

# Moderna Läkare

#1/2016 Årgång 74

Utgiven av Sveriges Yngre Läkares Förening sedan 1942

## Tema: Patientens team

**SYLF**   
SVERIGES YNGRE  
LÄKARES FÖRENING

Modern sjukvård är en tvärprofessionell satsning som utgår från patientens behov



**TEMA** Patienten i centrum – den nya tidens multidisciplinära sjukhusrund på Kungälv's sjukhus

**REPORTAGE** Stormvarning! Caisa Laurell om att läkarkåren bör se upp för klimatförändring och ohälsa

**RECENSION** Två nya barnböcker visar upp sjukhusmiljön – känner du igen dig?

# Innehåll

## #1/2016

Ledare ..... 3

### Tema: Patientens team

Patienter och personal	4-6
Vård på distans	8-9
Andra ronden	13-15
Teamarbete vid tobaksrådgivning	19-21

### Reportage

Stormvarning	10-12
Barnböcker förklarar sjukvården	16-18
Vår stund på jorden	22-23

### Fackligt

Föräldraförsäkringsregler	24-25
Ordförandeord	26
SYLF-aktuellt	27
Dr Kristina	27



13 Andra ronden



10 Stormvarning



16 Barnböcker förklarar sjukvården



22 Vår stund på jorden



12 Patienter och personal

# M

ISSN 1403-5502

### Chefredaktör och ansvarig utgivare

Joanna Ahlkvist  
joanna.ahlkvist@syllf.se

### Repro & Tryck

Carlshamn  
Tryck & Media

### Form & Layout

Oss Reklambyrå  
Visby

### Annonser samt prenumerationer

Eliana Pettersson  
eliana.pettersson@syllf.se

**SYLF**  
SVERIGES YNGRE  
LÄKARES FÖRENING

### Styrelse

Emma Spak, ordf.  
Jonas Ålebring, v. ordf.  
Pär Höglund, a. v. ordf.  
Joanna Ahlkvist, chefredaktör  
Sara Lei, ledamot  
Maria Ehlin Kolk, ledamot  
Björn Hansell, ledamot

### SYLFs kansli

Kajsa Westling  
kansli@syllf.se

### Adress

Box 5610  
114 86 Stockholm

Tel 08-790 33 66  
Fax 08-21 18 68

Pg 768-2  
Bg 726-9632

[www.syllf.se](http://www.syllf.se)



Omslagsbild (beskuren)  
Matilda Ruta



# Läkare som teamledare – en träningssak

Ett fungerande tvärprofessionellt samarbete och patientdelaktighet i vården kräver fungerande ledare. Underläkare behöver lära sig att odla relationer och att kliva in i ledarrollen.

SYLF:s styrelse

Att arbeta teambaserat med patienten i centrum är ett arbetssätt som funnits länge i vården. I dag är team och patientfokus i ropet, men nyckeln till fungerande vård är inte processer som kan kopieras. Det är snarare en fråga om hur vi får verksamheter att arbeta bra ihop, hur vi skapar relationer och en kultur där dessa arbetssätt blir helt naturliga. Vi som underläkare kommer att ha en viktig roll att spela för att utveckla en vård som ger mer värde åt både patient och personal.

Som underläkare står vi i första linjen. Oavsett specialitet hamnar vi ofta både först och närmast patienten. Vi är också en naturlig del i vårdens alla team när vi ofta är med och leder arbetet i traumarummet, på morgonronden eller som patientansvarig på vårdcentralen. I framtidens vård kommer vi både att ha ansvar och möjlighet att skapa den kultur vi vill jobba i och som leder till att vi kan erbjuda bästa möjliga vård.

För att en teambaserad vård ska fungera krävs god och prestigelös kommunikation och förståelse och respekt för alla teammedlemmars kompetens och roller. Att arbeta bra i ett tvärprofessionellt team är inte nödvändigtvis en egenskap vi föds med utan något vi måste lära oss och förfina genom övning. Att träna på teamarbete måste vara en naturlig del av vårdvardagen från grundutbildningen genom hela yrkeslivet. I dag stryks alltför ofta utbildning till förmån för produktion. En kortsiktig felprioritering som måste upphöra.

Alla team behöver en ledare och delaktiga teammedlemmar. För att få teamarbetet att fungera måste ledarskapsutbildning prioriteras. Läkares kompetensutveckling från student till pensionär måste alltid innehålla utbildning. Även på kliniken måste ledarskapet tränas under handledning. För en underläkare kan exempelvis mer tid behöva avsättas för att leda ett team. Att växa in i rollen som ansvarig kan underlättas för underläkare om man kan ta de första stegen utan ett samtidigt ha ett medicinskt huvudansvar.

Hälso- och sjukvården behöver utvecklas och nya idéer behöver få komma in underifrån, från golvet. Underläkare är fulla av nya idéer kring hur arbetet i sjukvården skulle kunna fungera bättre. Det finns många exempel på nya sätt att ronda, att möta patienter i primärvården och olika varianter av e-hälsa som skapar en bättre vård för både patient och underläkare. Hälso- och sjukvårdens ledare behöver ha örat mot marken.

För att patienten ska kunna vara en aktiv del i teamet måste vården både bli bättre på att ge information, att lyssna och att bereda plats. Informationen måste vara individualiserad och utgå från patientens behov och önskemål och vi behöver också ha förmågan att kunna tolka den information patienterna själva hittar.

Ett team skapar bättre vård än en enskild individ. Vad vi än kallar den är framtidens vård här för att stanna. För oss underläkare erbjuder den massor av möjligheter.

Allt för patientens bästa. ●

**Att träna på teamarbete måste vara en naturlig del av vårdvardagen från grundutbildningen genom hela yrkeslivet.**



# Patienter och personal – projektdeltagare på lika premisser

Behandlingsguider och informationsträffar blev två av de kvarstående resultaten av att låta patienterna delta i ett primärvårdsprojekt om kroniska sjukdomar.

**Text och bild** Sara Gunnarsdotter

Hösten 2013 beslutade regeringen att under en fyraårsperiod satsa 450 miljoner kronor på en strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar. Målsättningen är en långsiktigt hållbar, effektiv och jämlik hälso- och sjukvård. I regeringens presentation av satsningen lyftes patientcentrerad vård fram som ett särskilt viktigt förbättringsområde. Ett av projekten inom satsningen blev "Kroniskt engagerad", ett samarbete mellan två vårdcentraler, en i Södermanland och en i Värmland. Projektet utgick från tjänstedesign, som bland annat innebär att patienter involveras för att hitta det som är värdefullt ur deras perspektiv.

"Det är nog vanligare att man frågar patienterna när man redan kommit en bra bit i ett utvecklingsarbete och då är det oftast för sent att ändra mer avgörande saker. Här har patienterna varit med från början." Det säger Lena Lokrantz, ST-läkare vid vårdcentralen City i Eskilstuna som utgjorde den sörmländska delen av projektet och som fokuserade på patienter med KOL. När projektet inleddes var Lena Lokrantz fortfarande AT-läkare. Hon önskade särskilt att få göra sitt primärvårdsblock på vårdcentralen City eftersom hon hade hört att det var en utvecklingsinriktad enhet. Så kom det sig att hon blev läkarrepresentant i vårdcentralens arbetsgrupp. "Som AT-läkare är det inte alltid så lätt att få arbeta med utvecklingsarbete, för man är så kort tid på varje ställe", säger Lena Lokrantz.

På Kronoparkens vårdcentral i Karlstad i Värmland

”

Många patienter tyckte att det var en positiv upplevelse, just att de fick säga sin mening och att vi sedan faktiskt har arbetat utifrån detta.

inriktade man sig mot kronisk smärta och där blev ST-läkaren Marina Wintherstar en av läkarrepresentanterna i projektgruppen. Hon är också mycket positiv till patienternas medverkan i projektet. "Det var ju lite annorlunda att göra ett projektarbete tillsammans. Samtidigt jobbar vi ju med patienterna varje dag, och som ny läkare idag har man alltid en dialog med patienten, så det kändes egentligen inte så konstigt."

## Patientintervjuer

I projektdesignen ingick bland annat intervjuer. Patienterna intervjuades enskilt i sina hem av en konsult och en ur personalen på vårdcentralen. Marina Wintherstar säger att det gav mycket att komma hem till patienterna för att se hur de klarade sig i sin hemmiljö. Såväl personalgrupperna som patienterna fick även träffa konsulterna på egen hand, något



Lena Lokrantz, ST-läkare vid vårdcentralen City i Eskilstuna, håller patientinformationsträffar om KOL tillsammans med KOL-sjuksköterskan och representanter från olika yrkesgrupper som sjukgymnast eller psykolog.

I arbetet med patienterna med kronisk smärta gick man bland annat igenom anledningarna till att patienterna sökt kontakt med vårdcentralen. I professionsgruppen trodde man att de hörde av sig i första hand för att få läkemedel. Men patienternas uppfattning var att de efterfrågade ett bredare stöd än så.



som borgade för möjligheten att få fram så ärliga tankar som möjligt, menar Marina Wintherstar. "Patienterna ska inte behöva känna sig hämmade av att vi är där och lyssnar hela tiden", säger hon och fortsätter: "Många patienter tyckte att det var en positiv upplevelse, just att de fick säga sin mening och att vi sedan faktiskt har arbetat utifrån detta."

Projektgrupperna använde olika instrument för att inventera patienternas behov och önskemål samt forma idéer för bättre vård och omhändertagande. I arbetet med patienterna med kronisk smärta gick man bland annat igenom anledningarna till att patienterna sökt kontakt med vårdcentralen. I professionsgruppen trodde man att de hörde av sig i första hand för att få läkemedel. Men patienternas uppfattning var att de efterfrågade ett bredare stöd än så. Marina Wintherstar säger att det har gjort henne och kollegerna mer lyhörda. "Vi försöker ge mer och kanske lite annan information än tidigare: att det finns KBT, sjukgymnastik och stöd från kommunen med hjälpmedel till exempel."

Alla i projektet fick också göra tidslinjer utifrån patienternas "resa" i vården. När personalen ritade linjen började resan med att diagnosen sattes och därefter placerades kontakter med till exempel KOL-sjuksköterska, fysioterapeut och andra in. På tidslinjerna som patienterna själva ritade kunde det finnas sju år av olika kontakter innan de fick sin diagnos. "Bara en sådan sak! Som de har valt runt innan de fick diagnosen", säger Lena Lokrantz



**Fysioterapeuterna är det absolut viktigaste verktyget för patienten i en smärtsituation.**

som tyckte att patienternas medverkan blev en ögonöppnare för personalen. Hon får medhåll av Marina Wintherstar: "Man kan bli lite blind när man jobbar i sjukvården och ta saker för givna, till exempel hur vårdförloppen fungerar."

