

global medicin. Highlife-musik och en stickande doft av träkolrök fyller »Kongo-rummet« på Kliniskt träningscentrum, Södersjukhuset, Stockholm. Här övar pediatriker, obstetriker och allmänspecialister på kurs i global mödra- och barnhälsa.

text: marie närlid foto: melker dahlstrand

Förlossning i fält övas i hemmiljö

Sachsskas Kongo-rum är riggat för kurs i globalmedicin

Oh mon dieu, le bébé est mort, s'il vous plaît, faites quelque chose!»

Kursledare Ann Lindstrand, till vardags barnläkare vid Sachsska barnsjukhuset i Stockholm, fladdrar omkring som en afrikansk »mama» i »Kongo-rummet«, där ett drygt 20-tal läkare tränar återupplivningsövning på nyfödda i samband med en veckolång IPULS-granskad kurs i globalmedicin, som ges vid Sachsska barnsjukhuset i Stockholm.

På pidgin-franska stressar hon kursdeltagarna som genom rollspel får känna på vad arbete i en främmande miljö kan innebära. Två och två i taget kryper de in i en hydda gjord av presenningar. Inuti luktar det unket, och på golvet av afrikanska textilier ligger en naturtrogen nyförlöst mamma med en bebisdocka.

Margaretha Blomgren och Richard Seiberlich knäar vid den »livlösa« dockbebis som ligger mellan dockmammans ben i Kongo-rummet. Steg ett i övningen är att försöka hitta lämpliga arbetsställningar där man inte stör varandra – och att få fram pannlampan ur doktorsväs-

kan. I annat fall tvingas man arbeta i mörker.

Dockan saknar »andnings- och hjärtljud«. Men vartefter de medicinska insatserna fortskrider, lemmar masseras och andning triggas igång, får rollspelarna återkoppling på sina insatser av spelledaren, Anders Dahlström, överläkare på Sachsska barnsjukhuset och Sachsska barn- och ungdomskliniken.

För ett tiotal år sedan var Anders Dahlström med om att starta träningscentret, Sveriges första, efter amerikansk förlaga. I dag har användning av kliniska träningscentrum blivit vanligt, tillkännager han i en kort introduktion. Det kostar förvisso tid och

pengar att öva, men ju mindre stressade vi blir, desto bättre fungerar vi i arbetslag, anger Anders Dahlström som skäl för verksamheten.

– Övningen ger puls, säger han och ser nöjd ut, efter det att ett paret kravlat sig ut ur presenningarna och anslutit sig till det andra kursdeltagarparet som utifrån kunnat följa förloppet. Till sammans tar man plats på några stolar och går igenom filmsekvensen som spelas upp från en monitor i taket.

– Bra att du snabbt tog fram pannlampan så att ni inte arbetar i totalt mörker, berömer Anders Holmström, som strör pluspoäng över insatser där man lyckas fortsätta att lugnt kommunicera med sin



arbetspartner, en nära anhörig eller granne till den unga födande kvinnan, trots Ann Lindstrands upphetsade men välvilliga rollgestalt.

Svårt att få gehör för frågor om mödravård

Två av FN:s åtta så kallade millenniemål, som mäter den sociala och ekonomiska utvecklingen i världen, fokuserar på barn respektive mödrar. Snabb förbättring syns vad gäller barns situation, medan mödradödligheten är fortsatt hög och bristen på jämställdhet alarmerande.

– Internationellt är det lättare att få gehör för barnfrågor än mödravård. Det är självklart

att man ska rädda barnen, medan mödravården i grunden handlar om sociala frågor, jämställdhetsstrukturer, säger Birgitta Essén, gynekolog/obstetriker och huvudläkare tillsammans med Ann Lindstrand (se huvudtext) på kursen Global mödra- och barnhälsa.

Enligt FN:s rapport om millenniemålen 2010 har barnadödligheten minskat markant, från 12,5 miljoner barn under

fem år 1990 till 8,8 miljoner 2008 (dock inte i Afrika söder om Sahara).

Millenniemålen om barn och mödrar:

- **Nr 4:** Dödligheten bland barn under fem års ålder ska minska med två tredjedelar fram till år 2015.
- **Nr 5:** Mödradödligheten ska minska med tre fjärdedelar fram till år 2015.



