

Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 20.500 SjukhusSpecialister • UTGIVEN AV Sjukhusläkarna • NR 5/2021

SVERIGES REGIONERS VÅRDKRIS | DEL 2



- I förra numret avslöjade Sjukhusläkaren regionernas horribelt långa väntetider
- I det här numret har vi tittat på operationsstatistiken

150.000

färre operationer än normalt har utförts av
regionernas offentliga sjukvård under pandemin
– och operationsskulden
fortsätter att bli större och större

SPOR-STATISTIK VISAR: De senaste 20 månaderna
har det **varje månad** opererats mindre än normalt

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.

Referens: 1. Produktresumé för Eliquis®

Bristol Myers Squibb | Pfizer

Eliquis® (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmdragerade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikation: Profylax av stroke och systemisk embolism hos vuxna med icke-valvulärt förmaksflimmer (NVA) med en eller flera riskfaktorer. Eliquis® är kontraindicerat vid: 1. Pågående kliniskt signifikant blödning. 2. Leversjukdom associerad med koagulationsrubbnings och kliniskt relevant blödningsrisk. 3. Händelse eller tillstånd som bedöms som en betydande riskfaktor för större blödning. 4. Samtidig behandling med något annat antikoagulantium såsom ofraktionerat heparin (UFH), lågmolekylärt heparin, heparinderivat, orala antikoagulantia förutom vid särskilda omständigheter under byte av antikoagulationsbehandling, då UFH ges i doser nödvändiga för att bibehålla en central ven- eller artärkateter öppen eller då UFH ges under kateterablation för förmaksflimmer. Eliquis® rekommenderas ej till patienter med CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys, med hjärtklaffprotes eller till patienter med befintlig eller tidigare trombos som har fått diagnosen antifosfolipidsyndrom. Eliquis® rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt produktresumé 11 januari 2021. **För fullständig information och pris se fass.se.** Bristol Myers Squibb, Tel. 08-704 71 00, www.bms.com/se, Pfizer Innovations AB, Tel. 08-550 52 000, www.pfizer.se.

Larmen kommer från hela landet

Sjukhusvården är enormt ansträngd. Barnkliniker går på knäna pga RS-virus. Överfulla akutmottagningar, vårdplatsbrist, trött sliten personal. Extra vårdplatsmöten och omdirigering av ambulanser där så är möjligt.

Fullbelagda intensivvårdsavdelningar och riskfyllda transporter av våra sjukaste patienter. De med längst resvägar är extra utsatta när både vårdplatser och transportorganisation är överbelastade, och hjälpen är långväga och svår att få.

Enorma köer till operation och behandlingar. Du har hört det förut. Och vi har sagt det förut, så många gånger, i så många olika kontext. Att det är på gränsen, att patientsäkerheten är hotad, och att beredskapen är för dålig. Även innan Covid-19.

Pandemin har haft en enorm påverkan på hälso- och sjukvården, liksom samhället i stort. Vi har sett bristsituationer av en helt ny dignitet, det har saknats utrustning, läkemedel och personal. Men vi har också sett hur besluten snabbt flyttades tillbaka till professionen för att få fram den ledning och de kreativa lösningar som behövts för att minska den enorma medicinska katastrof pandemin varit och är.

Det finns en risk att vi nu får en förenklad historiebereskrivning, där de strukturella problemen från tiden före glöms bort, och vårdens situation idag med enorma köer och bristande tillgänglighet enbart tillskrivs pandemin.

I detta nummer visar Bengt Cederlund, registerhållare SPOR, hur antalet utförda operationer fortfarande är under normala nivåer och att väntetiderna till operationer fortsätter att öka. Det vi måste vara medvetna om är att man bara ser väntetiden för de som faktiskt är opererade, inte hur det ser ut i kön.

Hur den faktiska väntetiden för patienterna i kön ser ut i regionerna är ingen information SKR delar med sig av, man

rapporterar endast om vårdgarantin hålls eller inte. Men det är en monumental skillnad att vänta 90 dagar jämfört med år. Och att väntetider av den kalibern finns över landet det vet vi. Och trots kösatsningar landet över har vi ännu inte kommit tillbaka till den operationsvolym vi hade innan pandemin slog till i början av 2020.

Danmark däremot, som också drabbats hårt av pandemin, har återgått till sina normala och i svenska mått mätt korta väntetider.

Så vad är problemet i den svenska sjukvården?

Idag har vi en vård där tilliten till professionen saknas och där patienternas lagstadgade rätt till vård i tid inte behöver beaktas.

Regionerna har en skyldighet att leverera vård, men ingen hålls ansvarig när patienterna inte får vård i tid.

Ingen hålls ansvarig när kompetent personal flyr en efter en.

Ingen kanske ens ser samband eller frågar medarbetarna om varför när en tidigare välfungerande enhet kraschar.

Beslut fattas alltför

ofta uppifrån och går ner, och linjen skall till varje pris hållas.

Vården är fragmenterad och indelad i stuprör med enorma klyftor emellan. Kontinuiteten brister. Det medicinskt självklara blir till administrativa tigrar och patienten faller mellan stolarna.

Visst finns det gröna öar där allt fungerar bra, men hela den svenska sjukvården behöver få blomstra.

Vi behöver vända på pyramiden och låta professionen fatta de avgörande medicinska besluten, såväl i det enskilda patientmötet som på en mer strukturell nivå.

Vi behöver flytta fokus till patienternas behov. Ett sätt kan vara att likt våra nordiska grannländer införa en patienträttighetslag. Om den enskilda patientens rättigheter, snarare än regionens tandlösa skyldighet, fick styra utformandet av vården skulle professionen behöva få en tydligare roll att prioritera efter medicinska behov. Inte efter var du bor, eller i vilket stuprör du hamnat.



Elin Karlsson

Andre vice ordförande i Sjukhusläkarna

Vi kräver

- Total transparens när det gäller siffror om väntetider i vården.
- En nationell väntelista och samarbete över regiongränserna.
- En beredskap såväl för kommande pandemier som utbrott av säsongsbundna infektioner samt stora olyckor.
- Ökat antal vårdplatser och IVA-platser.
- En professionsstyrd vård präglad av tillit.

Vi skall leverera en god vård och samtidigt ta ansvar för att våra resurser och används på bästa sätt. Det kan vi inom professionen, det har vi bevisat under pandemin.

- Ett stopp för besparingsprogram på våra sjukhus.
- Patientens behov i fokus, införande av en patienträttighetslag.

Vårdskulden blir bara större och större

Text: Anna Sofia Dahl

Inte en enda gång sedan sportlovet 2020 har antalet utförda operationer i Sverige varit uppe på normala nivåer – i oktober hade 150 000 färre operationer utförts under perioden jämfört med normalt.

▼ Antalet operationer har legat konstant under en lång tid i Sverige. Att de lägre produktionsnivåerna nu jämfört med 2019 skulle kunna härledas till en minskad sjukligheten och därmed ett sänkt behov, menar SPOR:s registerhållare Bengt Cederlund, inte är troligt.

– När vi tittar på väntetiderna bekräftas det. Väntetiderna var dåliga innan och är sämre nu, samtidigt som det är betydligt lägre volymer det senaste året, säger han.

Privata operationer ändrar inte bilden

I SPOR:s data saknas operationer som utförs av privata vårdgivare. Den minskade produktionsnivån skulle därför kunna vara ett tecken på att ”enklare” patienter skiftas ut från regionerna till den privata vården. Men inte heller det ser Bengt Cederlund som en förklaring.

– När vi tittar på enskilda diagnoser ser vi att produktionsvolymen är betydligt lägre än 2019 – det tyder på att den hypotesen inte stämmer, säger han.

Istället tror han att det handlar om att perioden gått så hårt åt verksamheterna att de inte hunnit återhämta sig. Och att vägen framåt, även om den är lång, ligger i att tänka nytt i personal-

frågan. Bland annat pekar han på vikten av att utbilda sjuksköterskor för att få en långsiktig effekt av de satsningar som nu görs.

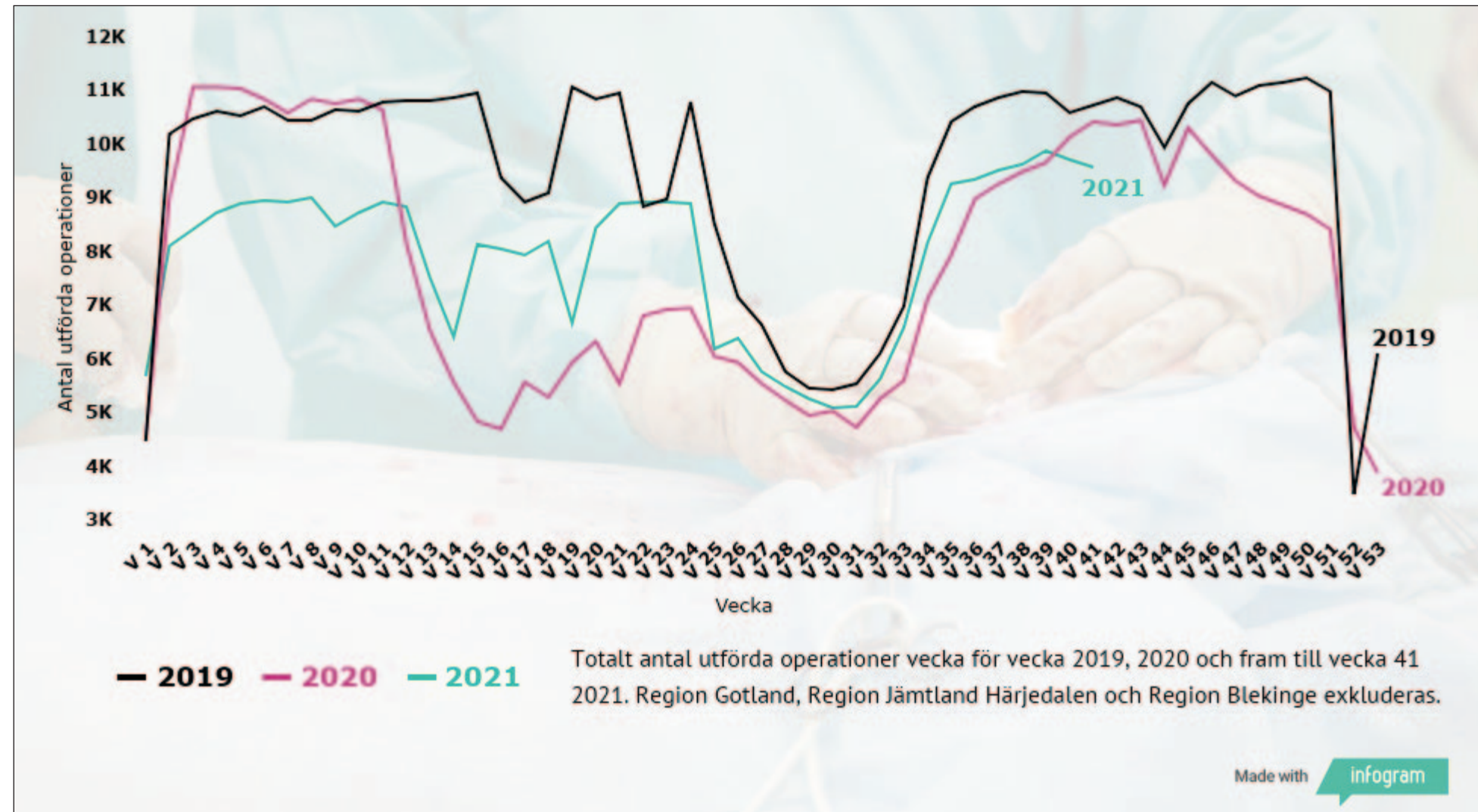
– Det som har gjorts de senaste tio åren har inte lyckats lösa kompetensförsörjningsproblematiken – då måste staten, universiteten, regionledningarna och verksamheterna på något sätt göra något annorlunda. Man måste vara lika radikal när man försöker öka utbildningen som vi var när vi ökade antalet intensivvårdsplatser, säger han och påpekar att en annan viktig del är att få personal inom regionvården att stanna kvar.

Han menar att personalen då måste ges tid åt annat än produktion – att de också måste få möjlighet till fortbildning, att få ägna sig åt verksamhetsutveckling och att förbättra vården. Och för att de ska fungera måste det finnas luft i verksamheterna, vilket bara går att få till genom att öka personalstyrkan.

– Det kan inte vara så att det blir allt mindre attraktivt att arbeta inom regionerna. Regionerna behöver en personalpolitik som inte straffar ut de som är kulturbärare – den personal som väljer att jobba kvar och väljer att jobba med förbättringar av kvaliteten, säger han.

Farligt med oriktade statliga satsningar

Samtidigt som det finns en flaskhals gällande finansieringen av de satsningar



som behövs, flaggar han också för risken med statliga medel som inte är riktade.

– Risken är att de statliga medlen går till kortsiktiga satsningar som inte löser de problem som fanns redan 2019. Om man satsar mycket pengar på kort tid innebär det ofta att man omorganiserar verksamheten – det kan istället få långvariga negativa effekter, säger han och fortsätter:

– Och en kösatsning som görs i en region kan få negativa konsekvenser för en annan, eftersom det är samma personal som ska flyttas runt mellan olika regioner.

Levetiracetam Orion

levetiracetam

Välj ett billigt alternativ!

Levetiracetam måste väljas aktivt vid förskrivning – inget automatiskt utbyte på apotek.

Vid behandling av epilepsi.



ORION PHARMA AB | BOX 85 | 182 11 DANDERYD | ORIONPHARMA.SE

ORION PHARMA

Levetiracetam Orion (levetiracetam) antiepileptika [Rx]. Förmån. Som monoterapi vid partiella anfall med eller utan sekundär generalisering hos vuxna och ungdomar från 16 år med nydiagnostiserad epilepsi. Som tilläggsbehandling vid partiella anfall med eller utan sekundär generalisering hos vuxna, ungdomar, barn och spädbarn från en månads ålder med epilepsi. Som tilläggsbehandling vid myokloniska anfall hos vuxna och ungdomar från 12 år med juvenil myoklonisk epilepsi. Som tilläggsbehandling vid primärt generaliserade toniskloniska anfall hos vuxna och ungdomar från 12 år med idiopatisk generaliserad epilepsi. Tabletter 250 mg, 500 mg, 750 mg och 1000 mg. Senaste översyn av produktresumé: 2021-08-16. För priser och ytterligare information se www.fass.se.

**I kölvattnet
efter Macchiarini**

**VAD
HÄNDE
SEDAN?**

Vilka krafttag togs mot forskningsfusket?

Sidorna 8-17

” Det har blivit lite bättre – men chanser har försatts ”

■ Han utredde Paolo Macchiarinis luftstrupetransplantationer på Karolinska universitetssjukhuset 2016.

■ Nu är han aktuell med boken Fuskarna och sveket mot vetenskapen. Med boken vill han skapa debatt om forskningsmiljöer och hur vi bättre ska skydda forskningen mot oredlighet och fusk.

■ Sjukhusläkarens reporter Eva Nordin har intervjuat professor Kjell Asplund.

Texter: Eva Nordin

I en mapp i bokhyllan har Kjell Asplund under många år samlat på historier om bedragare och fuskare. Men det var inte förrän 2016 som mappen åkte fram.

Kjell Asplund var vid den här tiden ordförande för Statens medicinsk-etiska råd och hade av Karolinska sjukhuset fått uppdraget att som utomstående och oberoende utreda Paolo Macchiarinis luftstrupetransplantationer på Karolinska universitetssjukhuset mellan 2011 och 2013.

I Sverige var Macchiarini verksam

som gästprofessor vid Karolinska institutet 2010–2016, och som överläkare vid Karolinska universitetssjukhuset mellan 2010 och 2013.

– Mitt uppdrag var begränsat till att granska hans kliniska verksamhet och inte hans akademiska forskning på Karolinska institutet.

Ny lag och ny myndighet

Vad har då hänt i kölvattnet av Macchiarini? Har bristerna åtgärdats och systemet förbättrats?

– Ja, till viss del. Vi har fått en ny

lagstiftning om oredlighet i forskning, och sedan 1 januari 2020 har vi en ny myndighet, Nämnden för prövning av oredlighet i forskning, som ska pröva frågor om forskningsfusk, säger Kjell Asplund.

Till skillnad från tidigare då det inte fanns någon enhetlig definition av oredlighet eller forskningsfusk (olika lärosäten hade olika definitioner) är det numera fastslaget i lag vad som ska bedömas som oredlighet i forskning.

Fortsättning nästa uppslag >>>

Detta är nytt

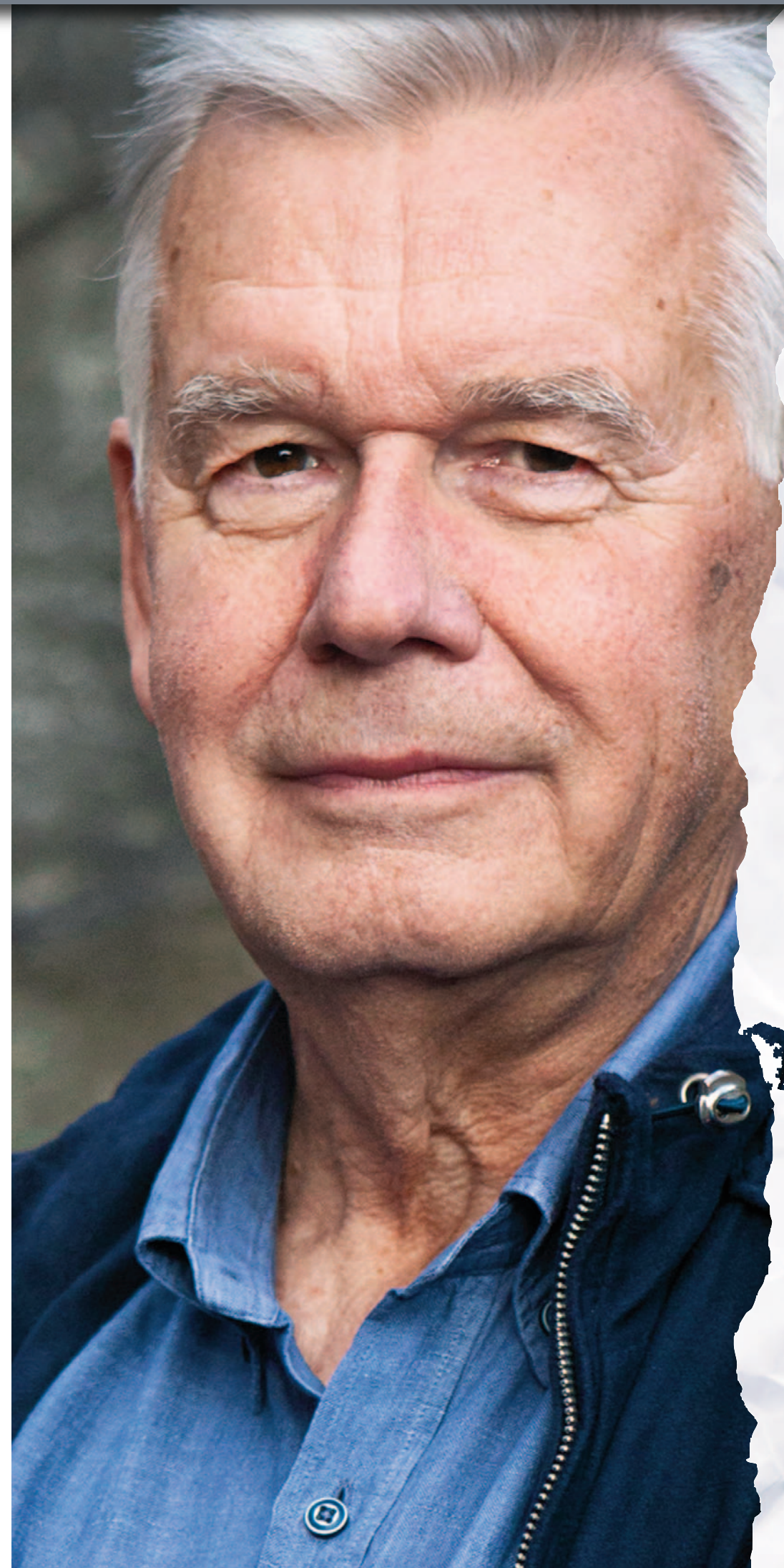
- ✓ Ny lagstiftning om vad som i Sverige är oredlighet i forskningen
- ✓ Ny myndighet som ska pröva frågor om forskningsfusk
- ✓ Tillåtet för alla att anmäla forskningsfusk
- ✓ Ny myndighet för etikprövningar
- ✓ Ny överklagandenämnd med tillsynsansvar av etikprövningar

Detta ändrades inte

- ✓ Lärosätena får fortfarande avgöra sanktionerna
- ✓ Systemet gäller bara 50 procent av forskningen

Fortfarande oklart

- ✓ Lagen definierar inte vad som är förfalskning, fabricering, plagiat, eller grov oaktsamhet



” Det är djupt olyckligt att det fortfarande är lärosätena som ska utmäta sanktioner

Den nya lagen definierar oredlighet i forskning som ”en allvarlig avvikelse från god forskningssed i form av fabricering, förfalskning eller plagiering som begås med uppsåt eller av grov oaktsamhet vid planering, genomförande eller rapportering av forskning”.