### Behandlingsguider

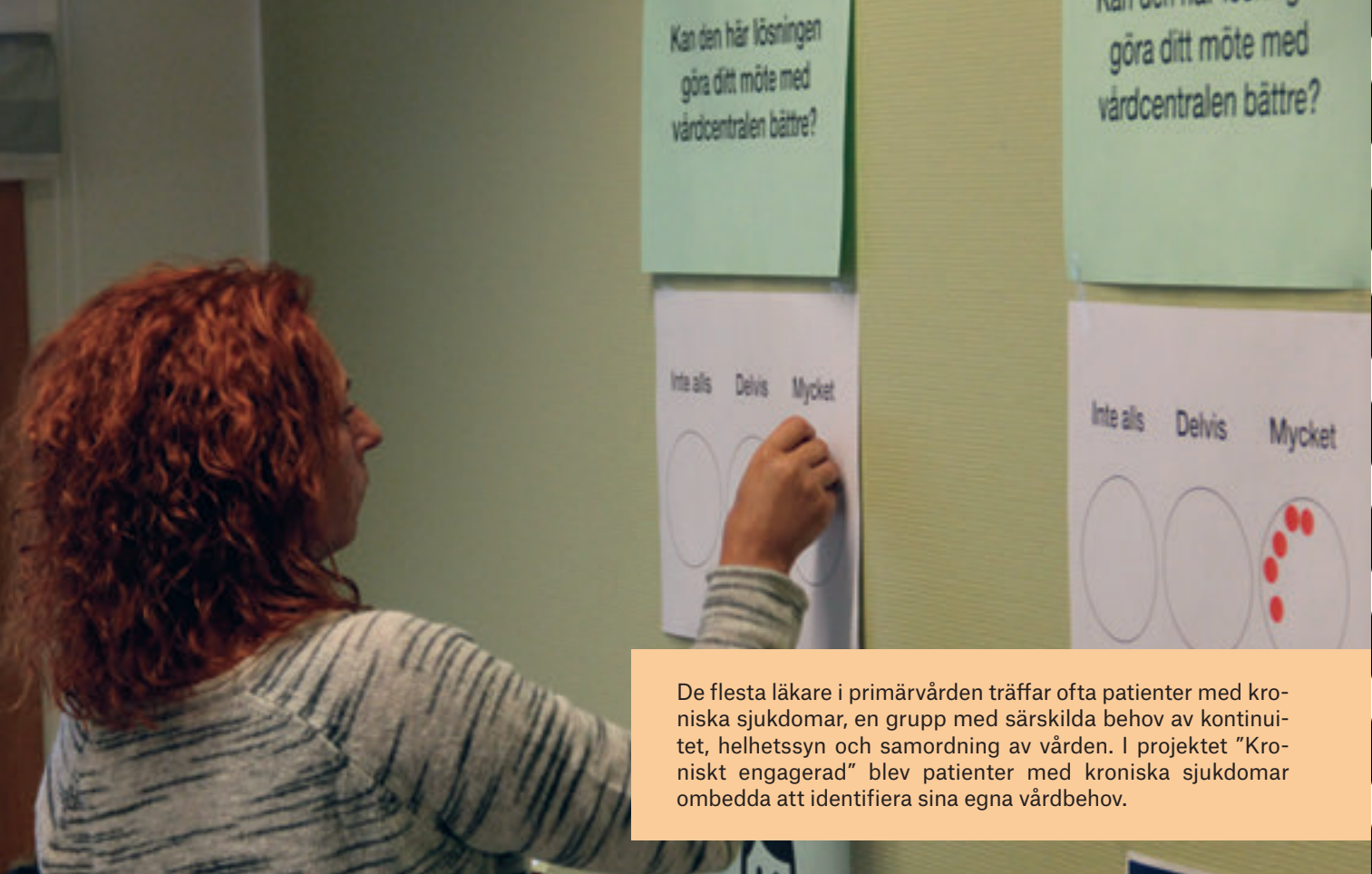
Utifrån dessa insikter arbetades ett av verktygen för bättre vård fram: en behandlingsguide. För KOL innebär den sammanfattande information kring diagnosen och nationella behandlingsriktlinjer, för kronisk smärta blev den mer en vägvisare och exempelssamling kring behandlingsalternativ, eftersom nationella riktlinjer saknas.

"Och där har vi verkligen försökt lyfta fram fysioterapeuterna. De är det absolut viktigaste verktyget för patienten i en smärtsituation", säger Marina Wintherstar.



Marina Wintherstar, ST-läkare vid Kronoparkens vårdcentral i Karlstad, har samarbetat med fysioterapeuter för att kunna erbjuda patienter med kronisk smärta fler behandlingsalternativ.





De flesta läkare i primärvården träffar ofta patienter med kroniska sjukdomar, en grupp med särskilda behov av kontinuitet, helhetssyn och samordning av vården. I projektet "Kroniskt engagerad" blev patienter med kroniska sjukdomar ombudda att identifiera sina egna vårdbehov.

På båda vårdcentralerna lever behandlingsguiderna kvar mer än ett år efter att projektet avslutades och Lena Lokrantz säger att även läkare som inte deltog i projektet gärna delar ut dem till nya KOL-patienter. På vårdcentralen City fanns redan före projektet en KOL-sköterska. Under projektet uppkom ett önskemål om en motsvarande funktion för patienterna med kronisk smärta på Kronoparkens vårdcentral i Karlstad. En smärtsjuksköterska skulle, på samma sätt som KOL-sjuksköterskan, kunna fungera som spindel i nätet av kontakter och information och för att förbättra kontinuiteten i patienternas kontakter med vårdcentralen. Det har man dock inte kunna uppnå, däremot har man börjat arbeta i fasta team för att underlätta kontinuiteten.

"Det var också lite det som konsultföretaget lärde oss; att utgången inte alltid blir som man tänkt, då får man backa och tänka om och göra ett nytt försök." Marina Wintherstar säger att teamarbetet underlättar även för henne som läkare.

"Det är lättare att göra bra bedömningar om vi kan följa patienterna under en längre tid."

#### Informationsträffar

Ett annat av de verktyg som utarbetades under projektet var regelbundna informationsträffar utifrån diagnoserna. Lena Lokrantz höll i den första



Att leva med en kronisk sjukdom är ett vardagsarbete för patienterna.

KOL-eftermiddagen för patienter och anhöriga vid vårdcentralen City. "Jag var ganska nervös när jag skulle hålla i KOL-utbildningen som AT-läkare. Men de flesta patienter hade ganska basala frågor, och jag hade en mer erfaren läkare som backup. Svåra-re personliga frågor bokade vi in som besök efteråt, de passar ju ändå inte att ta i grupp."

KOL-träffarna har blivit återkommande en gång per termin då KOL-sjuksköterskan och Lena Lokrantz håller "KOL-abc" och representanter från olika yrkesgrupper, till exempel sjukgymnast eller psykolog, bjuds in under olika teman. "Patienterna får också lära känna varandra, något flera har upplevt som positivt."

Både Marina Wintherstar och Lena Lokrantz tycker att projektet även förbättrat deras kunskaper om patienter med kroniska diagnoser. "Att leva med en kronisk sjukdom är ett vardagsarbete för patienterna. Kan man kombinera deras vardagsexpertis med vårdens medicinska kunskaper när vi längre", säger Lena Lokrantz.

Marina Wintherstar säger att det viktigaste är att projektet inte riktigt är över, även om det formellt är slut. "Vi har olika förbättringsmöjligheter i tankarna hela tiden, och det går att tillvarata patienternas kunskaper." ●



# FRAMTIDENS SPECIALISTLÄKARE

ST  
DELMÅL  
KARRIÄR  
FORSKNING

FRITID  
FAMILJELIV  
UTVECKLING



## BALANSAKT?

VÄLKOMMEN TILL MALMÖ ARENA  
7 - 9 SEPTEMBER 2016

[WWW.FRAMTIDENSLAKARE.SE](http://WWW.FRAMTIDENSLAKARE.SE)



# Vård på distans

Patientens team är bara ett telefonsamtal bort. Leg. läkare Carl-Olof Svensson berättar om rollen som medicinsk ledningsansvarig inom sjukvårdsrådgivning.

**Text** Carl-Olof Svensson/Moderna Läkare



Carl-Olof Svensson  
Leg. Läkare

Efter sex år i Köpenhamn och AT i danska Slagelse gick flytten till Stockholm. Ett drygt år på husläkarmottagningen senare tog Carl-Olof Svensson steget till MedHelp. "Patientmötet är utgångspunkten för vårdrelationen. Att få och förvalta förtroendet för samarbetet mot en friskare tillvaro för individen är läkaryrkets stora behållning för mig."

Ändå blev klivet ut ur mottagningsrummet nödvändigt. "Det går att skapa bättre förutsättningar för många. Det är dags för ett mer logiskt användande av vårdens begränsade resurser. Inte sällan är den fysiska primärvårdens väntetider orimligt långa, medan de avsatta tiderna för fysiska möten är orimligt korta. MedHelp levererar symptom-baserad sjukvårdsrådgivning per telefon till några av Sveriges största landsting, dygnet runt. Detta med kort väntetid i luren och råd om egenvård till nära 50 %."

Rutiner, ett nationellt beslutsstöd, ISO-certifieringar och geografiska manualer utgör stöd för sjuksköterskorna i telefon. I det pågående samtalet finns erfarna kollegor nära. Avdelningen för patientsäkerhet och kvalitet, som Carl-Olof Svensson tillhör, utvecklar, kvalitetssäkrar och stödjer arbetet i telefon som sker 24/7.

Rollen som medicinskt ledningsansvarig läkare innebär utveckling av befintlig verksamhet och e-hälsa. Arbetsdagarna bjuder på samverkan med såväl organisationer och näringsliv som öppen- och slutenvårdsinstanser. Strukturerad avvikelshantering på MedHelp återkopplar till utbildningssystem och systemstöd. Kontakt med patientnämnd eller IVO upprättas vid behov.

Carl-Olof tillägger: "Snarare än missade allvarliga sjukdomstillstånd förekommer det i vardagen att patienten litet 'för ofta' råds att söka fysisk vårdinstans. Hänvisning till en fysisk vårdinstans sker ibland även om symptomen bara har måttlig specificitet för allvarlig sjukdom. Essentiellt är att allvarlig sjukdom inte missas."

Det nordiska utbildningssystemet håller hög kvalitet och möjligheterna att anta utmaningar är många. Enligt Carl-Olof behöver fler unga läkare tillvarata dessa möjligheter. "Eftersom behandlingsmöjligheterna blomstrar och budgeten är begränsad måste vårdgivare generellt och läkare i synnerhet revidera sina roller. Detta kräver mod, utanför-boxen-tänk och ihärdighet för förändring. Ett hav av appar och teknik är tillgängliga i patientens ficka, videolösningar för

vård finns redan. Läkare behöver greppa stafettpipen för att leda förändringen av vården. Våra beslutsfattare ansvarar för att sätta systemlösningar, ersättningsmodeller och nya informationsmiljöer på bred front."

