

INTERVJU. »Orädd«, »energisk« och »färgstark« är ord som används om allmänläkaren Kerstin Ermebrant. I över trettio år har hon kämpat för arbetsmiljön i primärvården, bland annat som den första kvinnliga ordföranden i en yrkesförening.

TEXT: MICHAEL LÖVTRUP
FOTO: JOACHIM LAGERCRANTZ

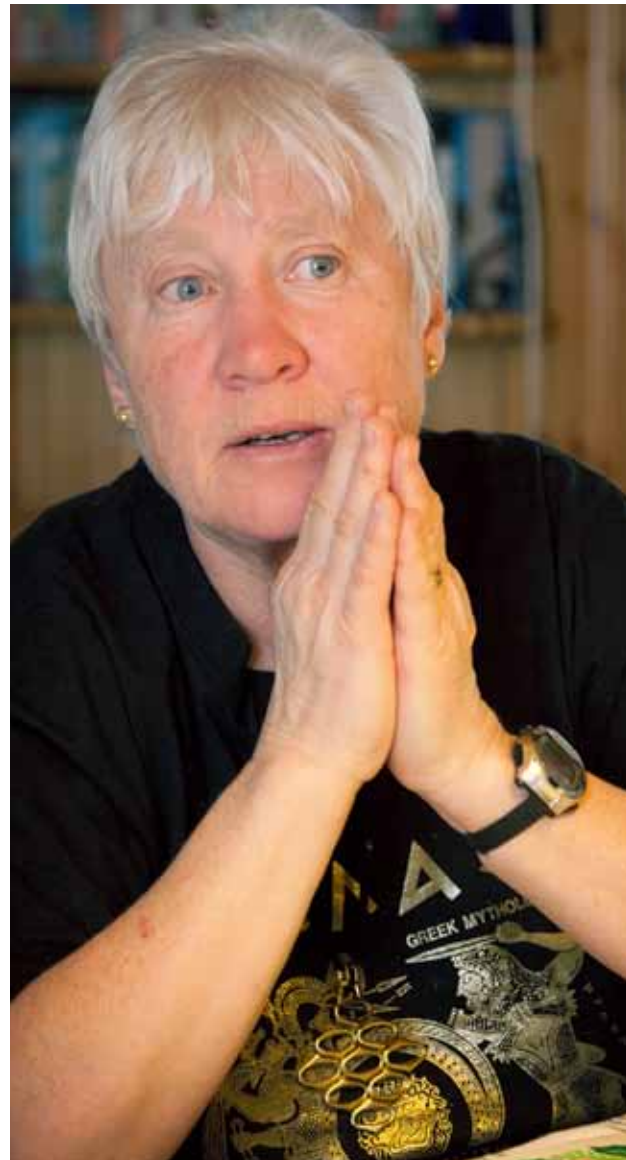
Primär- vårdens kämpe

Personalpolitiken i vissa landsting kallar hon utan omsvep för »rov-drift«. När dåvarande socialministern Lars Engqvist vid ett möte nämnde att läkare utan arbetsplatskod skulle kunna komma att strykas från läkemedelsförmånen talade hon om för honom att det var »öststatsfasoner« att ta ifrån läkare den rätt de en gång fått från Socialstyrelsen.

Nej, Kerstin Ermebrant stryker ingen medhårs – det intygar människor som haft med henne att göra. De berättar om en färgstark, frispråkig och oförvägen person som flyger med sitt lilla flygplan till fackliga möten i väderle-

kar när många andra skulle stannat på backen. Om en förtroendevald som kämpar med glöd för det hon tror på, framför allt när det gäller läkares arbetsmiljö. Men också om en kollega med mycket humor och en skicklig allmänläkare som alltid ställer upp för patienterna.

Läkartidningen träffar Kerstin Ermebrant i hennes hem i Tännäs i Härjedalsfjällen. I dessa trakter, som hyser både björn, järv, lo och muskoxe, bor Kerstin Ermebrant och hennes make sedan ett tiotal år. Det är 13 mil till centralorten Sveg och hela 23 mil till Östersund. Men Stockholms-



födda Kerstin Ermebrant saknar inte »stenöknen«. Här finns tystnaden. Och här finns möjlighet att paddla, fiska och åka skidor, sådant som Kerstin Ermebrant gärna ägnar sig åt.