Snäv definition

– Sverige har till skillnad från många andra länder har valt en snäv definition, vilket har en klar fördel eftersom den anger tydligt vad som enligt lag är forskningsfusk. Men det finns vissa problem, menar Kjell Asplund.

Mycket forskning bedrivs i dag i stora forskargrupper och i internationella konsortier (där yngre forskare och doktorander genomför den praktiska delen av forskningen). I slutändan är det dock den forskare som leder projektet som hålls ansvarig.

– De mejl jag fått från flera lärosäten har lyft just den här frågan. Hur ska man kunna ta ansvar för vad som händer i stora forskargrupper med 20 kanske 30 doktorander?

– En vid definition är mindre tydlig, men gör det möjligt för granskare att kritisera sådant som anses strida mot god forskningssed, även om man i lagen inte förutsett just den här typen av fusk.

Den snävare definitionen som Sverige har valt, gör det svårare att komma åt oacceptabla beteenden med stöd av lagen.

EU:s kodex

I EU:s reviderade kodex för forskningens integritet, som har tagits fram av ett 50-tal europeiska vetenskapliga akademier under ledning av Göran Hermerén, professor emeritus i medicinsk etik, listas en rad beteenden som

bryter mot god forskningssed, en slags förteckning över allvarliga och mindre allvarliga svek mot vetenskapen.

Såväl offentliga som privata forskningsorganisationer har i dokumentet enats om principerna för integritet i forskning.

– Fast fortfarande är det universiteten själva som avgör vad som är oacceptabla beteenden, som exempelvis att i en studie lista ansedda medförfattare som inte har bidragit till någonting. Jag tror att de flesta tycker att det är moraliskt förkastligt och borde föranleda någon form av åtgärd. Men det faller på universiteten att avgöra, tyvärr.

Ny myndighet mot forskningsfusk

Nämnden för prövning av oredlighet i forskning (Npof) är en statlig myndighet som sorterar under utbildningsdepartementet. Till skillnad från tidigare är det idag fritt fram för alla att göra en anmälan (även anonymt) till myndigheten.

Tidigare kunde endast rektorn för ett universitet eller en högskola vända sig till en expertgrupp för oredlighet i forskning vid dåvarande Centrala etikprövningsnämnden (CEPN). Expertgruppen hade endast en rådgivande roll; det var i sista hand rektorn som fattade det avgörande beslutet och som även avgjorde vilka påföljder eller sanktioner som skulle vidtas (varning, löneavdrag, uppsägning eller åtalsanmälan). Ett djupt olyckligt system, menade många kritiker, eftersom lärosätena riskerade både anslag och prestigeförlust om en verksam forskare eller professor anmälades och blev fälld för forskningsfusk.

Kan inte utreda sig själva – men avgör själva straffen

– Nu kan inte universiteten eller lärosätena utreda sig själva och sedan låta

misstankar om forskningsfusk bero. Nu är det den oberoende myndigheten som ska ta emot anmälan och som också kan begära ut handlingar och beslagta bevismaterial. Det är ett framsteg. Svagheten är dock att det fortfarande är lärosätena som ska utmäta sanktioner. Det är djupt olyckligt, anser jag. Det är väldigt ovanligt att ett lärosäte går vidare till beslut om uppsägning eller åtal.

En annan svaghet med dagens system, är att det endast omfattar den forskning som bedrivs inom statliga universitet eller högskolor, inte den forskning som görs inom exempelvis industrin, offentliga institut eller privata organisationer (50 procent av all forskning).

I samband med den utredning som resulterade i bildningen av den nya myndigheten Npof, togs den här frågan upp och många remissinstanser påpekade att även privata aktörer skulle omfattas av systemet. Men så har det inte blivit.

– Jag tycker att man i samband med den utredningen försatte sina chanser, tyvärr.

Ny etikmyndighet

Från den 1 januari 2019 finns det ytterligare en ny myndighet, Etikprövningsmyndigheten, med säte i Uppsala (den samlar de tidigare sex regionala etikprövningsnämnderna som inrättades 2004).

Syftet med myndigheten är att uppnå en ökad enhetlighet och förbättrad effektivitet i handläggningen av ansökningar om etikprövning.

I stället för den tidigare regionala anknytningen ska nu ärenden fördelas slumpmässigt på någon av de övriga regioner, där sökanden inte är verksam eller forskningen ska bedrivas.

Samtidigt som den nya myndigheten bildades bytte Centrala etikprövnings-

” En svaghet är att systemet omfattar bara 50 procent av all forskning

nämnden namn till Överklagandenämnden för etikprövning.

För att förhindra att forskning sker i strid med etikprövningslagen har nämnden ett tillsynsansvar och befogenheter att exempelvis meddela förelägganden och förbud. Nämnden får också utfärda förelägganden när upplysningar eller handlingar inte lämnas eller när tillträde eller hjälp vägras.

Överklagandenämnden är också skyldig att göra åtalsanmälan om det finns skäligen misstanke om straffbelagd överträdelse av etikprövningslagen.

Det nya uppdraget var på tiden, menar Kjell Asplund.

– Det har tidigare inte funnits någon tillsyn av etikprövningslagen, så forskare har kunnat komma undan genom att påstå att det finns ett etikprövningstillstånd, trots att det inte har funnits. Det gjorde exempelvis Macchiaroni. Den nya myndigheten har nu det fulla ansvaret för tillsyn av att etikprövningslagen efterlevs. Att utföra forskning på människor med känsliga personuppgifter utan att ha tillstånd är i dag åtalbart och kan leda till fängelsestraff.

Ingen preventiv effekt

Den nya lagen kommer dock inte att få någon preventiv effekt. Den berättar om ”hur man ska ta hand om vrakspillrorna, men inte hur man ska förhindra skrovet från att läcka”, menar Kjell Asplund.

– Många oegentligheter sker i slutna miljöer med hög konkurrens. Vi behöver bli mycket bättre på att skapa kulturer där det inte finns tolerans för minsta avvikelse från god forskningssed. Lagstiftningsvägen kan man inte komma så mycket längre för tillfället. Huvudansvaret ligger på universiteten, institutionerna, de seniora forskarna och tidskrifterna.

Fuskjägare

I ett särskilt kapitel i boken Fuskarna berättas om ”fuskjägare”, personer som anat oråd och som systematiskt försökt att avslöja fuskare. En av dem, den brittiske vetenskapsjournalisten Brian Deer, föreslår att länder bör inrätta specialstyrkor som kan göra oanmälda inspektioner och som har kunskap att granska och begära ut originaldata.

Är flygande inspektioner, som redan används i sjukvården och socialtjänsten, något Sverige bör införa inom forskarsamhället?

Kjell Asplund ställer sig tveksam.

– Nu har vi fått nämnden för prövning av oredlighet i forskning, och vi behöver invänta en bred uppföljning av hur verksamheten fungerar. Men, forskning är en fusk-bemängd bransch och vi bör kanske göra fler riktade insatser på högriskområden; eventuellt genom att införa monitorering av storskaliga studier, som inte är läkemedelsstudier, i en mycket högre utsträckning.

Ny teknologi och AI-algoritmer

– Den nya tekniken kommer att vara till stor hjälp, inte bara när det gäller textduplikationer, utan även när det gäller bildmanipulering. Även utvecklingen av statistiska modeller som universiteten och även tidskrifter kan använda för att upptäcka avvikande mönster och misstänkta artiklar, kommer förhoppningsvis att börja användas mer i framtiden, menar Kjell Asplund.

Vad kan kan vidtas för att stärka forskningsmiljöer och skapa strukturer vid lärosätena som innebär en nolltolerans inom forskargrupper mot alla former av avsteg från god forskningssed.

Några förslag från Kjell Asplund på åtgärder



Mer obligatoriska utbildningar, inte bara för doktorander utan även för seniora forskare.



Medförfattare: Ta på allvar det ansvar för hela artikelns innehåll som tidskriften kräver.



Utbilda såväl juniora som seniora forskare i forskningsetik.



Ta tidiga signaler på oredlighet på allvar, anmäl till Nämnden för prövning av oredlighet (Npof) för att få en oberoende utredning.



Som tidskrift: Introducera avancerad teknik för att avslöja manipulation av bilder och data.

Få fällningar i Nämnden för prövning av oredlighet i forskning

Text: Eva Nordin och Christer Bark

Nämnden för prövning av oredlighet i forskning startade i januari 2020. Under det första året registrerades 46 anmälningar om oredlighet i forskning. I fyra av fallen fälldes forskarna av nämnden.

Fakta

Ärenden som hanterats av Nämnden för prövning av oredlighet i forskning under 2020

▼ Av de 46 ärenden som kom in var det totalt var det 56 misstänkta avvikelser: Tio avsåg fabricering, 18 avsåg förfalskning, 18 avsåg plagiering och tio avsåg något annat.
▼ Alla forskningsämnesområden, utom området lantbruksvetenskap och veterinärmedicin, är representerade bland ärendena.
Medicin och hälsovetenskap samt naturvetenskap stod för en övervägande del av ärendena: 30 av 46 ärenden.

▼ 23 ärenden anmälades av enskilda och 23 ärenden överlämnades från forskningshuvudmän. 11 av ärendena från forskningshuvudmännen var dock ärenden från tidigare år som överlämnades enligt lagens övergångsbestämmelser.
▼ De överlämnade ärendena kommer från åtta olika lärosäten. Anmälningensärendena avser 13 olika forskningshuvudmän, varav nio är lärosäten.
• Källa: Nämnden för prövning av oredlighet i forskning.

Fakta

Avvikelser från god forskningssed vid lärosätena som inte är oredlighet i forskning ska utredas av lärosätena själva

▼ Av de 31 lärosätena som ska rapportera till nämnden anger 22 att de inte har prövat några sådana avvikelser under året.
Övriga nio lärosäten har prövat totalt 18 avvikelser och i sex av de fallen har det bedömts att det varit fråga om faktiska avvikelser från god forskningssed (av dem har tre avsett medförfattarfrågor, och de andra har rört plagiering, bristfällig hantering av uppgifter om forskningspersoner

samt felaktig redovisning av forskningssprestationer).
En återkommande åtgärd i dessa sex fall är att dekanen hållit samtal med forskaren och i vissa fall har särskilda utbildningsinsatser genomförts på fakulteten eller institutionen. I övrigt är det fråga om enskilda insatser.
• Källa: Nämnden för prövning av oredlighet i forskning.

nya lagen ska tolkas rättsligt.

I dag är det lärosätena själva som bedömer vilka sanktioner eller åtgärder som ska vidtas om en forskare gör allvarliga avsteg från god forskningssed eller fälls för forskningsfusk.

– Det är dock högst ovanligt att lärosäten går vidare med åtal eller uppsägning, säger Peter Allebeck professor i socialmedicin vid KI och en av nämndens ledamöter.

Han tycker dock att rådande system fungerar; det är ett tillräckligt hårt straff att bli fälld för oredlighet i forskning.

– Rykten sprids snabbt i forskarvärlden och det är i regel ett hårt slag för forskare att bli fällda. Jag tror inte att det skulle vara en god idé att hänvisa till brottsbalken. Det finns flera exempel på lagar där sanktioner inte är inskrivna i själva lagen. Och det vidtas även redan idag sanktioner, forskningsfinansierare kan dra tillbaka anslag och man kan som anställd bli omplacerad.

Många olika åtgärder måste vidtas för att stävja forskningsfusk. Men en viktig grund är incitamentsystemen vid landets lärosäten. I dag tvingas forskare febrilt jaga finansiering och visa sin excellens i form av publiceringar i ansedda vetenskapliga tidskrifter. Det gynnar knappast samarbeten, menar Peter Allebeck.

– Samarbete är alltid bättre, ingen vinner på att enskilda forskare gömmer data och endast strävar efter egen karriärutveckling. Vi skulle vinna mycket på om lärosätena ser över incitamentsystemen och långsiktigt satsar på goda forskningsmiljöer och kulturer där samarbete och samverkan premieras.

Nämnden hanterar endast den forskning som bedrivs vid statliga universitet

och högskolor, men inte den forskning som bedrivs av industrin eller privata företag Peter Allebeck håller med om att det kan vara ett problem, samtidigt är mycket av den forskning som bedrivs idag kopplad till ett lärosäte, menar han.

– De flesta forskare, inte minst inom industrin, har kopplingar till ett lärosäte. Vi har hanterat flera ärenden som rör teknisk och medi-

insk forskning kopplad till industrin. Ett ärende handlade om en tryckt broschyr från ett företag där det förekom felaktiga uppgifter i citat av en forskare. Om forskaren medvetet har förvanskat eller manipulerat data så kan personen fällas. Ibland handlar det också om svåra gränsdragningsproblem kring vad som är forskning och utvecklingsarbete.

Målet mot Karin Dahlman Wright

Målet gäller fyra artiklar där samma bild publicerats flera gånger med olika undertexter.

▼ Karin Dahlman-Wright medger felen, men har hävdatt att de skett av misstag sent i processen på grund av tidsnöd och att i något fall inte var möjligt att upptäcka vad som var fel okulärt utan dataanalys.
Hon har också hävdatt att hon sett till att felen rättades så fort hon blev medveten om misstagen och att felen inte påverkat forskningsresultaten.

Enligt Förvaltningsdomstolen är det utrett att artiklarna innehåller bilder som inte överensstämmer med de resultat som bilderna sägs visa, vilket innebär att det är fråga om förfalskningar i lagens mening.

Däremot anser förvaltningsrätten att det inte är klarlagt att hon uppvisat likgiltighet inför sitt ansvar.

Rätten noterar att Karin Dahlman-Wright direkt efter att felen observerats, vidtog nödvändiga åtgärder för att få till rättelser.

Utifrån vad som ovan anförts, och med hänsyn till vad som är upplyst om de enskilda felens karaktär, finner förvaltningsrätten att hennes handlande inte kan anses uppgå till sådan allvarlig eller klandervärd art att det utgör grov oaksamhet i lagens mening.

Nämnden för prövning av oredlighet i forskning har överklagat domen till kammarrätten och menar: "Med hänsyn till Karin Dahlman-Wrights erfarenhet och ställning i de aktuella forskargrupperna anser nämnden att det faktum att hon vid återkommande tillfällen granskat och godkänt felaktiga bilder inte kan ses som en följd av ursäktlig okunskap eller ett tillfälligt förbiseende. Nämnden bedömer därför att hon förfarit grovt oaksamt".

FAKTA

Överklagandenämnden

Överklagandenämnden för etikprövning har sedan den 1 januari 2020 fullt ut ansvaret för tillsyn över etikprövningslagen, föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen och att villkor som har meddelats i samband med godkännande vid etikprövning följs.

Tillsynsansvaret

▼ Överklagandenämndens tillsyn omfattar dels forskning som har fått godkännande vid etikprövning och dels forskning som bedrivs där tillstånd saknas.

Straffansvaret

Åtalsanmälan vid skäligen misstanke om brott

▼ Överklagandenämnden är skyldig att göra åtalsanmälan om det finns skäligen misstanke om straffbelagd överträdelse av etikprövningslagen.

Forskarens ansvar

▼ Den enskilda forskaren har ett ansvar att utföra forskning i enlighet med etikprövningslagen. Den forskare som med uppsåt eller grov oaksamhet bedriver forskning utan etikprövningstillstånd, frångår ett godkänt etikprövningstillstånd eller inte följer de uppställda villkoren för etikprövningstillståndet riskerar böter eller fängelse.

Forskningshuvudmannens ansvar

▼ Forskningshuvudmannen ska vidta åtgärder för att förebygga att sådan forskning som omfattas av lagen inte utförs utan godkännande eller i strid med villkor som har meddelats i samband med godkännande.

Forskningshuvudmannen har ett organisatoriskt ansvar att vidta åtgärder inom den egna verksamheten, t.ex. att se till att ha goda rutiner för information, uppföljning och kontroll gällande frågor om etikprövning.

Forskningshuvudmannen har också ett ansvar för att de som arbetar med forskning får nödvändig utbildning om etikprövningslagen.

En forskningshuvudman som med uppsåt eller med grov oaksamhet låter bli att vidta de åtgärder som skäligen kunnat krävas för att förebygga att forskning i den egna verksamheten utförs utan godkännande eller i strid med villkor som har meddelats i samband med godkännande, och sådan forskning utförs, riskerar böter eller fängelse.

Förbud, föreläggande och vite

▼ För att förhindra att forskning sker i strid med etikprövningslagen har nämnden befogenheter, till exempel att meddela förelägganden och förbud. Nämnden får också utfärda förelägganden när upplysningar eller handlingar inte lämnas eller när tillträde eller hjälp vägras. Ett föreläggande eller ett förbud får förenas med vite.

Överklagan

▼ Beslut om tillsyn får inte överklagas. Beslut om föreläggande eller förbud får överklagas till förvaltningsdomstol.

Vad kännetecknar en fuskare?

■ **Många fuskare har en speciell förmåga att skapa tilltro, inte bara till de vetenskapliga genombrott de rapporterar om, utan också till sig själva som personer.**

■ **I boken Fuskarna har Kjell Asplund mejslat ut fyra personlighetsdrag som står ut hos de fuskande forskare som han har studerat: narcissism, fåfänga, psykopati och benägenhet att ta risker.**

En viss grad av narcissism, eller självbespeglande, anses vara en förutsättning för en sund och hälsosam självbild; man behöver kunna älska sig själv för att älska andra som det ju heter. Men hos ungefär en på hundra personer är narcissismen så uttalad att psykologer och psykiater brukar tala om en narcissistisk personlighetsstörning; självbilden kan vara uppblåst (grandios) och personen kan vara mycket uppmärksamhetssökande och med ett överdrivet behov av att få andras beundran.

Hand i hand med narcissismen går fåfängan, menar Kjell Asplund.