## En vision om framtidens E-hälsa

"Läkare är vana vid att känna, se och klämma på sina patienter – men saker förändras. Sjukvården behöver möta patienten mitt i vardagen och fler patienter behöver erbjudas vård på distans med hjälp av e-hälsa", säger Carl-Olof.

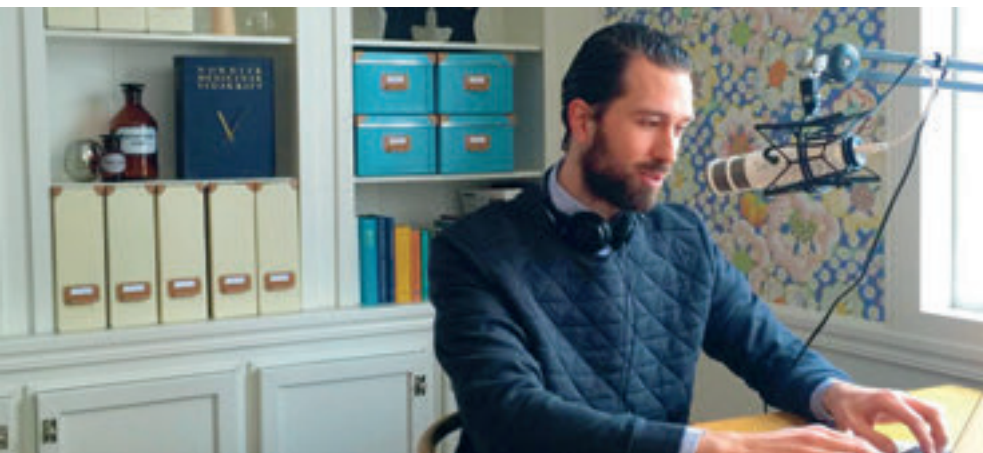
Enligt Carl-Olof är den svenska hälso- och sjukvården fylld av mer eller mindre isolerade informationslösningar och tekniska lösningar, samtidigt som det finns uppenbara samkörningsproblem. "Sjukvårdsminister Gabriel Wikström lovade i sitt anförande på Nationella e-hälsodagen 2015 att göra upp med pappersfaxet som fenomen inom de svenska sjukhusväggarna. Utmaningarna är större än så. Regeringens utredning (Göran Stiernstedts Slutbetänkande Effektiv vård) tillför en del observationer om vad som inte står rätt till. Det är glädjande att man i exempelvis Stockholms Läns Landsting visar prov på innovation, såsom en finansieringslösning för videovård."



## FAKTA OM MEDHELP

Företaget MedHelp AB levererar sedan 2000 symptombaserad sjukvårdsrådgivning i telefon. 240 legitimerade sjuksköterskor besvarar drygt två miljoner rådgivningssamtal om året i Sverige. I Stockholmsområdet hanterar samma sjuksköterskor bokning för flera specialistmottagningar och utförare av akut eller subakut vård. Varje år bokas cirka 75.000 mottagningsbesök.

MedHelp tillhandahåller sjukvårdsrådgivning inom Stockholms Läns Landsting samt Landstingen i Södermanland, Värmland och Uppsala. MedHelp anlitas även av företag, organisationer och kommuner och erbjuder rådgivning, sjuk- och friskänmälan samt reha-tjänster.



Carl-Olof tycker att det behövs en gemensam nationell satsning på informationsmiljön inom hälso- och sjukvården. Samtidigt behöver vi välja och skarpt tillämpa de bästa lösningarna på bred front från både akademiker och konsumenter. Han tycker att potentialen i så kallade e-hälso-lösningar som knyts till sjukvårdsrådgivningen är enorm.

”Sverige står inför en omdaning av sedan länge invanda sätt att leverera fysisk sjukvård. Patientnyttan kan maximeras med vård på distans. För mig innebär det monitorering i hemmet och korta och raka kontaktvägar till rätt vårdaktör i rätt tid. Det är mycket viktigt att

lyfta att e-hälsa också kan leda till ökad compliance.”

Enligt Carl-Olof kan patientnyttan främjas digitalt och relativt lätt kopplas till en monitoreringsfunktion organiserad på samma premisser som sjukvårdsrådgivningen. Patientnära monitorering kan till exempel med hjälp av sensorer i hemmet meddela hälsostatus till en vårdoperatör som vid behov ger råd och prioriterar insatser. Eventuellt kan kontakt med en specialistmottagning eller ansvarig för primärvården bokas. Carl-Olof anser att det finns potential för sjukvårdsövervakning i hemmet för att skapa större trygghet i tillva-

ron och mer frihet för den med en eller flera kroniska sjukdomar.

## Tillgänglighet och teknologi

”Ökad tillgänglighet är en stor vinst för patienten. Från hemmet finns omedelbar tillgång till individuella medicinska råd dygnet runt. Sjukvårdsrådgivningen är redan patientens kontaktvän i det ut-satta ingenmanslandet bortom fysisk vårdinstans. Teoretiskt kan en utökning av tjänster inom befintlig sjukvårdsrådgivning förstärka såväl slutenvården som primärvården. Med hjälp av teknologi och stabila lösningar för videokonferenser och monitorering kan patientens team komma ännu närmare. Då kan vi prata om e-hälsa på riktigt!” ●

## DOKTORPODDEN

På sin fritid driver Carl-Olof Doktorpodden, en podcast som förklarar diagnoser i korta avsnitt. ”Podden är möjligen en komponent i allas vår nya verktygslåda i arbetet mot smartare hälso- och sjukvård – forskning och framsteg behöver komma fler till del.”

# Helhetssyn

**Klimat, kost och hälsa hänger ihop. Läkarkåren bör ta större plats och se till att kunskapen kring detta driver förändring, anser Caisa Laurell, snart färdig AT-läkare och styrelseledamot i klimatrörelsen Stormvarning.**

**Text** Caisa Laurell, underläkare

Det finns två faktorer som framför allt leder till klimatförändringar och påverkar människors hälsa – dessa två har ett samband. Vi vet att stora mängder animalisk kost, i synnerhet processade produkter, inte gynnar vår hälsa och att framställningen av animalier, i synnerhet nötkött, är skadlig för klimatet. Därtill kan läggas miljöpåverkan från antibiotikamissbruk och vattenförgiftning.

Diversitet är livsviktigt för motståndskraften, så kallad resiliens, i alla komplexa system. Ett minskat antal grödor inom jordbruket får samma förödande konsekvenser som minskat antal bakteriespecies i tarmen. Analogin mellan den egna människokroppen och jorden anser jag vara tydlig: två graders uppvärmning av jordytan innebär stora förändringar i klimatet med befarade stora konsekvenser. Så även när det gäller feber i kroppen, eller pH om man vill. Det rör sig om hårt reglerade system men där finns tipping points. När en sådan överskrids går det fort utför. Vi ser det ofta i vårt jobb med patienterna. Hur kommer det att gå för jorden?

Jag har slagits av att klimatet lider av samma sjuka som vården. Vi vet att det vi äter i stora delar av världen gör oss sjuka och det i sjukdomar som går att undvika och som kostar lidande och resurser. Man måste fråga sig varför endast en bråkdel av vårdens resurser går till prevention, och varför läkare, som åtnjuter stort förtroende i hälsofrågor, generellt är så okunniga kring näringslära. Jag

”

Kött går obeskattat på samma märkliga sätt som flygbränsle. Det gör oss inte väl.

menar att det krävs ett paradigmskifte, precis som i tobaksfrågan. Kunskapen om rökningens hälsovådliga effekt var i hamn långt innan förändringar började ske. Men det fanns mycket motstånd att övervinna. När man signalerade genom beskattning och kampanjer att rökning är kopplad till sjukdom och borde minskas, så hände saker. Rökningen har minskat dramatiskt i Sverige.

Rökning är ett bra exempel där det sades att ”folk ändå kommer att göra vad de vill”. Falskt. Det vi väljer styrs i hög grad av politiska och sociala beslut. Så även med maten vi köper och äter. Till skillnad från rökning är mat inte något vi kan välja bort, utan något vi dagligen måste förhålla oss till, vilket gör det till en större utmaning för läkare och politiker.

Vid mina AT-veckor på kärllkirurgen såg jag hur patienter med förstörda kärl serverades kött, ofta processat som korv, bacon och skinka, till måltiderna och göteborgskex till fikat. Utan att någon reflekterade över det. Men läkarna själva var ofta kostmedvetna, motionerade och var överens om att dra ned på sin köttkonsumtion. Den ena handen vet inte vad den andra gör. Vi är utbildade för att detektera och behandla patologi, men är sällan bekväma med frågor rörande lämplig kost eller betydelsen av den. Kanske ses det som integritetskränkande eller rent av paternalistiskt att diskutera kosthållning med patienten?



Så kan man i alla fall tolka reaktionen när Stella Cizinsky, överläkare på kardiologen i Örebro sjukhus, införde vegetariskt alternativ till ineliggande patienter. Hon ifrågasatte varför patienterna skulle serveras animalier när det fanns övertygande forskning som visat både primär- och sekundärvinster med växtbaserad kost. Hon kritiserades för att göra övertramp på patienternas integritet. Det är intressant och sätter nytt ljus på frågan. Varför är det "som folk äter mest"/normalkost främst baserad på animalier, och all annan kost benämns specialkost? Svaret är detsamma som gett upphov till en lång rad seglivade myter kring kosten: livsmedelsindustrin. Livsmedelsindustrins syfte är inte att värna om hälsan. Jag finner det otroligt, men även många kollegor påstår med stark övertygelse att vi är skapta att äta kött och kan få svåra bristsjukdomar om vi inte gör det.

Livsmedelsverket (LMV) påpekar att det finns hinder för kostforskningen. Det är svårare att randomisera längre koststudier och särskilt att blindtesta. Det är svårt att hitta finansiering. Av det man kunnat kartlägga hittills står klart att rekommendationerna går mot mer växtbaserad kosthållning. LMV:s egen vision 2050 ligger nära vegankost. Då har man tagit hänsyn till livsviktiga näringsämnen, hälsofrämjande samband och klimatpåverkan. Trots att rekommendationerna är tänkta att fungera som underlag för konsultation med patienterna är det få läkare som använder dem.

Jag vill kasta in en brandfackla här och påstå att livsmedelslobbyn liknar oljebollet. Kött går obeskattat på samma märkliga sätt som flygbränsle. Det gör oss inte väl. Västerlandet har gjort sin industriella resa och slipper nu svält. Vad som kostar nu, i både lidande och rena pengar, är livsstilsjukdomar och skenande klimatförändringar. Förloppet kan inte vändas med enbart kunskap. Det kräver även engagemang. Är det läkarnas ansvar? Mycket talar för att vi bör vara mer engagerade när stora hälsovinster står för dörren! •

## Om Caisa Laurell

Caisa är en 32-årig stockholmare med småbarn. Hon kombinerar läkaryrket med sitt intresse för klimat, kost och hälsa. 2013 var hon med och startade organisationen *Stormvarning*. Rörelsen vill lyfta klimatfrågan för allmänheten genom gemensamma kulturevenemang och dialog med publiken. Se mer på [stormvarning.org](http://stormvarning.org).

