterar Johan Lindell (bilden).

Partnerskapen kan vara av olika typer. Det kan handla om helt offentliga institutioner som går samman, men de kan också ha privata partners. Det går

också att få pengar från Horisont även om projektet redan finansieras från andra källor.

Tilldelningskriterierna kommer att vara samma som för det pågående Horisont-programmet: spetskompetens, effekt och genomförandets kvalitet.

Vilken typ av forskning kommer EU inte att finansiera genom Horisont?

– Det får inte handla om mänsklig kloning, och inte om sådana förändringar av arvsmassan som gör att de blir ärftliga. Man får inte skapa embryon enbart för forskningsändamål eller för att få fram stamceller. Däremot är det helt ok att forska på mänskliga stamceller, både adulta och embryonala.

Man får inte bedriva någon typ av forskning som inte är tillåten i alla de länder som ingår i projekten. Om man bedriver forskningen utanför EU, måste den vara tillåten i åtminstone en av medlemsstaterna.



Inbjudan till SIM-veckan 2019

23-27 september på Elite Hotel Marina Tower, Nacka/Stockholm.

Svensk Internmedicinsk Förening (SIM) inbjuder till en 5-dagars fortbildning inom internmedicin för ST-läkare och specialister i internmedicin. Årets ämnen är bl.a. svimning och EKG-quiz, hematologi och blödningsutredning, allergier och OSAS, akut endokrinologi och elektrolyter, bortglömda infektioner och kärllkatastrof samt antikoagulantia och DAPT. Kom och var med!

Vi har även seminarier, företagsutställning, Young Internists Corner, högtidsföreläsning och årsmöte i SIM med middag och underhållning samt ultraljudskurs! Vi erbjuder även ST-läkare att presentera sitt vetenskapliga arbete med möjlighet att vinna priser samt att på plats genomföra specialskrivning i internmedicin måndag kväll 23/9.

All information och anmälan finns på www.sim.nu Välkommen till SIM-veckan 2019!



Läs mer och anmäl dig på www.sim.nu

www.sim.nu

Eliquis®
apixaban

OM DET GÄLLDE DIG SJÄLV. VAD SKULLE DU SKRIVA UT DÅ?

Eliquis® – för både behandling och profylax av DVT/LE:

- Vid behandling av akut DVT och LE uppvisade Eliquis® signifikant **färre allvarliga blödningar** och **jämförbar effekt** mot enoxaparin/warfarin^{1*}
- Vid profylax av recidiverande DVT och LE uppvisade Eliquis® signifikant **bättre effekt** och **jämförbart antal allvarliga blödningar** mot placebo^{1#}

* Behandling: Allvarlig blödning p<0,0001. Effekt på återkommande VTE/VTE-relaterad död p<0,0001 för non-inferiority.

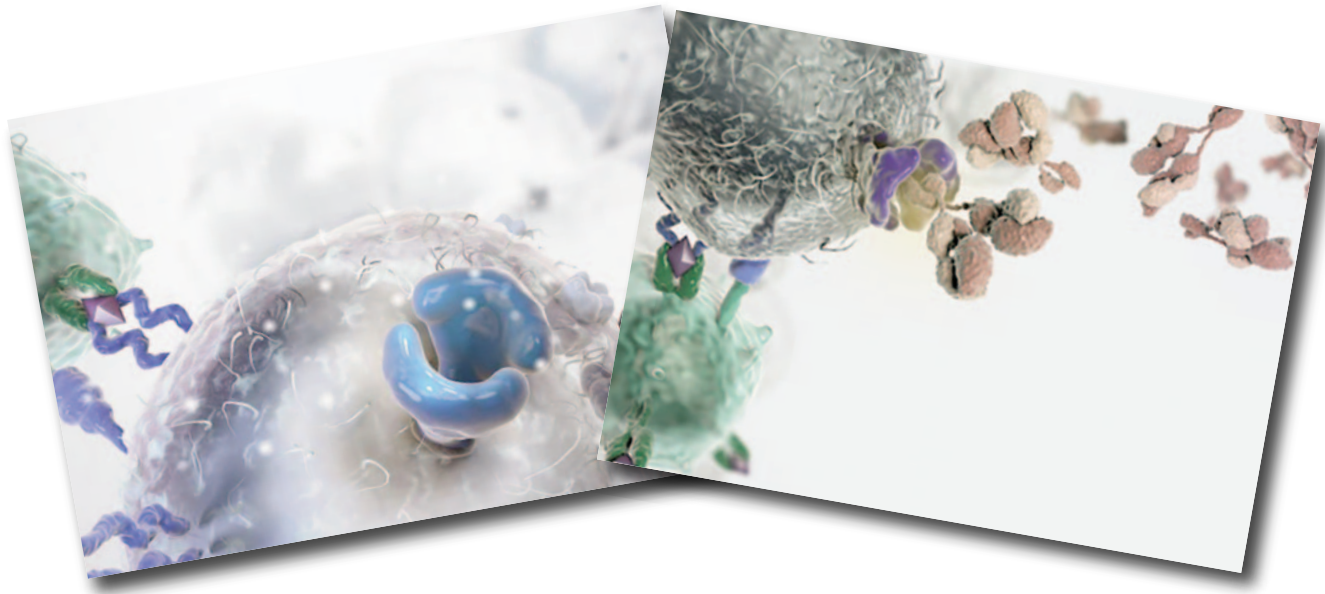
Profylax: Effekt på återkommande VTE/död oavsett orsak p<0,0001. Allvarlig blödning ej statistisk skillnad.

Ref: 1. Produktresumé för Eliquis®

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



Genetiskt modifierade T-celler är en teknik som förväntas växa. Men idag är behandlingarna dyra. Frågan är hur sjukvården ska klara att hantera de nya möjligheterna rättvist.
Bilder: Val Altounian/ScienceTranslational Medicine

CAR-T

Cellterapi som väcker enorma förhoppningar. Men första gången Gunilla Enblad hörde talas om den tänkte hon: "Det är fascinerande, men det kommer aldrig att fungera". Nu står hon själv i frontlinjen med två godkända läkemedel.

I nom medicinen har man länge förstått att immunsystemet kan fås att angripa cancer. År 1893 publicerade kirurgen William Coley resultat för tio patienter där han använt inducerade infektioner av rosfebervirus mot tumörer. American Cancer Society var dock skeptiskt och efterlyste mer forskning för att avgöra om metoden skulle användas på patienter.

– Metoden syftade till att en injektion av bakterier i tumören skulle locka till sig immunceller och att en del av dem skulle angripa cancerceller i stället

för bakterierna. Mutationer leder till att proteiner i cancercellerna ser lite annorlunda ut och att immuncellerna skulle uppleva dem som främmande och därför döda dem. Vi använder fortfarande en sådan metod vid urinblåsecancer där man sprutar in BCG för att irritera och skapa en immunaktivering i blåsan.

Det säger Gunilla Enblad, professor i onkologi vid Uppsala universitet och Akademiska sjukhuset.

Immunterapi tillhör numera de heta områdena inom medicinsk forskning och sjukvården. Området premierades

med Nobelpris i fysiologi eller medicin 2018, där forskning om faktorer som "bromsar och gasar" immunsystemet belönades. James P Allison och Tanuko Honjos arbete med så kallad immunologisk checkpointsblockad har lett fram till nya behandlingar med antikroppar mot PD1 och CTLA-4. Sådana läkemedel har till exempel dramatiskt förbättrat prognosen för patienter med malignt melanom.

– Det var ett väldigt bra Nobelpris.

Fortsättning nästa uppslag >>>



I Uppsala har man hittills behandlat 30 lymfompatienter med CAR. Patienterna saknade alternativ före CAR. "En del har levt i mer än ett år utan tecken på lymfom. Tanken svindlar, men vi har kanske botat dem", säger Gunilla Enblad.
Foto: Sten Erik Wreile-Jensen



Före Allison och Honjos upptäckter under 1990-talet av att immunsystemet har bromsar som måste kopplas bort för att immunsystemet ska angripa tumörceller, funderade vi mycket på varför man inte såg större effekter av vaccin och andra immunologiska metoder mot cancer. Så deras arbete var helt avgörande för den fortsatta utvecklingen. Visserligen kommer de nya läkemedlen inte att rädda alla patienter, men det är en stor framgång och inspirerar till fortsatt forskning. Nyttänkandet är att de nya läkemedlen inte riktar mot tumören utan mot immuncellerna. Jag har sett stora förbättringar hos flera av mina patienter och utan svåra biverkningar.

Tidigt i sin läkar- och forskargärning valde Gunilla Enblad mellan onkologi och hematologi.

– Lymfom blev då ett perfekt val för min forskning som kom att handla om relationer mellan cancerceller och lymfoceller i omgivningen. Då fanns tanken att immuncellerna hjälpte tumörcellerna att växa, hur mikromiljön stöder cancerutvecklingen. Då tänkte vi inte att immunsystemet kunde användas för att motarbeta tumörerna, säger hon.

Kring 2010 aktualiserade kollegan Angelica Loskog forskningen kring en ny form av cellterapi, CAR-T, som innebär att man från svårt sjuka patienter med leukemi eller lymfom extrahe- rade T-celler, modifierade dem i laboratorier varpå de modifierade T-cellerna återfördes till patienten. Angelica Loskog deltog i sådan forskning på Baylor College i Houston, USA i slutet av 00-talet.

Trots att det då fanns data för få patienter kunde man se potentialen. Patient efter patient med några veckor kvar att leva förbättrades efter CAR-T och effekten fanns ofta kvar i mer än ett år. Gunilla Enblad, Angelica Loskog och Hans Hagberg skrev ett protokoll och formulerade en första forskningsansökan

med om CAR-T. Ansökan lämnades in 2012 till Läkemedelsverket och efter godkännandet kunde studien inledas 2014.

– Det var modigt av Läkemedelsverket att godkänna vår ansökan för det var den första om CAR-T utanför USA. Jag har ofta hört från forskare i andra länder att de är imponerade av vårt arbete. Själva har de under lång tid haft svårt att få sina ansökningar godkända av sina myndigheter. I till exempel Heidelberg ville man börja samtidigt som vi i Uppsala, men där ligger de fyra, fem år efter oss – trots att de fått våra data.

Gunilla Enblad säger att en viktig förklaring till att forskningen kom snabbt igång i Uppsala handlar om Angelica Loskog.

– Hon är ett geni på att hantera myndigheternas krav. Med det sagt vill jag säga att det är otroligt viktigt med myndighetskrav som säkerställer att patienter inte skadas av forskningen, även när det handlar om mycket svårt sjuka personer med dålig prognos.

Ofta kan nya behandlingar mer uppfattas som science fiction än en behandling som kan ändra en förtida död i svår sjukdom till bot. Gunilla Enblad erinrar sig reaktionen när hon först hörde talas om CAR-T på möten om preklinisk forskning.