Att betraktas som ledande expert inom sitt vetenskapsfält, att beundras av yngre medarbetare, att få stora forskningsanslag, att bli inbjuden som föreläsare vid världskongresser och belönas med priser, det stärker självbilden, men kan också bli vanebildande.

– Har man svaga egna spärar mot fusk, kan suget efter uppskattning övertrumfa riskerna med att fuska. Just risktagandet tycks vara speciellt attraktivt hos flera fuskande forskare.

Vissa forskare parar charm och förmåga att övertyga med psykopatiska drag; avsaknad av moraliska spärar, stor ombytlig och oförmåga att känna skuld.

Psykopati bland fuskande forskare har dock inte studerats systematiskt, även om ett flertal fuskande forskare troligtvis skulle uppfylla vissa av kriterierna.

Grandiosa forskare

▼ Japanen Yoshitika Fujii, tidigare professor i anesthesiologi, koreanen Woo-Suk Hwang, uppburen stamcellsforskare samt norrmannen Jon Sudbø, tidigare cancerforskare och överläkare vid Radiumhospitalet var samtliga internationellt ansedda forskare och betraktades av sin omgivning som högt begåvade och briljanta. Med en grandios självbild lyckades de dölja sin omgivning och dölja ett omfattande forskningsfusk.

De är tre av ett 20-tal exempel på storfuskande forskare, hämtade ur Kjell Asplunds bok.

• **Woo-Suk Hwang**, född 1953, verkade som veterinär och stamcellsforskare vid Seoul National University i Sydkorea. Han gjorde anspråk på att ha varit den första i världen som lyckats klonat mänskliga somatiska celler och blev mycket uppburen i sitt hemland.

År 2006 avslöjades att några av hans mest högprofilerade artiklar byggde på manipulerade data. Han avskedades,



dömde till villkorligt fängelse.

! **I dag är han chef för ett företag som klonar hundar.**

• **Jon Sudbø**, född 1961, norsk läkare och tandläkare. Tidigare cancerforskare vid Oslo universitet och överläkare vid Radiumhospitalet. Publicerade i världsledande medicinska tidskrifter, men avslöjades 2006 som forskningsfuskare

alltsedan doktorandåren.

Han blev tillfälligt av med läkar- och tandläkarlegitimationen.

! **Är i dag klinikchef vid Tannhelsetjenstens kompetenscenter i Oslo.**

• **Yoshitika Fujii**, född 1960, var tidigare biträdande professor i anesthesiologi vid ett universitet i Stortokyo. Hans huvudsakliga forskningsområde var läkemedel mot

illamående och kräkningar efter operation.

Från 1993 och framåt publicerade han ett mycket stort antal artiklar med fejkade data.

! **Han avskedades 2012 och är den forskare som, oavsett forskningsdisciplin, har fått flest vetenskapliga artiklar återkallade på grund av fusk.**

Eva Nordin

Rättegången mot Paolo Macchiarini närmar sig

Rättegången mot Paolo Macchiarini har dragit ut på tiden. Men nu tre år efter att överåklagaren Mikael Björk beslutade att återuppta den tidigare nedlagda förundersökningen är han kallad till ett förberedande sammanträde i Solna tingsrätt för att diskutera när huvudförhandlingen ska starta, sannolikt tidigast under våren 2022.

▼ Det var i slutet av september för två år sedan som Mikael Björk beslutade att åtala den italienske kirurgen för grov misshandel i tre fall efter att gjort bedömningen att ingreppen på tre patienter som transplanterades med syntetiska luftstruper på Karolinska universitetssjukhuset, genomfördes i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet och inte inom ramen för en laglig form av sjukvård eller tillståndsprövad forskningsstudie.

Att åtalspunkten är grov misshandel och inte vållande till annans död har Mikael Björk berört tidigare vid pressträffen då han återupptog förundersökningen.

Då menade han att orsaks-sambandet mellan operationerna och kroppsskadorna är betydligt tydligare än när det gäller sambandet mellan operationerna och dödsfallen.

Fotnot: Den tidigare åklagaren motiverade sitt nedläggningsbeslut 2017 med att det inte går att bevisa ett orsakssamband mellan operationerna och skadorna och dödsfallen.

Han slåss för visseblåsande läkare och forskares rätt att få sin sak prövad i domstol



■ Rätten till domstolsprövningar har länge varit ett problem för Sverige som blivit fälld 12 gånger i Europadomstolen för överträdelse av rätten till domstolsprövning. Det menar Alexander Ottosson, jurist vid Centrum för Rättvisa, en oberoende organisation som driver rättsprocesser och deltar i debatten om rättighetsfrågor.

■ Han företräder nu visseblåsarna, som slog larm om allvarliga missförhållanden och forskningsfusk på Karolinska, i Europadomstolen.

▼ Tillsammans har visseblåsarna, med hjälp av Centrum för rättvisa, anmält Sverige till Europadomstolen.

I ett beslut från Karolinska institutet 2018 stämplades visseblåsarna som medskyldiga till fusket eftersom de stod som medförfattare till artiklar av Macchiarini.

Visseblåsarna fick aldrig chansen att bemöta anklagelserna och beslutet från KI.

I juni 2019 meddelade Högsta förvaltningsdomstolen att visseblåsarna inte skulle få prövningstillstånd. Inte heller fick de något statligt skadestånd. Även Justitiekanslern avvisade samtliga anspråk.

– Som framgår av KI:s beslut vilseledde Macchiarini sina forskarkollegor, inklusive

många medförfattare. Det underlättades av att de flesta inte fick insyn i vården av patienterna, med hänvisning till patientsekretessen. Först när visseblåsarna blev inkopplade i vården av den tredje patienten och när de fick tillgång till patientjournalerna, då uppdagades vad som hänt. Innan dess var det ju väldigt svårt att avslöja oegentligheter, säger Alexander Ottosson.

Alexander Ottosson företräder även forskaren Katarina Le Blanc. Hon hade slagit larm om att ett sjuttio-tal svårt sjuka patienter, utan korrekta tillstånd, hade behandlats med experimentella injektioner av moderkaks-celler, i flera fall med hjärtattacker och hjärnblödningar som följd.

Även Katarina Le Blanc blev illa åtgången av Karolinska institutet och utan chans att försvara sig eller få upprättelse av en oberoende dom-

stolsprövning, säger Alexander Ottosson, som menar att rätten att få överklaga myndighetsbeslut till domstol för att kunna försvara sig mot allvarliga anklagelser, är grundläggande för en rättsstat.

– Det är viktigt, både för visseblåsarsskyddet inom medicinsk forskning och för patientsäkerheten i Sverige, att det här fallet prövas av Europadomstolen.

Anmälan skickades in i juli i år. Det kan dock dröja flera månader upp till ett år innan Europadomstolen meddelar om ärendet kommer att tas upp till prövning.

– Vi tycker att vi har ett bra fall och ett väldokumenterat underlag. Men Europadomstolen får in 10 000-tals mål varje år och har en omfattande process för att vaska fram vilka fall som ska prövas, säger Alexander Ottosson.

Överklagandeförbud

Det finns i Sverige ingen generell rätt till domstolsprövning, i högskole-förordningen finns ett överklagandeförbud. Men det finns ett lapptäcke av olika lagar som ger rätt att överklaga i olika situationer.

– Även om det finns ett förbud eller om det saknas en överklaganderegler, kan man ändå få en möjlighet att överklaga om man vänder sig till domstolen och argumenterar för sin sak. Den rätten finns inskriven ibland annat Europakonventionen. Men det ställer rätt höga krav på att våra domstolar kan Europadomstolens praxis och verkligen ser till att de tillgodoser den här rätten när Europakonventionen kräver det.

Alexander Ottosson menar att förvaltningsrätten i Stockholm, som prövat konventionen har gjort en felaktig bedömning och att felet inte rättats till i högre instans. Varken kammarrätten eller Högsta förvaltningsdomstolen har tagit upp målet till prövning.

– Inte heller JK har gjort en egen bedömning utan hänvisar till förvaltningsrättens bedömning. Hanteringen har varit bristfällig på många sätt.

Rätten till domstolsprövning har länge varit ett problem för Sverige och

av de totalt 61 gånger Sverige har fällts i Europadomstolen har hela 12 gånger rört överträdelser av rätten till domstolsprövning.

Förslaget till stärkt skydd för visseblåsare

Regeringen har i en proposition föreslagit att Sverige ska genomföra EU:s visseblåsarordning och på flera sätt stärka skyddet för visseblåsare. Det ska bland annat bli tydligare hur man går till väga för att visseblåsa. Visseblåsares identitet ska även skyddas genom regler om tystnadsplikt och sekretess.

En ny lag föreslås träda i kraft i december 2022 och omfatta alla arbetsplatser med minst 50 anställda.

Skulle den nya lagen ha kunnat stärka visseblåsarna på KI och hade det kunnat bli en annan utgång om lagen hade varit på plats redan tidigare?

– Det är svårt att säga. Den här lagen hade varit tillämplig i det här fallet, vilket är bra. Men visseblåsarna hade då behövt bevisa att det här beslutet från KI, när de utpekades som oredliga, handlade om repressalier och att det lett till skada. Det hade kunnat prövas i domstol. Men lagen hade inte påverkat möjligheten att överklaga beslutet om oredlighet, säger Alexander Ottosson.

Eva Nordin

FAKTA

Centrum för rättvisa bildades 2002 som en ideell och oberoende organisation för att värna enskildas fri- och rättigheter. Föreningen driver principfall i domstol och deltar i debatten. Föreningen är oberoende av partier och intresseorganisationer och finansieras genom privata donationer.

Sedan 2008 har tidningen Sjukhusläkaren och föreningen Sjukhusläkarna delat ut priset Årets visseblåsare.

Läs mer om årets pris på nästa uppslag. >>>

HELENA
STREVS

Årets visslare

Sjukhusläkarnas pris Årets Visslare går i år till överläkaren och docenten Helena Strevs för hennes engagemang och mod i kampen mot missförhållanden på kvinnokliniken vid Skånes Universitetssjukhus i Lund.

▼ För över 25 år sedan blev Helena Strevs för första gången in på Kvinnokliniken i Lund. Ett möte med "en fantastisk klinik som var väldigt angelägen om att utveckla hela obstetrikern". Det var forskningsintensivt; kollegor och personal uppmuntrades att åka på konferenser, ta med nya kunskaper tillbaka till verksamheten att implementera i kliniken.

– När man kommer till en sådan klinik som ung doktor blir man förälskad i blandningen av forskning och undervisning, klinik och utveckling, och vill ge sitt allt, säger Helena Strevs som idag är överläkare i obstetrik och gynekologi och forskare vid Lunds universitet.

Men sedan dess har mycket förändrats, enligt henne. När Skånes Universitetssjukhus bildades för drygt tio år sedan och klinikerna i Malmö och Lund slogs samman skulle de gamla enskilda klinikernas kultur och struktur med sina inarbetade team och arbetssätt brytas ner.



Karin Båtelson, ordförande för Sjukhusläkarna, delar ut utmärkelsen Årets visslare till överläkare Helena Strevs.
Foto: Jannis Politidis

Motivering

Årets Visslare 2021 tilldelas den fantastiska överläkaren Helena Strevs på kvinnokliniken i Lund. Helena, som är en pålitlig och engagerad medarbetare, påtalade som enhetsansvarig läkare missförhållanden på kliniken och stod upp för patientsäkerhet och tvärprofessionellt samarbete. Helena blev därefter utsatt för repressalier av ledning vilket medfört stor personlig press med påverkan på yrkesliv och privatliv. Personer som Helena, med kunskap om verksamheten i kombination med mod och engagemang, är en garant för vårdens framtid och att tystnadskultur motverkas.

Fortsättning nästa uppslag >>>

Kallades till "uppsträckningar" med kort varsel, uppmanades att skriva på att ha varit illojal, fick hot om avsked... ...som till slut inte höll och blev ingenting

När Helena Strevens tillträdde som sektionschef för öppen-vårdsobstetrikern på kliniken 2013 innebar det också att hon då ingick i verksamhetsledningsgruppen. Där upplevde hon ledningsarbetet som gammaldags och hierarkiskt; att beslut kring arbetssätt skulle "följa linjen" och lydas utan invändningar. Hon upplevde också hur en splittrad chefsstruktur splittrade också arbetslag – där medarbetarna i laget hade flera olika chefer – vilket gjorde det svårt för verksamheterna att utvecklas.

– Detta gick tvärsamt vad jag precis lärt mig i ledarskapsutbildningar om komplexa verksamheter, så jag protesterade, och efterlyste mer lyhördhet mot personalen och möjlighet till delaktighet i verksamhetsnära beslut, säger hon och fortsätter:

– I vissa verksamheter kan säkert administrativa beslut på långt håll baserade på förenklade siffrerapporter fungera, men att ta ett sådant koncept till komplexa verksamheter som inte så enkelt kan beskrivas i siffror får återverkningar på samarbetsformer, kompetensöverföring, forskning, undervisning, utbildning och utveckling – och i slutändan arbetsglädjen hos personalen och kvaliteten på vården av den enskilde patienten.

Efter fyra år som sektionschef lämnade hon chefsleden, men fortsatte som enhetsansvarig läkare för specialist-mödravården i Lund att på olika sätt försöka påtala problem och brister i verksamheten.

Problem och brister som hon menar



Om priset som Årets visslare: "I jämförelse med de som tidigare har tagit emot priset kan man tycka att jag inte visat på så spektakulära brister. Men just därför känner jag en varm glädje över att de här mer vardagliga oegentligheterna uppmärksammas och att konsekvenserna värderas, att man "sätter en flagga" på dem."

"har sin grund i ledningens bristande tillit till verksamhetens egen vilja och förmåga till ständig självförbättring och kompetensutveckling, kombinerat med en övertro på ledningens förmåga att själv kunna "producera vård".

Hon beskriver hur hon med sorg och oro såg hur välfungerande verksamheter föll isär och hur kompetent och erfaren personal lämnade. Men istället för att få gehör för sin oro har reaktionerna snarast blivit de motsatta.

Hon berättar att hon har kallats till "uppsträckningar" med kort varsel med rekommendation om facklig representants närvaro, uppmanats att skriva under på att hon var illojal och införstådd med att ett upprepat agerande skulle få "konsekvenser", att hon har fått hot om avsked, hot om skriftlig varning, som blev en muntlig tillsägelse och till slut ingenting alls.

– Det kändes som att en omsorg om patienterna – sådant som jag lärt mig prioritera under hela mitt yrkesliv – var

ovidkommande och förbjudet och att jag kunde straffas för det.

Hon beskriver det som motstridiga budskap inom sjukvårdens struktur:

– Man säger till oss sjukhusläkare att vi ska utbilda oss, disputera, gå på konferenser, skaffa oss uppdaterad kunskap om nya forskningsresultat, implementera dessa och bygga upp arbete i team, stärka professioner och jobba sömlöst mot andra verksamheter. Samtidigt vill vissa chefer "vara chefer" och ta sina beslut utan hänsyn till den stora sammanlagda kunskap och erfarenhet som verksamheten byggt upp under många år. Plötsligt är budskapet att vår kunskap och erfarenhet minsann inte är så märkvärdig, vi ska mest fylla en rad eller en mottagning för resultsiffrorna.

– Det första budskapet förstår vi, och vi har en passion att följa det, men det andra ser vi inte vitsen med när det inte leder till bättre vård för patienterna. Vi tror då att om vi bara kan förklara hur vårt sätt att jobba gynnar patienterna, förbättrar arbetsmiljön, blir effektivt och mer ekonomiskt, så kommer ledningen att förstå och vara villiga att låta oss skapa den goda vård som vi vet att vi kan. Vi står pannan blodig för det här och det kommer nya generationer också att göra. Innan vi långt om länge förstår att det första budskapet egentligen inte var så prioriterat. Så länge de här dubbla budskapen basunerar ut och inte ifrågasätts kommer det att vara ett säkert recept på att bränna ut en generation i taget.

För två år sedan fick Helena Strevens en utmattningsdiagnos. Sedan dess har hon tidvis varit sjukskriven och jobbar idag 50 procent. Uppdraget som enhetsansvarig läkare för specialist-

mödravården i Lund har hon klivit av.

– Jag har tyckt att det har varit lite nesligt, pinsamt och tufft att få diagnosen utmattningssyndrom. Hur kunde jag hamna här? Jag är ju doktor och borde veta hur viktigt det är med återhämtning och hur man ser till att få den. Men nu har jag insett att det nog inte alls handlar om att jag haft otillräckliga återhämtningstrategier. Snarare att de har fungerat alldeles för bra alldeles för länge och att jag då tillåtit mig att utsättas för en allt större börda av etisk stress varje dag som till slut blivit ohälsosam. Då finns inga timmar på dygnet kvar för ökad återhämtning. Jag tror det är jätteviktigt för yngre generationer att vara uppmärksamma på när balansen mellan perioder av stress och återhämtning börjar bli skev.

Hur känns det att ta emot priset som årets visselblåsare?

– Jag tycker att detta är fantastiskt och jag är oerhört hedrad. I jämförelse med de som tidigare har tagit emot priset kan man tycka att jag inte visat på så spektakulära brister. Men just därför känner jag en varm glädje över att de här mer vardagliga oegentligheterna uppmärksammas och att konsekvenserna värderas, att man "sätter en flagga" på dem.

– Jag hör också många liknande berättelser på andra håll från sjukvården och andra offentliga verksamheter, så på sitt sätt är problemen omfattande och behöver visselblåsas.

I ett pressmeddelande säger Karin Båtelson, ordförande för Sjukhusläkarna:

– Årets visslare är den tråkigaste utmärkelsen att dela ut. Men Sjukhusläkarnas grundpelare är att verka för att vården styrs av professionell drivkraft och engagemang till gagn för patienter och utveckling. Därför måste vi få bort tystnadskultur och på olika sätt ströta medarbetare som råkat illa ut när de engagerat sig. Det är också farligt när information bara få "gå i linjen", både uppåt och nedåt, det skapar en patientfarlig visklek. Visslare behövs helt enkelt och vi vill uppmärksamma dem.

Sjukhusläkarna har delat ut priset "Årets visslare" sedan år 2008.

Priset – i form av en "Oscarsstatyett" i guld försedd med munkavle – går till en person som stått upp för demokrati och yttrandefrihet i vården till gagn för patienter och läkare.

VISSLARNA GENOM ÅREN

2008



Roger Skogman

▼ Var den förste att få priset som "Årets Visslare". Protesterade mot en omorganisation i Östergötland. Fick besked att om han inte slutade skulle hans karriär vara rökt. Cheferna prickades för brott mot yttrandefriheten. Roger Skogman sade upp sig och flyttade till Falun.

2009

Anna Myredal

▼ När Anna Myredal, som ingick i klinikkens avvikelserapporteringssteam, efter ett tragiskt dödsfall gick in en minut i en hjärtsjuk patients journal för att se varför patienten fått vänta i nio timmar på akuten innan patienten blev undersökt av en läkare, så polisanmälades hon av sjukhuschefen och stängdes av från jobbet. Efter Sjukhusläkarens artiklar om vad som skett lades brottsundersökningen ner. Anna Myredal fick tillbaka jobbet och sjukhuschefen avskedades. Händelsen ledde, förutom ändringar i ledarskapet, till en rad klargöranden om hur patientdatalagen ska tolkas.

2010

Vincent Ugarp

▼ Tog öppet strid för yttrandefriheten på sin arbetsplats Hudiksvalls sjukhus då landstingsledningen försökte tysta ner kritiska röster i samband med en planerad nedläggning av sjukhusets akutmottagning. Protesterna lönade sig och akuten räddades.