### 3 tips för den som vill lära sig mer:

- Johan Rockströms, Sommarprogram i P1 2015
- Donella H. Meadows bok "Thinking in Systems"
- Organisationen Läkare för framtiden

”

Vi tror inte att man får gåshud av en forskningsrapport men vi tror att genom kultur kan forskningsresultat bli till verkliga berättelser.

# STORM VARNING

## Fakta: Stormvarning

I och med det nya klimatavtalet som undertecknades i Paris i december 2015 har klimatfrågan gått in i ett mycket kritiskt skede. Vetenskapen har ännu en gång sagt sitt och nu behöver politiken ta sitt ansvar.

Det är avgörande att på alla tänkbara sätt skapa ett djupare, kunskapsbaserat engagemang bland såväl företag och organisationer som hos oss vanliga medborgare för betydelsen av att agera inom klimatfrågan. Det är detta engagemang som i slutändan utgör grunden för den nödvändiga, politiska handlingskraften. En omställning till ett klimatsmart och resurseffektivt samhälle behöver inte vara smärtsamt. I praktiken handlar det om en omställning som kommer att säkra ett långsiktigt hållbart välfärdssystem, som kommer att driva på innovation och utveckling och därmed skapa morgondagens företag och arbetstillfällen.

### Kultur är ett sätt att förstå världen

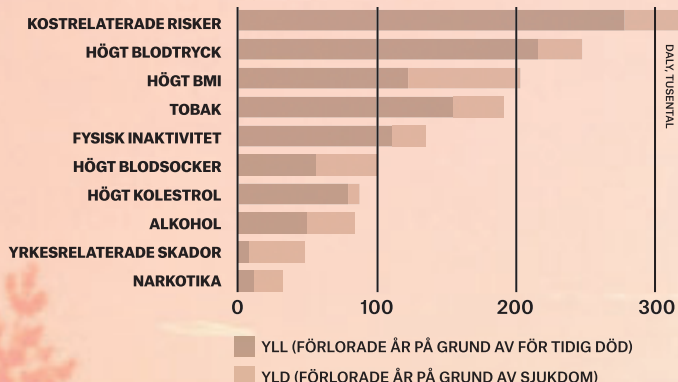
Men kanske ännu viktigare, ett sätt att förändra den. I en tid där klimatförändringarna är ett faktum, och där forskningsvärlden skriker efter samhällsförändringar krävs att både hjärna och hjärta kopplas på.

Stormvarning skapar plattformar där forskning och kultur kan mötas på ett nytt sätt inför en ny publik. Kulturen behöver forskarnas kunskap och forskarna behöver kulturens förmåga att skapa berättelser och beröra människor.



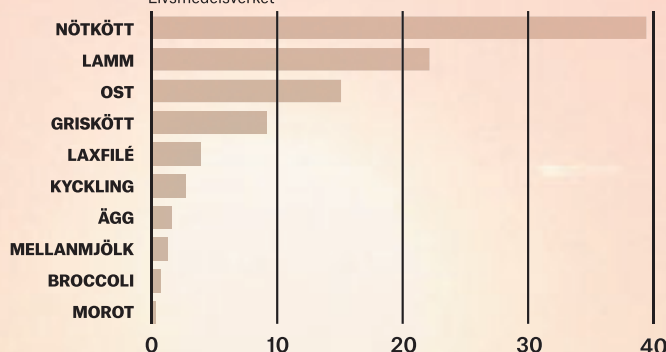
## DE 10 RISKFAKTORER SOM ORSAKADE STÖRST SJUKDOMSBÖRDA I SVERIGE 2010

Läkartidningen, 2015;112:C4TH



## RELATIVA UTSLÄPP AV VÄXTHUSGASER PER KG PRODUKT

Livsmedelsverket



# Gästspel: Stormvarning

Vi återpublicerar här delar av en intervju från Stormvarning.se där Martin Fogelström, musiker, ställer frågor om kött och klimat till Fredrik Hedenus, docent inom energi och miljö.

**Martin:** Det sägs att man ska äta mindre kött om man vill dra ner på sin klimatpåverkan. Varför pekas just kött ut?

**Fredrik:** I grunden är produktion av kött väldigt resurskrävande. 70% av världens jordbruksmark används för bete eller djurfoder. Man förlorar ju mycket av energin när man låter fodret passera ett djur. Av matens klimatpåverkan så står kött och mejeriprodukter för omkring 75 % av utsläppen. Men egentligen är det fel att klumpa ihop allt kött, det är stor skillnad på nötkött och kyckling, och att äta ost ger ungefär samma utsläpp som att äta fläskkött.

**Martin:** Finns det inte bra saker med att äta just nötkött ur miljösynpunkt? Kor äter ju gräs som inte människor kan äta, medan t.ex. grisar och kycklingar äter sådant som vi skulle kunna äta direkt... Och det här med att kor ser till att vi har "öppna landskap", det måste väl vara bra?

**Fredrik:** Vi måste skilja på konsumtion och produktion. I Sverige vill vi kanske ha kvar kor för att ha öppna landskap och bevara en del arter. Men globalt sett har vi snarare för mycket öppna landskap och inte för lite. Hela Europa har ju i princip avskogats. Dessutom

betar inte kor överallt i världen. Så, för att nå klimatmålen finns det skäl att minska nötköttkonsumtionen i Sverige. Men inte med nödvändighet att produktionen i Sverige måste minskas. Kanske ska Sverige t.o.m. exportera biff om det är så att de miljönyttor som vi får här är mycket större än i andra delar av världen.

**Martin:** Det finns de som hävdar att trenden med att fler och fler vill äta ekologiskt är ohållbar eftersom vi inte kan föda jordens befolkning om allt jordbruk skulle ställas om till ekologiskt (det blir t.ex. för små skördar). Stämmer det?

**Fredrik:** Det är en knepig fråga. Modern ekologisk odling har runt 20% lägre skördar än modern konventionell odling. Den främsta begränsande faktorn för att producera mer mat i världen idag är dels tillgång till bra åkermark, och dels att man på många ställen i världen inte får så stora skördar eftersom man inte använder moderna metoder, samt hur mycket kött som äts.

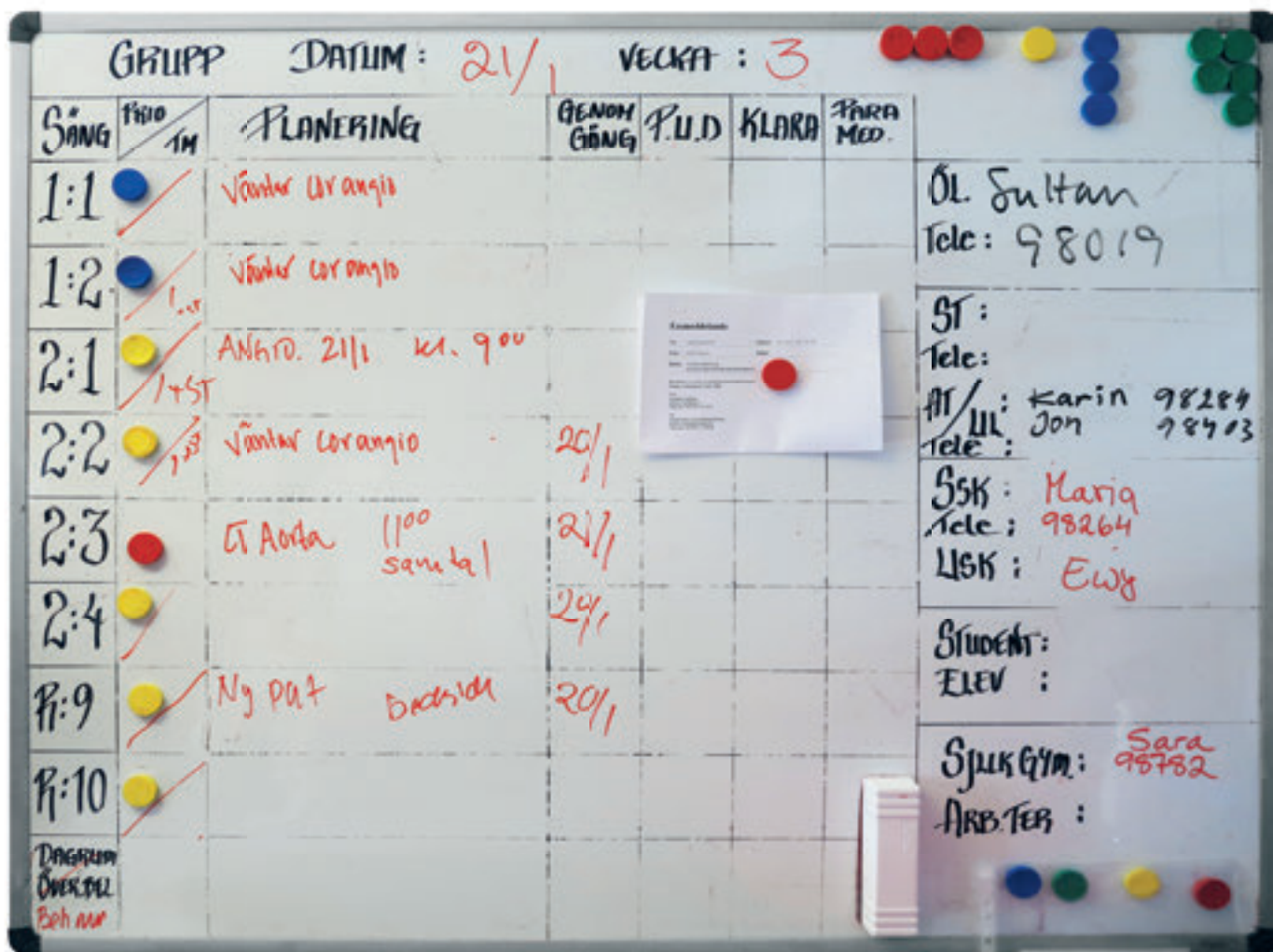
**Martin:** Men om vi nu behöver ställa om vår matkonsumtion, tycker du att det ligger på individen att ändra sina matvanor, eller finns det lösningar på "samhällsnivå"?

**Fredrik:** Det är känsligt att prata om vad man bör och inte bör äta. Men mycket lättare i Sverige idag jämför med för tjugo år sedan. Jag och kollegor har föreslagit att lägga en klimatavgift på kött och mjölk. Vi betalar när vi släpper koldioxid när vi kör bil, men samma utsläpp från maten beskattar vi inte alls. Det är ju orimligt. Men även om vi skulle göra detta skulle nötköttkonsumtionen bara minska med 10-20%. Så för att på allvar minska konsumtionen kommer vi behöva ladda vegetarisk mat med nya positiva värden, så att man väljer det för att man vill äta det. Och inte för att det kostar lite mer eller mindre än något annat.