– Det var fascinerande men jag tänkte att ”det kommer aldrig att fungera”. Men nu står vi här. Två läkemedel är godkända för behandling av ALL, akut lymfatisk leukemi, hos barn och unga upp till 25 år samt lymfom. Man har varit mer försiktig med att registrera CAR-T för vuxna med ALL eftersom man tror biverkningarna kan vara värre hos vuxna.

CAR-T kan bli aktuellt även inom andra tumörformer.

– Inom myelom pågår stora studier med bra resultat så där kan det komma en indikation inom något år. Det pågår också forskning i tidiga skeden på gliom, melanom, äggstockscancer och andra solida tumörer.

Det är kraftfulla immunologiska processer inblandade. Det som bromsar inom många andra tumörformer är den så kallade antigenspecificiteten. Drar man igång en immunreaktion mot

något som till exempel uttrycks i en normal lunga får man en avstöttningsreaktion i lungan. När man använder CAR-T vid lymfom och leukemi är målet antigenet CD19 som uttrycks på alla normala B-lymfocyter. Därmed slås de ut hos patienten, men B-celler kan man klara sig utan till skillnad från T-celler. Slås de senare ut får man en hivliknande situation.

Gunilla Enblad påpekar att man mot bakgrund av de starka krafter som påverkas när man petar i immunsystemet måste bygga en gedigen grund i forskningen utifrån grundläggande immunologi. Många läkemedel går att testa i djurmodeller men inte CAR för människor – immunologin är för olika.

Gunilla Enblad är ordförande i Regionala cancercentrums, RCC, CAR-grupp.

– Vi tror definitivt att CAR är en teknik som kommer att växa och att man framöver kommer att använda metoden på alla universitetssjukhus. Det är inte minst en rättvisefråga att

metoden används på flera ställen. Det är också viktigt att kunskaperna sprids i landet, säger hon.

– Skulle vi veta att det högst handlar om 20 patienter per år vore det bäst att endast erbjuda det på ett par ställen, men om metoden håller vad den lovar blir det många fler. Dessutom används samma resurser som behövs för att behandla biverkningar hos CAR även för andra experimentella immunologiska metoder mot cancer, till exempel onkolytiska virus och nya antikroppar.

Så kunskapen om behandlingen måste spridas, liksom man informerar akutmottagningarna om hur de ska handlägga stamcellstransplanterade personer som kommer in akut.

Ibland så talas det mer om kostnader än om den medicinska potentialen hos nya metoder. CAR-T hör tveklöst till kategorin dyra läkemedel. Priset är drygt 3 miljoner kronor för en behandling. TLV, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, beräknar kostnaden per kvalitetsjusterat levnadsår till mellan

0,5 och 1,5 miljoner kronor.

Å andra sidan kan läkemedlet, om det botar en stor andel av patienterna innebära besparingar i framtiden eftersom det är en engångsbehandling. Eftersom det saknas långtidsuppföljningar är kunskapen om framtida besparingar osäker. SKL:s råd för nya metoder, NT-rådet rekommenderar landstingen att avvakta med att börja använda de båda CAR-T-läkemedlen Yescarta och Kymriah tills rådets utvärdering är klar.

– Både Kymriah och Yescarta utvärderas just nu hos NT-rådet och de har ännu inte beslutat om de kommer att rekommendera dem. Analyser av kostnader versus nytta pågår alltså fortfarande i landet. Jag tycker det är svårt att uttala mig innan vi vet var priset faktiskt landar. Vi har myndigheter som sköter detta på ett utmärkt sätt! säger Gunilla Enblad.

Hittills har CAR-T varit en sista-handsmetod när annan behandling inte hjälpt. Ungefär två av tre patienter med

aggressiva storcelliga B-cellslymfom botas med första linjens cytostatika. Den andra linjen är stamcellstransplantation och CAR-T-behandling den tredje linjen.

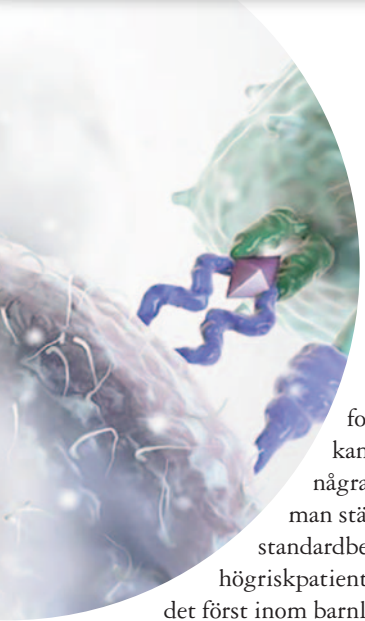
Mot bakgrund av goda resultat för CAR-T drivs nu studier där man lottar mellan stamcellstransplantation och CAR-T efter det första återfallet.

– Vi är med i en internationell studie och har i princip inkluderat vår första patient. Redan är mer än 220 av 350 patienter inkluderade och den kommer att vara klar i år. Utvärdering kommer efter ett år. Sannolikt får vi bättre effekt ju tidigare i sjukdomsförloppet CAR sätts in. Immunsystemet är mer alert liksom patienten vilket talar för bättre prognos. En utveckling som ytterligare kan vässa CAR är att man sätter en självmordsgen i CAR-T-cellerna. Då skulle man kunna stänga av CAR-cellerna när de gjort jobbet mot tumören.

Fortsättning nästa uppslag >>>



Att forskningen kom igång så snabbt i Uppsala är till största delen kollegan Angelica Loskogs förtjänst, säger Gunilla Enblad, som även berömmar Läkemedelsverket som visade stort mod då man godkände deras forskningsansökan så tidigt.
Foto: Sten Erik Wreile-Jensen



Fortfarande är dock vägen lång tills CAR kan bli en standardbehandling och förstahandsalternativ.

– Men om det fortsätter att gå bra kan vi kanske inom några år göra studier där man ställer CAR mot standardbehandlingen för högriskpatienter. Sannolikt sker det först inom barnleukemier.

I Uppsala har man hittills behandlat 30 lymfompatienter med CAR. Patienterna saknade alternativ före CAR.

– En del har levt i mer än ett år utan tecken på lymfom. Tanken svindlar, men vi har kanske botat dem. Att kunna erbjuda botande behandling utan svåra biverkningar vore helt fantastiskt. Det vore nästan som det som har hänt för patienter med kronisk myeloisk leukemi, KML, som innan Glivec lanse-

rades hade stamcellstransplantation som sista alternativ. Nu får de tabletter i stället efter diagnosen och kan leva som före sjukdomen.

Det finns många olika spår för den immunologiska forskningen framöver. Ett av de möjligen mer oväntade är att våra tarmbakterier kanske i framtiden kommer att användas inom immunterapin. Forskning har exempelvis visat hur de påverkar utfallet av immunterapi. Förekomst av vissa bakteriearter hos en patient kan försämra, eller förbättra, effekten av både PD1-hämmare och CAR-T.

Gunilla Enblad konstaterar att när det kommer till kunskaper om hur tarmfloran interagerar med immunsystemet har vi bara börjat skrapa på ytan. Här behövs mer forskning så att man förstår vad som händer.

– Anta att en cancerpatient som står på PD1-hämmare behandlas med antibiotika mot en infektion. Antibiotika slår ut en del av tarmbakterierna och sedan får patienten sämre effekt av PD1-

läkemedlet. Där kan man fundera på om man kan extrapolera detta även till andra patienter och sjukdomar. Ska vi kanske anpassa immunterapin efter patientens tarmflora? Eller ska vi ge patienter kapslar med ”goda” tarmbakterier före immunterapin?

Sten Erik Wreile-Jensen

Fotnot:

▼ Efter att intervjun med Gunilla Enblad färdigställdes offentliggjordes NT-rådets rekommendation om CAR-T-läkemedel.

”Kymriah kan användas till pediatrika och unga vuxna patienter upp till 25 års ålder med akut lymfatisk B-cellsleukemi (B-ALL) som är refraktär, recidiverande efter transplantation, eller vid andra eller senare recidiv.”

Vidare rekommenderas regionerna att ”avvakta med användning av Kymriah vid diffust storcelligt B-cellslymfom (DLBCL) till dess att NT-rådet har genomfört en sammanvägd bedömning av behandlingens värde utifrån den etiska plattformen för prioritering.”

”AI kan förkorta vårddköerna”

Artificiell intelligens kan framöver bidra till att på ett effektivt sätt förkorta vårddköer i Sverige. Men det krävs att nya forskningsresultat snabbt verkligen kommer till användning.

▼ Det framhåller Thomas Floberg, ansvarig för hälsa och sjukvård på Microsoft.

Ett allt större antal sjukhus och vårdorganisationer på olika håll i världen etablerar teknik för att direkt kunna se och förutsäga exempelvis inflödet till en akutmottagning eller belastningen på en avdelning.

På Vitalis i Göteborg presenterades framgångsrika projekt i Europa, däribland i

Skottland, som illustrerade hur artificiell intelligens och sakernas internet (Internet of Things), alltså föremål med internetuppkoppling som kan styras eller utbyta data över nätet, kan användas för att assistera vårdpersonal och effektivisera vården.

– Man gör fantastiska forskningsrapporter. Men man behöver ta stegen från forskningsresultat till riktiga implementationer inom

vården. Då kommer vi också ha större chans att hitta orsaken till sällsynta sjukdomar, vårddköer och allting där emellan, säger han.

Magnus Littorin, lösningsspecialist inom data och artificiell intelligens med fokus på hälso- och sjukvård på Microsoft, instämmer.

– Det handlar mycket om att skapa smarta vårdflöden. Ett problem är att patienter beskriver sina problem 15 gånger i vårdflödet. Botar (program som förstår vad vi säger och skriver. reds anm) kan vara ett otroligt effektivt sätt att samla informationen på ett smart sätt, så att varje instans vet vad patienten har problem med direkt. Det

behöver inte repeteras. Med enkla medel kan man utveckla detta, säger han.

– AI handlar i det här fallet om att botarna ska förstå vad patienten faktiskt säger, och översätta det till ett språk som vårdgivaren kan tolka. Vi ser flera spännande partnerlösningar kring det här.

När skulle det kunna vara implementerat på bred front, om du får tänka fritt?

– Det är otroligt svårt att sja om. En hel del av detta påverkas givetvis av våra juridiska förutsättningar att spara och dela data som vi har i Sverige.