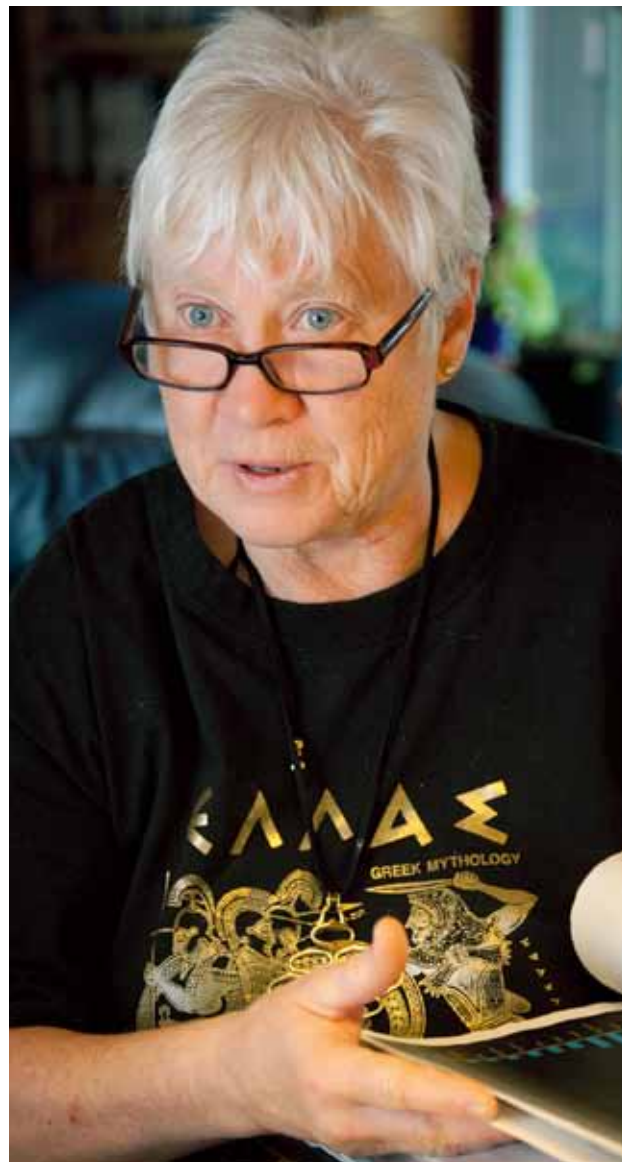
När hon inte arbetar fackligt, vill säga. För trots att hon fyllt 68 år är hon i högsta grad aktiv, bland annat som ordförande för den lokala distriktsläkarföreningen och som styrelseledamot i Jämtlands läkarförening.

Själv tror Kerstin Ermebrant att hennes livslånga engagemang för läkarnas arbetsvillkor grundades redan vid de första mötena med arbetslivet i slutet på 1960-ta-

let. För den som lämnade fakultetens skyddade värld var kontrasten omtumlande, för att inte säga brutal. På den tiden verkade begreppen läkare och arbetsmiljö inte ha något med varandra att göra.

– Första dagen på min tjänst som kirurgassistent skrev jag tio journaler. När jag skulle gå hem kom en sköterska och sa att jag skulle gå ner på akuten och titta på journalschemat. Där stod att jag skulle vara jour redan första dagen. Sedan sa någon »du vet väl att du är jour för kvin-nokliniken också«.

Ett riktigt skräckexempel är när hon en jul- och nyårs-helg något år senare jobbade



■ KERSTIN ERMEBRANT

Ålder: 68.
Bor: Tännäs.
Familj: Man och två söner.
Medicinsk specialitet: Allmänmedicin och företagshälsovård. Är även flygläkare.
Bakgrund:
 ■ Uppvuxen i Stockholm. Gick ut läkarutbildningen vid Karolinska institutet 1969.
 ■ Styrelseledamot i DLF. 1978–1984, 2002–2008.
 ■ Ordförande i DLF 1984–1990.
 ■ Styrelseledamot i Jämtlands läkarförening 1994–.
 ■ Ordförande för DLF i Jämtland 2004–.
Senaste lästa bok: »Jag läser just om »Väster om väg« av Einar Wallquist som var provinsialläkare i Arjeplog 1922–1962. Han var jour konstant i 40 år, tror jag.«
Överraskande egenskap: »Jag har lite konstnärliga anlag som flera i min fars släkt.«
När träffade du en patient senast: »Inne i Östersund för några veckor sedan.«
Viktigaste läkarfrågan: »Arbetsmiljöproblematiken är det viktigaste. Vi måste ha en rimlig arbetsmiljö och en rimlig fortbildning.«
Viktigaste hälsofrågan: »Den psykosociala situationen. Nästan alla organisationer slimmar och folk går in i väggen som man inte gjorde förr.«