Ann Lindstrand, barnläkare, bland annat före detta ordförande i Läkare utan gränser, agerar lokalbefolkning när barnläkaren Margaretha Blomgren, Visby lasarett (se vidare artikel nästa sida) och Richard Seiberlich, ST-läkare i allmänmedicin, Telgeakuten i Södertälje, gör en återupplivning i »Kongorummet«, Kliniskt träningscentrum, Södersjukhuset, Stockholm.

– Men hur ska jag göra om min teamledare inte lyssnar på min fråga? undrar någon.

Upprepa frågan, råder Anders Holmström och framhåller att situationen – som innebär att arbeta tätt tillsammans med okända i stressiga situationer – faktiskt inte är väsensskild från svenska förhållanden:

Vid förlossningar är det vanligt att inte kunna namnet på sina medarbetare, hävdar han.

Några meter längre bort i korridoren, i »Vietnam-rummet«, iscensätts parallellt ett annat återupplivningsdrama. Också här agerar en statist

som ger lokalfärg och stör koncentrationen för rollspelarna. Den främsta källan till irritation är dock musiken från en radio som skralar olidligt högt. Men spelledaren Erik Borgström, ST-läkare på barnkliniken, låtsas inte höra rollspelarnas begäran om att musiken ska stängas av:

– Så här är det. Det är lika bra att ni accepterar det, säger han vid en genomgång efter övningen, som också denna får ett lyckligt slut – barnet överlever.

Medan Årstaviken glittrar i sol och höstfärger utanför panoramafönstret uppe från Södersjukhusets höjder, böjer

»Det kostar förvisso tid och pengar att öva, men ju mindre stressade vi blir, desto bättre fungerar vi i arbetslag.«

sig fyra läkarhuvuden över lika många naturtrogna bebisdockor på rad. Här övas ventilering. Ofta är det lättare att rensa gommen med enklaste tillgängliga medel, berättade instruktören Nicolas Pejovic, överläkare på Södersjukhuset.

Pekfingret blir rött av »blod« när det når larynx, när jag smugit mig tillbaka för att

pröva själv. Och jag blir påmind om att jag borde använda handskar.

I ett annat rum berättas om färdigheter som att sätta nål i tibias kärlika periost. Denna metod används när patienten är så uttorkad att vanliga kärl inte går att använda. Under onsdagseftermiddagen övas utöver återupplivning och »teamwork« också specifikt praktiska färdigheter som att sätta nålar, ordna näringsdropp, rensa svalg och ventiler lungor.

Dagen innan har läkarna haft en motsvarande workshop där man tränat obstetrik och mödravård. Vid utvärderingarna av kursen,

som Ann Lindstrand spontant delger Läkartidningen, lovordas inte minst kursens pedagogiska arbetsformer. Kursdeltagarna, där de flesta redan har utlandserfarenhet, och vid presentationsvändan avslöjar vistelser på exotiska platser som Papua Nya Guinea, Banda Aceh och fattiga indiska Bihar, men också i klassiska svenska biståndsländer som Tanzania och Kenya, bedömer att man för egen del – i hög grad – kommer att kunna tillämpa kursinnehållet i sin kliniska vardag. Med ökad migration har världen nått Sverige. Barn- och mödravård liksom vårdcentralerna har patienter från världens alla hörn, och därmed också det breda sjukdomspanoramat.

– Jag är grymt nöjd med kursen. Det är väldigt roligt att jobba med en sådan erfaren grupp, returnerar Ann Lindstrand och öser beröm över kursdeltagarna.

Tillsammans med Birgitta Essén, den andra huvudläraren vid kursen (se vidare ruta), hoppas hon kunna ge kursen Global mödra- och barnhälsa på nytt våren 2012. Men då helst med en statlig finansiering:

– Vi hoppas på att få den godkänd som SK-kurs. ■

I »Vietnam-rummet« överraskas Maria Lilja, ST-läkare i barnmedicin, och Tove Wallström, ST-läkare i gynekologi–obstetrik, av ett akutfall, när de ska inspektera ett barnbord.



Fick betala kursen ur egen ficka

Läkarparet Margaretha Blomgren och Hans Brandström, Visby, deltog båda vid kursen Global mödra- och barnhälsa. En av dem fick kursen betald av arbetsgivaren, den andre fick betala ur egen ficka.

Specialisten i allmänmedicin Hans Brandström fick inte kursen godkänd som fortbildning av sin arbetsgivare.

– Akutmedicin eller speci-

fika hälsoproblem bland invandrar- och flyktinggrupper prioriteras inte, med den mycket begränsade budget vi har på Gotland, säger Hans Brandström, som för knappt ett år sedan lämnade uppdraget som primärvårdschef på Gotland, i protest mot vårdvalets utformning.

