

rige som specialister, utan annan basspecialistkompetens. Det blir därför i förlängningen orimligt att kräva att svenska läkare ska genomgå en längre, sämre och dyrare utbildning än sina europeiska kollegor. Nuvarande ordning motverkar alltså uppbyggnaden av akutläkarverksamhet i Sverige och bör snarast ändras.

Jag skulle även vilja lägga till ett större perspektiv till detta, nämligen att sjukvård ska praktiseras utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Det finns i dag tillräckligt med internationell erfarenhet av akutläkarverksamhet för att hävda att kvalitet och effektivitet gynnas av akutläkar-

kompetens. Att bortse från denna internationella erfarenhet är inte längre rimligt.

Jag uppmanar härmed Socialstyrelsen att göra en konsekvensanalys av den nuvarande situationen och rimligen godkänna akutsjukvård och dess verksamhetsområde som en basspecialitet enligt internationell modell. Det skulle väsentligen underlätta rekrytering och utbildning av akutläkare, liksom organisationsutveckling i Sverige, och akutsjukvården skulle än mer utvecklas i riktning mot beprövad erfarenhet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Svensk förening för akutsjukvård:

Akutsjukvård bör bli basspecialitet

■ Precis som angivits av artikeln är akutsjukvård en tilläggsspecialitet sedan 2006. Specialiteten har vuxit fram ur ett patientbehov, parallellt med utvecklingen av tidig diagnostik, behandling och ett behov av specialistkompetens i det akuta omhändertagandet. Kompetensområdet akutsjukvård finns definierat i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring [SOSFS 2008:17].

Svensk förening för akutsjukvård (SWESEM) anser att akutsjukvård bör bli en basspecialitet.

Vad kommer godkännandet av Nicholas Aujalay som specialist i akutsjukvård att föra med sig för praxis? Att avkräva specialister i akutsjukvård som kommer från våra nordiska grannländer eller andra EU-länder att komplettera med en ST-utbildning i en basspecialitet anser de flesta sannolikt vara orimligt.

Vidare väcker detta funderingar om hur vi mäter upp-

nådd specialistkompetens. Om uppfyllelse av kraven definierade i målbeskrivningen i akutsjukvård [SOSFS 2008:17] utgör grund för bedömningen av uppnådd kompetens bör specialister som kommer från Norden, EU och Sverige behandlas lika, och då faller det sig naturligt att vägen genom en annan bas är överflödig.

Efter fyra år av konsolidering är det dags att ta steget vidare till akutsjukvård som en svensk basspecialitet.

Maaret Castrén

professor i akutsjukvård, Karolinska institutet; Södersjukhuset, Stockholm

Gunnar Öhlén

ordförande i EuSEM

Cornelia Härtel

sammankallande i Svensk förening för akutsjukvårds (SWESEM) utbildningsutskott

Lisa Kurland

ordförande, SWESEM
lisa.kurland@sodersjukhuset.se

EU-expert ger ökat hälsoinflytande

I dag saknar Sverige en nationell expert inom Europakommissionens hälsosektor. Svenska myndigheter går miste om chansen att få en detaljerad inblick i arbetet inom detta område.



Sveriges aktiva engagemang inom Europakommissionens arbete inom hälsosektorn är för närvarande obefintligt, vilket är anmärkningsvärt. Totalt har Sverige i dagsläget 54 nationella experter (seconded national experts, SNE) vid Europakommissionen (Kommissionen). Av dessa finns endast en vid Generaldirektoratet för hälso- och konsumentfrågor (DG SANCO), närmare bestämt vid direktoratet för djurhälsa och djurskydd (Animal Health and Welfare Directorate).

En nationell expert har möjligheter att påverka och utveckla arbetet inom Kommissionen. Det måste ligga i de ansvarigas (Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet, Folkhälsoinstitutet, Läkemedelsverket) intresse och ansvar att aktivt bidra till utvecklingsarbetet inom Kommissionen och att påverka det genom

att erbjuda Kommissionen svenska experter.