Martin Fogelström Fredrik Hedenus

Martins band AOP finns på Spotify



## Dags för Andra ronden

Den delaktiga patienten möter vårdteamet: Moderna läkare fick sitta med vid den nya tidens rond på medicinkliniken på Kungälv's sjukhus.

**Text och Bild** Sara Gunnarsdotter

"Skär man upp hela bröstkorgen då?" Det är patienten Svea som frågar. Hon blev inlagd akut igår då det upptäcktes att aortaklaffen läcker. Nu har man satt in blodtryckssänkande läkemedel och kunnat konstatera att resten av hjärtat ser fint ut.

Kardiologen Sultan Zarin säger att han förstår att det blev lite chockartat med den plötsliga inläggningen, men att det inte krävs några akuta åtgärder just nu, utan att Svea får åka hem idag. Så småningom kommer hon att bli kontaktad för att få veta hur planerna för operatio-

nen ser ut. "Vilken kirurgi och när, det är kirurgens beslut. Vi kommer att ta hand om dig inför operationen", säger Sultan.

I Kungälv kommer patienterna numera till vårdteamet på rondan istället för tvärtom. Det främjar sekretess och integritet, dessutom blir patienten delaktig i sin egen vård på ett annat sätt än som sängliggande. Här anses det vara otidsenligt och patientosäkert att runda på salarna.

Svea har kommit till den gemensamma läkar- och sjuksköterskeexpeditionen

som också utgör en av tre "avdelningsstationer". Här pågår förmiddagens rond. Förutom överläkaren finns en underläkare och en sjuksköterska med, och just idag även en läkarkandidat. Tanken är att också undersköterskorna ska delta i rondarbetet, men det har varit svårt att frigöra dem från andra parallella arbetsuppgifter. På morgonen har teamet gått igenom och prioriterat bland patienterna. På en whiteboard får patienterna färgglada magnetprickar utifrån hur angeläget det är att teamet träffar dem. Eftersom Svea var ny patient sedan igår hade hon en röd, hög-





”När man har börjat med det här känner man sig väldigt snabbt obekvämt att prata med en patient på en fyrsal. Det känns helt fel”, säger Elin Axelsson, ST-läkare vid medicinkliniken i Kungälv.

prioriterad prick vid sina initialer. Där noteras också om patienten väntar på någon undersökning eller ska skrivas ut.

Sultan Zarin visar med händerna för Svea hur läckaget uppstår. Svea förstår, men när hon får höra att det ser bra ut med proverna som togs igår uppstår förvirring, hon har ju just fått veta att hennes aortaklaff inte sluter tätt. Sjuksköterskan Maria Olsson klargör att man nu pratar om blodproverna. Blodtrycket är under kontroll och Svea ska fortsätta med det läkemedel som satts in. Sultan Zarin vill att hon går och mäter blodtrycket regelbundet på vårdcentralen när hon kommer hem.

När ingen har några fler frågor avslutas mötet och sjuksköterskan Maria Olsson följer Svea tillbaka till hennes rum. Läkarna stämmer av vad som ska göras och Sultan Zarin ringer genast thoraxkirurgen. AT-läkaren Jon Krabbe, som också dokumenterat vad man kommit fram till, skriver en remiss till vårdcentralen. ”Det är ett skönt arbetssätt som underlättar. Man har planen klar för sig direkt. När man går runt med överläkaren och rondar patienter ska man komma ihåg allt till efteråt”, säger Jon Krabbe och fortsätter:

”När alla är här och hör samma sak

finns det också möjlighet att reda ut eventuella missförstånd på plats.” Sultan Zarin påpekar också att det ger bra information om patientens allmäntillstånd och mobilitet att se denna uppe och utanför salen.

### Kick-off för Andra rondan

Det var 2010 som det nya sättet att runda infördes vid medicinkliniken i Kungälv. Ett beslut hade fattats något år tidigare om att man verkligen ville förändra ronderna som kändes otidsenliga. ST-läkarna Elin Axelsson och Annika Olofsson (som numera är specialist i medicin) var helt nya på kliniken när de blev tillfrågade om att vara med i den grupp som skulle utveckla vad man kallade Andra rondan. ”Det som lockade var patientsekretessen och möjligheten till ett gott samtal och att se människan bakom patienten”, säger Annika Olofsson.

Medicinkliniken på sjukhuset i Kungälv består av två avdelningar med sammanlagt cirka 50 platser. Dessutom finns 15 AVA-platser. Just nu har kliniken full bemanning, men precis som många andra har den i perioder varit beroende av inhyrda läkare. Valdemar Erling, överläkare vid medicinkliniken och en av dem som initiera-

de förändringarna säger att de har införts ”under pågående krig”.

”Vi brottas fortfarande mycket med överbeläggningar. Men det är nästan ännu viktigare att kunna jobba på det här sättet i de situationerna.” Han menar att det annars är lätt att patienten kommer bort mellan läkarbyten och administration.

”Det här är en motvikt till det.”

### Projektet leds av underläkare

Att som ST-läkare driva en radikal förändring med en så invand tradition som rondan var inte enbart lätt. Elin Axelsson och Annika Olofsson tittar på varandra och skrattar när de säger att en del överläkare tyckte att det var helt gallet. ”Vi har alltid gjort så här, varför ska vi ändra på det?”

”Men vår chef var väldigt tydlig med att det här är vad vi ska göra och vi kommer inte att gå tillbaka till det gamla rondsystemet. Vi hade honom i ryggen, det var verkligen ett jättebra stöd.”

Annika Olofsson säger att de hade många diskussioner i kollegiet, men när de motiverade förändringarna med förbättrad patientsekretess och möjlighet till ett gott samtal var det svårt att argumentera emot, även för de allra mest hårdhudade stofilerna.



Valdemar Erling säger att han först tänkte sig att detta sätt att ronda främst passade internmedicin, men nu har han fått förfrågningar från bland annat ortopederna att komma och berätta. "De vill ju också att deras patienter ska komma upp."

Förutom att hälsan oftast främjas av att komma upp menar Valdemar Erling att det ligger en förlegad maktstruktur i att patienten ligger ner när läkaren pratar. Elin Axelsson och Annika Olofsson är också övertygade om att patienten får ett värdigare bemötande, men också en säkrare vård med de nya ronderna då de sitter upp på samma nivå som vårdteamet. De tycker att deras arbete som läkare påverkas positivt. "Man får en helhetsbild av vem personen är, inte bara som patient. Det blir lättare att bestämma vårdnivå. Patienten blir delaktig på riktigt." Annika Olofsson tycker dessutom att hennes arbete underlättas av att dela expedition med sjuksköterskorna. Det gör kommunikationsvägarna snabba och enkla.

### Fullt upp på måndagar

Elin Axelsson påpekar att måndagarna kan bli ganska jobbiga då man behöver gå igenom de patienter som lagts in under helgen. Den vita tavlan är full med röda magnetprickar och det kan bli tio, tolv, kanske ända upp till 14 patientmöten på avdelningsstationen. Men hon säger att det är väl investerad tid. "När man väl har gjort måndagen har man en väldigt tydlig och fyllig bild av alla patienterna. Då behöver man inte ronda alla varje dag senare i veckan utan kan koncentrera sig på de nya och de komplicerade."

Elin Axelsson tror också att det nya rondsystemet sparar onödiga återinläggningar

"Har patienten många problem går vi igenom dem. Jag tror att man tjänar jättemycket på att lägga ner den tiden och förklara ordentligt för patienten som då slipper söka på akuten hela tiden för att han blir orolig." Annika Olofsson fyller i: "Vi kan ju inte lösa alla patientens problem, men vi kan lyssna, rekommendera och vi kan hänvisa. Bara att bli lyssnad till och att någon ser en och ens bekymmer, det tror jag betyder jättemycket för patienterna." ●



"Alla verkar överens om att den traditionella rondan är i sönderfall, den uppfyller inte de krav som ställs på modern sjukvård", säger Valdemar Erling, överläkare vid medicinkliniken i Kungälv.

# På sjukhus bland barn och djur

Svårt att förklara för kidsen vad dagen går åt till mellan lämning och hämtning? Utforska läkarjobbet tillsammans med barnen genom barnlitteraturen! Moderna Läkare tipsar om två nya barnböcker i sjukhusmiljö.

**Text** Joanna Ahlkvist



Joanna Ahlkvist  
Chefredaktör

En bok att bli glad av är "Djuren på jobbet: På sjukhuset" av Sharon Rentta i översättning av Catharina Andersson. Boken ingår i en serie där olika yrken presenteras och där djur utgör alla karaktärer. Märkligt nog blir titeln mer passande i översättning; originaltiteln "A Day with the Animal Doctors" leder in mig på tankar om veterinärmedicin, vilket är något missvisande. Genom att tillämpa djuråkomor och djuregenskaper i en högst mänsklig miljö, samt att bokens två huvudpersoner – mamman och barnet – båda är läkare, skapas i denna underbara lilla bok humor på flera nivåer.

Mamman som är läkare ska ta med sig barnet Ted till jobbet en dag där han får låtsas vara läkare och se hur det där med läkeriet går till. Detta är egentligen ett ganska sofistikerat litterärt upplägg som gör att påståendena om doktor Ted blir komiskt applicerbara på läkare generellt. Meningar som "En del patienter är små. De måste få studsa ibland!" är i sig ganska träffande, men boken blir stundtals väldigt rolig; nästa mening lyder "Det är viktigt att läkare också får studsa". Som läkare själv är det bara att skratta med.

Antropomorfism är en väl beprövad väg inom barnlitteraturen och som högläsande förälder kan man bli rätt less på kaniner, griskuldingar och valpar som intar mänskliga roller. Tänk om vi helt enkelt kunde få läsa lite mer om människor! Här används dock det djuriska på ett utmärkt sätt och läkaren som läser för småbarn får gott om underhållning – man får anta att hunden med skällande hosta är på väg till lungmedicin och ormen som har slagit knut på sig själv hamnar antingen på ortopedi eller psykiatri.

Det enda som är lite förvirrande med illustrationerna är att Ted är brunvitrandig medan mamman är blå. Ted kan man ändå föreställa sig har någon sorts motsvarighet i djurriket. Mamman är mer åt det utomjordiska hållet. Envisas vi med att

”

En del patienter är små. De måste få studsa ibland!

försöka artbestämma Ted och hans mamma hamnar vi på, tjaa... myrslok? Inte helt klart. Detta är lite synd i en bok med annars helt förtjusande och väl observerade djurporträtt, eftersom det blir en aning svårt för yngre läsare att fatta att mamman och Ted är släkt, särskilt då båda efter det första uppslaget går under benämningen doktor. För övrigt är det bara att njuta av de många djurgestalterna där den underbara syster Steve, en skötsam gnu, utmärker sig, eller den slumrande landsköldpadan på geriatriken.