Adam Öhman

HRG's Temadagar

Stockholm - 17/10 • **Malmö - 07/10** • **Umeå - 24/10**
Svenska Läkaresällskapet Konferensservice Malmö Rådhusets Rex festsal

En fallorienterad temadag med HjärtRytGruppen

09.30-10.00	Registrering & Kaffe		
10.00-10.05	Inledning Tord Juhlin, Nathalia Landström, Anette Jemtrén	14.00-14.30	Svimning-när behövs kardiologen? Malmö: David Mörtsell Stockholm: Viveka Frykman Umeå: Milos Kesek
10.05-11.00	SVT-utredning och behandling-nya guidelines Malmö: Anna Egerstedt/ Farzad Vahedi Stockholm: Tord Juhlin/ Dritan Poci Umeå: Tord Juhlin/ Nathalia Landström	14.30-15.00	Kaffe
11.00-11.05	Bensträckare	15.00-15.30	Syncopemottagning /Svimningsskola Malmö: Viktor Hamrefors Stockholm, Umeå: Arthur Fedorowski
11.05-12.00	Arytmier under graviditet Malmö: David Mörtsell/Anneli Svensson Stockholm Umeå: Helena Malmborg/Anneli Svensson	15.30-16.00	Sammanfattande fall Malmö: Tord Juhlin Stockholm, Umeå: Alessio Ciubine
12.00-13.00	Lunch		
13.00-13.30	Svimning på akuten-utredning och riskvärdering Malmö, Stockholm, Umeå: Anette Jemtrén	16.00-16.10	Avslutning Malmö: Tord Juhlin Stockholm: Anette Jemtrén Umeå: Nathalia Landström
13.30-14.00	Svimning-när behövs neurologen? Malmö: Tryggve Karlsson Stockholm, Umeå: Anders Nilsson		

Bromsklossarna som hindrar digital utveckling

Tröga förvaltningar, chefsorganisationer och kulturen inom vården. Frågan om vad som är den största bromsklossen för den digitala utvecklingen inom vården väckte debatt på Vitalis.

Nya lvo-granskningar av digitala vårdgivare

▼ Inspektionen för vård och omsorg, lvo, väntas om inte alltför länge fatta nya tillsynsbeslut om digitala aktörer och nätläkare.

Sedan 2016 har myndigheten fått in ett 30-tal klagomål om de hundratals digitala aktörer som finns i dag. I ungefär en tredjedel av fallen har utredningarna visat förekomster av brister.

Närmast ska lvo granska 15 digitala vårdgivare, samt sex fall i vilka vårdgivaransvaret är otydligt.

– Ett dilemma är att veta var man ska vända sig i den traditionella vården om man har en idé. Vanligtvis vänder man sig till sin närmaste chef. Chefsorganisationen kan vara ett stort hinder, om inte den enskilda chefen är intresserad av e-hälsa, säger Sofia Gerward, kardiolog och sektionschef, VO Akut-sjukvård och internmedicin, Region Skåne, och projektledare vid Innovation Skåne.

Daniel Forslund (L), biträdande regionråd och ordförande för innovations- och utvecklingsutskottet i Region Stockholm, ser i stället två andra huvudsakliga bromsklossar. Den ena handlar om en form av tröghet på förvaltningar.

– Vi har många fantastiska tjänstemän i Stockholm, men det är ofta på

tjänstemannanivå som det tar stopp. Våra regelverk och arbetssätt är inte byggda för att främja innovationer. Bara ordet förvaltning säger vad det handlar om – förvaltningar förvaltar. Här skulle man kunna tillägga att vi politiker har gett dem fel mandat, säger han.

Den andra handlar om kulturen inom hälso- och sjukvården, mer allmänt.

Henrik Kangro, medicinskt ledningsansvarig läkare på Min Doktor, är inne på en liknande linje.

– Min erfarenhet från sjukhusen som jag har varit på är att det finns massor med kreativitet på avdelningarna, men det måste också finnas en omgivning som uppmuntrar det. Det gör det tyvärr i regel inte.

Adam Öhman

”Bredda debatten om digitala vårdmöten till sjukhusvården”

▼ Fler och fler vårdgivare inom den offentliga och privata sektorn erbjuder digitala vårdmöten. Det faktum att merparten av mötena sker genom besök vid tillfällig sjukdom påverkar givetvis hur debatten om det digitala vårdmötenets möjligheter tar sig uttryck.

I en paneldiskussion med företrädare för Karolinska universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen, RISE, Research Institute of Sweden, och Ung Cancer ställdes frågan om det verkligen är inom primärvården som vi bör leta de stora vinsterna.

I debatten framhölls i stället argument för att det är dags att flytta fokus till specialist-sjukvården på sjukhus, där de stora behoven och kostnaderna finns. Inte minst diskuterades hur digitala vårdmöten kan bidra till att göra sjukhusvården säkrare och bättre.

Adam Öhman

Mer information och anmälan
WWW.HRG.NU



- Flera länder och delstater i USA har under 2000-talet infört dödshjälp och antalet som får dödshjälp på ställen där detta är tillåtet tenderar att öka.
- Frågan leder återkommande till känslomässigt laddade debatter, nu senast under våren. Motståndarna är dock i majoritet i sju av åtta riksdagspartier.

- Men vilka är argumenten för och emot dödshjälp?
- Innebär ett ja till dödshjälp en risk för "ett sluttande plan"? Och vad skulle ett ja innebära för läkarrollen?
- Sjukhusläkaren har intervjuat förespråkare och motståndare till dödshjälp.

Vad talar för och emot dödshjälp?

Läkarförbundet

▼ Läkarförbundet framhåller att dödshjälp skulle omdefiniera läkarens yrkesroll, att patienten visserligen har långtgående självbestämmanderätt vid livets slutskede, men att den inte är oändlig när andra är involverade, i det här fallet läkare, samt att patienter inte ska behöva tvivla på att sjukvårdspersonalen alltid ska försöka bota, lindra och trösta.

Förbundet har också flaggat för risken som brukar kallas det "sluttande planet". Det vill säga att dödshjälp med tiden omfattar en allt större grupp patienter.

– Det finns flera tunga argument emot dödshjälp. Dödshjälp är en oåterkallelig



handling som man inte kan göra om. Det finns ingen väg tillbaka, säger Elin

Karlsson, ledamot i Läkarförbundets förbundsstyrelse och andre vice ordförande i styrelsen för Sjukhusläkarna.

Hon menar att det finns en risk att man börjar värdera människoliv.

– Vilka liv är värda att leva? Vad gör att man ska få dö med hjälp av vården? Vilket liv ska få fortsätta? Den typen

av frågor öppnar upp för värderingar som är djupt olämpliga. Grundläggande inom läkaretiken är alla människors lika värde, och att vi läkare utifrån individens behov ska stötta och behandla på bästa sätt, säger Elin Karlsson, som tidigare har varit ordförande i Läkarförbundets etik- och ansvarsråd.

Torsten Mossberg, ledamot i Läkarförbundets

förbundsstyrelse och etik- och ansvarsrådet, tycker att man ska

vara försiktig när man tolkar enkäter om attityder i fråga om dödshjälp.

– De enkäter som gjorts förenklar sakfrågan mycket. Visst vill vi alla ha självbestämmande. Vi vill inte lida och det är lätt att kryssa i den rutan när man är frisk. Min erfarenhet är att när en människas livssituation begränsas på grund av sjukdom, smärta och handikapp finns det ofta kvar en mycket stark önskan om att få leva, säger han.

– Så siffrorna bör tolkas med försiktighet och inte tas till intäkt för att införa till exempel läkarassisterat självmord.



Av Adam Öhman och Katarina Arnstad Elmlad



Foto: Martine Doucet

Föreningen Rätten till en värdig död

▼ Staffan Bergström,



professor i internationell hälsa vid Karolinska institutet och ordförande för Rätten

till en värdig död (RTVD):

– Jag vill definitivt kunna bestämma över mitt eget slut. Det måste vara överordnat läkarens etiska övertygelse.

Han tror att dödshjälp kommer att vara tillåtet i Sverige om 10 till 15 år.

– Vi läkare har ju inpräntat i oss att vi ska bota, lindra och rädda liv. I abortfrågan har vi gått från ett kompakt motstånd, som jag och många med mig tolkar som väsentligen religiöst betingat, till en ganska generell accept. På samma sätt kommer också dödshjälp att bli accepterat i Sverige med tiden. Det är min absoluta övertygelse.

Staffan Bergström har dock inte alltid varit en övertygad och hängiven dödshjälpsförespråkare. En händelse han bevitnade som ung nyutexaminerad läkare fick honom att tänka om.

– Det var en svårt cancer-sjuk tandläkare som låg för döden. För att få slut på sitt lidande tog han en sax och försökte klippa av en av slang-

arna som var kopplad till hans kropp med förhoppningen att detta skulle leda till luftemboli och omedelbar död. Men han misslyckades, och när jag såg den desperation han gav uttryck för och det kroppsspråk han förmedlade tänkte jag att "detta är en dålig omvårdnad i livets slutskede". Bilden av denne man har etsats sig fast, och där och då började jag förstå att "detta är så viktigt, och vi får inte svika de svårast sjuka", säger han.

Han tycker tonläget i Sverige är en aning för uppskruvat och att det inte är en fråga om antingen eller, dödshjälp eller palliativ vård.

– Ett typexempel på det är att använda termen "själv-mord" eller "mord" istället för "dödshjälp". Fem amerikanska läkarförbund har uttryckligen avvisat termen "suicide" istället för "physician-assisted death" (PAD). Det handlar trots allt om en väldigt liten andel mycket svårt sjuka patienter som skulle kunna komma ifråga för läkarassisterad dödshjälp. Vi har en rimligt bra palliativ vård i Sverige som klarar av att se till att majoriteten av alla döende får ett värdigt slut. RTVD verkar aktivt för att den palliativa vården ska bli allmänt tillgänglig och av ännu bättre kvalitet. Kvarstår

kanske några procent som den palliativa vården inte klarar av. Det är dem vi mår om, säger han.

I Oregon finns sedan mer än 20 år tillbaka Oregon-modellen, som tillämpar assisterat döende, under förutsättning att vissa kriterier är uppfyllda, däribland att läkaren är skyldig att informera om rätten till alternativ för dödshjälp, exempelvis hospice-vård. Det skulle krävas väldigt lite lagändringar för Sveriges del för att införa en lag som tillåter assisterat döende, till skillnad från eutanasi, menar Staffan Bergström.

– I Oregon riktas kritik mot läkarna att de är för strikta när de ska avgöra vem som ska få dödshjälp. Av alla som får läkemedel utskrivet är det bara drygt 60 procent som faktiskt använder det, men det är omvittnat att själva förskrivningen – tryggheten att ha läkemedlet tillhands i hemmet – allmänt uppfattas som en palliativ åtgärd. Endast fyra av tusen avlidna i Oregon under en 20-årsperiod fick dödshjälp, vilket tydligt visar att den palliativa vården klarar av att ge smärt- och ångestlindring vid livets slutskede till nästan alla döende, säger Staffan Bergström.