2012

**Nils Peter Gilgen
Kjell Larsson
Stefan Branth**

▼ 2012 delades flera pris ut, alla med samma motivering: "För att genom eget vittnesmål från vårdens vardag ha riktat uppmärksamhet på att överbeläggningar på sjukhus innebär patientsäkerhetsrisker och påfrestningar på personalen." Stefan Branth hamnade i kylan och utestängdes från sina tidigare arbetsplatser och övergick till att arbeta som hyr-läkare, forska och verka som rådgivare åt idrottsstjärnor och medverka i en rad olika TV-program.

2014



**Peter Berg
Anders Danemo**

▼ Peter Berg (överst) och Anders Danemo fick dela på priset med motiveringen: "De hade modet att gå emot den egna budgetstyrningen och i stället se till helheten. Mot alla regler och utan pengar i avdelningens budget skickade de sin patient till den kostsamma neurorehabilitering som han behövde för att kunna gå igen."

2016

Johan Tjärnström

▼ Läkarchefen, Johan Tjärnström, hamnade mitt i stormen efter att ha skrivit ett brev till sjukhusledningen och politikererna om hur neddragningen av vårdplatser inom NU-sjukvården skulle drabba patienter och anställda.

2018



**Karl-Henrik Grinnemo
Matthias Corbascio**

**Oscar Simonson
Thomas Fux**

▼ Fick priset för att ha slagit larm om konsekvenserna av kirurgen Paolo Macchiarinis experimentella operationer med syntetiska luftstruper. Motiveringen lød: "Årets Visslare har med stort mod, envishet och välgrundade fakta lyckats stoppa en plågsam och dödlig operationsmetod och därmed drabbats personligen i sina yrkeskarriärer. De har föhindrat att fler patienter skulle möta samma öde men också visat på att ett nytt gransknings-system vid misstänkt forskningsfusk måste skapas".

2019

**Tommie Olofsson,
Håkan Sandler
Fredrik Tamsen
Jacob Andersson
Anna Ybo**

Ann-Sofie Ceciliason

▼ Läkarna vid Rättsmedicinalverket (RMV) i Uppsala tilldelades priset för att ha stått upp mot en arbetsgivare som inte velat lyssna och öppet kritiserat de metoder som de var påtvingade att använda vid åldersbedömning av asylsökande. Läkarna tog på ett rakt och tydligt sätt debatten och visade att åldersbedömningarna inte motsvarar deras krav på ett vetenskapligt förhållningssätt, och inte är förenliga med deras yrkesetik.

2021: Helena Strevens

Sammanställt av Christer Bark

Anna Sofia Dahl

Nu är det jag som snurrar runt, runt, runt

Kanske minns du krönikor om min cancersjuka man och hur han som patient förvisso *kom* först men att det oftast var först *till någon annan*?

Må han vila i frid och slippa veta att jag än en gång försöker förstå vårdens gåtfulla organisering.

Den här gången är det jag själv som snurrar runt och nu i en stor del av Stockholms geografiska sjukvårdsområde. Det har blivit många mil till fots, cykel och bil under ett halvår.

Här i stan har vi nämligen en upphandlad, utlokaliserad och i väldigt små bitar uppstyckad vård som långsamt föser mig runt mellan olika enheter i olika länsdelar.

Eller nej, själva fösandet tar nog inte så lång tid. Det är information om mig som ligger länge i systemen och väntar på att få komma fram till *någon annan* liten enhet.

Detta är enligt rådande styre höjden av effektivitet och det är så vi nyttjar de gemensamma resurserna bäst.

Låt mig ta det från början.

En kulen höstdag förra året tycker jag att en kroppsdel betar sig mystiskt. Säkert inget farligt men bränd av makens länge missade diagnos tänker jag att det kan vara bra att få det kollat.

Jag väntar snällt tills pandemin lugnat sig och besöker min vårdcentral under sen vår. Dit är det härligt Nära och en promenad på knappa 2 km fram och tillbaka.

– Säkert inget farligt men vi tar några prover för säkerhets skull,

säger en vänlig läkare och ägnar sen lång tid åt att knappa in mig i datorns olika system.

Remiss skickas till ett lab i en annan del av stan. Jag går dit en morgon, det blir en promenad på 4 km fram och tillbaka och det gör ju att frukosten sen smakar extra gott.

Några veckor senare kallas jag åter till vårdcentralen (2 km) som nu ändå vill göra några fler prover.

Remiss till ett fysiologlab. Sådana finns det gott om i innerstan där jag bor. Men min remiss går till Nacka och dit är det 16 km tur och retur.

Det är fortsatt pandemi så jag cyklar en tidig morgon och gör om samma resa tre dagar senare för att lämna tillbaka lånad utrustning.

Dryga 6 mil på cykel. Nå, det gör gott för hälsan och klimatet tänker jag och det är ju tur att jag inte är sjuk och svag.

En tid senare kallas jag till specialist, gudskelov i innerstan. Det blir en skön promenad om knappa 3 km.

– Ser inte alls farligt ut men vi gör ett extra prov för säkerhets skull, säger denne vänligt.

Ny remiss, nytt lab i ny förort, nu Jakobsberg. Jag ger upp motionen och tar bilen de 45 kilometrarna tur och retur och får se områden där jag aldrig varit.

– Ja, ni hör hur jag har farit runt. Då själva informationen om mig tvärtom färdas sakta och andra är före mig i kön så har nu många månader gått. Fler ska följa.

En vacker dag är jag hos specialisten igen. Skön

promenad i höstsol.

– Allt ser helt bra ut. Men nu har lång tid gått så låt oss för säkerhets skull ta om proverna från i våras.

Vid det här laget har jag promenerat 14 km, cyklat 64 km och kört bil 45 km. En total färd om 12 mil genom tre kommuner, via tre olika lab och fyra läkarbesök.

När jag nu en tidig morgon ska gå till ännu ett lab slås jag av en tanke: *Tänk om dessa läkare och olika lab fanns på ett och samma ställe?*

Liksom mer samlat och Nära? I ett och samma hus? Det hade väl varit effektivt?

Kanske kunnat minska väntan, resor, knapptryck och flödet av fakturor och betalningar i denna moderna vårdbusiness?

Man skulle rentav kunna kalla det för... sjukhus?

Britt-Marie Abrnell



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

Eliquis® – för både behandling och profylax av djup ventrombos/lungemboli:

- 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.

Referens: 1. Produktresumé för Eliquis®



Eliquis® (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmraderade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikation Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungemboli (LE), Förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna. Eliquis® är kontraindicerat vid: 1. Pågående kliniskt signifikant blödning. 2. Leversjukdom associerad med koagulationsrubbning och kliniskt relevant blödningsrisk. 3. Händelse eller tillstånd som bedöms som en betydande riskfaktor för större blödning. 4. Samtidig behandling med något annat antikoagulantium såsom ofraktionerat heparin (UFH), lågmolekylärt heparin, heparinderivat, orala antikoagulantia förutom vid särskilda omständigheter under byte av antikoagulationsbehandling, då UFH ges i doser nödvändiga för att bibehålla en central ven- eller artärkateter öppen eller då UFH ges under kateterablation för förmaksflimmer. Eliquis® rekommenderas ej till patienter med CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys, med hjärtklaffprotes eller till patienter med befintlig eller tidigare trombos som har fått diagnosen antifosfolipidsyndrom. Eliquis® rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt produktresumé 11 januari 2021. **För fullständig information och pris se fass.se.** Bristol Myers Squibb, Tel. 08-704 71 00, www.bms.com/se, Pfizer Innovations AB, Tel. 08-550 52 000, www.pfizer.se.

Kraven
hårda för
vårdanställda
i Frankrike

Text: Anna
Trenning-Himmelsbach
– frilansjournalist, Frankrike

Frankrike är ett av få länder som har lagstiftat om att sjukvårdspersonalen måste vaccinera sig mot Covid. intensivvårdsläkaren Damien Barraud anser att det är ett nödvändigt ont. – Människor har ju dött efter att ha fått viruset på sjukhuset, säger han.

▼ Idag är det relativt lugnt på intensivvårdsavdelningen.

Damien Barraud säger att det är som natt och dag jämfört med hur det var i början av pandemin. Då var sjukhuset här i nordöstra Frankrike ett av de hårdast drabbade i hela landet. När det var som värst tredubblades antalet platser på intensivvården. I över 100 sängar på avdelningen låg Covidsjuka.

– Nu har vi några fall i veckan. Nästan bara ovaccinerade.

Alla som jobbar på sjukhuset är däremot fullt vaccinerade. Sedan i mitten av oktober är det obligatoriskt, även för dem som arbetar med administration och underhåll. Samma sak gäller inom äldreomsorgen, på apotek, provlabb och hos brandkåren. De som vägrar blir avstängda från sina arbeten utan lön.

Omkring 15 000 personer befinner sig just nu i den situationen enligt en uppskattning från Sjukvårdsdepartementet. Det motsvarar mindre än en procent av de cirka 2,7 miljoner personer som arbetar inom vård och omsorg i Frankrike. Ungefär samma för-

De som inte vaccinerar sig stängs av från jobbet utan lön



På Mercy, en del av regionsjukhuset Metz-Thionville i nordöstra Frankrike, där Damien Barraud arbetar måste besökare visa upp ett hälsopass för att kunna komma in om det inte är akut sjuka. Hälsopassen i kombination med den obligatoriska vaccinationen av bland annat vårdpersonalen har gjort att vaccinationstakten i Frankrike har tagit fart. Foto: Anna Trenning-Himmelsbach.

hållande gäller på regionsjukhuset Metz-Thionville.

– Jag kollade siffrorna i morse. 100 procent av läkarna och barnmorskorna är vaccinerade. Bara 61 anställda av totalt 6.300 är avstängda, Damien Barraud.

Det har förekommit protester bland vårdanställda mot tvånget. Kritikerna hävdar att det hade varit bättre att

försöka övertyga, än att använda piskan.

Damien Barraud tvekar.

– Det är en komplicerad fråga som inte bara berör vården. I en perfekt värld är det inte nödvändigt att tvinga personer. Men med tanke på vad jag har sett här på avdelningen tycker jag att det är bra. Människor har ju dött efter att ha fått viruset på sjukhuset.

Kravet i kombination med att invå-

narna blev tvungna att visa ett hälsopass för att kunna besöka allt från restauranger till muséer och badhus, gjorde att vaccinationstakten tog snurr i somras. Från att ha varit vaccinskeptikernas land, ligger Frankrike idag högt jämfört med andra EU-länder.

Men Damien Barraud anser att motståndarna fortfarande ställer till med stor skada. Han har själv varit ute i het-

luften och till och med mordhotats, efter att öppet ha kritiserat personer som sprider ovetenskaplig information på Internet.

– Antivaxarna är inte många, men är de som för mest väsen på sociala medier. Ja, jag är arg, därför att deras påståenden dödar människor. Vi har haft patienter som har smittats av Covid i antivaxdemonstrationer.

FAKTA |

Frankrike har 66,7 miljoner invånare. 19 oktober var 86 procent av invånarna över 12 år fullt vaccinerade mot Covid.

▼ Från och med 15 oktober i år måste 2,7 miljoner personer som arbetar inom vård och omsorg vara fullt vaccinerade.

Men obligatorisk vaccination gäller inte bara för covid-19. Vårdande personal omfattas sedan tidigare av obligatorisk vaccination mot hepatit b, tuberkulos, difteri, stelkramp, polio och tyfoid.

Frankrike har infört hälsopass för både personal och besökare i en rad olika miljöer som tar emot allmänhet, som muséer, restauranger, barer, och vid kultur- och idrottsevenemang.

För att få ett hälsopass krävs fullgången vaccination, ett negativt test eller ett intyg på att man har tillfrisknat från Covid.

Testningen har varit kostnadsfri för alla fram tills 15 oktober. Ett PCR-test kostar omkring 44 euro och ett antigen-test cirka 25 euro för ovaccinerade. För vaccinerade och personer som har recept från läkare är den gratis.

Totalt smittades 63 000 personer inom vården under perioden 1 jan 2020 - 15 maj 2021, varav 60 procent var patienter och resten personal. I mitten av oktober hade drygt 117. 000 personer dött i covid i Frankrike.

Damien Barraud tror inte att avdelningen riskerar att komma i närheten av hur det var under våren 2020. Men han tror inte heller att krisen leder till att de franska sjukhusen får nödvändiga resurser. Före pandemin hade personal över hela landet strejkat.

– Här på intensivvården är vi relativt skyddade. Men det finns andra avdelningar, inte minst akuten, som har en tuff arbetssituation på grund av personalbristen.

Även om arbetstakten på hans egen avdelning just nu är mer "normal", säger Damien Barraud att han nog aldrig helt kommer att smälta vad han såg under den hårdaste perioden, när han hade intrycket av att vara med i en katastrof-film.

– Det värsta var att inte kunna stötta patienterna och deras familjer. Belöningen i det här arbetet, där vi ju är vana vid att se patienter dö, är att kunna se människor en värdig avslutning, och att hjälpa de anhöriga i sitt sorgearbete. Att se personer dö ensamma och sedan försvinna i en plastsäck, är en upplevelse som jag tror att jag aldrig kommer över.



EU jättesatsar inför hotet av nya pandemier

Text: Kristina Wallin
– frilansjournalist, Italien

Nu gör EU-kommission självkritik och listar flera saker som måste bli bättre till nästa pandemi. Samtidigt planerar unionen att stärka skyddet genom att tredubbla satsningen på programmet EU för Hälsa och låta det omfattas av epidembekämpning.

▼ Innan covid började invadera världen var hälsofrågor inte högprioriterade inom EU. Visserligen hade kommissionen lyckats få igenom ett rejält forskningsprogram i Horisont Europa, som även omfattar hälsa, men medlemsländerna höll hårt i plånboken och sitt självbestämmande när det handlade om andra åtgärder när det gäller hälsovården.

Att säga att pandemin förändrade detta helt är överdrivet, men något hände. Även om varje land haft sina egna regler och sin egen strategi, så blev det plötsligt tydligt hur viktigt det är att vara många och samarbeta i kriser.

I februari förra året bestämde ministerrådet att göra en gemensam upphandling av skyddsmaterial och i slutet av mars hade kommissionen satt igång det. Tjugofem medlemsländer, däribland Sverige, hakade på. Strax därefter bestämde kommissionen att inget sådant material fick exporteras utan tillstånd.

I samma veva började kommissionen lägga upp ett lager med akututrustning för sjukvården. Det var första gången i

EU:s historia som en sådan gemensam reserv skapades.

I april förra året satsade EU över 30 miljarder svenska kronor på att stödja sjukvården inom unionen. Medlen skulle främst gå till distribution av sjukvårdsutrustning, samordning av transporter av patienter och stöd till fältsjukhus.

Under sommaren tecknades ett avtal för inköp av Remdisivir och det gavs bidrag för utveckling och användning av blodplasmabaserade preparat. På hösten togs alla tullar och avgifter bort på sjukvårdsutrustning. Samtidigt förhandlade EU med vaccintillverkarna om inköp av doser till alla medlemsländer, och distribuerade tjugo miljoner snabbtester.

Tredubblar hälsoprogram

När det sedan var dags att slutligen rösta igenom EU:s budget 2021-2027 i covidens kölvatten, lyckades parlamentets förhandlare få fram en tredubbling av finansieringen av programmet EU för hälsa (EU4Health), från de drygt 17 miljarder kronor som medlemsländerna var beredda att satsa innan covid19, till över 51 miljarder kronor. En sådan ökning är minst sagt ovanlig inom EU, men plötsligt hade alla insett att hälso- och sjukvård är något som det är värt att satsa på. Förhoppningen är så klart att vi ska stå bättre beredda nästa gång.

Hur ska det gå till i praktiken?

Krislager byggs över hela Europa

Det ska byggas upp krislager över hela EU och det ska finnas sjukvårdspersonal som är tränad och beredd att rycka in på olika ställen inom unionen när det behövs. Ett europeiskt, digitalt hälsodataregister ska startas, där det ska vara lätt att lämna och hämta uppgifter.

Inhemsk läkemedelsproduktion ska uppmuntras, så att vi slipper vara lika beroende av andra länder vid nästa pandemi. Plus att en plattform för kliniska multicenterprövningar kan komma att startas, eftersom det enligt kommissionen kan ge EU bättre förutsättningar för klinisk forskning.

När kommissionen nyligen gjorde offentlig självkritik för hur pandemin hanteras av EU, var det en sak som drogs fram som extra viktig, och det är att unionen har en gemensam strategi inför nästa pandemi. Även om den inte kan säga det öppet, går det att läsa mellan raderna att kommissionen anser att varje land gått för mycket sin egen väg. Den anser också att det tog för lång tid innan länderna insåg att situationen var allvarlig och började reagera.

Inrättar ny krismyndighet och europeisk chefsepidemiolog

Därför vill kommissionen ha en europeisk chefsepidemiolog och en fungerande hälsounion redan innan årets slut, plus en alldeles ny myndighet för beredskap och insatser vid hälsokriser som ska vara verksam redan från början av nästa år.

På så sätt hoppas den att EU ska vara mer på hugget och få igång åtgärder betydligt snabbare när nästa epidemi bryter ut. Den anser dessutom att det bör finnas möjlighet att införa ett europeiskt undantagstillstånd vid pandemier.

Förbättrar "larmsystemet"

För att upptäcka nya utbrott tidigare kommer EU att förbättra sitt system för att samla in information om smittsamma sjukdomar. Kommissionen vill också att det görs en årlig rapport om hur beredskapsnivån ser ut inom unionen.



Vill du lära dig mer om MADRS-skalan?

Besök depressionsportalen.se

Kontakta oss gärna för utbildning i att bedöma depressionens svårighetsgrad



www.janssenmedicalcloud.se/sv-se/terapiomrade/depressionsportalen/madrs

Art accreditation: Jeffrey Sparr, *Same Guy*
A survivor, battling Obsessive Compulsive Disorder (OCD), Jeffrey's mission is to help people create peace of mind through expressive arts and storytelling.

Janssen-Cilag AB Box 4042, SE-169 04 Solna, Sweden
Tel +46 8 626 50 00, Fax +46 8 626 51 00, www.janssen.com/sweden

janssen Neuroscience
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF **Johnson & Johnson**

Läkarutbildningen tar ett nytt historiskt steg

Vilka förhoppningar och farhågor finns?
Sjukhusläkaren har ställt tre frågor till
programansvariga för nya läkarutbildningen.
Vi frågade:

- 1** Vilka är de största skillnaderna mellan det gamla och det nya läkarprogrammet hos er?
- 2** Vilka är de största fördelarna med det nya programmet?
- 3** Vilka är de största utmaningarna med det nya programmet?

✓ Vi bad också Nils O Sjöstrand, bland annat professor emeritus i fysiologi vid Karolinska Institutet och sedan 2006 ordförande i Svenska Läkarsällskapets sektion för medicinens historia, att beskriva läkarutbildningen genom tiderna för att sätta reformen i ett historiskt perspektiv. Se sidorna 38-41.

Texter: Ingemo Orstadius

GÖTEBORG

Lars Börjesson, ordförande i
läkarprogramkommittén på
Sahlgrenska Akademien.
Professor i kirurgi:

- 1** Vilka är de största skillnaderna?

▼ Den största skillnaden är att vi adderar långa kliniska praktikperioder i slutet av programmet; detta för att kompensera att AT försvinner.