## Ett stråk av gammalmodighet

Generellt har författaren och illustratören, britten Sharon Rentta, inte ansträngt sig för att sätta sig in i modern sjukvård. "På sjukhuset" har någonting av ett 1950-talsstuk över sig och den avskalade vårdmiljön påminner om ett gammalt militärsjukhus. Till detta tillkommer en tveksam samling av "saker som läkarna använder för att hjälpa patienterna", till exempel en spruta i glas och metall samt en kvicksilvertermometer som rent medicinskt är historiska föremål. Sist och lustigast av allt kommer "en god kopp te". Detta kan bara tolkas som en bekräftelse av den brittiska nationaldryckens framskjutna position i Storbritannien. Jag som engelska är den första att förespråka te i alla möjliga lägen, men kan nog lätt räkna antalet gånger jag personligen ordinerat en patient te, typ never?

För övrigt är språket modernare än bilderna och det anakronistiska faller väl ut som humor när till exempel doktor Ted piggar upp den trista väntrumstämningen genom att visa upp "sina bästa moves". Det är nästan omöjligt att inte älska doktor Ted.

"På sjukhuset" håller en förvånansvärt hög pedagogisk ambitionsnivå mitt i allt det roliga, vilket





Doktor Jak säger att han  
är helt slut fastän bara  
halva dagen har gått.

bäddar för en utveckling av samtalsämnet "vad läkare håller på med". Fenomenet röntgen behandlas på ett utomordentligt begripligt sätt, då den tickande hundens diagnos blir ställd; väckarklockan i magen syns på en liten röntgenplåt. Äldre barn (och nyfikna vuxna) roas av en tabell som faktiskt tangerar veterinärmedicinen – inkubationstiderna för olika sorters ägg. Visste du exempelvis att ett myrägg kläcks efter 2 veckor? Nej, där ser man!

En dag på jobbet som läkare räcker gott och väl som stoff för en hel barnbok utan att man behöver

”

En smart och rolig bok med utbildningsinslag.

krångla till det. Doktor Ted verkar ändå ganska trött vid dagens slut. Och mamman också för den delen. "På sjukhuset" är en smart och rolig bok med utbildningsinslag för det nyfikna barnet som kanske på allvar vill försöka tänka sig in i läkarrollen, i alla fall läkarrollen cirka 1953.

#### **Ninna – en mer verklighetstrogen bok**

"Ninna och sjukhusfåglarna" handlar däremot om modern svensk sjukvård tillsammans med verklighetstrogen utrustning och sjukhuskläder. Boken har sitt ursprung i ett samarbete med inlagda barn på Gävle sjukhus där Matilda Rut var





### På sjukhuset

Sharon Rentta, Bonnier Carlsen 2015

### Ninna och Sjukhusfåglarna

Matilda Ruta, Natur & Kultur 2015

Sjukhusfåglarna finns även som kortfilm på YouTube och som tittskåp till väntrummen på barnmottagningen på Gävle sjukhus. I skåpen finns belysta små scener från sjukhuset.

Artist-in-hospital. Det ligger något fantastiskt i igenkännandet av vackert målade men autentiska bilder av sjukhuset och allt liv som pågår innanför dess väggar. Här finns en realistisk blandning av patienter och sjukvårdspersonal i alla åldrar och med olika etnicitet och religion. Det är dessutom härligt att se att läkare i nutidslitteratur kan vara män; i den politiskt korrekta världen av barnböcker förekommer annars oproportionerligt många unga kvinnliga läkare.

Den färgstarka bildkonsten är tilltalande för både vuxna och barn och känns ännu fräschare då den åtföljs av moderna leksaker, som till exempel den rosa Furbien (pratsjukt gosedjur älskat av barn och fruktat av föräldrar) på framsidan. Realismen får ibland ge vika för konstnärlig frihet. Bilden av det nyfödda barnet, naket i snövädret, blir en fin symbol för livets mirakel och sårbarhet mitt i vinterlandskapet. Däremot kan man som läkare inte låta bli att reta upp sig på att droppslangarna går förbi infusionspumparna på samtliga bilder, nåväl.

Berättelsen börjar som Ninnas barnberättarröst och innehåller en del träffsäkra observationer med inspiration hämtad från barnen på avdelningarna: "På sjukhus är nästan alla sjuka. Eller så är de på jobbet." ... och ... "Ibland kommer det in någon på rummet och säger: Hej Ninna, hur är läget? Då behöver man inte svara: Jag är jättesjuk. Jag är på sjukhus. För det vet de redan."

På slutet glider berättelsen över till att handla om de drömska och lite obehagliga sjukhusfåglarna. Att "sjukhusfåglarna" visar sig kunna kasta all

”

En realistisk blandning av patienter och sjukvårdspersonal i alla åldrar och med olika etnicitet och religion.

smärta i havet är ett oväntat metafysiskt inslag i en annars hyperrealistisk sjukhusberättelse. Man känner sig lite häpen av att den från början så konkreta berättarrösten växlar till något mindre trovärdigt för ett yngre barn som Ninna.

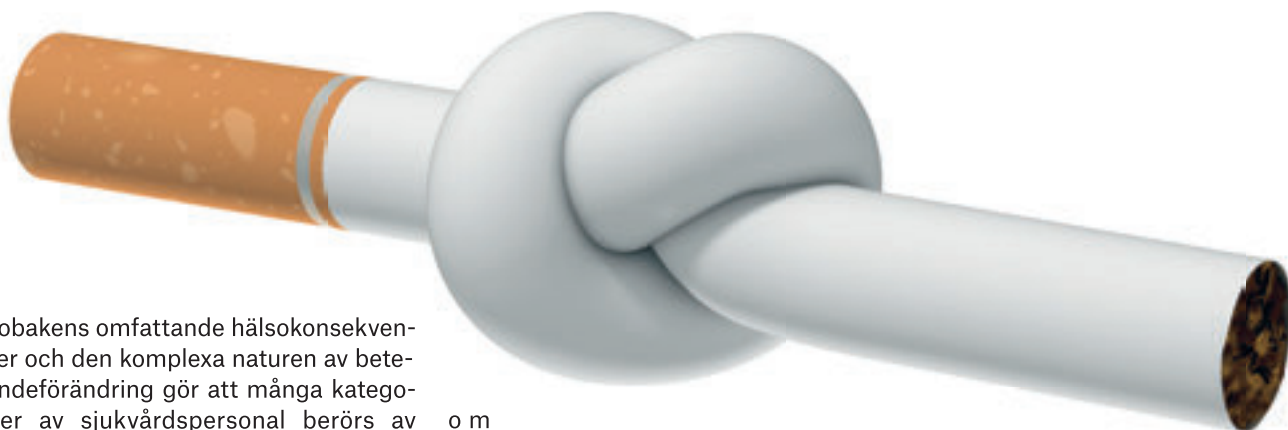
Det är något medvetet ångestfyllt i de laddade bilderna i slutet av boken. Läsaren, liten som stor, lider med pappan som en aning krampaktigt kramar om sin dotter i sjukhussängen. Sängen svävar i ett hav av natt och mörka moln medan läkaren tyst lämnar rummet. Man blir rädd för sjukdomen, rädd för ovissheten, rädd för döden; rädd, rädd, rädd. Ett par små barn jag läste boken för hävdade bestämt att det var något ont med sjukhusfåglarna. Detta trots att det står att fåglarna sjunger för att de vuxna på sjukhuset ska "bli lite, lite lugnare och lite mindre oroliga". Efter en lång harang om känslor och metaforer från min sida fick jag höra –Ja, okej då – men fåglarna måste ändå vara 20 % onda!

Många barnböcker om sjukhus belastar sjukvårdstemat med för mycket narrativ. Det tynger den yngre läsaren som har fullt upp med att hitta runt i den beskrivna sjukhusmiljön. Det finns dessutom en tendens att projicera vuxen sjukhusskräck på det lilla barnet. Otaliga barnböcker beskriver inlevelsefullt hur det hemska, svarta monstret som bodde under sjukhussängen visade sig vara snällt/obefintligt/möjligt att besegra. Slut! Jaha – finns det monster under sjukhussängar? tänker åtminstone mina barn. Det var som attan. "Ninna och sjukhusfåglarna" av Matilda Rut lider lite av samma problem – Ninna utan sjukhusfåglarna hade kanske varit ett bättre koncept. ●

# Teamarbete vid tobaksrådgivning

Vid rökavvänjning finns många ingångsvinklar: patientens team kan se olika ut beroende på patientbehoven och på lokala förhållanden.

**Text** Barbro Holm Ivarsson, ordförande för Yrkesföreningar mot Tobak



Tobakens omfattande hälsokonsekvenser och den komplexa naturen av beteendeförändring gör att många kategorier av sjukvårdspersonal berörs av tobaksavvänjning. I de flesta landsting/regioner finns en struktur för hur tobaksbrukande patienter ska kunna hjälpas – vanligen en remiss till tobaksavvänjning. Remiss kan också skickas till Sluta-Röka-Linjen, som då ringer upp patienten. Patienten kan även själv söka tobaksavvänjning i sitt landsting eller ringa Sluta-Röka-Linjen.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder finns tre rekommenderade rådgivningsnivåer vid rökning och snusning. Läkarens roll är att betona vikten av att sluta röka och att hänvisa/remittera till den i teamet som är utbildad i kvalificerad rådgivning, samt i förekommande fall skriva recept.

**1. Enkla råd** innebär att hälso- och sjukvårdspersonal på mindre än 5 minuter ger information och korta, standardiserade råd och rekommendationer om tobaksstopp. Enkla råd används när man har mycket kort tid på sig eller som en inledning till mer kvalificerad rådgivning. Enkla råd lämpar sig utmärkt för läkare som ofta har kort tid för konsultationen. Det viktigaste är att rekommendera patienten att sluta med hänvisning till patientens hälsa och upplysa

om att det finns hjälp att få. Råden handlar om tobakens skadeverkningar, vinster av och metoder för att sluta, och vid behov hänvisning/remiss till ett kvalificerat rådgivande samtal hos tobaksavvänjare. Ibland skriver läkaren recept på bupropion (Zyban) eller var-eniklin (Champix). Vid vissa tillstånd är det särskilt viktigt att skicka remiss, som vid rökning inför operation, vid graviditet, amning, cancer, hjärt-kärlsjukdom, diabetes, lungsjukdom och psykisk sjukdom. Rådgivningen får gärna kompletteras med en patientbroschyr.

**2. Rådgivande samtal** är ett längre samtal på 10-15, ibland upp till 30 minuter. Här har rådgivaren en patientcentrerad dialog, ofta utifrån motiverande samtalsmetodik (MI). På samma sätt som för enkla råd kan samtalet leda till hänvisning/remiss till ett kvalificerat rådgivande samtal.

**3. Kvalificerat rådgivande samtal** – tobaksavvänjning – innebär att tobaksavvänjaren arbetar på ett strukturerat sätt med kognitiv beteendeterapi KBT som grund. Läkemedel för rökavvänjning används regelmässigt. Samtalet sker individuellt eller i grupp; ofta i form

av en serie behandlingar över 2 månaders tid. I flera landsting finns specialistkliniker dit man kan remittera svåra patientfall.