– Jag kunde inte längre ta



Hans Brandström

ansvar för den långsiktiga hälsoutvecklingen, kvaliteten och ekonomin.

Hans Brandström, som tillsammans med sin fru Margaretha Blomgren överväger att pröva utlandsuppdrag, avsatte tid och bekostade kursavgift,

(6 000 kronor) boende och resa ur egen ficka.

– För att prioritera ST-lä-

karnas intern- och externutbildning hinner vanligtvis endast hälften till en tredjedel av allmänläkarspecialisterna delta i den internutbildning vi har i samarbete med lasarettet.

Även en gynekolog från Dalarnas läns landsting betalade själv för den IPULS-granskade kursen. Andra har tvingats avstå från kursen på grund av avslag på ledighetsansökan. ■

Randutbildning i u-land för ST-läkare hotad

En randutbildning i Indien, Tanzania och Etiopien ger ST-läkare i allmänmedicin möjlighet att lära sig globalmedicin. Men det gäller att skynda sig. Sidas finansiering befaras upphöra 2012.

Genom ett samarbete med Sida har Cefam, Centrum för allmänmedicin, sedan några år tillbaka erbjudit utbildningsläkare möjlighet att randa tre månader i Indien, Etiopien eller Tanzania.

– ST-läkare kan under sitt ST-block få göra en tre måna-

ders auskultation i ett utvecklingsland. Biståndspengar finansierar handledare, berättar Anna Karin Karlsson, distriktsläkare i Solna, aktiv i Cefam och en av de drivande bakom utbildningsprojektet.

Hon anser att det är viktigt att läkare får erfarenhet av globalmedicin under sin utbildning, inte minst eftersom delar av det globala sjukdomspanoramat blir allt vanligare i svensk sjukvård.

– Vi får inte missa malaria och tuberkulos. Så får det bara inte vara, varnar Anna Karin Karlsson.

Ett 40-tal läkare har hittills genomgått utbildningen, som förutsätter en anställning hemma och att landstinget står för lönen. Men möjligheten att med statliga bidrag auskultera i låg- och mellaninkomstland befaras upphöra 2012, då avtalet inom ramen för Sidas »resursbasutveckling« från 2004 går ut. Sida har flaggat för att man

kommer att dra in sin finansiering av handledare.

– Mot bakgrund av omstrukturering på Sida och att Sida går mot att hantera större och färre insatser kan detta leda till att Sida i framtiden inte kommer att kunna förlänga nuvarande avtal, kommenterar Irène Rudefors Zellinger, chef för Sidas »Team global resursbas- och kapacitetsutveckling«.

Hon vill dock poängtera att något beslut ännu inte är fattat.

Marie Närlid

Översyn vill ha nationell styrning av kvalitetsregister

Insamling och återrapportering av data ska effektiviseras, och nya register startas. Det är förslag i en översyn av de nationella kvalitetsregistren som gjorts på uppdrag av regeringen och Sveriges Kommuner och landsting.

En översyn av de nationella kvalitetsregistren överlämnades på fredagen i förra veckan till socialminister Göran Hägglund. Över 300 personer har medverkat i en öppen process med intervjuer och workshops, ledd av Måns Rosén, direktör för SBU.

Att utveckla och driva registren i Sverige bedöms i dag kosta mer än en halv miljard kronor om året. Utredningen föreslår att staten, landstingen och läkemedelsindustrin satsar ytterligare omkring 200 miljoner kronor per år fram till 2015.

Utredningen föreslår vidare att landsting och kommuner samlar resurser kring forskning och utveckling i regionala utvecklingscentrum

för att se till att registren förbättras och används på kliniker och vårdcentraler.

Kvalitetsregistren ska stärkas genom »strategimöten på nationell nivå« och genom en ny central styrelse för registren med representanter från alla berörda aktörer.

Nya register föreslås för primärvården, äldreården och psykiatrien.

Insamling och återrapportering av data bör effektiviseras.

– Att lösa problemet med dubbelregistrering till journaler och kvalitetsregister är dels en teknisk fråga, dels en fråga om ett helt nytt sätt för journalföring, säger Göran Stiernstedt, chef för avdelningen sjukvård och hälsa, Sveriges Kommuner och landsting.