En annan sak som är helt ny för oss är att vi i princip övergår till enbart terminslånga kurser. Från att ha haft 25 kurser med så varierande längd som alltifrån en vecka till en dryg termin, kommer vi att ha endast en kurs per termin. (Ingen kurs försvinner, utan de korta går upp i de stora.) Det kanske inte verkar som någon stor sak, men organisatoriskt innebär det en stor

förändring för oss som arbetar med programmen.

Tidigare har alltså 25 ansvariga planerat utbildning och bestämt innehåll för sina kurser. Men många små kurser medför svårigheter när vi ska lägga upp gemensamma riktlinjer.

Genom att övergå till 12 terminslånga kurser får vi får större möjlighet att styra programmet, vilket innebär en stor fördel.

Vi inför också vissa valbara moment; något vi inte haft tidigare.

EPA, (entrustable professional activities), är ett helt nytt förhållningssätt i det nya programmet. Kompetenserna i sig är inte nya, men sättet att arbeta på är detaljstyrt. (Se faktaruta nästa sida.) Att alla svenska lärosäten nu enats om att börja använda EPA är väldigt bra tycker jag. Det är en styrka att vi är överens om dessa grundläggande saker.

Ett nytt mål i läkarutbildningen är att "visa förmåga att självständigt diagnostisera och inleda behandling av akuta livshotande tillstånd".

Efter önskemål från studenterna inför vi en kurs i akut-sjukvård under den sista terminen. Det blir en repetition där vi "knyter ihop säcken". Studenterna hamnar ju i första linjen i sjukvården som legitimerade läkare efter 12 terminer.

- 2** Vilka är de största fördelarna?

▼ Det vi vinner är att studenterna blir legitimerade tidigare. En annan fördel är att vi verkligen vänt på alla stenar när vi gjort om programmet. Vi har frågat oss vilket som är det bästa sättet att

organisera de nya kurserna på. Förhoppningsvis blir utbildningen nu ännu bättre.

EPA, som jag nämnde tidigare, är något jag tror och hoppas mycket på. EPA innebär en annorlunda kontroll av vad studenten kan. På ett systematiskt sätt kan vi följa studenterna noga under utbildningens gång, så att vi vet att de klarar de vardagliga saker som de möter i vården.

Att det i de nya målen, som är skrivna med stor tydlighet, trycks lite mer på patientens medverkan är också en fördel, tycker jag.

- 3** Vilka är de största utmaningarna?

▼ Utan tvekan att få till en bra samverkan med sjukvården, som var satt under press redan innan pandemin. Att då ha

"Stor utmaning att få en bra samverkan med sjukvården"

en ökad mängd studenter som ska tas om hand, undervisas och genomgå EPA, tar naturligtvis mycket tid i anspråk.

AT-läkarna, som var med i arbetet hela tiden, kommer nu att ersättas av

studenter som kräver en annan typ av handledning. Det är viktigt att universiteten får med sig sjukvården, så att vi kan genomföra utbildningen tillsammans på bästa sätt.

FAKTA | EPA

EPA (entrustable professional activities)
EPA är en modell för att träna och bedöma dagligt läkararbete.

▼ Modellen tydliggör för studenter och handledare vad studenten ska träna på under det verksamhetsintegrerade lärandet (VIL). EPA ska spegla de kompetenser som ska utvecklas under utbildningen och som studenter vid examen ska kunna genomföra med en definierad grad av självständighet. Vissa EPA behöver tränas och examineras i simulerad miljö. Modellen används internationellt på både grund- och specialistutbildningsnivå. I den nya svenska läkarutbildningen finns på grundnivå tio mål, som alla lärosäten kommit överens om.

Den nya läkarutbildningens tio grundmål:

1. Inhämta anamnes och genomföra relevant statusundersökning.
2. Prioritera arbetsdiagnos bland relevanta differentialdiagnoser.
3. Upprätta en initial utredningsplan.
4. Formulera en initial åtgärdsplan och genomföra behandling.
5. Identifiera behov av och initiera preventiva åtgärder.
6. Genomföra allmänna medicinska procedurer.
7. Identifiera patienter i behov av akut vård och genomföra ett primärt omhändertagande.
8. Dokumentera samt utfärda recept och intyg.
9. Samarbeta inom hälso- och sjukvården och med professioner i andra delar av samhället.
10. Bidra till säkerhetskultur inom vården.

”Moderniseringen behövs!”

– men besked om finansiering saknas

LUND

Christer Larsson, ordförande i programnämnden för läkarutbildning.
Professor i tumörcellsbiologi:

1 Vilka är de största skillnaderna?

▼ Vi förberedde oss 2018 när vi gjorde om läkarutbildningen och har i princip planerat de tio första terminerna för att använda i det nya programmet.

Jämfört med äldre varianter har vi tagit ett programperspektiv på examinationen för att få ett över programmet sammanhållet system, som examinerar studenternas kunskaper, färdigheter och förhållningssätt.

Det ska bli betydligt fler observationer/bedömningar med feedback när studenterna är på kliniska placeringar.

Vi har ett mycket gott samarbete med övriga läkarprogram i Sverige och har tillsammans tagit fram tio stycken EPA (entrustable professional activities). Med dessa får vi ett nytt arbetssätt, fokuserat på observation, för att stötta studenterna i deras utveckling. (EPA avser aktiviteter som ingår i en läkares dagliga arbete och som de ska klara första dagen som legitimerade.)

Detta kommer att präglade det nya

programmet. Vi inför nya lärande-moment och examinationer för att möta de nya målen i examensordningen och vi hoppas att få ett betydligt större samarbete med primärvården, framförallt gällande de avslutande terminerna.

Det nya programmet innebär ett nytt sätt att tänka och kräver samarbete över kursgränserna. Vi måste ha samma system på alla kurser och följa studenternas progression på ett annat sätt än tidigare. I slutet av utbildningen måste studenterna verka så självständigt som det bara går.

2 Vilka är de största fördelarna?

▼ Vi har fått en examensordning med moderna mål för dagens och framtidens sjukvård. Den lyfter fram det hälsofrämjande perspektivet och betonar vikten av att utgå från patientens unika situation, så att optimal vård ska kunna ges. De nya läkarna blir väl förberedda för framtida sjukvård. Moderniseringen behövs!

3 Vilka är de största utmaningarna?

▼ Finansieringen! Vi har inte fått besked om vilka nya resurser vi kommer att få. Framförallt den sista terminen blir dyr.

Alla nya mål förutsätter att vi inför nya undervisningsmoment med bedömning, handledning och feedback, vilket kostar mer.

Studenterna kommer att tillbringa mer tid i primärvården och att hitta platser för dem kan bli svårt; det är redan lite ”trångt” på sjukhusen. Men i Lund har vi ett bra samarbete med Malmö, Helsingborg, Växjö, Karlskrona och Kristianstad.

Dessutom samarbetar vi med vårdcentraler i närliggande regioner, något som jag tror är jätteviktigt!



Mesalazin Orion

mesalazin

Enterotablett och suppositorium, 500 och 1000 mg

Välj ett billigt alternativ!

Mesalazin Orion – ett generiskt alternativ med låg behandlingskostnad*

- Välj aktivt vid förskrivning
- Apoteken byter inte till billigaste alternativ

*TLV:s prisdatabas okt 2021



Vid behandling av ulcerös kolit

Välj ett billigt alternativ!

Mesalazin Orion (mesalazin) Medel vid intestinala inflammationer [Rx], (F) Indikation och subvention vid: distal ulcerös kolit (proktit och proktosigmoidit) för behandling av lindriga eller måttliga akuta exacerbationer och underhållsbehandling vid remission. Vid behandling med mesalazin ska patienter med lungsjukdom, speciellt astma och/eller nedsatt njurfunktion och/eller nedsatt leverfunktion övervakas mycket noga. Hos patienter som tidigare varit överkänsliga mot sulfasalazin bör behandling med mesalazin ske under noggrann medicinsk övervakning. Försiktighet rekommenderas vid behandling av patienter med aktivt mag- eller duodenalsår. Enterotabletter 500 och 1000 mg. Senaste översyn av produktresumé: 2021-03-05. Suppositorium 500 och 1000 mg. Senaste översyn av produktresumé: 2021-03-31. För priser och ytterligare information se www.fass.se.

ORION PHARMA AB
BOX 85 | 182 11 DANDERYD
ORIONPHARMA.SE



”Man kan inte längre undervisa i ett ämne i taget”

KI inför teambaserat och problembaserat lärande

STOCKHOLM | KI

Li Felländer-Tsai,
Programnämndens ordförande.
Professor och överläkare i ortopedi:

1 Vilka är de största skillnaderna?

▼ Vi har valt att använda teambaserat lärande som huvudsaklig pedagogik i den teoretiska undervisningen. Metoden ger studenterna systematisk träning i samarbete och problemlösning.

Eftersom det nya programmet ställer större krav på genomtänkt progression, måste kunskapen byggas upp stegvis och systematiskt under utbildningens gång.

Det nya läkarprogrammet är direkt legitimationsgrundande, vilket innebär att en större skicklighet och högre grad av självständigt yrkesutövande måste uppnås innan examen.

Programmet innehåller bredare examensmål beträffande exempelvis globala hälsofrågor, folkhälsa, prevention, samarbete och prioriteringar i hälso- och sjukvård. För att allt detta ska få plats på en begränsad tid, måste pedagogik och upplägg av undervisningen ändras. Man kan inte längre undervisa i ett ämne i taget.

I stället skapar vi ett problembaserat upplägg, där vi utgår från olika konstellationer av symptom och fynd/kliniska problem/situationer som krävs för att handlägga dessa.

2 Vilka är de största fördelarna?

▼ De nya examensmålen skapar förutsättningar att ge de examinerade läkarna såväl högre som bredare kompetens att hantera läkaryrkets krav. Dessutom får de en god beredskap i att hantera framtida utmaningar inom hälso-och



sjukvård, folkhälsa och medicinsk forskning, samt andra expertuppdrag i samhället, där läkarkompetens är ett krav.

3 Vilka är de största utmaningarna?

▼ Det finns flera. En är att säkerställa en ändamålsenlig och relevant rekrytering och bemanning av ordinarie lärare med hög kompetens inom aktuella områden. Tidsaspekten är en annan. Studen-

terna ska hinna uppnå en tillräckligt hög grad av självständighet i yrkesutövningen på den begränsade tid som står till buds.

Examinationerna behöver genomföras i strukturerat samarbete med hälso- och sjukvården, delvis på plats. Detta blir en utmaning i dagens pressade, specialiserade och diversifierade vårdorganisation.

En nyhet är införandet av ett ”progresstest” en gång per termin för att mäta studenternas tillväxtkurva

UMEÅ

Magnus Hultin, vicedekan för samverkan kring klinisk utbildning, ansvarig för införandet av det nya läkarprogrammet. Docent i anesthesiologi och intensivvård:

1 Vilka är de största skillnaderna?

▼ Redan i samband med regionaliseringen 2011, påbörjade vi ett förbättringsarbete av läkarutbildningen. Därför behöver vi inte starta från scratch nu, utan kan reformera programmet utifrån de nya examensmålen. Vi har gjort förändringar på tio punkter, varav EPA (entrustable professional activities) är en.

En annan stor förändring gäller 2030-hållbarhetsperspektivet, som bygger på FN:s Globala mål för hållbar utveckling och som ska införas i det nya programmet. God hälsa och välbefinnande är där ett delmål. I enlighet med de nya examensmålen ska framtida läkare vara med och ta ansvar för miljön. Men hållbar utveckling handlar också om att visa förståelse för olika grupper i samhället och ta ansvar för sin egen utveckling.

En annan nyhet är införandet av ett ”progresstest” en gång per termin för att mäta studenternas tillväxtkurva. På så vis speglas deras teoretiska kunskaper över tid. Studenterna kan se om de har den bredd de behöver och göra en plan för kommande studier.

2 Vilka är de största fördelarna?

▼ Det vi vinner är att vi fokuserar på kärnkompetens samt de vanliga kliniska situationerna och tillstånden. Det blir centralt för alla studenter att de ska kunna anförtros att jobba självständigt



då de börjar arbeta som legitimerade läkare. Vi måste säkerställa att de har den kunskap och de färdigheter som krävs för legitimation, samt den grund som behövs för att gå specialistutbildningen.

Vi får en likformighet med större delen av Europa. Målen för svenska studenter blir desamma som för resten av EU.

Att regionerna får legitimerade läkare tidigare är positivt. På sikt kommer även något yngre specialister att verka i vården.

3 Vilka är de största utmaningarna?

▼ Det är att få till de långa kliniska placeringarna. Vi ska i samverkan med

regionen utbilda handledare, för att kunna säkerställa att de håller en hög kvalitet när det gäller bedömning.

En del av utmaningen är att hitta IT-verktyg, som kan dokumentera studenternas färdigheter och förmåga under praktikperioderna. Målet är att säkerställa att studenterna under sista terminen kan jobba nästan självständigt. Det åstadkommer vi genom löpande återkoppling från handledarna.

Att säkerställa att AT-volymen hålls uppe och samtidigt förbereda studenters praktik blir en utmaning under en övergångsperiod. Samma gäller att få till en fungerande ekonomi för det nya programmet, framförallt i den kliniska utbildningen.



” De största förändringarna gäller de kliniska placeringarna

UPPSALA

Bertil Lindahl, ordförande i Programkommittén för Läkarprogrammet. Professor i kardiologi:

1 Vilka är de största skillnaderna?

▼ Det basvetenskapliga innehållet är ganska oförändrat, såväl innehållsmässigt som pedagogiskt, bortsett från att vi flyttat om ordningen något.

De största förändringarna gäller de kliniska placeringarna. Vi delar nu in utbildningen i tre stadier med fyra terminer i varje. Under det första stadiet ligger fokus på det basvetenskapliga. Studenterna är ute något mer i kliniskt arbete än tidigare.

Under terminerna fem till åtta ligger fokus på sjukdomslära, där undervisningen i huvudsak är förlagd till Akademiska Sjukhuset. I stället för traditionella VFU-placeringar (Verksamhetsförlagda utbildningar) på vårdavdelningar, inriktar vi oss på att ha mer fokuserade VFU-moment i anknytning till det sjukdomsområde som studeras, som exempelvis ”studentmottagningar”, där patienterna i förväg är tillfrågade om det är ok att först bli undersökta och bedömda av studenterna. På detta sätt vill vi säkerställa att alla får en inblick i alla områden och får göra de moment som är relaterade till det de läser.

I stadium tre är arbetet som läkare i fokus. Från att ha varit extremt ”snutti-

fierat” tidigare med korta placeringar, övergår vi nu till att ha långa sådana. Termin tio är i huvudsak förlagd ute i regionen med sex veckors internmedicin, sex veckors kirurgi och fyra veckors psykiatri. Studenterna har nästan bara kliniskt arbete då; det är lite ”AT-tänk” över den terminen.

De förväntas delta i det vardagliga arbetet på en avdelning under arbetstid och få den riktiga träningen i läkararbetet under handledning.

Under termin elva är det långa placeringar inom primärvård och på akutmottagning.

2 Vilka är de största fördelarna?

Många tycker att det är synd att ta bort AT, men nu är det som det är. Det gäller bara att det blir verklighet av detta nya. Vi är mer fokuserade på vad studenterna ska få med sig i varje del och vad de kan.

Tidigare fanns det en bild av att bara man är på en klinik, så får man automatiskt med sig vad man behöver.

Vi har ett mera genomfört curriculum nu med ett större fokus på examination, av såväl kunskap som färdigheter och förhållningssätt, och där målen som studenterna ska uppnå är tydligare beskrivna.

Införandet av nationella EPA, är en del av detta som handlar om strukturerad undervisning, bedömning och återkoppling kring viktiga kliniska färdigheter. Med EPA vill vi säkerställa att alla studenter kan uppvisa att de tillägnat sig kliniska färdigheter på en till-

”Vår ambition är att ha mera krav på struktur, vilket ställer större krav på handledarna”

räcklig nivå för att efter examen kunna arbeta självständigt som legitimerade läkare.

Det nya programmet betonar också mer vikten av ett bra och professionellt förhållningssätt till patienter, kolleger och övrig personal.

3 Vilka är de största utmaningarna?

▼ En av de största är att se till att återkopplingen till studenterna, särskilt i samband med den verksamhetsförlagda praktiken, blir ”på riktigt”. Det handlar inte bara om att ”klicka i en box”.

Vår ambition är att ha mera struktur, vilket ställer större krav på handledarna.

Vi behöver nu nå ut till dem på ett bra sätt och kommunicera vad som förväntas av dem, så att de är införstådda



med detta. Det är otroligt viktigt med engagerade handledare, som kan ge studenterna konstruktiv återkoppling, såväl positiv som negativ. ”Det där fungerar bra” eller ”du behöver du träna mera på... därför att...”. Att skapa en

kultur där konstruktiv återkoppling av varje moment är något självklart, är en stor utmaning.

Det finns helt klart brister i den gamla utbildningen och ambitionen med det nya sexåriga programmet är att

höja ribban jämfört med tidigare. Det är viktigt att vi ger studenterna goda förutsättningar att arbeta som läkare, inte minst därför att de efter avklarad examen i det nya programmet bli legitimerade.

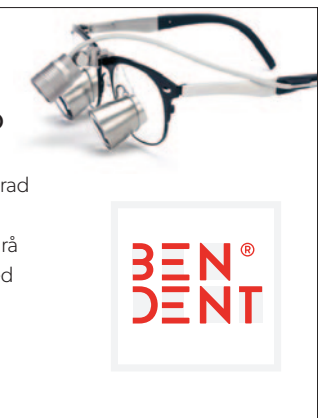


ExamVision

MARKNADENS SÄKRASTE LUPP

Din syn utgör ett av dina mest värdefulla redskap. Att arbeta i en högexponerad LED-ljussmiljö utsätter dina ögon för skadligt blå- och ultraviolett ljus. Med tiden kan det skadliga ljuset innebära en ökad risk för ögonsjukdomar som grå starr och åldersrelaterad makuladegeneration (AMD). Skydda dina ögon med marknadens mest effektiva lupp.

Bendent AB | tel: 0769 452 722 | www.bendent.se



"Vi lägger till mer praktiska examinationer av kliniska färdigheter"

ÖREBRO

Ann-Sofi Duberg, programansvarig för läkarprogrammet. Infektionsläkare, överläkare, docent:

1 Vilka är de största skillnaderna?

▼ Den största skillnaden är tillkomsten av en 12:e termin och att utbildningen ska vara legitimationsgrundande. Studenterna ska direkt efter läkarexamen kunna ansöka om läkarlegitimation och AT försvinner. Vi har arbetat igenom hela programmet och kompletterat undervisning och examinationer utifrån de nya nationella examensmålen.

Eftersom läkarutbildningen i Örebro bara är tio år gammal och nyast i landet och planerad med tanke på att en sexårig utbildning sannolikt skulle komma, så var vi relativt väl förberedda. Vi har kunnat behålla samma grundstruktur och pedagogik, men arbetat med att förbättra och komplettera utifrån nya examensmål. Bland annat lägger vi vikt vid en förbättrad bedömning och återkoppling på klinik.

Dessutom lägger vi till fler praktiska examinationer av kliniska färdigheter, så kallade OSCE.

Universitetet får nu ett ännu större ansvar att, bland annat med hjälp av kliniska handledare i regionen, kontrollera att studenten verkligen uppnår tillräckligt hög kompetens under utbildningens gång.

2 Vilka är de största fördelarna?

▼ EU-anpassningen! Det innebär fördelar för studenterna att utbildningarna inom EU blir mer lika. Med den gamla utbildningen ska alla som utbildats i Sverige göra AT, medan studenter som läst legitimationsgrundande



En utmaning att få till en rättssäker och god bedömning av studenternas praktiska kunskaper

sexårig utbildning i annat EU-land inte får göra detta. Med den sexåriga utbildningen kommer i stället alla nyutbildade legitimerade läkare att göra så kallad bastjänstgöring (BT).