## Mer information

- Hälso- och sjukvårdspersonal kan få kostnadsfri handledning av *Sluta-Röka-Linjen* 020-84 00 00, [www.slutaroka-linjen.se](http://www.slutaroka-linjen.se). Linjen kan via tolk ge rökavvänjning på arabiska, ryska, persiska, somaliska, spanska och turkiska. På hemsidan finns en hänvisningsblankett.

- *Yrkesföreningar mot Tobak* är ett multidisciplinärt forum som samlar läkare, tandläkare, sjuksköterskor, psykologer, socionomer, folkhälsovetare och lärare – man arbetar med information och för ett Rökfritt Sverige 2025.

- På *Psykologer mot Tobaks* hemsida finns patientinformation, även på främmande språk.

- Två kostnadsfria appar erbjuds för rökavvänjning; *Rökfri* (för vuxna) och *Fimpaaa!* (för ungdomar).



Bild från Psykologer mot Tobaks kampanj.



## Birgitta Norling berättar om sin uppgörelse med tobaken

”Rökare har jag varit i minst 40 år – i början på 70-talet var det inte lika farligt att röka! Sluta röka har jag försökt med i många omgångar och i någon sluta-röka-vända för tjugo år sedan började jag snusa istället. Sedan började jag röka igen och fortsatte med snuset. Jag har haft ett par längre uppehåll med rökning då jag väntade barn men jag har helt enkelt inte klarat av att sluta röka. När jag har besökt distriktsläkare har jag alltid känt det som att jag blivit mästrad och tillsagd att sluta röka. Jag har aldrig någonsin blivit erbjuden hjälp. Man känner sig så jävla oduglig att när man kommer hem tycker man att man lika gärna kan fortsätta röka.

De senaste 5 – 10 åren har jag haft mindre ork och svårare att gå i trappor. Många i min omgivning har gått bort i cancer i ung ålder och många av dem har faktiskt varit rökare. Sedan råkade jag ut för någonting: om natten då jag lade mig i sängen kunde jag höra ett litet väsande ljud över trafikbruset utanför fönstret. Till slut kom jag på att det var jag! Det lät från mina lungor! Jag tänkte: ’Det här kommer jag inte att överleva.’

Som alla missbrukare ljög jag för mig själv. Varje gång jag hade slutat röka och sedan börjat igen ökade jag antalet cigaretter. Ja, jag kanske rökte 10 cigaretter om dagen, sade jag till mig själv, men i själva verket var det mellan 30 och 40 om dagen. Det konstiga var att när jag väl hade bestämt mig för att sluta på riktigt så var det inte ens så svårt. Visst kände jag ett röksug efter morgonkaffet, men fysiskt var det inte så farligt. Däremot kände jag en stor sorg. Rökningen hade varit som en vän i många, många år och vi hade haft så många trevliga stunder ihop. Jag minns en morgon efter att jag hade slutat och när jobbet började dra igång igen och plötsligt började jag nästan gråta. Jag tänkte på Anders. Jag kommer aldrig att kunna prata med Anders igen! Anders och jag var jobbarkompisar och jag har känt honom sedan jag flyttade upp till Norrbotten. Vi umgicks aldrig utanför jobbet. Vi åkte samma buss tillsammans till jobbet och Anders var

också rökare. Vi klev av bussen tillsammans och rökte en cigarett och pratade i 5–10 minuter innan vi gick in till jobbet. Vi pratade om livets vedermöda. Det var en väldigt trevlig start på dagen. Sedan sågs vi inte mer förrän nästa dag. Faktumet är att vi åker samma buss fortfarande och vi försökte på samma sätt några gånger efter att jag hade slutat röka. Men det gick inte! Vi har inte samma ’förhållande’. Det är bara att inse.

Apropå det psykologiska beroendet har man massor med konstiga vanor. Jag har varit väldigt inrutad på morgonen. Jag har klivit upp, satt på kaffet, matat katten, duschat och tagit en cigg under köksfläkten. Morgonciggen har alltid varit det viktigaste. Vad skulle jag nu göra? I fyra månader gick jag och ställde mig under fläkten ändå! Jag tog med mig tidningen så jag hade något att göra! Det var väldigt förvirrande. När jag väl slutade med fläkten hade jag plötsligt väldigt ont om tid – jag behövde tänka om hela min morgonrutin för att hinna med bussen.

Jag är inte nikotinfri. Jag använder nikotinspray dagligen och fusknsus under läppen. Vanan med att ha någonting under läppen funkar. Nu har det gått ett år och en månad. Jag har inte blivit friskare – eller rikare! Jag har faktiskt aldrig varit sjukare – jag har en psoriasisartrit som jag har haft i många år, men jag har aldrig tidigare haft hudbesvär. Nu har psoriasis brutit ut som aldrig förr och jag fick magsår. Däremot kan jag andas igen och det låter ingenting från lungorna längre. Nu håller jag på att bli friskare. Jag skulle inte vilja röka igen – jag är övertygad om att det skulle ta kål på mig. Jag har inte rökt eller snusat någonting sedan jag slutade och jag känner ingen längtan efter att börja igen.

Tala inte med patienter om att sluta röka utan att samtidigt erbjuda verktyg. Jag är så tacksam för den hjälpen jag slutligen har fått.”

**Birgitta slutade röka 2014 på en veckas rökavvänjningsinternat på Gotland anordnat av Sjuksköterskor mot tobak, med ekonomiskt bidrag från Vårdförbundet.**





## Arbetsterapeut Aleksandar Drazic berättar om tobaksav- vänjning inom psykiatri i Växjö

”Jag såg en koppling mellan rökning, arbetsterapi och psykisk ohälsa, och började intressera mig för att jobba med rökavvänjning och patienter med psykiatriska besvär. Levnadsvanor är en viktig fråga inom psykiatri. Rökare löper större risk att drabbas av depression och det förkortar livet. Det kostar dessutom mycket att röka och psykiatriska patienter har ofta en kärv ekonomi. De flesta vuxna vill sluta röka och det tycks inte vara någon skillnad bland psykiatriska patienter. De behöver hjälp med det. Vi arbetsterapeuter är bra på att stödja förändring, så jag blev diplomerad rökavvänjare och startade grupper för öppen- och slutenvårdspatienter.

Jag tar emot patienter på remiss och börjar med ett individuellt förberedande samtal. Jag tar en anamnes, utforskar deras motivation, diskuterar rökning som fenomen och berättar om vårt upplägg. Det är väldigt viktigt för mig att bilda mig en uppfattning om personen. Sedan träffas vi åtta gånger. Vi har ett tema varje gång, till exempel motivation, motion och kost eller återfallsprevention. Jag märkte ett stort behov av täta uppföljningar första året, så jag har uppföljningssamtal efter 4, 5, 6, 8 och 9 månader.

Det som begränsar oss är att vi måste få ihop en grupp. Helst vill vi ha grupper

på 6–8 personer, men det kan ta tid. Motivationen kommer och går och det är viktigt att ’fånga den’ när man kan. Därför har jag valt att inte vänta för länge, utan att starta en ny grupp så fort jag får minst tre patienter. Sedan behöver jag stöd av mina medarbetare: jag har behövt argumentera för min sak, men då har jag fått friheten att testa nya metoder. Det var så våra återträffar växte fram.

Som arbetsterapeut träffar jag många som har svårt att strukturera sina liv. Många är fysiskt passiva och socialt isolerade. Även tobaksanvändning handlar om samma saker. När man slutar röka uppstår en lucka i livet och man måste fylla det med något annat – motion, aktiviteter, intressen. Läkemedel kan vara till hjälp vid rökavvänjning,

men beteendeförändringar kräver mer än så. Att bryta vanor är viktigt. Jag som själv har varit rökare, vet det.

Jag har rökt så mycket i mitt liv att jag fick smeknamnet ’Lucky’, som i Lucky Strike. När jag slutade röka innebar det en identitetskris – även mitt namn klingade annorlunda. Men att sluta röka blir en källa till förbättrat självförtroende; man sover bättre, har bättre ekonomi och man är fri från beroendet. Man lär sig hantera sina känslor på ett hälsosammare sätt och tar kontroll över sitt liv. Detta är väldigt viktigt för psykiatriska patienter. Jag vill visa att människor med psykiatriska besvär kan sluta röka. Det är tyvärr fortfarande så ibland att personal uppmuntrar psykiatriska patienter att röka en cigarett ’så att de blir lugnare’. Det är fel.” ●



## Enkla råd om tobak i fem steg

### 1. Fråga om tobaksvanor

Använder du tobak? Om svaret är nej: Vad bra att du inte använder tobak. Har du använt tobak tidigare? Om ja: När slutade du?

### 2. Ge rådet att sluta med tobak

Det är en stor fördel om du slutar att röka/snusa – det är det viktigaste/bästa du kan göra för din hälsa... (informera om riskerna, koppla till eventuella problem med hälsan).

### 3. Undersök motivationen

Är du intresserad av att sluta röka/snusa?

### 4. Hjälp till

Det finns bra sätt att sluta röka/snusa. Vill du höra? Om svaret är nej: Jag skulle ändå råda dig att sluta för det är det viktigaste du kan göra för din hälsa. Du kan väl tänka på det? Det finns ju bra sätt att sluta. Vill du höra?

Om patienten vill ha information:

A. Det är bra att sätta ett stoppdatum när man ska sluta helt och göra sig av med all tobak den dagen.

B. För den som behöver finns läkemedel för rökavvänjning (informera och skriv recept vid behov).

C. Du kan få hjälp med tobaksavvänjning... (informera om var det finns eller skriv remiss).

### 5. Följ upp samtalet

Jag noterar i din journal att vi har talat om detta/att du har funderingar på att sluta/att vi skickar en remiss/att du tänker sluta/har satt stoppdatum. Så följer vi upp det vid nästa besök.

Ta upp frågan igen vid nästa besök. Hur har det gått? Hur tänker du just nu om rökningen/snuset?

# Vår stund på jorden

Är livet långt eller kort? Tankar om tiden och livet som läkare.

**Text** Ola Björgell



Ola Björgell  
Hedersledamot SYLF

Det är lite klurigt, det där med tiden. Den går olika fort genom livet. Det är så mycket vi ska hinna med. Barndomens eviga sommarlov reduceras i vuxenlivet till en semester som kan kännas förbi innan den ens har börjat.

Om livet är långt eller kort är svårt att säga. När vi räknar i sekunder, timmar och år får vi ett numeriskt värde och mekaniskt mått. Som soldater i en taktfast marscherande armé slår sekundvisaren från vaggan till graven. Vi föds med vår biologiska klocka som särskiljer dag och natt, men utan armbandsur. Allt eftersom tiden går blir det en kamp mellan dessa olika urverk, som ger helt motsatta signaler med uppmaning till vila eller arbete.