SVEN ROMÁN



▼ Sven Román, barn- och ungdomspsykiatriker, ser flera påtagliga risker med Oregon-modellen (Se faktaruta nästa sida) som är den modell som främst stått i fokus i den svenska debatten.

Träffsäkerheten för att bedöma om en person har högst sex månader kvar att leva är cirka 90 procent – det medför att åtskilliga personer

som har fått dödshjälp i Oregon har fått det på felaktiga grunder, säger han.

– En felmarginal på 10 procent är givetvis inte godtagbar. Med samma höga krav på användningen av dödshjälp som på nya läkemedel skulle vi aldrig legalisera dödshjälp, säger han.

Ett annat starkt argument emot är, enligt Sven Román,

att personer med psykiatriska tillstånd kan få dödshjälp, om de bedöms vara beslutskapabla.

– Det är helt obegripligt.

Som psykiatriker möter jag ofta personer som inte längre vill leva, och jag och mina kollegor utgår alltid från att patienterna har ett behandlingsbart tillstånd. Så är det i praktiken.

PC JERSILD

▼ Läkaren och författaren PC Jersild tycker att Oregonmodellen som har varit i gång i cirka 20 år fungerar på ett sätt som man kan förvänta sig.

– Det skulle kunna vara ett alternativ för Sverige. Jag anser att 90 procent är en ganska hög träffsäkerhet. Man kan inte skrota hela modellen bara för att några hade kunnat leva i sju eller åtta månader, säger han.

– Man måste ha klart

för sig vilka människor vi talar om. Alla som ska dö är mer eller mindre deprimerade, men vi talar om personer som är fullt kapabla att fatta sina egna beslut. För läkarnas del ska det givetvis vara frivilligt att vara behjälplig.

PC Jersild säger att det är uppenbart att det rör på sig internationellt, samt att Läkarförbundet borde göra en enkätundersökning för att se hur attityderna bland läkare ser ut i dag.



JOHAN FROSTEGÅRD

▼ Johan Frostegård, överläkare och medicinprofessor vid Karolinska institutet, är sedan länge stark motstånd-



dare mot alla former av dödshjälp och betonar påtagliga risker med dödshjälp.

– Vi har sjukvård i dag som till stora delar styrs av ekonomism, snarare än av läkarprofessionen. Dödshjälp skulle i praktiken vara lönsamt. Det är en aspekt som är oerhört stark i sammanhanget, säger han.

– Argumentet om smärta, som ofta framhålls av förespråkarna, är ganska svagt. I dag får man ju till och med ge terminal sederter. Det finns god tillgång till smärtlindring.

Johan Frostegård, som är aktuell med romanen "Det nya sjukhuset" i vilken han väver in frågor om dödshjälp, framhåller att många som vill ha dödshjälp i själva verket åberopar en rad andra skäl, däribland att de inte vill ligga omgivningen till last.

Enligt en rapport från Statens medicinsk-etiska råd (Smer) om dödshjälp från 2017 är de vanligaste skälen att begära dödshjälp i Oregon och Washington att man vill undvika värdighetsförlust, förlust av oberoende i livets slutskede och låg livs-

kvalitet. Svåra symtom är inte lika vanligt som skäl.

– Det finns risker med "det sluttande planet", att man utvidgar vilka som får dödshjälp. I Holland har man kunnat se sådana tendenser. Det tycker jag är ytterst oroväckande. Inte minst äldre sjuka ensamma kvinnor med låg pension i Sverige kan känna att de ligger andra till last. Det är också ytterst oroväckande att vissa debattörer anser att psykiskt sjuka ska kunna få dödshjälp, vilket också sker bland annat i Holland.

Opinionen och lagarna i olika länder

▼ Under de senaste två decennierna har flera länder och amerikanska delstater legaliserat dödshjälp, däribland Colombia, Belgien, Kanada och Nederländerna respektive delstaterna Kalifornien, New Jersey, Vermont och Washington.

Ett ökat antal som får dödshjälp har kunnat observeras på flera håll i Europa och i amerikanska delstater, där olika former av dödshjälp är tillåtet, däribland i Schweiz där det har skett en markant ökning av assisterat dödande de senaste 15 åren, enligt en vetenskaplig artikel som förra året publicerades i BMJ Open.

Stödet för dödshjälp är stort hos den svenska befolkningen, enligt opinionsundersökningar. Främst vad gäller terminalt sjuka personer. Stödet för patienter som inte är dödligt sjuka är i regel mindre. Det framgår av Statens medicinsk-etiska råds kunskaps-sammanställning från 2017. Stödet bland läkare är lägre än i befolkningen, enligt en avhandling som lades fram för några år sedan.

I vårt grannland Norge är assisterat dödande

olagligt, men en majoritet av norrmännen är för en legalisering. I likhet med i Sverige ser dock attityderna bland läkare annorlunda ut.

I början av 1990-talet gjordes en enkätstudie som framhöll att majoriteten av norska läkare var emot assisterat dödande. Enligt en vetenskaplig artikel, som publicerades i Tidskriftet i januari i år, tyder resultaten från en uppföljande studie emellertid på att fler läkare än tidigare är för en legalisering i särskilda fall. Endast en relativt liten andel är dock villig att bidra till assisterat dödande för egen del.

Det är inte vattentäta skott mellan studierna, och det förekommer vissa metodologiska problem, vilket forskarna också påpekar, men de framhåller ändå de övergripande tendenserna.

I Storbritannien lättade Royal College of Physicians tidigare i år på sitt uttryckliga motstånd mot att ändra lagen och legalisera assisterat dödande och intog i stället en neutral hållning, efter en enkätundersökning med cirka 7 000 läkare i Storbritannien.

FAKTA OM EUTANASI OCH ASSISTERAT DÖENDE

En läkare som skriver ut läkemedel för assisterat dödande riskerar att bli av med sin legitimation

▼ Statens medicinsk-etiska råd (Smer) definierar dödshjälp som en insats som ges efter ett uttryckligt önskemål från patienten där avsikten är att insatsen ska orsaka patientens död. Smer klassificerar vidare de fall patientens läkare utför den avgörande handlingen som leder till patientens död som eutanasi.

I de fall patienten själv utför den avgörande handlingen kallas det för assisterat dödande.

I Sjukhusläkarens reportage används dessa definitioner.

Assisterat dödande kallas emellanåt för läkar-assisterat självmord.

Patienter i Sverige har möjlighet att avböja livsuppehållande behandling, i de fall de anses ha kapacitet att ta väl avvägda beslut om sin

vård. Det är sedan lång tid tillbaka accepterat att avbryta livsuppehållande behandling i de fall patienterna inte anses ha nytta av behandlingen, när vården enbart medför ett utdraget lidande.

En läkare som ger en patient eutanasi riskerar åtal. Däremot är inte medhjälp till självmord en brottslig handling, enligt svensk lag.

Enligt patientsäkerhetslagen ska läkare arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. En läkare som skriver ut läkemedel för assisterat dödande riskerar att bli av med sin legitimation.

Källa: Smer, Sjukhusläkaren.

28 svenskar har fått dödshjälp i Schweiz sedan 2008

▼ I Schweiz finns tre privata dödshjälpskliniker som tar emot utländska medborgare under förutsättning att verksamheten inte är vinstdrivande, Dignitas, Life Circle och Ex International.

Förra året reste sex svenskar till Dignitas och två till Life Circle för att få hjälp med att avsluta sina liv genom assisterat dödande.

År	Personer
2008	2
2009	2
2010	0
2011	3
2012	0
2013	2
2014	2
2015	3
2016	3
2017	3
2018	8

Så fungerar de olika modellerna

Oregonmodellen:

▼ På senare år har Oregonmodellen, som enkelt uttryckt tillämpar assisterat dödande, främst stått i fokus i den svenska debatten.

Enligt Oregonmodellen måste patienten vara terminalt sjuk; personen ska enligt medicinsk bedömning ha högst sex månader kvar att leva.

Oregonmodellen används i några amerikanska delstater, däribland Kalifornien och just Oregon.

Beneluxmodellen:

▼ Godkänner både assisterat dödande och eutanasi.

Beneluxmodellen ställer inga krav på att patienten måste vara terminalt sjuk. I stället är det lidandet som står i fokus, som ska vara olidligt.

Beneluxmodellen används i Nederländerna, Luxemburg och Belgien.

Andra modeller:

▼ Vissa länder, som har legaliserat dödshjälp, följer emellertid inte dessa modeller. I Kanada och Colombia är eutanasi lagligt, men terminal sjukdom är en förutsättning. I Schweiz är i sin tur assisterat dödande accepterat, men patienterna måste däremot inte vara terminalt sjuka.

"Camilla kämpade och försökte med allt"

Anders Erikssons multisjuka sambo Camilla Lindskog valde att åka till Schweiz för att avsluta sitt liv. Paret tog avsked på en dödshjälps-klinik utanför Basel.

– Camilla kämpade och försökte med allt, men till slut såg hon ingen annan utväg, säger han.

▼ Anders Eriksson kommer ihåg första gången som han träffade Camilla Lindskog starkt. Det var den 11 november 2006, och de var ute och roade sig på Harrys i centrala Helsingborg. Hon dansade full av energi. Glad och framåt, närmast lysande.

– Hon var så vacker. Hon bjöd upp mig, och vi dansade under kvällen. Vi hade oerhört roligt.

När klockan slog tolv lutade hon sig mot honom och berättade att det var hennes födelsedag. Hon fyllde 41 år.

– Det var där allting började. Jag kände på en gång att jag ville vara med henne så mycket som möjligt. Vi hörde ihop på något sätt. Sen blev saker och ting inte som vi hade tänkt... Det känns viktigt att berätta min historia, Camillas historia.

Anders Eriksson sitter vid köksbordet hemma i lägenheten i Berga i norra Helsingborg. Han tittar mot ett porträtt på Camilla Lindskog som står på ett bord i borte delen av rummet. Hon ler på bilden, till synes bekymmersfritt.

Efter att paret hade dejtat ett tag berättade Camilla Lindskog för honom om sin sjukdomsbild. Hon led sedan tonåren av svår epilepsi och hade en godartad tumör i hjärnan. Hon hade provat en mängd mediciner och hade opererats fyra gånger, men kunde inte arbeta på grund av de täta anfallen. Lägg därtill en rad andra åkommor och problem, från nedsatt syn och benskörhet till olika allergier.

– Hon var allt annat än bitter. Hon var aktiv och driftig, och tog för sig av livet. Hon var så full av liv, och hade en underbar humor. Jag kunde knappt

fatta att jag hade träffat en sådan underbar kvinna!