jour som narkosläkare på S:t Eriks sjukhus. Tillsammans med en kollega servade hon hela sjukhuset.
 – Förutom dagarbetet hade vi 13 jourpass att dela på. Efter att inte ha sovit och ätit ordentligt på en vecka vinglade vi halvdöda omkring i korridorerna.
 Upplevelser som dessa gjorde att en känsla började gro av att »så här får det inte vara«. När hon 1971 fick en provinsialläkartjänst i Fagersta med ensamt ansvar för en befolkning på 18 000 personer kunde Kerstin Ermebrant inte längre tåga still.
 – Jag hade ofta 50 patienter om dagen. Det var ständiga

jourer, och jag var alltid ensam på jourmottagningen. Det hände att jag blev jagad av patienter med sönderslagna flaskor. Till slut skrev jag till landstinget och krävde mer personal. Genom att ligga på och redovisa alla uppgifter som uppdraget omfattade lyckades vi sakta få fler tjänster. Mot slutet var vi sex ordinarie och tre underläkare.

Denna driftighet passerade inte obemärkt hos den lokala distriktsläkarföreningen,

och 1978 blev Kerstin Ermebrant kontaktad och tillfrågad om hon kunde tänka sig att låta sig nomineras till distriktsläkarföreningens styrelse. Hon svarade ja, och på fullmäktigemötet samma år valdes hon in. Bortsett från några år på 1990-talet har hon varit fackligt aktiv sedan dess.

Något hon lärt sig i Fagersta och som hon tog med sig i arbetet som förtroendevald var att det är lättare att nå framgång för sin sak om man

»Det hände att jag blev jagad av patienter med sönderslagna flaskor. Till slut skrev jag till landstinget och krävde mer personal.«

kan redovisa ordentligt med fakta, helst i form av siffror.
 – Jag har bombarderat politiker och tjänstemän genom åren med tabeller och beräkningar, säger Kerstin Ermebrant.
 Nu började hon fundera på om det gick att beräkna vad som är en rimlig bemaningsnivå på en vårdcentral, beroende på uppdraget. Hon tog på eget initiativ fram ett omfattande underlag som hon presenterade för centralstyrelsen. Baserat på kalkylerna antog Läkarförbundet 1984 riktvärdet 1500 patienter per heltidsläkare, vilket fortfarande gäller som officiell policy.



Härjedalsfjällen är Kerstin Ermebrants hemtrakter sedan 10 år.

– Jag gjorde en väldig massa research, jag skickade ut enkäter och gjorde mätningar ute på vårdcentraler och beräknade hur mycket tid som gick åt till varje uppgift. Utifrån det kom vi fram till att om uppdraget skulle skötas på ett bra sätt så var det siffran 1500 som gällde...

– ... då...

– ... för när vi kom fram till den siffran räknade vi med ett besök per invånare och år. Men i dag är det mer – 1,38 är den senaste siffran jag sett – både för att vi är en äldre befolkning och för att man har högre krav i dag och söker mer vård. Jag har fört över de gamla beräkningarna i en Excel-fil, och för man in de nya värdena ser man att i dag gäller 1200 patienter per läkare om det ska fungera.

Betyder det att förbundet egentligen borde ändra målet och slåss för en läkare på 1200 patienter?

– Nej, jag tycker att man ska slåss för att ersättnings-system och bemanning ska baseras utifrån förutsättningarna för den egna enheten. På vissa håll där man behöver mycket tolkhjälp räcker inte tiden för 1200 patienter, utan man måste ha fler läkare. På andra, välfungerande mottagningar med hög läkarkontinuitet där man är inkörd på sina patienter kanske man klarar sig med en läkare på 1600 patienter.

Efter sex år som styrelseledamot valdes Kerstin Ermebrant 1984 till ordförande i DLF, och blev därmed första kvinna på ordförandeposten i en yrkesförening i Läkarförbundet.

En viktig fråga för DLF på 1980-talet var att höja allmänläkarnas status, där det fanns tendenser i den övriga kåren att misskreditera allmänmedicinen.