Under nära två år (april 2008–december 2009) tjänstgjorde jag vid Kommissionen som nationell expert vid DG SANCO. Det är medlemsländerna som ställer en expert till Kommissionens förfogande. Den enhet jag tjänstgjorde vid (Health Threats Unit; Fakta 1) är placerad i Luxemburg. Socialstyrelsen stod för alla kostnader bortsett från de direkta omkostnader själva tjänstgöringen medförde (arbetsplats, tjänsteresor etc).

Min målsättning var att med min erfarenhet inom krisberedskapsområdet inom hälsosektorn bidra till att vidareutveckla ett generiskt (allmänt) angreppssätt, att introducera och initiera en mall för hur observatörsrapporter bör struktureras och presenteras i samband med studier av katastrofer (lessons learned) och att utveckla samverkan mellan hälsosektorn och »civil protection«. Jag fick möjlighet att uppnå dessa tre mål, vilket visar att man som nationell expert har möjlighet att såväl initiera nya aktiviteter som påverka utformningen av pågående aktiviteter.

Portalparagrafen för det mesta av arbetet inom hälsosektorn inom Kommissionen är artikel 152 under titeln XIII Folkhälsa i EU-fördraget (Fakta 2). Inom hälsosek-



PER KULLING

med lic, f d medicinalråd; vid tiden för arbetet seconded national expert (SNE), Health Threats Unit, Public Health and Risk Assessment Directorate, Health and Consumers Directorate General (SANCO), European Commission; tidigare enhetschef, enheten för krisberedskap (EKB), Socialstyrelsen
per.kulling@hotmail.com

torns krisberedskap är det endast inom smittskyddsområdet som Kommissionen har legala förutsättningar att utfärda tvingande föreskrifter etc. Utredning pågår om förutsättningarna för att vidga mandatet till att innefatta även andra områden inom hälsosektorns krisberedskapsarbete.

Det var några områden som jag som nationell expert särskilt engagerade mig i:

Generisk beredskap. Jag blev ansvarig för en arbetsgrupp med medlemmar från några medlemsstater, bland annat Sverige, med uppgift att revidera ett »technical guidance document« [1]. Det tidigare dokumentet, från 2005, fokuserades till största delen på smittsamma sjukdomar. Det reviderade dokumentet har ett mer allmänt angreppssätt och slutfördes i december 2009 [1].

Mall för observatörsrapporter. Innan jag lämnade Socialstyrelsen hade jag aktivt deltagit i ett nätverk för observatörsstudier som leddes av dåvarande Krisberedskapsmyndigheten (KBM) – nuvarande Myndigheten för samhälls-

skydd och beredskap (MSB).

Jag hade där initierat framtagandet av en gemensam mall för hur observatörsrapporter ska skrivas efter studier av större olyckor och katastrofer. Denna mall var en vidareutveckling av de erfarenheter som de olika aktörerna i observatörsnätverket hade, i synnerhet Kamedo (Katastrofmedicinska observatörsstudier) [2], en verksamhet som Socialstyrelsen ansvarar för. Stor hänsyn togs även till det arbete som bedrivs inom ramen för World Association on Disasters and Emergency Medicine (WADEM) [3]. Mallen har framgångsrikt använts av flera svenska myndigheter [4].

Jag ansvarade för en expertgrupp med uppdrag att ta fram en mall för observatörsrapporter inom ramen för ett projekt som drivs av WHO/EURO i samverkan med DG SANCO med finansiering från Health Programme [5]. Den svenska mallen användes som utgångspunkt för detta arbete. Expertgruppens produkt blev klar i december 2009, och vid ett expertmöte i maj 2010 i Turkiet inom ramen för WHO-projektet har denna mall vidareutvecklats och

förankrats i en vidare krets och kommer att spridas till andra aktörer.

Bygga broar mellan »civil protection« och hälso- och sjukvården. Inom Europakommissionen och i flera europeiska länder hanteras den prehospitala hälso- och sjukvården (inklusive »katastrofmedicin«) av »civil protection«, som oftast lyder under ett annat ministerium/ departement än den övriga sjukvårdsverksamheten. Inom Kommissionen var »civil protection« knutet till Generaldirektoratet för miljö (DG ENV), men är sedan den nya Kommissionen tillträtt knutet till Generaldirektoratet för humanitärt bistånd (DG ECHO).