Hennes situation försämrades dock kraftigt 2015. Hon drabbades av ME/CFS, kroniskt trötthetssyndrom, som klassificeras som en neurologisk sjukdom enligt Världshälsoorganisationen WHO. På kort tid blev hon allt sämre: ständig migrän, trötthet, problem med balansen, värk i kroppen och en brännande känsla i huden. Snart låg hon hela dagarna i parets sovrum, med hörselkåpor på sig och persiennerna neddragna för fönstret.

Under långa perioder orkade hon inte träffa någon, bortsett från Anders Eriksson. Han skötte allting i hemmet vid sidan av sitt dagliga arbete på ett lager.

– Hon var ytterst känslig för ljud och ljus. Ibland orkade hon inte ens prata i telefon. All kontakt sköttes via mig.

När Anders Eriksson kom hem från jobbet på eftermiddagarna lade han sig ofta bredvid Camilla i sängen. De kunde ligga och hålla om varandra i timmar.

– Jag kände en stark oro. Jag tänkte hela dagarna på hur hon låg där ensam i sängen. Det var inte värdigt, säger han.

Under kortare perioder när Camilla Lindskog kände sig bättre sökte paret hjälp. Hon inledde bland annat en kostsam behandling i Stavanger, men ingenting hjälpte på allvar. I stället förvärrades situationen av de återkommande epilepsianfallen.

– Hon kände sig maktlös. Det fanns

ingen vård som hjälpte, och samtidigt fick hon allt fler kraftiga anfall. Det blev bara värre.

Kroniskt trötthetssyndrom är kontroversiellt, inte minst inom läkarkåren. Hur tänker du kring det?

– Problemet är att vården inte kan ge tillräckligt med hjälp i dag. Jag såg själv hur fruktansvärt illa Camilla mädde.

I en restaurang några hundra meter från Anders Erikssons lägenhet i Helsingborg arbetar Lotti Fäldt, kusin och nära vän till Camilla Lindskog. De växte upp några kvarter ifrån varandra, och följdes åt genom åren.

– Camilla var en stark person. Hon

försökte med allting, men ingenting fungerade. Hon hade en kombination av svåra sjukdomar som gjorde att hon påverkades i grunden. När hon började må lite bättre kunde hon få ett anfall, och då var hon tillbaka i gropen. Hon visste att även om det skulle komma en medicin som verkligen hjälpte henne, hade det inte fungerat. Kombinationen av allt hon led av gjorde att hennes situation blev helt omöjlig, säger hon.

Beslutet växte fram successivt för Camilla Lindskog. När hon för cirka tre år sedan berättade för Anders Eriksson att hon hade inlett en kontakt med en

Fortsättning nästa uppslag >>>



Den 25 april 2018 lämnade multisjuka Camilla Lindskog jordelivet vid en klinik utanför Basel i Schweiz.

Foto: Li Fernstedt

”Jag kan förstå att läkare inte vill skriva ut dödliga läkemedel, deras uppgift är ju att rädda liv. Men vad är alternativet?”

klinik i Schweiz i syfte att lämna jordelivet slog han först ifrån sig tanken. Är det sant? Menar du allvar? Med tiden accepterade han dock tanken, säger han. Den sjönk in.

– Jag älskade henne. Jag ville ge henne allt. Och hon kämpade verkligen...Men till slut såg hon ingen annan utväg, och med tiden släppte jag garden. Varje människa måste få bestämma över sitt eget liv. De sista åren var hon i praktiken levande död. Det går inte att beskriva det på något bättre sätt.

Beslutet följdes av en process med intyg, journalkopior, bedömningar och korrespondens. Anders Eriksson beskriver hur Life Circle, organisationen som svarade positivt på Camillas önskan, inte minst krävde intyg från psykiatriker som visade att hon inte var alkoholist, missbrukade droger eller på annat sätt inte var kapabel att fatta väl avvägda beslut.

I början av 2018 kom ett brev till adressen i Helsingborg. Datumet för ”the AD – the Assisted Death” var bestämt. Klartecknet baserades på Camillas samlade sjukdomsbild, inte på hennes ME/CFS, framhåller Anders Eriksson.

En tid senare, i slutet av april, åkte Camilla Lindskog, Anders Eriksson och Camillas mamma Rositha Lindskog till Basel i Schweiz. Camilla, som hade tagit avsked av sina nära hemma i Sverige, satt som så många gånger tidigare i rullstol med hörselkåpor, solglasögon och pyjamas under sin kappa.

– Dagarna nere i Basel var Camilla lugn och sansad hela tiden. Vi var väldigt nära varandra, och hade gott om tid att prata. Vi pratade gamla minnen och skrattade. Man kände inte närvaron av döden alls. Vi tänkte inte så, hur



Rositha Lindskog stod bakom dotterns beslut. Foto: Li Fernstedt

märkligt det än kan låta, säger Rositha Lindskog.

– Camillas sista år var mycket svåra. Jag var van att komma hem till henne och känna doften av mat och kaffe, att höra hur radion var på. Men på slutet var hon så sjuk att hon inte orkade någonting. Jag saknar henne enormt mycket, och känner en stor sorg, men jag stod bakom hennes beslut.

Anders Eriksson säger att Camilla Lindskog den sista tiden inte pratade om vad de hade kunnat göra annorlunda. I stället pratade de om kvällar när de hade varit och dansat, om en resa till New York, om kvällen på Harrys...

– Vi hade en galghumor på slutet. Hon älskade tv-serien Bonusfamiljen, och sa att hon ville se nästa säsong, men vi konstaterade att hon inte kunde göra

det. Vi skämtade om att hon skulle ringa till seriens producent och be honom leverera säsongen tidigare, och vad han skulle säga...

Frågan om dödshjälp är omtvistad och känsloladdad. Ser du i dag några problem med Camillas val, och ditt stöd till det valet?

– Jag tänker inte så. När hon hade bestämt sig, och beslutet väl hade sjunkit in... Hon var mycket, mycket sjuk. Jag ser inga problem med det, säger han.

– Om livet inte längre är ett liv, och döden närmar sig i vilket fall, om man har försökt att hitta andra utvägar med alla tänkbara medel, men ingenting fungerar – då måste man få bestämma över sitt eget liv. Det finns alldeles för många människor som tar sitt liv på egen hand, med allt vad det innebär. Men frågan om dödshjälp måste utredas ordentligt. När dagen är slut är det här en politisk fråga. Jag kan förstå att läkare inte vill skriva ut dödliga läkemedel och liknande. Deras uppgift är ju att rädda liv. Men vad är alternativet?

Klockan 10.09 den 25 april 2018 somnade Camilla Lindskog in. Det var över inom loppet av ett par minuter. Anders Eriksson och Rositha Lindskog fanns, tillsammans med två läkare och en representant för Life Circle, intill henne när hon tryckte på droppknappen med sömnmedlet. Efter att hon hade somnat in kom den lokala polisen och försäkrade sig om att allting var korrekt.

– Jag hade hoppats att vi skulle få uppleva mer tillsammans, men jag har valt att inte fokusera på det. Camilla lider inte längre, hon fick ett värdigt slut. Det är det som är viktigt.

Adam Öhman



Foto: Li Fernstedt

Så tycker partierna om dödshjälp



Vänsterpartiet

Vänsterpartiet anser inte att Sverige bör legalisera eutanasi eller assisterat dödande.

"Vänsterpartiet har noterat och tagit intryck både av förespråkarna och motståndarna och har landat i åsikten att partiet anser att eutanasi inte bör vara tillåtet.

Huvudargumenten för vårt ställningstagande är att hälso- och sjukvårdens uppgift är att bota, lindra och trösta. Att öppna upp för eutanasi står i motsättning till detta. Om sjukvården skulle erbjuda detta skulle det väcka många etiska frågor och principer som måste vägas mot varandra. Dessutom finns det i dagens palliativa vård väldigt bra metoder för att lindra ångest och smärta.

Assisterat dödande är inte samma sak som eutanasi, men är i gränslandet till det, varmed vi med samma argument säger nej även till detta."

▼ Vill partiet verka för att en parlamentarisk utredning, som tittar på för- och nackdelar med dödshjälp, ska tillsättas?

Nej.



Socialdemokraterna

Socialdemokraterna anser inte att Sverige bör legalisera eutanasi eller assisterat dödande.

▼ "Det finns risker med att legalisera dödshjälp. Patienten kan känna att den ligger både samhället och de anhöriga till last, att den borde välja att dö. Det finns också risk för att en legalisering minskar intresset för forskning om exempelvis smärtlindring vid svåra sjukdomstillstånd. Man måste även räkna med en risk för att den negativa synen på utsatta, funktionshindrade och sjuka människor förstärks. Förtroendet för vården kan minska när den aktivt medverkar till att avliva patienter."

▼ Vill partiet verka för att en parlamentarisk utredning, som tittar på för- och nackdelar med dödshjälp, ska tillsättas?

Nej.



Miljöpartiet

Miljöpartiet har ej tagit ställning till om partiet vill legalisera eutanasi eller assisterat dödande.

▼ "Detta är en svår etisk fråga, där individens rätt att i livets slutskede bestämma över sitt eget liv ligger i den ena vågskålen och risken för förskjutning av sjukvårdens ansvar, indirekt tvång och rädslan av att ligga sina anhöriga till last ligger i den andra.

Miljöpartiet har inte någon officiell linje i frågan annat än att partiets kongress har tagit ställning för att frågan ska utredas."

▼ Vill partiet verka för att en parlamentarisk utredning, som tittar på för- och nackdelar med dödshjälp, ska tillsättas?

Ja.



Moderaterna

Moderaterna anser inte att Sverige bör legalisera eutanasi eller assisterat dödande.

▼ "Moderaterna hyser stor respekt för att frågan om dödshjälp är komplex eftersom den ofta berör människor i en mycket svår situation. Ingen människa vill att ens nära och kära ska uppleva stor smärta och ångest. Moderaterna är emellertid inte för en legalisering av dödshjälp i Sverige. Samhället ska värna rätten till liv. Dödshjälp strider mot den principen. Dessutom ser Moderaterna att en legalisering av dödshjälp ofrånkomligen för med sig stora problem i tillämpningen, till exempel vad gäller avvägningar om frivillighet och den medicinska yrkesetiken."

▼ Vill partiet verka för att en parlamentarisk utredning, som tittar på för- och nackdelar med dödshjälp, ska tillsättas?

Nej.



Centerpartiet

Centerpartiet anser inte att Sverige bör legalisera eutanasi eller assisterat dödande.

▼ "Centerpartiet anser att eutanasi strider mot sjukvårdens etiska grundprinciper om att stå i livets tjänst, bota, lindra och trösta. Det står även i strid med den etik som samhället baseras på, nämligen att ingen har rätt att ta en annan människas liv.

Centerpartiet anser inte att det är rimligt att kräva av sjukvårdspersonal att medverka till självmord."