Men det finns fortfarande en del juridiska hinder. I dag är det inte tillåtet att använda kvalitetsregistren i den individuella patientvården. Det är inte heller möjligt för

vårdgivare att få tillgång till uppgifter som andra vårdgivare lämnat till registren.

– Det är otroligt viktigt att utredningen kring det juridiska kommer i gång omgående på departementet, säger Göran Stiernstedt.

Ingmar Näslund, överläkare vid kirurgiska kliniken i Örebro, som håller i det Svenska obesitasregistret, är överlag nöjd med utredningen men har vissa förbehåll:

– Jag är rädd för att man skapar mer byråkrati och administration, vilket kolliderar med att registerhållningen bygger på frivilliga insatser. Blir det juridiskt för komplicerat och krav på ett antal olika säkerhetssystem för att mata in uppgifter, blir det ett hinder i arbetet.

– Sedan ser jag inte behovet av regionala utvecklingscentrum. Bättre vore att bevara befintliga kompetenscentrum, säger Ingmar Näslund.

Marie Närlid

marie.narlid@lakartidningen.se

HSAN får bakläxa av förvaltningsrätten

Som Läkartidningen tidigare berättat (LT nr 38 och 43/2010) har Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN, sedan i mitten av september slutat utdela disciplinpåföljder även i fall där man anser att yrkesutövaren faktiskt gjort ousäktliga fel.

HSAN har i dessa ärenden hänvisat till den nya patient-säkerhetslagen som träder i kraft vid årsskiftet, i vilken systemet med disciplinpåföljder är upphävt. Flera ärenden har överklagats till förvaltningsrätten, som nu har kommit med sina första domar.

Enligt förvaltningsrätten har HSAN inte beaktat övergångsbestämmelserna till den nya lagstiftningen och underlåtit att ta hänsyn till de förarbeten som finns till den nya lagstiftningen. En konsekvens av HSAN:s policy blir enligt förvaltningsrätten också att den yrkesutövare som kritiserats i ett HSAN-beslut, men alltså inte fått någon påföljd, inte kan överklaga då en part enligt rättspraxis inte kan klaga på något som är till förmån för en själv.

I ett av de överklagade fallen är det faktiskt tre läkare som försökt överklaga sina uteblivna disciplinpåföljder, men deras anspråk har avvisats av förvaltningsrätten. De tre hade emellertid tur i oktober att Socialstyrelsen också överklagat samma ärende, men styrelsen kräver att de ska åläggas påföljd. Förvaltningsrättens slutsats blir att HSAN måste ompröva besluten som överklagats.

Rådman Magnus Åhammar poängterar att förvaltningsrättens två domar är specifika för just de här fallen och att de inte har någon prejudicerande eller generell status. ■

HPV-upphandling i kammarrätten

Vaccintillverkaren Sanofi Pasteur, som förlorade upphandlingen av HPV-vaccin, har beviljats prövningstillstånd i kammarrätten. Därmed fördröjs vaccinationen av landets 11-åriga flickor ytterligare. Upphandlingen, som vanns av konkurrenten Glaxo-SmithKline, godkändes av förvaltningsrätten tidigare i höst. ■

Michael Lövtrup

»Kronisk« läkarbrist på medicinakuten i Huddinge

Läkarnas huvudskyddsombud vill att Socialstyrelsen agerar med anledning av bristen på specialistläkare på medicinakuten vid Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge. Långa jourpass och ingen tid för dokumentation gör att patientsäkerheten hotas.

Så länge har det rått brist på specialistläkare vid medicinska akutvårdsavdelningen vid Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge att huvudskyddsombudet vid Karolinska universitetssjuk-

huset diagnostiserar tillståndet som »kroniskt«.

I synnerhet mellanjourer tvingas till så långa jourpass att det hotar att påverka förmågan att fatta korrekta diagnostiska och terapeutiska beslut. Dessutom leder läkarbristen till att läkare måste ägna all tid åt rent klinisk verksamhet, medan det inte finns någon tid för administrativt arbete. Detta går bland annat ut över avvikelserapporteringen och därmed kvalitetsuppföljningen. Det finns inte heller tid över

för undervisning och forskning, vilket hotar kompetensen på sikt.

Enligt anmälan har ledningen inte »förmått ta till sig situationens allvar«, trots att läkarna vid upprepade tillfällen tagit upp hoten mot patientsäkerheten och pekat ut ett antal omedelbara och kraftfulla åtgärder för att minska problemen. Därför begär nu huvudskyddsombudet att Socialstyrelsen inleder en tillsyn av verksamheten.