Att nya nationella examinationsmål inom professionell utveckling tillkommit är bra. Några av dem hade vi redan i vår relativt nystartade utbildning. De nya målen handlar bland annat om etik, patientsäkerhet och bemötande av patienter och anhöriga.

Det är bra att betydelsen av ett professionellt bemötande av patienter, kolleger och annan personal i den kliniska verksamheten lyfts. Jag tycker att det är viktigt att studenten bedöms utifrån detta. Samtidigt vill jag betona att den medicinska kunskapen är oerhört

viktig; den får vi aldrig tumma på!

3 Vilka är de största utmaningarna?

▼ En utmaning är att i samverkan med regionerna ordna tillräckligt många bra praktikplatser nu när studenterna behöver ännu en termin med mycket klinisk praktik.

Dessutom, att få till en rättssäker och god bedömning av studenternas praktiska kunskaper är svårare än att mäta vad de teoretiskt kan.

Att bedöma kvaliteten på deras förhållningssätt och förmåga är komplicerat. Handledarna måste kunna sätta ord på vad som var bra och vad som behöver förbättras. De måste kunna konkretisera

och förklara. På universitetet arbetar vi med att ta fram mallar som vägledning. Vi tror också att observationer enligt EPA (entrustable professional activities), som alla lärosäten i landet anammat, ska kunna användas för att ge feedback.

Örebro universitet har i samarbete med Region Örebro län utarbetat en handledarutbildning för vårdpersonal med inriktning på handledning av studenter. Handledning och återkoppling har stor betydelse i alla vårdutbildningar och är ett viktigt inslag i det nya programmet. Det ligger i handledarnas intresse att ge så bra feedback som möjligt, för de som blir legitimerade om sex år blir ju deras framtida kolleger.

Hållbar student kommer att bli ett nytt genomgående ämne i flera av terminerna

LINKÖPING

Éva Tamás, programansvarig för läkarutbildningen. Bitr. professor, överläkare i thoraxkirurgi:

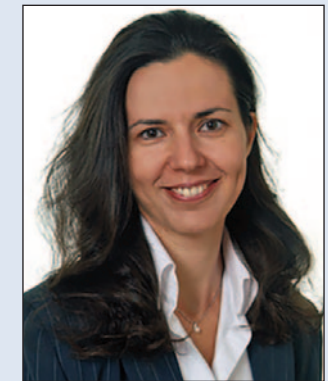
1 Vilka är de största skillnaderna?

▼ Studierna har utökats avseende professionell utveckling, medicinskt beslutsfattande, praktiska färdigheter och kliniska förmågor. Utbildningen har anpassats till det ökade kravet på att läkare efter examen ska kunna uppvisa sådan färdighet som fordras för läkarlegitimation.

Hållbar student kommer att bli ett nytt genomgående ämne i flera av terminerna, med start redan under den första. Att lära sig beteendeanalys och identifiera copingstrategier hos sig själv och hos patienter ingår i utbildningen för att bli hållbar som student och som läkare.

2 Vilka är de största fördelarna?

▼ Den legitimerade utbildningen innebär ökade krav på att läkarstudenterna ska få möjlighet att omsätta teoretiska kunskaper i klinisk praktik. Detta är viktigt, eftersom läkaryrket är ett i allra högsta grad akademiskt yrke, samtidigt som det är praktiskt.



3 Vilka är de största utmaningarna?

▼ Eftersom omfattningen av medicinskt beslutsfattande och undervisning av praktiska färdigheter ökar, ökar även behovet av pedagogiskt välgrundade, kompetenta kliniska handledare. Det gäller att utveckla och implementera modeller för att examinera praktiska färdigheter.

All praktisk undervisning kan och ska inte heller komprimeras i den extra 12:e terminen, vilket innebär att hela utbildningen behöver anpassas redan från början. Syftet är att kunna säkerställa studenternas progressiva kunskapsinhämtning och kunskapsretention.

Finansieringen av den nya utbildningen är ännu inte klar. Det finns flera frågetecken kring när och hur mycket mer pengar som kan användas till utvecklingen av en helt ny legitimerande läkarutbildning.



Text: Nils O Sjöstrand

• Nils O, Sjöstrand är medicine jubeldoktor och professor emeritus i fysiologi vid Karolinska Institutet samt sedan 2006 ordförande i Svenska Läkaresällskapets sektion för medicinens historia. Han var ledamot av Sveriges Läkarförbunds centralstyrelse 1991–99 och av dess Utbildnings- och forskningsdelegation (UFO) 1988–99, från 1995 viceordförande. Han ledde arbetet på Läkarförbundets 1993 antagna grundutbildningsprogram samt var Förbundets delegat i ledningsgruppen för dåvarande Högskoleverkets utvärdering av läkarnas grundutbildning och AT med slutbetänkande 1997.

Svensk grundutbildning för läkare — en kort historik inför nya reformen

EUROPEISK LÄKARUTBILDNING

Från enskild undervisning till skråutbildning och universitetsutbildning

Sverige följer kontinentens och de brittiska öarnas mönster när det gäller läkarutbildning men med en markant fördröjning vad gäller mera organiserad sådan.

▼ Den äldsta formen av läkarutbildning skedde i familjer som ägnade sig åt läkarverksamhet. Yrket ärvdes och den blivande läkaren lärde av fadern/modern och andra släktingar. Skolor kunde bildas kring framstående lärare och elever kunde även rekryteras utanför familjen.

Småningom sker en organisering av

utbildningen efter skråväsendets modell med graderna: lärling, gesäll och mästare. Utbildningen sker i och under praktisk verksamhet ledd av mästaren och med examinationer inom skrået som utnämner gesäller och mästare. Det är framför allt inom kirurgin, vartill ögonläkekonsten räknades, som denna typ av utbildning utvecklades.

Senare tillkom medicinsk utbildning vid universiteten när sådana börjar bildas. De äldsta är från slutet av 1000-talets.

Ett fullständigt universitet, vilket få var, hade fyra fakulteter: den lägre artist eller filosofiska fakulteten och de tre högre fakulteterna, den teologiska, den juridiska och den medicinska. Alla måste passera den lägre fakulteten innan de inträdde i någon av de högre.

Typiskt för det medeltida universitetets medicinska fakultet var att den kombinerade medicinen med naturvetenskaper, ett arv från antiken.

Läkarna hade intresse för dessa, som sågs som medicinens hjälpvetenskaper. Präst- och juristutbildningarna, däremot, hade ingen anknytning till naturvetenskaper och bortsett från astronomi fanns inte naturvetenskaper inom den filosofiska fakulteten under tidig medeltid, däremot, fanns där både aritmetik och geometri.

För medicinerna var naturen betydelsefull; från denna hämtade man sina mediciner och den gav modeller att studera, vilket var viktigt då tabu mot att öppna människokroppar rådde under tidig medeltid. Sambandet mellan medicinen och naturläran, fysiologin (av



g fysis = natur och g logos = lära) eller fysiken (naturundersökning), i universitetets läkarutbildning syns ännu i det engelska ordet för läkare, "physician", som under medeltidens gång kom att ersätta det äldre ordet för läkare, "leech", av samma stam som det svenska "läkare". Blodigeln – ett vanligt remedium i äldre medicin fick i engelskan överta läkarens gamla benämning.



Svenska förhållanden

Läkarutbildning av den äldsta formen var länge den enda som fanns i Sverige. Men skråmässig kirurgutbildning tränger fram, inte minst på grund av krigsmaktens behov som satte sina spår i benämningen på den utbildade kirurgen: "fältskär".

1571 utfärdade Johan III stadgar och privilegier för Bardskärarämbetet; barberarna ägnade sig åt kirurgi och skar inte bara hår och skägg. Ämbetet

omformades och omdöptes till Kirurgiska Societeten på 1600-talet.

När Sverige 1477 fick Nordens första universitet i Uppsala, saknade detta medicinsk fakultet. Sådan hade emellertid det två år senare, 1479, bildade Köpenhamns universitet som var ett komplett universitet med samtliga fyra fakulteter.

Först 1613 fick Uppsala universitet en professor i medicin och naturlära. 1624 tillkom ytterligare en professor vid den medicinska fakulteten. Arbetet fördelades så att den ena professorn främst tog hand om naturvetenskaperna och den andra främst tog hand om den egentliga medicinen. Denna besättning hade fakulteten fram till 1774 då en tredje professor (i anatomi) tillkom.

Det var klen med intresset för läkarutbildning vid universitetet till en början, endast få studenter läste till läkare; naturvetenskaperna lockade faktiskt mera än medicinen. Sverige

hade också få offentliga läkartjänster och knappast ens i Stockholm och Göteborg fanns något större betalningskraftigt befolkningsunderlag för egna läkarpraktiker i början av 1600-talet. Det blev bättre senare.



Naturvetenskaperna skiljs från medicinen

I ett avseende var svenskt universitetsväsende förhållandevis tidigt ute, nämligen i utvecklandet av vad som småningom skulle bli en självständig naturvetenskaplig fakultet. Främsta skälet för detta var metallurgins betydelse för ett land som hade koppar och järn bland sina främsta exportvaror.

Denna utveckling kan ses som naturvetenskapernas emancipation från medicinen. Uppsala universitet får exemplifiera: 1750 inrättades vid den filosofiska fakulteten en professur i fysik och en i kemi, den senare kombinerad med metallurgi och farmaci. Sedan lämnade resten av de naturvetenskapliga ämnena den medicinska fakulteten under en hundraårsperiod som i princip avslutades 1852, då zoologin fick en egen professur.

Men det naturvetenskapliga inslaget var fortfarande tydligt i läkarutbildningen med jämförande anatomi och allmän kemi som markanta moment långt in på 1900-talet.



Collegium medicum och fältläkarinstitutet

I Europas storstäder bildades läkarkollegier under 15- och 1600-talen. Så även i

Fortsättning nästa uppslag >>>

Stockholm, där Collegium medicum bildades 1663 av fyra läkare, en var till börden fransman, en var till börden tysk och två hade svensk börd.

Arkiatern Gregoire François Du Rietz, som någon tid varit livläkare hos den franske kungen Ludvig XIII men inkallats till Sverige och blivit drottning Kristinas livläkare, var den drivande kraften och blev kollegiets förste ordförande.

Kollegiet hade den tidstypiska konstruktionen med preses (ordförande) och assessorer (bisittare). Kollegiet blev med tiden inte bara ett styrande och kontrollerande medicinalverk för Stockholm utan även ett sådant för hela riket och blev den instans som efter prövning utfärdade läkarlegitimation.

Det blev även en utbildande institution. Tre, från varandra ganska fristående, professurer inrättades vid kollegiet vid 1700-talets mitt: i anatomi och kirurgi, i förlösningsskonst och i naturalhistoria och farmaci (läkemedelsberedning).

I slutet av 1700-talet tillkom ytterligare en form av läkarutbildning nämligen av kirurgiskt och medicinskt utbildade fältläkare. Det första institutet för sådan utbildning, Josefinum, inrättades i Wien 1780 av kejsar Joseph II; snart tillkom sådana anstalter i Berlin och S:t Peterburg och på andra orter. Sverige fick sitt fältläkarinstitut, det senare Karolinska (efter Karl XIII) Institutet, i Stockholm 1810. Det lydde under Collegium medicum. Det var krigsmaktens behov av medicinskt utbildade läkare som drev fram denna utbildning. Det räckte inte längre med bara fältskärer.

Fram till kulsprutornas inträde i slutet av 1800-talet dog alltid betydligt fler soldater i "fältsjukor" än av krigsskador och med masshärarnas tillkomst i slutet av 1700-talet blev det väldigt många som dog i fältsjukor, främst tyfus och dysenteri.

Fältläkarinstitutet gick skilda vägar till mötes. I S:t Petersburg är utbildningen fortfarande kopplad till det militära men i Stockholm överflyglade de civila behoven av läkare de militära ganska så snart och Karolinska Institu-

tet blev 1861 en fristående medicinsk fakultet och inte en medicinsk krigsakademi.



Medicinen och kirurgin slås ihop

De medicinska och kirurgiska fältläkarinstituterna representerar även trenden att slå ihop medicinsk och kirurgisk läkarutbildning som utvecklades under 1700-talet och fullbordades under 1800-talet.

1797 ingick Kirurgiska societeten i Collegium medicum. Mästerfältskären blev kirurgie magister och den utbildningen överfördes på fältläkarinstitutet/Karolinska Institutet 1813.

För att få offentlig läkartjänst som provinsialläkare eller militärläkare måste läkaren både vara doktor från ett universitet och kirurgie magister. Slutligen slogs 1861 den senare utbildningen ihop med den kliniska universitetsskolan i en ny medicine licentiatutbildning som ledde till läkarlegitimation. Därmed är vi inne på den form av klinisk grundutbildning med både medicin och kirurgi för läkare som i princip alltjämt gäller.

Förutom sammanslagningen av medicin och kirurgi kännetecknades den svenska läkarutbildningen under 1800-talet av ökning av praktiska moment i utbildningen, vad gäller kliniken ett arv från fältläkarutbildningen, och en ökande specialisering med tillkomst av fler ämnen som patologi, psykiatri, oftalmiatrik och syfilidologi (tidens namn för hud- och könssjukdomar som dominerades av just syfilis) för att nämna några. Stora universitetssjukhus byggdes upp i Lund och Uppsala och i Stockholm byggdes Serafimerlasarettet ut.



Uniform läkarutbildning vid samtliga lärosäten

Från 1861 till 1977 var läkarutbildningen uniform i riket; stadgor, utfärdade 1861, 1874, 1907, 1955 och 1969 bestämde de i examina ingående ämnena, deras omfattning och formerna för deras examination. Den som läste till läkare kunde utan problem flytta mellan lärosätena. Upplägget och läroämnenas

turordning var likartade. Dessutom var det så att fram till 1920-talets början skulle de propedeutiska, dvs förberedande kurserna i medicin och kirurgi, tas i antingen Uppsala eller Lund medan alla skulle gå huvudkurserna i dessa ämnen på Serafimerlasarettet som var Karolinska Institutets främsta undervisningssjukhus. Rotationen förmodades ge variation i patientunderlaget, vilket den sannolikt också gjorde.

Studierna inleddes med medikofilosofisk examen, en rest av det gamla systemet där man först måste examineras av filosofiska fakulteten innan man fick börja vid någon av de högre.

Antalet ingående ämnen i denna examen reducerades under 1800-talet tills den 1874 endast innehöll fysik, kemi, botanik och zoologi och i princip var en komplettering med realämnen av den studentexamen på latinlinjen som krävdes för tillträde till läkarutbildningen. 1907 försvann denna examen. I stället krävdes studentexamen på realinjen med fysik, kemi och biologi för tillträde till utbildningen.



Antalet ämnen i läkarutbildningen ökar

Själva läkarstudierna var uppdelade på två examina, medicine kandidatexamen, innehållande de teoretiska ämnena, och medicine licentiatexamen, innehållande de kliniska ämnena. Typiskt var att ämnena i examina, särskilt licentiatexamen, hela tiden ökade med tillkomsten/avknoppningen av nya ämnen. 1874 omfattade sålunda licentiatexamen sex tentamensämnen, 1907 omfattade den sju tentamensämnen och tre förhörsämnen, skillnaden mellan förhörs och tentamensämnen var hårfin, och 1955 omfattade den hela sexton tentamensämnen och två förhörsämnen.

Allt som allt omfattade läkarnas grundutbildning enligt 1955 års studieordning (som var den jag själv genomgick) trettiofem kurser av olika längd, tre assistenttjänstgöringar och elva särskilda moment samt 32 förhör och tentamina (duggorna ej inräknade).

Vad som skedde var inte så mycket att kurserna blev flera vid varje ny studieordning. De var många redan 1861

men hade från början karaktär av påbyggnadskurser i tidigare genomgångna ämnen. Det som främst hände var att mängden av olika ämnen hela tiden ökade.

Det var sålunda den ökande specialiseringen som främst drev fram förändringarna. Men målet för läkarutbildningen var egentligen det samma fram till och med 1955 års examensstadga, nämligen att utbilda en läkare som direkt efter licentiatexamen kunde sätta upp en egen allmänpraktik. Få som följt 1955 års examenstadga gjorde detta utan att först skaffa sig påbyggnadsutbildning i form av sjukhustjänstgöring. Men det var fullt möjligt. För läkare som utbildats årtiondena kring sekelskiftet 1900 var detta att sätta upp en egen praktik det normala.



Samma studieordning under ett dynamiskt halvsekel

Läkarnas verksamheter förändrades. Sjukhusen byggdes ut och blev flera, med fler specialkliniker. Det blev många underläkartjänster för specialiseringen osv.

I mitten av 1800-talet var den vanligaste läkaren i Sverige en provinsialläkare eller stadsläkare, vid sekelskiftet 1900 var den vanligaste läkaren en allmänpraktiserande privatläkare, 1950 var han/hon en sjukhusläkare i över- eller underordnad ställning.

Intressant är att Sverige i nära ett halvt sekel (1907-1955) hade samma studieordning. Endast marginella ändringar skedde, t. ex försvann rotationssystemet för medicin och kirurgi och syfilidologi blev venerologi och dermatologi.

Förändringarna i den kliniska verkligheten var emellertid uppenbara. De stora kroniska infektionssjukdomarna syfilis och tuberkulos som i mycket dominerat sjukdomspanoramat vid sekelskiftet minskade kraftigt.

Kemoterapeutika, antibiotika, samt en rad andra läkemedel tillkom. Anestesi och intensivvård utvecklades osv. Det visar att formen för utbildningen inte behöver ändras fast innehållet ändras. Men visst var 1907 års

stadga föråldrad när den försvann.



AT införs

Till skillnad mot 1907 års studieordning blev 1955 års ordning inte långlivad. 1969 kom en ny ordning med radikala inslag. Man rörde inte vid medicine kandidatexamen och dess ämnen, anatomi, histologi, allmän kemi, medicinsk kemi, medicinsk fysik, medicinsk psykologi och statistik. Men ändrade i den kliniska utbildningen.

Den viktigaste ändringen var att de tidigare assistenttjänstgöringarna, tre månader i kirurgi, fyra månader i medicin och två månader i valfritt ämne försvann och ersattes med underläkartjänstgöring (allmäntjänstgöring, AT) under tjuguen månader fördelade på sex månaders tjänstgöringar i medicin, kirurgi och allmänläkartjänstgöring vid vårdcentral samt tre månader i psykiatri. Kvarvarande del av licentiatexamen döptes om till läkarexamen. Efter allmäntjänstgöringen vidtog en examen som Socialstyrelsen svarade för och efter godkänd examination utfärdades full läkarlegitimation. Examinationsuppgiften skulle senare realiter återföras till fakulteterna, där kompetens för uppgiften fanns.

En intressant vid utformningen av den nya utbildningen var dåvarande Landstingsförbundet. Landstingens ansvar för sjukvården hade ökat sedan de från staten 1963 hade övertagit ansvaret för provinsialläkarväsendet och 1967 för mentalsjukvården. Man ser att de i reformen sökte tillgodose behovet av arbetskraft och rekryteringsbas till sina nya områden, vårdcentralerna och mentalsjukvården, som haft stora rekryteringsvärigheter.

AT:s längd kunde ifrågasättas. Skeptiker menade att vi fick världens längsta AT utan handledning. Handledningen utgjorde fortfarande på många ställen ett betydande problem när jag på 1990-talet var medlem av Läkarförbundets Centralstyrelse och dess utbildnings- och forskningsdelegation.