– Under min utbildning fick jag alltid höra att den som inte klarade av den eller den operationen fick bli allmänläkare. Sedan kom ett angrepp från gynekologerna som menade att allmänläkare absolut inte skulle ta hand om mödrar, med tanke på hur lite de kunde. Det första jag fick göra som ordförande i DLF var att förklara i en debattartikel i Aftonbladet vad vi stod för och påpeka att specialistmödravården kunde specialisterna ta hand om, men den vanliga mödravården klarade vi av.

På statusfronten har mycket hänt de senaste decennierna, menar Kerstin Ermebrant, inte minst efter att allmänmedicinen 1981 blev en fullvärdig specialitet. I dag vill unga läkare gärna bli allmänläkare. Annat var det på 1980-talet.

– Det var svårt att få läkarstudenter att välja allmänme-

dicin. För att förbättra rekryteringen flög vi i DLF:s styrelse runt till universiteten och talade om hur viktigt det var att studenterna tidigt fick komma ut och träffa vanliga människor på vårdcentraler. Vi sådde frön där, i 1980-talets mitt – nu har det förbättrats och kandidaterna kommer ut ganska tidigt.

Nu är problemet i stället den hotande bristen på allmänläkare när alla 40-talister går i pension.

– För ett par år sedan gjorde jag en analys av hur det ser ut med återväxten. Jag bad om prognoser från alla studierektorer och kom fram till att inte förrän 2048 blir vi fullbemannade med dagens utbildningstakt.

1990 slutade Kerstin Ermebrant som ordförande för DLF. I samma veva flyttade hon till Jämtland där hennes man, som är bergsingenjör,

hade fått jobb. Själv hoppade hon på ett chefsjobb inom företagshälsovården och var under fyra år inte fackligt aktiv.

1994 värvades hon tillbaka till landstinget och blev då också aktiv i styrelsen för Jämtlands läkarförening. Hon stred outröttligt på det lokala planet för mer resurser till primärvården, utan en tanke på att detta fackliga »recidiv« skulle sluta med att hon på nytt blev styrelseledamot i DLF. Men inför årsmötet 2002 fick hon besök från några fronderande fullmäktigeledamöter som var missnöjda med att DLF:s styrelse avvisat en motion om ett nationellt familjeläkarsystem. Man letade kandidater till en alternativ styrelse och undrade om Kerstin Ermebrant kunde ställa upp.

Det stormiga fullmäktigemötet slutade med att valberedningens ordförandekandidat blev vald, men inte förrän styrelsen pressats till att ställa sig bakom familjeläkarmotionen. En av styrelseledamöterna hoppade dock av och Kerstin Ermebrant valdes in, nominerad direkt från »golvet«.

– Det var inget jag hade planerat, jag hade tänkt sitta kvar i den lokala läkarföreningen och komma med mina små råd och löneförhandla lite. Men det var väldigt intressant. Jag hade ju varit borta från diskussionerna om de stora policyfrågorna i mer än 10 år.

Under några år la styrelsen ned mycket kraft på att utforma och lobba för förslaget till ett nationellt familjeläkarsystem, det som kom att kallas för Protosmodellen. I slutändan var det bara Folkpartiet som nappade, medan övriga partier menade att det krockade med det kommunala självstyret.

Kerstin Ermebrant tycker ändå inte att arbetet var bortkastat.

– Efter rundgången i riksdagen och alla möten med höga tjänstemän och politiker har DLF vunnit mark och blivit mer känt.

Med sin långa erfarenhet av fackligt arbete kan Kerstin

Ermebrant konstatera att många frågor har ständig aktualitet. Som bemanningsfrågan. Under det senaste året har den lokala läkarföreningen kämpat mot ett besparingspaket – som landstinget Orwellskt döpt till »omställning« – som innebär att nio allmänläkartjänster, främst i Östersund, tagits bort, samtidigt som primärvården fått fler uppgifter.

– När vi krävde en analys av arbetsmiljöriskerna bekräftade den att de fanns stora risker. Ändå körde de på.

Nu visar en inspektion från Arbetsmiljöverket att många distriktsläkare i länet mår dåligt på grund av arbetsbelastningen.

Dagen innan Läkartidningen träffar Kerstin Ermebrant



Målet 1 500 patienter per hel-tidstjänst antogs av DLF i början av 1980-talet och blev senare Läkarförbundets policy. Inför vårdvalet krävde förbundet att ersättningsnivåerna anpassas till den siffran.

har hon på nytt blivit kontaktad av en läkare som vill säga upp sig, den sjunde i ordningen på kort tid.