Jag hade redan innan jag kom till Luxemburg sett behovet av nära samarbete och samverkan mellan hälso- och sjukvården och »civil protection«. Jag initierade i samverkan med civil protection inom Kommissionen framtagandet av ett dokument där ett antal områden identifierades inom vilka en vidareutveckling av samverkan och samordning är motiverad. Sådana aktiviteter finns i arbetsplanen för 2010 vid Health Threats Unit.

De svenska nationella experter som är engagerade vid Kommissionen bör med regelbundenhet (minst två gånger årligen) rapportera till sin svenska arbetsgivare om pågående aktiviteter inom det område han/hon är engagerad i. Detta ger en unik möjlighet för berörda svenska myndigheter att få en detaljerad in-

REFERENSER

1. Health security and preparedness (technical guidance document): Strategy for Generic Preparedness Planning. Technical guidance on generic preparedness planning for public health emergencies. http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/preparedness/prephome/preparedness_en.htm
2. Katastrofmedicinska observatörsstudier (Kamedo). <http://www.socialstyrelsen.se/krisberedskapsvarlden/halso-ochsjukvardens-krisberedskap/kamedo>
3. Sundnes KO, Birnbaum ML, editors. Task Force for Quality Con-

FAKTA 2

Artikel 152 i Avelning XIII: Folkhälsa

- Gemenskapen skall främja samarbete mellan medlemsstaterna
- Medlemsstaterna skall i samverkan med kommissionen inbördes samordna sin politik och sina program
- Kommissionen kan i nära kontakt med medlemsstaterna ta lämpliga initiativ för att främja en sådan samordning
- Besluta om åtgärder för att fastställa höga kvalitets- och säkerhetsstandarder i fråga om organ och ämnen av mänskligt ursprung, blod och blodderivat
- Rådet kan också med kvalificerad majoritet på förslag av kommissionen anta rekommendationer för de syften som anges i denna artikel.
- När gemenskapen handlar på folkhälsoområdet skall den fullt ut respektera medlemsstaternas ansvar för att organisera och ge hälso- och sjukvård.

blick i det pågående arbetet inom Kommissionen. Förutom inom krisberedskapsområdet (health threats) finns det anledning att överväga svenskt engagemang inom hälsosektorn inom följande områden: health programme and knowledge management, health information, health determinants, health strategy and health systems, health law and international, risk assessment, pharmaceuticals.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

- trol of Disaster Management: Health Disaster Management: Guidelines for Evaluation and Research in the Utstein Style. Prehospital Disast Med. 2003;17: Suppl 3. <http://www.wadem.org/guidelines.html>
4. Kulling P, Andersson H, Gell T, Nordensten C, Sigurdsson S. Use of a common, inter-sectoral template for observer reports of crisis. Prehospital Disast Med. 2009;24: Suppl 1:146. [abstract]. http://pdm.medicine.wisc.edu/Volume_24/issue_2/16wcdem.pdf
 5. Health Programme. <http://ec.europa.eu/eahc/health/index.html>

FAKTA 1

Huvudsakliga aktivitetsområden vid Health Threats Unit

- Översyn av EU:s regelverk för en integrerad strategi mot hälsohot (inbegriper alla hot inklusive CBRN – det vill säga kemiska, biologiska, radiologiska, nukleära)
- Samordning av vaccinationsstrategier
- pandemiberedskap
- Tuberkulos
- AMR (antimikrobiell resistens)
- EU:s krishantering och hantering av insatser för folkhälsa – HEOF (beredskap för akuta hälsoinsatser)
- Utbildning och övningar
- Allmän beredskapsplanering – Teknisk vägledning
- Nätverk för kommunikatörer
- Lagring

- Klimatförändringar
- Bio-säkerhet – »Bygga broar mellan säkerhet och hälsa: Kartläggning av god praxis vad gäller att hantera »CBRN-incidenter och säkerhet kring CBRN-ämnen«
- Modellering
- Hälsohot – Hälso- och sjukvårdsmyndigheten – Global Health Security Initiative (GHSI)
- Bio-säkerhet
- Forskning inom hälsosäkerhetsområdet
- Integrering av hälsorisker inom andra politikområden, till exempel samarbete med andra generaldirektorat, samarbete med EU-byråer och andra organ, internationellt samarbete (WHO, GHSI, Nato, Australia group etc)
- Hälsoprogrammet