AT:s grundproblem var sålunda dess längd. Den hade de facto förlängt läkarnas grundutbildning. Någon tillfredställande pedagogisk motivering för

detta fanns egentligen inte.

För Landstingsförbundet var AT ett led i läkarförsörjningen. För de unga läkarna gav den betald trygghet under utbildningens slutfas under nästan två år. När landstingen så småningom börjat fylla sina behov och började få svårt att få till AT-tjänster skulle även de ifrågasätta detta utbildningsmomentets längd.

Ett övergripande intresse för statsmakterna i alla utbildningsreformer sedan 1800-talets slut har för övrigt varit att få ner grundutbildningstidens längd.



Mot den nya utbildningen

1977 kom ytterligare reformer av genomgripande slag, Medicine kandidatexamen försvann och ingick i läkarexamen. Därmed upphörde den tidigare distinkta gränsen mellan preklinisk och klinik. Samtidigt upphörde systemet med nationell centralstyrd likformighet. Vissa övergripande mål finns fortfarande för landets grundutbildningar men hur dessa skall nås kan lärosätena själva bestämma över och de kan själva utforma sina studieprogram och integrera eller icke integrera sina kurser. Och lärosätena är ju idag ganska många. Vid förra sekelskiftet var de tre, i Uppsala, Lund och Stockholm. Nu utbildas läkare, förutom vid dessa orter, även i Göteborg, Malmö, Umeå, Linköping och Örebro och utbildning lokaliseras även ut, till Kalmar och andra orter.

Med Sveriges inträde i Europaunionen 1994 tillkom önskemål om att harmonisera den svenska läkarutbildningen med övriga läkarutbildningar i Europa. Vår långa AT passade inte riktigt in i unionen och man börjar utreda.

Nu avslutas epoken med AT, som går till den medicinska grundutbildningens skuggor, där redan mästerfältläkarsexamen, kirurgie magisterexamen, medikofilosofisk examen, medicine licentiatexamen och medicine kandidatexamen samlats.

Kvinnokliniken i Skellefteå nu helt utan gynekologiska slutenvårdsplatser

Kvinnokliniken i Skellefteå saknar sedan ett par veckor helt gynekologiska slutenvårdsplatser. I ett öppet brev till de ansvariga i regionen kräver nu kliniken medarbetare en lösning på problemet.

▼ Redan i våras stängdes delar av kvinnokliniken på Skellefteå lasarets lokaler på grund av byggnadsrelaterad ohälsa.

– Under sommaren har vi fått be andra kliniker, i första hand kirurgkliniken, om lov att lägga in patienter hos dem. Vi har tyckt att det har varit en svår situation – det tar dels tid, dels hamnar vi i någon slags underläge där vi är beroende av någons goda vilja, säger Helena Wallström, överläkare på kvinnokliniken och facklig representant på kliniken.

Inget nytt problem

De byggnadsrelaterade problemen är dock inte nya. Under flera år har delar av verksamheten tvingats flytta på grund av att personal inte har kunnat arbeta i lokalerna. Läget förvärrades dock för ett par veckor sedan, då även kirurgkliniken blev tvungen att stänga ner lokaler på grund av byggnadsrelaterad ohälsa. I och med det försvann också

möjligheten att låna vårdplatser där, vilket innebär att kvinnokliniken nu helt saknar slutenvårdsplatser.

– Patienter i akut behov av vård kommer naturligtvis att tas omhand, men det kommer att krävas prioriteringar kring var patienterna sedan ska slutenvårdas. Patienter kommer att behöva skickas till övriga sjukhus i länet, säger Helena Wallström.

De patienter som är i behov av planerad slutenvård kommer att remitteras till övriga sjukhus i länet eller andra sjukhus i landet. Men enligt Helena Wallström har både Norrlands universitetssjukhus och Lycksele lasarett svårt att frigöra plats för att ta emot patienter från Skellefteå lasarett som är i behov av benign gynekologisk kirurgi – på grund av antingen brist på plats på operation eller brist på personal. Dessutom handlar det om en resa på 13 respektive tio mil enkel väg.

Inte fått någon konkret plan

– Vi har påtalat problemet sedan i våras och vi har absolut blivit lyssnade på, men vi har inte fått något konkret svar eller någon konkret plan och det är det som har känts jobbigast. Om vi hade fått en plan för hur det här ska lösas, även om lösningen ligger långt fram i tiden, så kan vi ändå jobba utifrån det, säger Helena Wallström och fortsätter:

– Men nu när det börjar bli riktigt besvärligt och vi fortfarande bara får

höra att de ”jobbar på saken” kände vi att vi inte kan stå tysta och titta på. Precis som alla andra har vi en lång operationskö efter pandemin och det här kommer att innebära ett onödigt lidande för många kvinnor som är i behov av benign kirurgi.

Sedan tidigare finns det en mer långsiktig planering för en ny slutenvårdsavdelning på kvinnokliniken på Skellefteå Lasarett, men det är ännu ovisst när den kommer att kunna tas i bruk.

– Det är flera år bort, så vi kan inte hålla andan i väntan på att det ska bli klart. Vi behöver vårdplatser nu och känner naturligtvis en oro för att det här kommer att innebära att många kvinnor kommer att få vänta väldigt länge på operation, säger Helena Wallström.

Anna Sofia Dahl

*Bilden till höger: Anställda på kvinnokliniken som protesterar mot att inget görs i väntan på en ny slutenvårdsavdelning:
Bakre raden från vänster: Johan Lanker läkarkandidat, Helena Wallström överläkare, Astrid Westling läkarkandidat
Framre raden från vänster: Elin Zetterström ST-läkare, Katisha van den Bergh, specialistläkare, Josefin Kourtopoulos, specialistläkare, Emma Holmbom, överläkare, Hannelore Wenckeler, överläkare, Linn Bishop, ST-läkare, Monica Windling, överläkare.*

Läs de anställdas öppna brev på nästa uppslag >>>



Kvinnokliniken öppna brev till de ansvariga

Kvinnokliniken i Skellefteå bedriver en mycket väl fungerande verksamhet, en verksamhet som just nu hotas akut. Vi saknar helt gynekologiska slutenvårdsplatser vilket innebär att patienter med akut behov av slutenvård (svårt sjuka cancerpatienter, blödande och/eller infekterade missfall, utomkvedshavande-skap, etc.) kommer att skickas till övriga sjukhus i länet samt att patienter med behov av planerad slutenvård kommer att remitteras till övriga sjukhus i länet eller till sjukhus i övriga Sverige.

Även om det planeras för en ny slutenvårdsavdelning är det mycket ovisst hur många år vi måste vänta innan den kan tas i bruk. Under tiden har vi inte möjlighet att överhuvudtaget erbjuda länets kvinnor operation av godartade gynekologiska tillstånd (framfall, borttagning av livmoder, operationer på äggstockar och äggledare) som kräver slutenvård.

Utöver det behövs barnmorskor från Skellefteå just nu för att bemanna förlossningen i Lycksele. På längre sikt är denna arbetssituation ohållbar, vilket innebär en stor risk för uppsägningar och barnmorskebrist även i Skellefteå. Nuvarande situation innebär att barnmorskebemanningen på förlossning i Skellefteå är nere på samma låga nivå som under sommaren.

Skellefteå kommun växer i takt med nya företagsetableringar.

Inflyttningen till Skellefteå består framför allt av unga människor i barnafödande ålder. För oss som jobbar med kvinnosjukvård är det självklart att regionen ska kunna erbjuda både nya och etablerade invånare i alla åldrar en väl fungerande förlossningsvård och gynekologisk vård, en vård som är likvärdig med vården i andra delar av landet.

Ur ett jämställdhetsperspektiv är det inte acceptabelt att kvinnosjukvård nedprioriteras jämfört med annan vård i länet.

Vi tror att varken länets medborgare, våra högre chefer inklusive vår hälso- och sjukvårdsdirektör, regionpolitiker eller tjänstemän förstår vilket grundläggande, viktigt och inte så sällan livsavgörande arbete vi på Kvinnokliniken Skellefteå gör för kvinnors hälsa i länet.

Här kommer en kort presentation av vår breda och komplexa verksamhet som inte går att sammanfatta på några rader (men intresserade är välkomna att höra av sig för att få en mer djupgående inblick):

- Vi har startat och utvecklat en multidisciplinär bäckenbottenmottagning som har fått uppmärksamhet utanför länets gränser.

- Vi har en välutvecklad och multidisciplinär uroterapiverksamhet som erbjuder behandlingar enligt beprövad erfarenhet samt senaste vetenskap och vi är en certifierad kontinensmottagning. Vi har också etablerat ett gott och framgångsrikt samarbete med urologen/kirurgen.

- Vi har flyttat vissa ingrepp delvis eller helt från operationsav-

delningen till vår mottagning (hysteroskopier, endometrieablation, bäckenbottenskador) och har på så sätt frigjort operationsresurser, utan att kompromissa på patientsäker vård och resultat för patienterna.

- Vi gör nästan alla våra hysteroskopier på vår mottagning, en av få kliniker i Sverige som gör detta. Under år 2020 gjorde vi 104 hysteroskopier, hittills i år har vi gjort 94 hysteroskopier.

- Vi gör nästan alla våra endometrieablationer på mottagningen, vi gör flest i hela Norra Regionen och är en av få kliniker i Sverige som gör dessa på en mottagning.

- Vi har kraftigt vidareutvecklat vår laparoskopiska (= titthåls) kirurgi, vi gör de allra flesta operationerna med titthålsteknik. De senaste åren har vi varit bland de bästa klinikerna i Sverige.

- Vi har förbättrat våra flöden på operation för att kunna utföra fler ingrepp på samma operationssal och har på så sätt frigjort operationsresurser.

- Vi är en av få kliniker i Sverige som erbjuder laparoskopisk sakrokolpopexi (en avancerad framfallsoperation) och den enda kliniken som erbjuder detta i Norra Regionen.

- 2019 gjorde vi 54 framfallsoperationer, 49 operationer av äggstockar och äggledare, 42 borttagningar av livmoder.

- Vi har en välfungerande förlossningsvård som står sig väl i nationella jämförelser. 2020 föddes det 785 barn i Skellefteå.

- Vi gör barnlöshetsutredningar för hela länet och vår infertilitetsöverläkare sitter med som expert när

SKR eller Socialstyrelsen ska göra nationella rekommendationer.

- Vi har en välfungerande abortverksamhet med utmärkt tillgänglighet till abort (patienter får tid inom en vecka). Långvariga preventivmedel som hormonspiral eller p-stav är de säkraste reversibla metoderna att förhindra en oönskad graviditet. Vi kan erbjuda dessa till alla patienter som vill inom en vecka efter abort och är således en av få kliniker i Sverige som uppfyller detta kvalitetsmål med 100%.

- Vi hanterar uppkomna köer på vår mottagning effektivt.

- Vi har en välutvecklad och multidisciplinär endometrios- och vulvaverksamhet.

- Vår utbildning av specialistläkare fick goda betyg i den nationella SPUR-granskningen 2017. Kliniken har ett mycket gott utbildningsrykte och till den senaste ST-tjänsten sökte 17 läkare.

- Vi utbildar ST-läkare inom allmänmedicin i gynekologi och obstetrik (en obligatorisk placering) och de som gör sin placering hos oss är mycket nöjda. Vårt utbildningsrykte är så bra att läkare från hela länet vill göra sin sidoutbildning hos oss. För nuvarande får den ST-läkare i allmänmedicin som vill göra sin sidoutbildning hos oss vänta i minst fem år.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska prioriteringar inom vården utgå från det största medicinska behovet. Vi vill veta hur det har gått till att Region Västerbotten har beslutat att inte ge kvinnokliniken i Skellefteå några nya slutenvårdsplatser när platserna vi hade

stängdes på grund av byggnadsrelaterad ohälsa. Ett beslut som i praktiken innebär att vårdbehovet hos kvinnor i Västerbotten med gynekologiska åkommor prioriteras mycket lågt.

Vi som arbetar på Kvinnokliniken i Skellefteå, inom alla yrkeskategorier, har kompetensen att även fortsättningsvis göra ett fantastiskt och högklassigt arbete. Vi har viljan och drivet att hela tiden utveckla vår verksamhet utifrån nya vetenskapliga kunskaper. För att kunna göra detta behöver vi adekvata resurser i form av personal och lokaler.

Vi kräver att ansvariga skapar dessa förutsättningar genom att omgäende ordna lokaler där vi kan bedriva gynekologisk slutenvård. Vi förväntar oss också att ni tar ert ansvar och ser över länets förlossningsvård och fattar ett snabbt beslut som är realistiskt utifrån hur personaltillgången i länet ser ut idag.

Johanna Sundqvist, överläkare och medicinsk ansvarig läkare.
Monika Windling, överläkare.
Emma Holmbom, överläkare.
Elin Bondestam, överläkare.
Helena Wallström, överläkare.
Hannelore Wenckler, överläkare.
Anna Simu, specialistläkare.
Josefine Kourtopoulos, specialistläkare.
Linda Mikaelsson, ST-läkare.
Kerstin Holm, ST-läkare.
Ingrid Fhärm, ST-läkare.
Elin Zetterström, ST-läkare.
Linn Bishop, ST-läkare.
Mariah Johansson, avdelningschef.
Marie Vallmark, avdelningschef.
Åsa Hedman, avdelningschef.
Anna Rilfors, avdelningschef.

”Problemen borde åtgärdats tidigare – men någon snabb lösning finns inte”

Brita Winsa (bilden), hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Västerbotten, säger att grundproblematiken – det eftersatta underhållet av lokalerna – har varit känd under en längre tid. Och håller med om att problemen borde ha åtgärdats tidigare.



▼ – Jag tror att man har undvikit kostnader genom att inte underhålla lokalerna, och det är det vi ser resultatet av nu. Vi har vetat om hur illa det har sett ut sedan något år tillbaka och det har tagits fram nya planer, men det är stora investeringar som ska göras och det är verkligen en prioritering av vilka som är mest akuta och måste tas först, säger hon.

Hon håller också med om att dialogen med medarbetaren kunde ha hanterats på ett annat sätt.

– Det kan ha funnits en del brister i kommunikationen ut till berörda som vi får försöka göra bättre, säger hon.

Någon snabb lösning på kvinnokliniken situation finns dock inte i sikte. Arbetet med att hitta ersättningslokaler för även kirurgavdelningen som tvingats flytta pågår och enligt plan flyttar verksamheten dit under vecka 1. Enligt Brita Winsa kommer det även framöver att krävas ett samarbete mellan kvinnokliniken och kirurgkliniken gällande vårdplatser.

– De får använda vårdplatserna utifrån medicinsk prioritering och det får de medicinskt ansvariga göra tillsammans. Det ska inte vara så att du blir nedprioriterad bara för att du är en viss typ av patient, utan det ska vara den medicinska prioriteringen som avgör, säger Brita Winsa.

I de något större lokalerna är tanken att det ska finnas vårdplatser som ”i princip är vigda åt kvinnokliniken”.

Den mer långsiktiga planen är att kvinnokliniken nya lokaler kommer att kunna tas i bruk i december 2022.

Anna Sofia Dahl

Detta vill Sjukhusläkarna

Ett axplock av motionerna till Läkarförbundets fullmäktigemöte

"Patienträttighetslag kan ge professionen mer självstyre"



Sjukhusläkarna vill att Läkarförbundet ska utreda om en patienträttighetslag skulle stärka patienternas och professionens ställning.

▼ Karin Båtelson, ordförande för yrkesföreningen: Det krävs genomgripande förändringar med krav och press på regionerna som är de största vårdgivarna, för i dag fungerar det inte.

– Vi har ju oändliga vårdköer. Tillgängligheten är fruktansvärt dålig. Vi kan inte hålla på och belöna regionerna för saker som de har skyldighet att leverera och sedan bara rycka på axlarna alla gånger som de sviker patienterna. Vi måste ha ett annat system, säger hon.

Svensk sjukvård regleras bland annat av hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen, det vill säga två skyldighetslagar. Det är regionernas skyldighet att säkerställa att patienterna får adekvat vård i tid. Det kan låta bra, men patienterna har därmed ingen rättighet att kräva sin vård inom utsatt tid.

Våra nordiska grannländer har valt en annan väg och har i stället stiftat rättighetslagar, som slår fast patienternas rätt till vård av hög

kvalitet. Danmark genomförde exempelvis en stor omstrukturering år 2007 för att få bukt på tillgänglighetsproblem i vården, i vilken en tydlig rättighetslag utgör en central del. Resultatet är tydligt: vårdköerna är korta trots att tidsgränserna i vårdgarantin är betydligt snävare, patienterna har rätt att få hjälp i andra regioner, av privata vårdgivare eller utomlands om vårdgivaren inte kan erbjuda patienten rätt vård i tid. Regionernas politiker måste rigga sitt sjukvårdssystem så att målen uppnås.

– Här i Sverige springer vi efter mål i konstiga ersättningssystem. Ingen behöver stå till svars för massiv personalflykt av kompetent personal, att antalet vårdplatser som är en förutsättning för fungerande vård bara minskar, eller att fortbildning som garanterar att vi ger den bästa vården för patienten är oreglerad, säger Karin Båtelson och fortsätter:

– Regionerna har självstyre och det kan vi kanske inte ändra på, men om vi inför krav på vårdens innehåll utifrån patienterna kanske vi kan komma framåt ändå.

Sjukhusläkarna argumenterar i en motion till Läkarförbundets fullmäktigemöte för att förbundet ska utreda om en rättighetslagstiftning som den i Danmark kan stärka patienter och profession. Föreningen vill

fortsatt se en sjukvård baserad på medicinska behov och en bevarad prioriteringsplattform, där den med störst behov har förtur.

– För att kunna erbjuda den vård som regionerna faktiskt är skyldiga att erbjuda är enda vägen fram att låta professionen vara mer självständig. Det finns en övertro på toppstyrning och sammanslagningar i regionerna, säger Karin Båtelson.

– Vi tänker att om regionerna får lagkrav på sig att följa vårdgarantin och ekonomiska sanktioner kommer de tvingas att lita till professionernas drivkraft, precis som de gjorde under pandemins start. Många enheter jobbar ju på det sättet i dag med flexibla lösningar, och tillåter kreativitet för att hantera vårdpuckeln, medan vi tyvärr på andra enheter nu ser en snabb återgång till tidigare detaljstyrning och felprioriteringar.

Hon fortsätter:

– I Danmark har man tagit bort regionernas beskattningsrätt och fördelar efter förhandling mellan region och stat pengar med krav på resultat. Det kanske inte är realistiskt att politikerna ska våga besluta om det i Sverige, men en patienträttighetslagstiftning kanske de vågar genomföra. Alla miljarder och all kompetens som vi satsar på sjukvård måste gagna patienterna i slutändan. Allt annat är oacceptabelt.

"Groteskt att lita på konsulter i stället för läkare vid om- och nybyggnationer"



▼ Sjukhusläkarna driver frågan om att Läkarförbundet måste ta krafttag för att läkare ska ha enskilda arbetsplatser och att fackliga representeranter ska få inflytande och bestämma vid om- och nybyggnationer av sjukhus.

– En stor del av våra arbetsuppgifter går ju inte att göra i öppna kontorslandskap. Det är groteskt att regioner litar på konsulter i stället för läkare och all annan vårdpersonal, säger Per Hammarlund, ordförande för Sjukhusläkarna Ängelholm, och påpekar att många huvudmän inte följer arbetsmiljölagen (AML).