– Fortsätter de så här kommer de att förlora alla sina läkare.

En särskild hjärtefråga för Kerstin Ermebrant är att fler läkare ska vara skyddsombud, ett mål hon lyckades få in i verksamhetsplanen som en prioriterad uppgift vid Läkarförbundets senaste förbundsfullmäktigemötet.

– Det har varit så mycket arbetsmiljöproblem att jag har drivit både lokalt och centralt att vi måste ha skyddsombud på samma sätt som ute i industrin för att kunna bevaka arbetsrätten.

Som en bonus skulle fler skyddsombud kunna bidra till att lösa problemet med att säkra tid till fackligt arbete hos privata utförare, menar Kerstin Ermebrant. Landstingen är begripligt nog inte pigga på att låta den fackliga tiden de betalar för användas till fackligt arbete hos konkurrenterna. Samtidigt är särskilt små arbetsgivare ovilliga att avvara egen personal till fackligt arbete.

– Skyddsombuden har ju så

mycket mandat bakom sig rent lagmässigt att många fackliga frågor kan man lösa direkt om man har skyddsombud. Det gäller inte bara arbetsmiljön, utan även till exempel fortbildning, eftersom arbetsgivare är skyldig att se till att arbetstagarna har den kunskap som behövs för arbetet. Sedan får man lösa löneförhandlingen på annat sätt, kanske genom något betalt ombud.

Efter att ha hoppat av landstinget i protest mot att man inte ville ersätta de övertidstimmar hon jobbade, arbetade Kerstin Ermebrant de sista åren innan pensioneringen som stafettläkare – ja, hon gör fortfarande enstaka inlägg ibland. Men innan dess arbetade hon två år på vårdcentralen i Funäsdalen.

– Om jag fick leva om mitt liv skulle jag fundera på att jobba i glesbygd hela mitt liv. Glesbygdsmedicin är väldigt fascinerande. Det blir lite mer intensivvårdsbetonat när man har 23 mil till sjukhuset. Det går inte att låta hjärtinfarkterna fara i väg på landsväg fyra timmar i snöstorm, utan vi har fått göra trombolys här.

I Funäsdalen hade man, som på många ställen i glesbygden, dessutom kvar mödra- och barnvården och skolhälsovården. På det sättet kommer man närmare det som Kerstin Ermebrant kallar allmänmedicinens kärna, helhetsuppdraget från födelsen till döden, som också är något som Kerstin Ermebrant brinner för.

– Vi kan ta hand om över nittio procent av de patienter som söker oss, då ska vi göra det också! ■

Norge avskaffar sin AT

Norge avskaffar sin turnus, motsvarigheten till AT. Läkare ska bli legitimerade efter sex års grundstudier, som i resten av Europa.

Norge är tillsammans med Sverige ett av få länder i Europa med krav på allmän-tjänstgöring före läkarlegitimationen. EU:s direktiv om yrkeskvalifikation gör dock att såväl Norge som Sverige tvingas erkänna läkarlegitimationer från länder utan sådan tjänstgöring, så länge grundutbildningen är minst sex år.

För att harmonisera med övriga Europa och se till att inte norska läkarstudenter diskrimineras på den gemensamma arbetsmarknaden vill den norska hälsoministern

Anne-Grete Strøm-Erichsen avskaffa turnussystemet. Norska studenter ska få sin legitimation direkt efter sex års grundutbildning med praktik. I stället för turnus ska alla nylegitimerade läkare först anställas på särskilda nybörjartjänster innan de får börja arbeta självständigt.

Hälsoministern vill att det nya systemet ska börja gälla redan nästa år, även om hon tror att övergångsregler kommer att behövas på många ställen.

Den norska Legeforeningen är nöjd med förslaget, som man menar gör att läkare snabbare kommer ut i arbete. Man ser också positivt på nybörjartjänsterna, som innebär att alla som börjar sin specialisering kommer att ha

samma tjänstgöring i botten, oavsett om man är utbildad i Norge eller utomlands. »Förslaget innebär en nödvändig harmonisering av regelverket i förhållande till resten av Europa«, säger Legeforeningens ordförande Torunn Janbu i en kommentar.

I Sverige förbereder Utbildningsdepartementet en utredning om läkarutbildningen, inklusive AT. Syftet med utredningen skulle bland annat vara att se hur harmoniseringen med övriga EU kan bli bättre.