▼ Vill partiet verka för att en parlamentarisk utredning, som tittar på för- och nackdelar med dödshjälp, ska tillsättas?

Nej.



Liberalerna

Liberalerna anser inte att Sverige bör legalisera eutanasi eller assisterat dödande.

▼ "Frågor om livets början och livets slut är och ska vara stora och svåra frågor. Liberalerna anser därför att frågan om dödshjälp för döende människor skulle kräva breda samtal och djupa utredningar innan vi skulle ha möjlighet att som parti ta ställning.

Liberalerna anser att en patient ska ha rätt att välja att avsluta livsuppehållande behandling, och få så mycket lindring av smärta och ångest som är möjligt, inklusive palliativ sedering.

Däremot vill vi inte i dagsläget ta ställning för att tillåta eutanasi eller assisterat dödande. Ett beslut att dö går inte att ångra i efterhand.

Det är en svår fråga, både etiskt och praktiskt, och vi vill se en bredare samhällsdebatt om den, med brett deltagande från allmänheten, professioner och patientföreningar."

▼ Vill partiet verka för att en parlamentarisk utredning, som tittar på för- och nackdelar med dödshjälp, ska tillsättas?

Ja.



Kristdemokraterna

Kristdemokraterna anser inte att Sverige bör legalisera eutanasi eller assisterat dödande.

▼ "Kristdemokraterna vill fortsatt att det ska vara förbjudet. Vi anser inte att detta kan vara en del av sjukvårdens uppgifter; vilka handlar om att bota, lindra och trösta. Sjukvårdens uppgift är inte, och ska inte vara, något annat än att finnas där för att bota, trösta och lindra."

▼ Vill partiet verka för att en parlamentarisk utredning, som tittar på för- och nackdelar med dödshjälp, ska tillsättas?

Nej.



Sverigedemokraterna

Sverigedemokraterna anser inte att Sverige bör legalisera eutanasi eller assisterat dödande.

▼ Vill partiet verka för att en parlamentarisk utredning, som tittar på för- och nackdelar med dödshjälp, ska tillsättas?

Nej.

Arbetsmiljöverket riktar skarp kritik mot Akademiska sjukhuset

Akademiska sjukhuset får skarp kritik av Arbetsmiljöverket efter att ha inspekterat förhållandena på akuten på sjukhuset och bristen på vårdplatser.

▼ Anders Ringqvist, sektionschef på Arbetsmiljöverket, beskriver situationen som ytterst allvarlig.

– Det är för lite resurser och för stora krav. Sjukhusledningen och politikerna måste agera, säger han.

Anna Rask-Andersen, huvudskyddsombud för läkarna i Region Uppsala och ordförande för Sjukhusläkarna i Uppsala, skickade i slutet av mars en så kallad 6:6a-framställande till regionledningen och politiker. Hon krävde åtgärder för att få bukt på vad som beskrivs som allvarliga arbetsmiljöproblem kopplade till vårdplatsbristen och den överfulla akutmottagningen på Akademiska sjukhuset.

Anna Rask-Andersen är dock inte tillfreds med sjukvårdsstyrelsens och regiondirektörens besked. I slutet av april begärde hon därför att Arbetsmiljöverket skulle ingripa för att få till en ändring.

Hon beskriver i anmälan till myndigheten hur vårdplatsbristen har medfört stockningar av patienter på akutmottagningen. Arbetsbelastningen är så hög att läkarna inte har möjlighet att ta raster. Det förekommer också att läkare inte har tid att gå på toaletten.

– Det har förekommit att upp till 25 patienter legat i korridorerna på akuten och väntat på vårdplats på morgonen, och att ambulanserna inte har kunnat lämna av sina patienter. Det är mycket allvarligt. Vad skulle hända om det sker en stor olycka? Det är helt förfärligt. Jag saknar ord, säger Anna Rask-Andersen.

I skrivelsen betonar Anna Rask-Andersen att åtgärder krävs på sju

punkter. Hon anser inte minst att vårdplatser på Akademiska sjukhuset måste öppnas på en gång, att förbud införs mot att vårda patienter med beslut om inläggning i akutmottagningens lokaler, samt att sjukhusets uppdrag anpassas till resurserna. Anna Rask-Andersen framhåller att vissa patientgrupper måste prioriteras bort, och vidhåller kravet om att sjukhuset bör förstatligas.

– När pengarna inte räcker kan man inte bara säga att vi ska springa fortare. Det kommer den ena managementmetoden efter den andra, men det går inte att kräva att personalen ska göra mer med samma resurser, säger hon, och tillägger att akuten redan i dag tvingas prioritera bort patienter.

Anders Ringqvist, sektionschef på Arbetsmiljöverket, håller med om att situationen på akuten är allvarlig.

– Det är för lite resurser och för stora krav. Det är tydligt att det stockas upp på akuten, och det är inte hållbart. Sjukhusledningen och politikerna måste agera, oavsett vilket beslut som vi kommer fram till. Alla är överens om att det finns problem, men det är svårt att hitta snabba lösningar, säger han.

Företrädare för Arbetsmiljöverket träffade representanter från Akademiska sjukhuset, Läkarförbundet och Vårdförbundet i samband med en inspektion i början av maj. Bakgrunden till inspektionen var att även Vårdförbundet lämnat in en 6-6a-framställan.

Maria Lundvall-Sund, arbetsmiljöinspektör, var med på mötet.

– Det är ett problem som är svårlöst. Personalen kan inte påverka det här, den har ju inte mandat att se till att det finns fler platser på resten av sjukhuset. Det är ett stort bekymmer för hela Akademiska sjukhuset. För att kunna komma tillrätta måste frågan hanteras på högsta nivå.

UFFE HYLIN

**Stridbar läkare med
många strängar på sin lyra**

Uffe Hylin, överläkare i ortopedi vid Södersjukhuset och universitetslektor vid Karolinska institutet, brinner för utbildning – men påtagliga nackdelar med pensionsavtalet gör att han överväger att sluta undervisa, berättar han.

▼ Om det hade gått bättre på antagningsprovet till musiklektörprogrammet vid Musikhögskolan när Uffe Hylin sökte in under våren 1984 hade han med all säkerhet arbetat som musiklektör i dag. När brevet från högskolan, som gjorde klart att hans poäng tyvärr inte räckte till, damp ner i brevlådan i kollektivhuset i Hässelby började han dock fundera i nya banor.

– Alla andra som sökte in på utbildningen hade gått förberedande utbildningar, bara för att söka in. Rent logiskt hade jag kunnat fortsätta att kämpa och försöka igen, men jag tappade sugen.

Uffe Hylin arbetade vid denna tid på Friluftsmagasinet i centrala Stockholm, en butik med inriktning på natur och fritid. Verksamheten, som senare togs över av Naturkompaniet, gick emellertid trögt, och Uffe Hylin sökte sig vidare till Televerket. Tankarna på att studera vidare fanns emellertid kvar,

men i annorlunda skepnad. Efter en kortare tid på Socialhögskolan sökte han och blev antagen på läkarprogrammet vid Karolinska institutet. Han blev färdig 1994 och började jobba på sin nuvarande arbetsplats Södersjukhuset 1998 efter några år på Mälarsjukhuset i Eskilstuna.

Intresset för musik och pedagogik har inte desto mindre hela tiden levt kvar. Han disputerade på en avhandling om interprofessionell utbildning 2010 och fick en lektorstjänst på Karolinska institutet samma år.

– Jag har ett bra och roligt jobb. Jag trivs utmärkt med mina kollegor. Jag gillar egentligen det mesta: att operera, att möta patienter, att utvecklas. Samtidigt har jag ett stort intresse för pedagogik, och har aktivt sökt mig till lärartjänster.

Några månader efter att Uffe Hylin hade börjat arbeta på Södersjukhuset startades en klinisk utbildningsavdelning, KUA, på sjukhuset. På avdelningen får studenter från fyra utbildningar – blivande läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter – med hjälp av handledare i praktiken driva verksamheten. När avdelningen, som först var ett projekt på tre år innan den blev permanent, skulle utvärderas blev Uffe Hylin inkopplad.

Utvärderingsarbetet resulterade med tiden i hans avhandling, och interprofessionell utbildning blev hans undervisningsnisch.

– Vi vill att studenter ska lära sig att

arbeta tillsammans mot samma mål, vilket de också gör. Det är fantastiskt att se när samarbetena fungerar bra.

Växte upp i kollektivhus

Uffe Hylin, som är 57 år gammal, växte upp i Hässelby gård. Merparten av uppväxten bodde han tillsammans med sin mamma på Hässelby familjehotell, ett kollektivhus som byggdes år 1956. I samband med att allt fler kvinnor på 1950-talet kunde förvärvsarbeta etablerades hus med viss service för att under-

lätta hemmabestyren. I detta fall fick de boende, som i övrigt hyrde vanliga hyreslägenheter, tillgång till en gemensam matsal som dagligen serverade mat till förmånliga kostnader, samt en del annan service som städning.

När hyresvärderna vid mitten av 1970-talet avsåg att lägga ned restaurangverksamheten tog de boende över verksamheten i kooperativ form.

– Som barn i huset fick jag bra kontakt med andra barn, men också andra vuxna. Min mamma var ensamstå-

ende och jobbade som lärare och kunde inte vara hemma jämt, men då kunde jag koka middag med mina kompisar och deras föräldrar i stället. Min mormor och morfar flyttade också in i huset efter ett tag. Det fanns en gemenskap som inte finns i vanliga hus, vilket givetvis har präglat mig.

Uffe Hylins föräldrar skilde sig när han gick i lågstadiet. Hans pappa som arbetade i it-branschen, jobbade utomlands och kontakten med sonen hade blivit alltmer sporadisk. Han skickade

lite vykort vid födelsedagar, eventuellt, men inte mycket mer. Först när Uffe hade fyllt 18 år försökte de få en mer normal kontakt. Vid den tiden bodde pappan hemma i Sverige igen.

– Jag saknade pappa som barn, det gjorde jag, men jag hade många andra vuxna manliga förebilder runt omkring mig. Framför allt eftersom att jag bodde i kollektivhuset, men jag hade också

Fortsättning nästa uppslag >>>



Foto: Adam Öhman

nära kontakt med en av mina farbröder, säger han.

– Försöken att få en mer normal kontakt gick väl så där. Det blev aldrig riktigt bra...

Uffe Hylin lutar sig tillbaka i stolen på sitt arbetsrum på våning fyra i Södersjukhuset, som han delar med två arbetskamrater. Väggarna är till stor del klädda med böcker. På en mindre sidovägg, direkt till höger när man kommer in genom dörren, hänger två gitarrer: en elgitarr och en tolvsträngad akustisk gitarr. Dörren står på glänt, och ljudet från passerande hörs dovt i bakgrunden.