Förbundet bör satsa mer på läkare och chefskap

▼ Sjukhusläkarna har tillsammans med andra föreningar, däribland Chefsföreningen, lämnat in två motioner som på olika sätt belyser vikten av att fler läkare arbetar som chefer.

Den ena motionen handlar om att Läkarförbundet ska återta sitt arbete i att forma en Ledarskapsrakett där förbundet bär kurserna både administrativt och ekonomiskt.

Den andra motionen lyfter fram att förbundet bör göra en uppdaterad utredning om antal/andel läkare som är chefer i sjukvården, med fokus på högre chefer från verksamhetschef och uppåt.

Sjukhusläkarna yrkar därtill i en annan motion att ledamöter i Läkarförbundets råd och delegationer ska få möjlighet att delta som observatörer vid förbundets fullmäktigemöte.



Farmakologi bör få större utrymme i läkares utbildning

▼ Sjukhusläkarna vill att Läkarförbundet ska arbeta för att farmakologi får större plats både i läkares grundutbildning och fortbildning.

Shokoufeh Manouchehpour, styrelseledamot i Sjukhusläkarna och Läkarförbundet, samt ledamot i Läkarförbundets råd för läkemedel och medicinteknik (RLM), betonar att det på senare år har skett en snabb utveckling inom läkemedelsområdet.

– Det är ju bara legitimerade läkare som har fri forskningsrätt och vi måste värna om detta. Gammal och bristande kunskap kan innebära risker för patienter, säger hon.

Toppstyrning i stora enheter fördärvar vården



■ Sjukhusläkarna lyfter även andra aktuella frågor i sociala medier. Följ oss gärna i våra sociala kanaler.

■ En fråga som vi har tagit upp nyligen är betydelsen av de lokala skyddsombuden, som gör ett enormt arbete för arbetsmiljön och förbättrat arbetsinnehåll.

■ En annan fråga som vi har belyst är behovet av mindre enheter i stället för jättekompex med chefer långt från både verksamhet och medarbetare. Detta för att personalens drivkraft ska komma fram bättre.

▼ Ett exempel i motsatt riktning är sammanslagningen av Sjukhusen i väster, vilket påtalades i en intervju med Emelie Hultberg, ordförande i Västra Götalands läkarförening, i P4 Göteborg nyligen.

Huvudskyddsombudet på Sjukhusen i väster, Tommy Hanis, som är överläkare i anestesi och intensivvård på Kungälvssjukhus, betonar också att en stor del av sjukhusens problem beror på sammanslagningen av fyra sjukhus till en förvaltning.

– Oklara mandat och bristande tillit inom förvaltningen har gett upphov till många och ofta helt onödiga problem, särskilt vad gäller förmågan att se verksamhetsnära behov och att nyrekrytera personal. Tyvärr förefaller denna tillitsbrist kvarstå även nu efter pandemin.

När situationen på Kungälvssjukhus efter den tuffa semesterperioden i somras förvärrades valde Tommy Hanis och andra fackliga företrädare att gå vidare med en arbetsmiljöframställan, men inte heller den besvarade arbetsgivaren på ett tillfredställande sätt.

I mitten av september blev bemanningssituationen ännu mer kritisk i kombination med en extrem belägningsgrad, vilket enligt skyddsombuden medförde en akut risk för ohälsa hos personalen och en hotad patientsäkerhet. Därför valde Läkarförbundet, tillsammans med Vårdförbundet och Kommunal, att härforleden anmäla situationen till Arbetsmiljöverket.

På kort tid har under senaste tiden 6–7 läkare sagt upp sig i protest, framför allt på medicinkliniken, berättar Tommy Hanis.

– Det mest allvarliga just nu är att vi ser

att den erfarna personalen försvinner, de nyckelpersoner som utgör den viktiga stabila grunden i verksamheten och ska utgöra mentorer för den nya mer oerfarna personalen. Många orkar inte längre helt enkelt, säger han.

Förvaltningen Sjukhusen i väster, som vid sidan av Kungälvssjukhus består av Alingsås lasarett, Angereds närsjukhus och Frölunda specialistsjukhus, har fått skarp kritik i omgångar. Toppstyrning, mer administration och mindre vi-känsla är bara några exempel på kritik som har framförts.

– En nybildad förvaltning, som är geografiskt utspridd och som saknar inarbetade ledningsstrukturer och kommunikationsvägar, har haft att hantera en närmast extrem situation med kroniska överbeläggningar och stor personalomsättning, tyvärr med en ofta icke fysiskt närvarande högsta ledning.

I detta finns alla förutsättningar till den uppkomna situationen, säger Tommy Hanis, som även är styrelseledamot i Västra Götalands läkarförening och vice ordförande för dess sektion Sjukhusen i väster.

Sjukhusläkarna vill se mer krav från staten på att vården verkligen fungerar utifrån de behov som finns. En del i det handlar om mindre enheter i regionerna. Professionen måste få mer utrymme att agera för att kunna hitta skräddarsydda lösningar och locka och behålla kompetenta medarbetare.

I fallet med Sjukhusen i väster fattades beslutet om den nya förvaltningen under 2019, och när pandemin sedan tog fart protesterade Västra Götalands läkarförening starkt vid upprepade tillfällen mot omorganisationen.

– Vi insåg riskerna med en helt oprövad ledningsstruktur mitt under en svår samhällskris. Många av våra farhågor har tyvärr besannats. Just förlusten av tydliga och inarbetade kommunikationsvägar har varit ett stort problem, säger Tommy Hanis.

– De mindre sjukhusens styrka är ofta just småskaligheten och en stark känsla av delaktighet och samhörighet. Nu återstår ett enormt arbete att återfå fungerande strukturer, samt trygghet, tillit och arbetsro bland vår personal, menar han.

■■■

Sök medel ur Sjukhusläkarnas fonder



▼ Sjukhusläkarna förvaltar Stiftelsen Sjukhusläkarföreningens Understödsfond och Stiftelsen Lasarettsläkaren Gustaf Wennerströms donationsfond. Fonderna delar ut medel till behövande medlemmar i Sjukhusläkarna eller till medlemmars efterlevande varje år.

Som behövande enligt Skatteverket anses en person vars sammanlagda inkomst understiger fyra prisbasbelopp och förmögenheten understiger

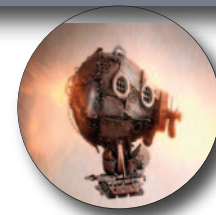
ett prisbasbelopp. Prisbasbeloppet för 2021 är 47 600 kronor.

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

Särskild ansökningsblankett samt riktlinjer för fondutdelningen kan rekvideras från Sjukhusläkarnas kansli wendela.zetterberg@slf.se eller laddas ner från www.slf.se/sjukhuslakarna/

Vi ber Dig att noggrant svara på uppgifterna i ansökningsblanketten. Observera att alla fält ska fyllas i. För att kunna göra rätt bedömning begär vi också att Du bifogar kopia av Din senaste slutskattsedel samt – om Du är studerande – en plan över utbildning och redovisning av studieresultat.

Vid frågor går det bra att kontakta Sjukhusläkarnas kansli, tel 08-790 34 50. Sista ansökningsdag är den 27 december 2021.



SPECIALITETERNAS HISTORIA | DEL 4



▼ Det här är vårt sista avsnitt i våra uppskattade resor tillbaka i tiden inom specialiteternas värld av vår ciceron läkaren Stig Andersson från Säfle, disputerad i medicinsk vetenskap och flitig skribent och författare av boken *"En kamp för livet: Sjukvårdens utveckling från medeltid till nutid"*. Vi tackar honom för resan som bjudit på många spännande insikter.

...Obstetrik och gynekologi...

Barnsängsfeberns historia

Barnsängsfeber var ett stort problem före antiseptikens epok. Åren 1820 – 1841 angavs dödligheten i genomsnitt till 4,4 procent på Allmänna barnbördshuset i Stockholm. Vid hemförlossningar noterades en dödlighet i feber på 0,51 procent. På barnbördshuset utbildades barnmorskor och läkare. De skulle följa förlossningarna med utprepade vaginala undersökningar.

Ignas Semmelweis (1818-1865) har berömmelsen som barnsängsfeberns besegrare. Detta stämmer bara delvis. Redan 1775 påvisade den skotske läkaren Alexander Gordon att sjukdomen var smittsam och att

den överfördes av barnmorskor och läkare. Han observerade också ett samband mellan barnsängsfeber och rosfeber (erysipelas). Gordons rapport väckte kollegornas ilska och han tvingades lämna Aberdeen.

Nya rapporter med samma innebörd utkom i mitten av 1840-talet både i USA och i England. Även dessa väckte motstånd. Semmelweis gjorde sin upptäckt 1847 men lyckades inte publicera den förrän 1861. Han ansåg att likpartiklar orsakade sjukdomen.

År 1867 publicerade kirurgen Joseph Lister sina resultat av antiseptik vid kirurgi. Snart spred sig antiseptiken också till förloss-

ningsvården. Till Sverige kom den 1878 och slog först igenom i Stockholm. Där sjönk dödligheten i barnsängsfeber från 0,5 procent åren 1876 – 1889 till 0,1 procent åren 1896 – 1900.

Den som löste problemet med barnsängsfebers orsak var Louis Pasteur (1822-1896). Vid möten på Paris' Medicinska akademi våren 1879 visade han att såväl barnsängsfeber som sårfeber orsakas av de bakterier som senare fått namnet streptokocker.

Källa: Lindberg BS. Barnsängsfeber – en ändlös följd av tragedier. Svensk medicinhistorisk tidskrift 2017;21:23-41.

...Klinisk patologi...

"Fyrsaftsläran" levde länge trots att den motbevisats

Under tusentals år hade läkarna utgått från humoralpatologin, "fyrsaftsläran". Enligt den uppkom sjukdom då de fyra kroppsvätskorna förlorade sin inbördes balans.

Galenos (129-199) övertog och utvecklade läran från tidigare traditioner. Den överfördes till medeltidens europeiska läkare via skrifter av Bysantinska rikets och det muslimska kalifatets läkare.

William Harveys avhandling om hjärtat *De Motu Cordis et Sanguinis*, 1628 sänkte humoralpatologins trovär-

dighet och efterföljdes av fler kritiker.

Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) *Om sjukdomars säten och orsaker påvisade genom anatomin* blev det avgörande grundskottet. Morgagni påvisade att sjukdomar har sina säten i kroppens organ. Effekter kunde ses i olika delar av organismen och de orsakade också den sjukas symtom. Morgagnis lära gick inte att förena med humoralpatologin. Traditionen var dock stark. Det dröjde lång tid innan vätskeläran var ute.

En viktig uppföljare var Francois

Xavier Bichat (1771-1802). Han undersökte organen och konstaterade att alla organ var sammansatta av vävnader. Bichats sjukdomslära utgick från vävnaderna. Hans bok *Allmän anatomi tillämpad på fysiologin och medicinen* utkom samma år som han – alltför ung – avled.

Drygt 50 år senare gav Rudolf Virchow (1821-1902) ut *Die Cellularpathologie* som kan sägas inleda den moderna kliniska patologin.

Vidare läsning: Virchows Archiv 2010;457:3-10. doi: <https://doi.org/10.1007/s00428-010-0934-4>

...Hematologi...

1 500 år av åderlåtning på blodigt allvar innan utvecklingen av mikroskop tog fart

Blodet har alltid varit föremål för läkekonstens intresse.

Åderlåtning var under mer än 1 500 år den västerländska medicinens viktigaste behandlingsmetod. När fyrsaftsläran trängdes tillbaka inriktades intresset på blodets sammansättning.

Studiet av blod var beroende av mikroskop. Den mest kända av de tidiga mikroskopisterna, hantverkaren **Antony Leeuwenhoek** (1632-1723) upptäckte de röda blodkropparna. Men det var först när mikroskopisterna fick tillgång till de

akromatiska linserna som de färglösa blodkropparna, leucocyterna, kunde identifieras.

Paul Ehrlich (1854-1915) var expert på att färga vävnadsprover. Han fastställde sex varianter av leucocyter och att de med granula hade ursprung i benmärgen. Granskning av leucocyter visade sig ha betydelse för diagnos av infektioner och medförde att ett antal blodsjukdomar upptäcktes.

Chloros var en sjukdom med svaghet och grönaktig blekhet som mest drabbade unga kvinnor. Vid

skolundersökningar på 1880-talet sågs den hos många flickor.

Vid den tiden hade hemoglobinet identifierats i de röda blodkropparna och det visade sig att järn ingick i ämnet. Snart kunde halten hemoglobin mätas i blodet. Nu stod det klart att chloros i många fall kunde förklaras av brist på järn. Långt tidigare hade den franske läkaren **Jean-Pierre Bland** (1774-1858) börjat använda tabletter med järnsulfat som läkemedel. Blands behandling återkom i början av 1900-talet, nu med vetenskapliga belägg.



Antony Leeuwenhoek.

...Öron-näs- och halssjukdomar...

Teckenspråk för döva inte tillåtet i svenska skolor före 1981

En medfödd eller tidigt förvärvat dövhet får stumhet som följd. Infektioner i mellanörat som inte fått effektiv behandling kan i vissa fall leda till dövhet. Har barnet då inte skaffat sig ett utvecklat tal, kan det förlora det tal de hade.

Döva människor har alltid funnits. Ofta diskriminerades de och betraktades som mindre begåvade.

De döva lärde sig att kommunicera med visuella tecken, något som med tiden utvecklades. En viktig person för teckenspråket var **Charles Michel e l Epee**. Han utformade ett språk bestående av en kombination av mim och tecken och med fullständig grammatik. Det blev en visuell motsvarighet till det talade språket.

Pär Aron Berg startade dövundervisning i Sverige 1808 och han utvecklade också ett svenskt tecken-

språk. Han startade inte från noll. Det finns dokumentation på teckenspråk i Sverige åtminstone från 1759.

År 1817 öppnade Berg "Institutet för dövsamma och blinda" på Djurgården i Stockholm, senare kallat Manillaskolan. Den följdes under 1800-talets senare del av över 20 liknande institut.

I Värmland fann man vid inventering 276 dövsamma personer. Landstinget startade 1874 ett eget institut för dem. Där skulle de uppföras till "goda, sedliga och nyttiga samhällsmedlemmar". Sannolikt fick de lära sig teckenspråk. Institutet klarade inte ekonomin. Efter några år fick de döva flytta till andra institut.

I Sverige blev teckenspråk erkänt som dövas modersmål först 1981. Tidigare var språket inte tillåtet i skolor och döva fick kämpa med läppavläsning och tal-

Charles Michel e l Epee, som utformade ett språk bestående av en kombination av mim och tecken och med fullständig grammatik.



träning. Myndigheterna ansåg att teckenspråk inte var ett fullvärdigt språk.

I statens offentliga utredning från 1955, "Det döva barnets språk- och talutveckling", kan man läsa: "Teckenspråket skiljer sig från de hörandes tal genom stora avvikelser i syntaktisk struktur, varför det utövar ett starkt hämmande inflytande, när barnet skall lära sig tala".

Men 1981 kom en ändring. Sen den 1 juli 2009 är svenskt teckenspråk skyddat av språklagen. Lagen ger staten, landstingen och kommunerna ett särskilt ansvar att skydda och arbeta för teckenspråk.

Uppgifter hämtade från "De dövas historia", Sveriges dövas riksförbund https://sdr.org/item/339-vilka-skolor-for-dova-finns-det-i-sverige/De%20dovas_historia.pdf Wikipedia Manillaskolan. <https://sv.wikipedia.org/wiki/Manillaskolan> Min bok: En kamp för livet.

NYHET!

Ny indikation!

Jardiance®
(empagliflozin)

JARDIANCE® är nu även godkänd för behandling av vuxna med symtomatisk kronisk hjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion.¹

DU SER BEHOVEN
JARDIANCE® GÖR
SKILLNADEN

Bevisad effekt:

- 25 % minskad relativ risk för kardiovaskulär död eller sjukhusinläggning på grund av hjärtsvikt jämfört med placebo (RRR 25%, ARR 5,2%, p<0,0001, NNT=19)¹
- Skyddar njurarna genom att bromsa försämringen av njurfunktionen över tid^{1,2}

Väletablerad säkerhets- och tolerabilitetsprofil^{1,2}

Enkel dosering:

- En tablett 10 mg, en gång om dagen, utan behov av titrering¹

Referenser: 1. JARDIANCE® produktresumé, www.FASS.se. 2. Packer M, Anker SD, Butler J, et al; EMPEROR-Reduced Trial Investigators. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure. N Engl J Med. 2020;383(15):1413-1424. (EMPEROR-Reduced® results and the publication's Supplementary Appendix.)

Beslut om subvention vid indikationen hjärtsvikt är ännu inte fattat.

JARDIANCE® (empagliflozin), filmdragerade tabletter 10 mg och 25 mg. Rx. (F)*. SGLT2-hämmare. **Indikationer:** Behandling av vuxna med otillräckligt kontrollerad diabetes mellitus typ 2 som ett komplement till diet och motion: som monoterapi när metformin inte anses lämpligt på grund av intolerans alternativt tillägg till andra läkemedel för behandling av diabetes. Behandling av vuxna med symtomatisk kronisk hjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion (10mg). **Varningar och försiktighet:** Kan användas vid diabetes mellitus typ 2 vid nedsatt njurfunktion om eGFR ≥ 60 ml/min/1,73 m² (ned till 45 ml/min/1,73 m² vid pågående behandling). Kan användas vid hjärtsvikt med eller utan diabetes mellitus typ 2 vid eGFR ≥ 20 ml/min/1,73 m². Behandlingen ska avbrytas omedelbart vid misstanke om ketoacidos. Ska inte användas vid typ 1-diabetes. Ökad risk för genitala svampinfektioner. Bör undvikas under graviditet. Ska inte användas under amning. **Boehringer Ingelheim AB**, tel 08-721 21 00. För ytterligare information samt priser se www.fass.se. Senaste översyn av produktresumén: 06/2021.

*Subventioneras vid diabetes mellitus typ 2 endast som tillägg till behandling med metformin eller när metformin inte är lämpligt. Beslut om subvention vid indikationen hjärtsvikt ännu inte fattat.



Boehringer Ingelheim AB Box 92008 120 06 Stockholm
Telefon 08-721 21 00 www.boehringer-ingelheim.se



HAN RÄKNAR MED DIG

Familjen räknar med honom.
Hjälp honom att minska risken att drabbas av en ny kardiovaskulär händelse.^{1,2}



Repatha® minskar risken för kardiovaskulär händelse hos patienter med mycket hög risk, såsom patienter med tidigare hjärtinfarkt som står på maximal tolererbar dos statin och ezetimib.^{1,2}

**EN DOS REPATHA® GER FULL EFFEKT EFTER FÖRSTA SPRUTAN (INGEN TITRERING KRÄVS*)
OCH EFFEKTEN HÅLLER I SIG ÖVER TID**

LDL-sänkning upp till 75% uppnåddes så tidigt som vecka 1 och kvarstod under långtidsbehandling, maximalt svar uppnås i allmänhet inom 1-2 veckor efter dosering.²



*Dosering vid HoFH se fass.se

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

Repatha® (evolokumab) 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 kost- omläggning: ■ 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.

För fullständig information vid förskrivning, aktuella priser samt produktresumé, Amgen oktober 2020, se www.fass.se

1. Sabatine MS, et al. Evolocumab and Clinical Outcomes in Patients with Cardiovascular Disease. N Engl J Med. 2017;376:1713-1722
2. Repatha (evolokumab) produktresumé, oktober 2020
3. Mach F, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020;41(1):111-88.