Läkarförbundets ordförande Marie Wedin säger att man på förbundet är klar över att den svenska läkarutbildningen behöver anpassas till övriga EU, men att Läkarförbundet inte har tagit ställning till vilken linje man vill driva i AT-

frågan. Den norska lösningen anser hon dock vara en »fullt tänkbar« lösning, som bevarar det som är kärnan i dagens AT.

– Det viktiga är att det är första delen av yrkeslivet, där man arbetar under ansvar och får betalt, och inte sista delen av universitetsutbildningen, säger Marie Wedin, som också ser en fördel med en gemensam modell i de skandinaviska länderna.

– Det gör det lättare för våra studenter att söka jobb i de andra länderna.



Marie Wedin, ordförande i det svenska läkarförbundet.

Michael Lövtrup

PATIENTSÄKERHET/ÄREN DEN

Fler patientsäkerhetsärenden och längre versioner finns på Lakartidningen.se

Diagnos av peniscancer onödigt sen

Om läkaren anger i remissen att bedömning önskas »inom kort« så kanske vederbörande vill skynda på förloppet eller välja en annan utredning om det visar sig att väntetiden är alltför lång. Men då krävs att uppgifterna om förväntad väntetid är korrekta. (Soc 9.3.1-39487/2010)

En man i 60-årsåldern hade under hösten haft två urinvägsinfektioner som han behandlats för med antibiotika. Framåt våren sökte han vårdcentralen då han fått besvär med att dra tillbaka förhuden och problem med att kissa. Han undersöktes av en AT-läkare som bedömde att det rörde sig om balanit. Efter att AT-läkaren samrått med en kollega ordinerades patienten kortison och spolning med hjälp av spruta.

Några veckor senare återkom patienten då besvären kvarstod. Efter att ha konsulterat kirurgjour remitterade samma AT-läkare patienten till kirurgmottagningen med önskemål om att patienten skulle kallas inom kort för bedömning. En bokningsbekräftelse kom veckan därpå att patienten skulle kallas inom 2–3 månader. Efter cirka två månader, i början av sommaren, ringde patienten själv till kirurgmottagningen. Han ombads återkomma i mitten av augusti. När han gjorde det fick han tid för besök den 8 september, nästan fem månader efter remissen. Vid besöket konstaterades en tumör på penis som visade sig vara cancer. Penis amputerades och lymfkörtelmeta-staser utrymdes bilateralt.

Den fördröjda diagnosen anmäldes till Socialstyrelsen enligt lex Maria.

Socialstyrelsen finner det utdragna förloppet anmärkningsvärt och är särskilt kritisk mot att inte mer skyndsamma åtgärder vidtogs med tanke på att patienten påtalade svårigheter att tömma blåsan, något

som bland annat finns noterat i remissen.

Socialstyrelsen är emellertid inte kritisk till att AT-läkaren eller den läkare som bedömde patientens remiss inte miss-tänkte underliggande cancersjukdom. Kritiken gäller i stället bland annat att den tidsangivelse som angavs på remiss-bekräftelsen och beskedet till patienten inte stämde överens med verkligheten.

Enligt klinikens egna rutiner ska väntetiden vara maximalt 3 månader oavsett vilken del av kliniken det rör sig om. Socialstyrelsen skriver att en förut-sättning för den inremitterande läkaren att kunna ta ansvar för att eventuellt försöka påskynda undersökningstiden eller överväga alternativ utredning är att vederbörande får uppgift om den verkliga väntetiden.

Att det inte skedde i det aktuella fallet finner Socialstyrelsen anmärkningsvärt mot bakgrund av önskemålet i remissen om bedömning »inom kort«.

Redaktör:
Sara Gunnarsdotter 08-790 34 10
sara.gunnarsdotter@lakartidningen.se



ASTRID LINDGREN-FALLET:

Åklagaren uttalar sig denna vecka

Socialstyrelsens rättsliga råd delar den norska rättstoxikologen Jørg Mørlands slutsatser om Astrid Lindgren-fallet, enligt beslut i rådet förra veckan. Lakartidningen har nekats att ta del av Mørlands yttrande.

Åklagare Peter Claeson var vid denna tidnings pressläggning den 7 mars fortfarande inte redo att kommentera Mørlands yttrande eller vad det betyder för åtalet. Han trodde sig då kunna säga något dagen efter, den 8 mars. ■

FRÅN LAKARTIDNINGEN.SE
Följ fallet på Lakartidningen.se