Hur har din pappas frånvaro påverkat dig, tror du?

– Det är svårt att säga. Jag hade lite trassligt i skolan i lågstadiet, och det är möjligt att en psykolog skulle säga att det berodde på skilsmässan. Men jag vet inte. Jag var, som sagt, en del av en stor gemenskap med många vuxna omkring mig och hade det ändå väldigt bra.

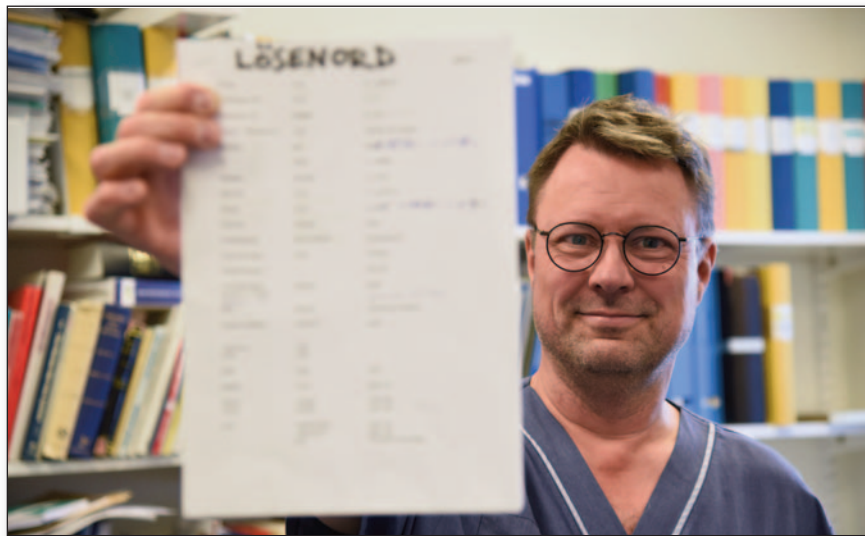
Musikintresset kom tidigt

Redan tidigt blev Uffe Hylin, som i dag bor med sin fru Sofia Hylin och deras fyra barn i Bromma, intresserad av musik. Det fanns som en naturlig del av familjens vardag. Både pappan och en av farbröderna var aktiva i Kårsdraget, en orkester vid Stockholms universitet, och han fick följa med på repetitioner innan han ens hade lärt sig att gå.

I dag tar sig musikintresset uttryck på flera sätt: Uffe Hylin är med i olika bandkonstellationer och spelar ofta vid exempelvis disputationer, klinikfester och midsommarfiranden. Huvudinstrumentet är gitarr, men han hanterar även trumpet, bas, dragspel och trummor med lätthet.

Hans musikvideor med satiriska och humoristiska inslag – till exempel "Narkosens fel" och "NKS – projektet utan vett och sans" – har fått stor respons.

– Musiken betyder mycket för mig. Dels finns en meditativ sida. Om jag vill lugna ner mig, ta en paus och rensa hjärnan, kan jag sätta mig och spela på egen hand. Dels finns en social sida. Det är otroligt kul att skapa i stunden till-



Uffe Hylin har tvingats skriva en lång lista med en form av koder som hjälper honom att komma ihåg alla lösenord som krävs för att han ska kunna jobba. Listan bär han med sig hela dagen.

Foto: Adam Öhman.

sammans med andra människor. Man lär känna sina egna förmågor, men också andra människor. Det är mycket glädje!

Trots att Uffe Hylin trivs med läkaryrket är han tydlig med att det finns påtagliga problem i hans yrkesvardag. Han är fackligt aktiv sedan cirka tre år tillbaka, är inne på sitt andra år som ledamot i styrelsen för Sjukhusläkarna Stockholm, och tvekar inte för att säga ifrån när han identifierar problem. Tvärtom.

It-krångel fördärvar arbetsmiljön

Ett problem, som Uffe Hylin nyligen uppmärksammade i Sjukhusläkaren, och som plockades upp av andra medier – däribland Expressen och TV4 Nyheterna – är allt teknik- och lösenordsstrul. Varje morgon tar det cirka två och en halv minut för honom att logga in på datorn på jobbet, en procedur som upprepas flera gånger under dagen i och med att han arbetar på olika avdelningar. Varje gång han byter dator – samma process med ungefär lika mycket tidsspill. Väl inne i datorn tvingas han att använda minst fjorton olika system med olika lösenordskrav. Sammanlagt tar alla inloggningar cirka en timme av Uffe Hylins betalda arbetstid – varje vecka, enligt hans egna beräkningar.

– Det är fruktansvärt irriterande. Det är ett evigt strul. Det borde bara krävas ett lösenord – det jag använder när jag

loggar in i datorn med mitt id-kort.

– Det finns en bred samstämmighet bland kollegorna, men även en uppgivenhet. Det är någon inom landstinget som har bestämt att det ska vara så här. Och IT-enheten är väldigt anonym.

Lösenorden måste också bytas med jämna mellanrum. Uffe Hylin har löst svårigheten med att komma ihåg alla lösenord genom att skriva upp dem i en lista, som han bär med sig under dagarna. Eller rättare sagt: Han har skrivit en lista med en form av koder, som hjälper honom att komma ihåg lösenorden.

– Jag blir så trött när jag tänker på allt krångel.

Region Stockholm meddelar att man är på gång med en lösning. I framtiden ska endast ett lösenord krävas för att få tillgång till alla system, i linje med Uffe Hylins önskemål. Men förändringen dröjer – det talas om cirka tre år. Grovt sett innebär det att Uffe Hylin, fram till dess, har förbrukat minst en månads arbetstid på strulet.

– Man kan ju säga att vi skulle kunna använda tiden till patienterna i stället, och det skulle man naturligtvis, men samtidigt är det väldigt upphackat, säger han.

– Det man tjänar vid en förändring är framför allt att vår arbetsmiljö blir mycket bättre. Det blir mindre stress.

Lösenorden är dock långt ifrån det enda it-relaterade krånglet som Uffe Hylin och hans kollegor irriterar sig på. Känslan är, enligt honom, att så fort det införs en ny elektronisk rutin blir det bestämt att ansvaret för den ska ligga på läkaren. Ett typexempel är röntgenremisser.

– De skrev man ju tidigare för hand. Men nu ska man göra det elektroniskt och det tar betydligt längre tid, säger Uffe Hylin.

– Det blir en tidstjuv, ett stressmoment, som drabbar arbetsmiljön.

Missar 8 000 - 10 000 kronor i månaden i pensionsersättning

Ett annat problem som verkligen engagerar Uffe Hylin är pensionerna för läkare som kombinerar kliniskt arbete med tjänster på universitet. I enlighet med gällande avtal räknas lönerna som

dessa läkare får från sjukhusen med i lönerna som de får från universiteten, man lägger helt enkelt ihop dem och baserar tjänstepensionen på det. Problemet är att ersättningen för jourtjänstgöringen inte tas med i beräkningen.

För Uffe Hylin, som arbetar en hel del jour, innebär det enligt egen uppgift att han kommer gå miste om 8 000 till 10 000 kronor i pension varje månad, jämfört med om jourersättningen hade räknats in. För andra, som jobbar mer jour, kan det alltså handla om betydligt mer.

Läkarförbundet har tryckt på för att få till en ändring, men har inte fått något gehör från Arbetsgivarverket.

– I det läget måste man hitta en lokal lösning. På något sätt måste man klara ut det här. Den sämsta lösningen vore att jag slutar som lektor och bara arbetar som läkare. Det vore dumt.

Är det uppe på bordet?

– Jag har en pågående diskussion med mina chefer om att vi måste lösa det här nu i år. Från och med nästa år börjar mina pensionspengar att räknas på allvar – jag har tio år kvar till pension – så nu börjar det här bli verkligt intressant. Sedan är det ju många kollegor som sitter i samma sits. Problemet är att många inte har en aning om det här.

Uffe Hylin säger att han älskar att kombinera det kliniska arbetet med jobbet på universitetet. Han vill absolut inte bli av med den pedagogiska delen, den som han har brunnit för sedan ung ålder.

– Jag vill verkligen inte sluta som lektor. Men någonstans finns en gräns för vad man kan tolerera.

Adam Öhman

När vården flyttar hem

Distansmonitorering av kroniskt sjuka

Patientens mätningar och rapportering blir omedelbart tillgängliga för vårdpersonalen. Kommunikation via text, foto och video. Patienten och behandlingen kan följas upp dagligen.

Verksamhetsstöd för effektiv översikt

Erbjuder ett effektivt, smidigt och lättarbetat it-stöd för olika former av vård i hemmet. Anpassade trendkruvor över mätvärden ger läkaren översikt över t ex vikt, blodtryck och extrafiltrerad volym för PD-patienter.

Vård på patientens villkor

Bättre inställd medicinering, Trygghet när personalen finns nära till hands. Färre oplanerade sjukhusbesök. Delaktighet i vården.

Effektivt för sjukvårdspersonalen

Effektiv överblick över många patienter. Alltid anpassad till den aktuella situationen med integrerade funktioner för planering, översikt, uppföljning, kommunikation, och hantering av utrustning både för patienter och personal.



itACiH AB

Medicon Village, Lund, itacih.se

CE-märkta it-säkra produkter

Digitaliserar vården där det gör mest nytta!



Sarah Jevrém brinner för att göra världen bättre

Tillsammans med tre kollegor driver Sarah Jevrém, biträdande överläkare vid Danderyds sjukhus och ledamot i Läkarförbundets förbundsstyrelse, ett projekt som handlar om att stötta och utbilda vårdpersonal vid ett sjukhus på Zanzibar.

▼ Mnazi Mmoja Hospital i Stone Town på Zanzibar som tillhör Tanzania är, i likhet med andra sjukhus i regionen, beroende av regelbundet läkarstöd från andra länder. Narkosläkaren Sarah Jevrém, som till vardags är verksam som biträdande överläkare och medicinskt ledningsansvarig på Gyn operation vid Danderyds sjukhus, driver med kolle-

gor Karl Löfström, Per Conradi och Madeleine Rådestad ett projekt, vars syfte är att bidra till att bryta sjukhusets beroende av hjälp utifrån. Mer konkret handlar det om att stötta personalen i dess försök att bli självförsörjande i fråga om anestesi och intensivvård.

Projektgruppen, som planerar ett besök på Zanzibar i början av hösten, ska dels utbilda och coacha

personalen, dels bidra genom sponsring. Tanken är att samla in pengar för att göra det möjligt för en av de lokala läkarna att gå en ST-utbildning i Uganda.

– Vi är lyhörda och lyssnar in vad de vill ha hjälp med. Vi åker inte ner med ett team och talar om för dem vad de behöver, vilka utbildningar de måste gå och vad de måste göra. Vi utgår från de behov som personalen beskriver, vad den tycker, säger Sarah Jevrém.

I början av juli åker Sarah Jevrém till Malawi och träffar företrädare för Life Support Foundation, en oberoende internationell organisation som arbetar för att motverka dödsfall på grund av livshotande omständigheter i låginkomstländer. Hennes plan är att ta lärdom av organisationens erfarenheter, men projektgruppen för också konkreta diskussioner med stiftelsen om möjliga samarbeten.

– De har gjort resan som vi vill göra, och jag vill ta del av deras kunskap. Vilka fall-gropar finns? Vilka lyckade projekt har de? Jag vill se hur de jobbar. Det är viktigt, särskilt om vi ska jobba tillsammans med dem.

Under våren var Sarah Jevrém i Honduras och jobbade med Operation Smile, som hjälper barn som föds med läpp-käk-gomspalt.

Nu blir hon ny krönikör i Sjukhusläkaren

Cirka 200 000 barn i världen föds varje år med läpp-, käk- eller gomspalt, enligt organisationen, som framhåller att ansiktsmissbildningar kan vara direkt livshotande, alternativt att de medför liv i utanförskap.

Vårdpersonalen screenade först 260 patienter under två dagar, innan det var dags för operationer under fem dagar, från morgon till kväll. Totalt opererades 160 barn.

– Det var en fantastisk insats från vår sida, om jag får säga det själv. Barnläkare, operatörer, tandläkare och narkosläkare – vi var många inblandade. Och det var tuffa dagar, men man vet att det bara rör sig om fem dagar, säger Sarah Jevrém.

– Det är inspirerande att hjälpa till. Operationerna innebär en dramatisk förbättring för barnen och deras familjer.

Några ordinarie operationssalar var det inte tal om. Den tredje dagen, innan operationerna drog i gång, gjorde Sarah Jevrém och hennes kollegor i ordning salarna med material från amerikanska containrar. Hon beskriver utrustningen som "basic", men fullgod för ändamålet.

– Det är ingen Rolls-Royce-anestesiapparat som man arbetar med. Det är enkla förhållanden. Men utrustningen i sig medför



– Vi är lyhörda och lyssnar in vad de vill ha hjälp med. Vi åker inte ner med ett team och talar om för dem vad de behöver, säger Sarah Jevrém.

Foto: Stefan Nilsson

inga risker, säger hon.

Var kommer ditt internationella engagemang ifrån, skulle du säga?

– Antingen har man det, eller inte, antar jag. Jag tycker om att hjälpa människor, att få bidra till en bättre värld. Det känns viktigt, säger hon.

– Mötet med människor är centralt för mig. Det ger mig otroligt mycket. Jag får energi av att se när andra människor växer och mår bättre.

Sarah Jevrém, som är ledamot i Läkarförbundets förbundsstyrelse, har mångårig facklig erfarenhet. Tidigare var hon ordförande för Nordvästra Götalands läkarförening. Två frågor som hon är särskilt engagerad i är organisation och ledarskap.

– Ledarskap präglar en hel klinik. Det sätter tonen för hur man ska arbeta, säger hon.

– Jag är en lagmänniska

och tycker att man ska jobba i team. Det är roligt att få coacha andra människor. Det går, vid närmare eftertanke, som något av en röd tråd genom all min verksamhet: det fackliga arbetet, mitt arbete som narkosläkare på Danderyds sjukhus och mitt arbete utomlands. Jag vill föregå med gott exempel. Det är min ledstjärna.

Nu ska Sarah Jevrém börja skriva för Sjukhusläkaren, vars läsare framöver

kan följa arbetet med projektet på Zanzibar på Sjukhusläkaren.se.

– Det känns fantastiskt roligt att skriva om det jag brinner för. Jag hoppas att jag kan inspirera mina läsare. Det är också ett sätt att coacha.

Adam Öhman

Läs Sara Jevréms kollegors första upplevelser på nästa uppslag >>>

EVA RYDBERG NÖJESPRODUKTION AB PRESENTERAR SOMMARENS SKRATTFEST MED

ALLAN SVENSSON & EVA RYDBERG I

VAR GOD DRÖJ!

En sjukhuskomedi i tiden.

Årets sjukaste och roligaste komedi!

Regi: Adde Malmberg

Evamaria Björk • Robert Rydberg • Siw Erixon • Johanna Wilson • Kalle Rydberg
Birgitta Rydberg • Fredrik Dolk • Petter Ahlfors • Mia Florberger m fl.

Fredriksdalsteatern, Helsingborg
14 juni - 11 augusti 2019
Biljetter bokar du på www.evarydberg.se

HÄR FINNS INTE EN ENDA NARKOSLÄKARE

Jag och tre av mina kollegor är i uppstarten av ett välgörenhetsprojekt i Stone Town på Zanzibar. I mitt första inlägg vill jag dela med mig tankar från två av dem, Kalle Löfström och Madeleine Rådestad. De är relativt nyligen hemkomna från Zanzibar där de har vistats i tre månader:

” En iskall januaridag lämnade vi Sverige. Vi och våra femåriga tvillingar skulle byta våra vardagsliv i Stockholm mot ett i Stone Town, Zanzibar. Planen var att under tre månader volontärarbeta som narkosläkare på sjukhuset Mnazi Mmoja. Mycket, eller snarare det mesta, var oklart och osäkert in i det sista; Var skulle vi bo? Skulle det ordna sig med jobbet?

Zanzibar, som är en del av Tanzania, har drygt en miljon invånare. Mnazi Mmoja är det största sjukhuset och är referenssjukhus för hela Zanzibar.

I Tanzania, med en befolkning på 57 miljoner finns det idag 43 lokala narkosläkare. På Zanzibar (Befolkning cirka 1,5 miljoner. Reds anm.) finns ingen. Anestesin på Mnazi Mmoja Hospital sköts av s.k. ”medical officers” som har ett till ett par års teoretiska studier. Arbetsuppgifterna och ansvaret är dock motsvarande en narkosläkares i Europa.

Väl på plats löste sig boende snabbt. Likaså dokumenten som krävdes för att få arbeta.

Vi blev varmt välkomnade på sjukhuset. Personalen tyckte vara genuint glada över att vi var där och vi kom snabbt in i arbetet. Vi slogs snart av att ingreppen och anestesiarbetet i sig till stor del är detsamma som hemma i Sverige, men att rutinerna, förutsättningsarna och framförallt resur-

serna skiljer sig enormt. Adekvat smärtlindring finns sällan att ge. Operationssalarna, instrumenten och inredningen är sliten och smutsig. Ingen tvål, ingen handsprit. De sterila instrumenten ligger inlindade i en duk på golvet. Avbitartången för ortopediska stift och skruvar kommer från järnhandeln och sprayas med lite sprit mellan ingreppen.

Vid anestesi används få läkemedel, de som för tillfället finns till hands. Monitoreringen är basal, uppvaket är enkelt och obemannat.

Elavbrott och andra störningar var vanliga. När syrgasen tog slut till exempel upphörde även anestesigasleveransen och man fick byta strategi.

Patientklientelet var i stort detsamma som hemma; appendektomier, frakturer, tonsillektomier, kejsarsnitt, tumörexcisioner och ileus men titt som tätt kom det in häpnadsväckande fall som man sällan står inför i Sverige.

En av skillnaderna är tidsförloppet. Levnadsstandarden för befolkningen är låg och livet är hårt.

Man söker inte sjukvård i onödan, en dags missat arbete är kostsamt. Det innebär att patienterna söker sent, långt mycket senare än vad vi är vana vid. Avsaknaden av ett fungerande ambulanssystem leder dessutom till en viss selektion; är man allt för skadad överlever man inte en transport på upp till fyra timmar in till sjukhuset.

En man hade efter en

konflikt fått halsen uppskuren från sida till sida ända in till luftstrupen. Mirakulöst nog var inga större kärl skadade så han kunde först ta sig hem där han övertalades att ta sig in till sjukhuset dit han kom cirka sex timmar efter angreppet.

Ett annat exempel var en kvinna, gravid i sjunde månaden. Buksmärtor gjorde att hon sökte upp en läkarstation där man konstaterade en extrauterin graviditet och att barnet dött. Två dagar senare opererades hon på Mnazi Mmoja. Peroperativt fann man en stor uterusruptur genom vilken barnet och placentan trängts ut i fri bukåla minst två dagar tidigare. Hon måste haft ont, men smärta var inget hon klagade över.

Inte heller klagade den 17-åriga pojke som hade fallit från ett träd och brutit båda underbenen, båda underarmarna, ena överarmen, ett antal revben och, vad som visade sig i samband med luftvägsbedömning; en bruten käke. Han sökte sjukvård dagen efter fallet och opererades ytterligare två dagar senare utan att ha fått någon smärtstillning alls i väntan på operation.

Vid sidan av det omtumlande men givande jobbet upplevde vi Stone Town som en härlig och charmig stad. Kärnan består av ett myller av små, trånga gränder. Människorna är otroligt vänliga och varma. På kvällarna, när hettan inte är lika kvävande, fylls gatorna med folk, gamla som unga. Man blir fort tjejis med grannarna i kvarteret, utbyter lite artighetsfraser på kiswahili och umgänget känns lättsamt och okomplicerat.

Vi hade tre otroliga månader och inser att vi har mycket att lära av kollegorna på Zanzibar samtidigt som vi tror oss kunna bidra med teoretisk kunskap och säkerhetstänk.

Det ska bli spännande att se om vi kan komma igång med ett kontinuerligt kunskapsutbyte med Mnazi Mmoja! ”

▼ Väl mött på Sjukhusläkaren.se där vi kommer att berätta om våra projekt och vårt eventuella samarbete med Life Support Foundation.

Sarah Jevrém.

VAD SKULLE DU SKRIVA UT TILL DIG SJÄLV?

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

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

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

Ref: 1. Produktresumé för Eliquis®



Eliquis® (apixaban) Rx. F. B01AF02. Filmdragerade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikationer hos vuxna: 1. Profylax av venös tromboembolism (VTEp) efter elektiv höft eller knäledsplastik. 2. Profylax av stroke och systemisk embolism (NVAf) vid icke-valvulärt förmaksflimmer med en eller flera riskfaktorer. 3. Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE). Förebyggande av återkommande DVT och LE. Eliquis® är kontraindicerat vid kliniskt signifikant pågående blödning och vid händelse eller tillstånd som ger betydande risk för större blödning. Eliquis® rekommenderas ej som ett alternativ till ofraktionerat heparin hos patienter med lungembolism som är hemodynamiskt instabila eller som kan komma att genomgå trombolys eller pulmonell embolektomi. Eliquis® rekommenderas ej vid CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys eller med mekanisk 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

SWE-P-145-1118-070387(a)