## **Ibland är en sekund en evighet**

I vår egen dimension finns också den upplevda tiden, den inre och för oss verkliga. I denna, vår egen värld är en sekund ibland en evighet och andra gånger ett ögonblick. Här kan vi förlänga tiden genom att bli medvetna om varje stunds sanna värde eller slösa bort den med åltande – tankarnas rundgång.

Dåtiden dör i samma ögonblick som framtiden föds, och däremellan ligger nutiden så oändligt kort. Samtidigt kan ett minne bli så starkt och levande att tiden återkallas och upprepas. Flera dimensioner kan finnas i ett och samma andetag. Livet kan tänjas ut och bli olika långt.

Tiden är intimt förknippad med livets sinnesstämning och samtida händelser. Det förklarar varför SPA, yoga och mindfulness är så populärt. Tiden både förstärks och förlängs genom den medvetna närvaro som skapas i dessa avstressande miljöer.

Finns tid utan liv och finns liv utan tid? Eller är det samma sak? Tanken svindlar och sönderfaller i ett frågetecken. När vi känner att livet har ett "bäst före-datum" blir det paradoxalt så mycket lättare att se styrkan, enkelheten och skönheten i varje handling. Som att i varje klunk känna hur det kalla friska vattnet verkligen smakar och rinner ner i strupen, istället för att bara svälja och skynda vidare. Några få stunder och sekunder kan helt plötsligt bli mer värdefulla än en hel bunt månader och år, slentrianmässigt staplade på varandra

utan eftertanke. Tänk att det måste hända något för att vi ska hinna stanna upp! Något behövs som skakar om oss och påminner om vår litenhet och skörhet, för att vi ska kunna leva fullt ut. Man brukar säga att "bara den som simmar uppströms når källan". Det finns en kamp inbyggd i tiden, med tiden. Den kan inte vara oändlig för oss, då blir det olidligt. Det är smärtsamt och befriande på en och samma gång.

## **Dåtid, nutid, framtid och evig tid**

Kring nyår är kalendern lite mindre fylld, semesterveckorna ligger ännu orörda. I detta nya år ska det bli så mycket mer gjort. Nu kommer tiden, så befriande och härlig! Ett helt nytt år, och vi ska få vara med i tiden och med allt nytt och spännande som komma skall.

Är det kanske så att vi läkare har extra ont om tid, jämfört med de flesta andra människor? Vi har studerat så många år, lagt ner så många kvällar, nätter och helger på tunga och tröttande jourpass, tackat nej till en hel del roligheter till förmån för arbetet som student, AT-läkare, ST-läkare och sedan färdig specialist. Vår biologiska klocka har kommit





ur balans bra många gånger under dessa slitiga dagar och nätter. Vi förstår alltmer hur viktigt det är att själv kunna påverka sin arbetsdag och arbetstid. I denna insikt är vår flexitid och jourkomp till stor hjälp på vägen till att inse när varje timme är som mest värdefull.

Nu är det dags att komma ifatt och göra allt det där som inte hunnits med, tänker många av oss. Då kan det vara bra att stanna upp och fundera på vad som egentligen är viktigt i ens eget liv. För någon kan det vara att hitta kärleken, för en annan att äntligen få ordning i garaget. Stort och smått, blandat huller om buller till en lång rad med "att göra-saker". Innan vad då? Innan man blir lycklig eller lyckas?

Några skjuter upp det hela till kommande pension i förhoppningen om ett långt och friskt liv. Då ska allt öppna sig och oceaner av tid rinna till i överflöd. Vilken rikedom! Det svåraste blir att välja i överflödet av allt. Ännu svårare kan det vara att välja bort och se det stora i enkelheten.

Dåtid, nutid, framtid och evig tid snur-

rar runt i en virvelvind. Vi sträcker ut handen och försöker fånga nutiden, men trillar snabbt in i dåtid eller framtid. Nutiden är så ofantligt kort och flyktig, bara ett ögonblick lång. Kanske vore det bättre om vi hann lite mindre, så att vi slapp stressa och tappa kontrollen över oss själva och vår stund på jorden!

### **Att ge mer än att ta**

Som läkare har vi den stora förmånen att kunna ge mer än att ta. För att klara detta behöver vi utbildning och fortbildning, som också ger stöd och verktyg för att lära känna oss själva. Ett sådant kan vara att få rita sin egen livslinje, med fram- och motgångar. Ibland är vi stora och starka, andra gånger lika små och svaga som den som söker vår hjälp. En ökad självinsikt minskar avståndet till vår nästa. Det blir då allt enklare och mer okomplicerat att dela med sig av tiden och av den kärlek som finns i oss alla. Det är kärnan och kraften i vår stund på jorden, som läkare och som medmänniska. Att ge mer än att ta. Och till denna uppgift finns det massor av tid varje dag i resten av våra liv. ●

Ola Björgell är docent och överläkare på Bild- och Funktionsmedicin samt regionöverläkare för AT/ST-utbildningen i Skåne. Han är initiativtagare till många kurser och kongresser, t ex Framtidens Specialistläkare, Senior i Centrum och Stora Likarättsdagen som resulterat i att Ola utnämns till Malmöambasadör och Årets EventSkåning samt hedersledamot i SYLF. Ola är huvudredaktör för "ST- boken" tillsammans med Ulrika Uddenfeldt Wort.

**Lyssna på Olas föredrag om tiden och vår stund på jorden på kongressen Framtidens Specialistläkare i Malmö Arena.**

# Läkare och förälder

**Text** Emma Spak

Att bli förälder är en stor händelse i livet och något som förändrar förutsättningarna. SYLF anser att det är självklart att läkare ska kunna förena arbets- och familjeliv och arbetar därför ständigt för att förbättra förutsättningarna för dig som är läkare och förälder.

Här presenteras ett axplock av de regler och avtal som gäller för dig som är gravid eller förälder. Försäkringskassan har bra generell information och mer specifik information för dig som är läkare finns på [sylf.se](http://sylf.se)



Emma Spak  
Ordförande SYLF

**De referenser till kollektivavtal som görs i texten gäller Läkaravtalet för landsting och kommun 2013-2017. Arbetar du hos en privat vårdgivare bör du kontrollera gällande kollektivavtal.**

## VÄNTA BARN

Du har rätt till två MVC-besök på arbetstid med full lön enligt kollektivavtalet. Gäller båda föräldrarna. Mamman kan använda föräldrapenning från dag 60 innan förlossningen för MVC-besök. Båda föräldrarna kan nyttja föräldrapenning för att delta i föräldrautbildning.

## JOURBEFRIELSE FÖR GRAVIDA

Arbetsmiljöverket har konstaterat att läkares jourarbete ofta är ensamarbete med oförutsägbar arbetsbelastning och begränsad möjlighet till vila. Jourbefrielse bör därför beviljas. Det finns lokala avtal som ger rätt till jourbefrielse på egen begäran men inget centralt avtal med skarpa skrivningar.

Har du problem att få jourbefrielse under graviditeten bör du kontakta din lokala läkarförening för stöd.

## PLANERA FÖRÄLDRALEDIGHET

Anmälan om föräldraledighet till arbetsgivaren måste ske minst två månader före ledighetens början enligt lagstiftningen, men enligt kollektivavtalet är den tiden förlängd till tre månader. Preliminär tid för återgång i arbete ska anges vid ansökan.

## DISKRIMINERING

Du får inte missgynnas i arbetslivet av skäl som har samband med föräldraledighet. Detta gäller bland annat anställning eller anställningsintervju; beslut om befordran eller utbildning för befordran; lönesättning eller uppsägning. Om en anställd sägs upp eller avskedades av skäl som har samband med föräldraledighet ska uppsägningen eller avskedandet ogiltigförklaras om arbetstagaren begär det. Förbudet är dock inte applicerbart på förlängning av vikariat eller korta tidsbegränsade anställningar.

Kontakta din lokala läkarförening om du upplevt dig missgynnad på grund av föräldraledighet.

## LEDIGHET OCH ERSÄTTNING

Föräldraledigheten styrs av föräldraledighetslagen medan ersättningen, föräldrapenningen, styrs av socialförsäkringsbalken. Detta innebär att reglerna för ledighet och ersättning ibland kan skilja sig åt och bli lite snåriga. Ett sådant exempel är att du enligt föräldraledighetslagen kan vara föräldraledig i 18 månader utan att ta ut någon föräldrapenning alls – ska du vara föräldraledig längre än 18 månader krävs att du har ersättning 5 dagar i veckan (föräldrapenning helt eller varvad med lön). När det gäller regleringen av föräldrapenningen måste du redan efter 12 månader ha ersättning för 5 dagar (föräldrapenning helt eller varvad med lön) per vecka för att inte påverka din sjukpenningsgrundande inkomst (SGI).

## VAD GRUNDAR SIG ERSÄTTNINGEN PÅ?

Sjukpenningsgrundande inkomst (SGI) är den årliga inkomst i pengar som en person tills vidare kan antas få för eget arbete i Sverige. SGI kan inkludera jourersättning om denna är återkommande.

Du måste ha inkomst av förvärvsarbete i minst 240 dagar = 8 månader innan adoption eller beräknad förlossning (eller förlossning om det blir mer gynnsamt för den försäkrade) för att få föräldrapenning över grundnivå (250 kr/dag) under de första 180 dagarna.

Som blivande mamma kan du sluta arbeta eller minska din arbetstid inom sex månader före den beräknade förlossningen utan att din SGI sänks.

## HUR STOR ÄR ERSÄTTNINGEN?

Tillsammans får föräldrarna ersättning i 390 dagar på sjukpenningsnivå vilken baseras på inkomst och förutsätter SGI. Föräldrarna får också dela på 90 dagar på lägstanivå.

Föräldrapenningen på sjukpenningsnivå ger en daglig ersättning motsvarande 77,6 procent av din SGI (årsinkomst) delat med 365.

Taket för föräldrapenning är 10 prisbasbelopp vilket motsvarar 36 917 kr/månad 2016. Maximal föräldrapenning är 942 kr/dag Grundnivån är 250 kr/dag Lägsta nivån är 180 kr/dag



**EXTRA ERSÄTTNING ENLIGT  
KOLLEKTIVAVTAL - FÖRÄLDRALÖN**

Den som har en grundlön som överstiger 36 917 kr/mån (10 prisbasbelopp 2016) och varit anställd i mer än 180 dagar hos offentlig arbetsgivare innan föräldraledigheten, erhåller från arbetsgivaren föräldralön för högst 270 dagar motsvarande 77,6 % av den del av lönen som överskrider takbeloppet.

Föräldralönen gör att den totala ersättningen motsvarar den föräldrapenning du skulle fått om det inte funnits ett tak i föräldraförsäkringen.

Föräldralönen utbetalas för 270 dagar per barn och kan delas mellan föräldrarna.

**EXTRA ERSÄTTNING ENLIGT  
KOLLEKTIVAVTAL - FÖRÄLDRA-  
PENNINGSTILLÄGG**

För dig som varit anställd minst 365 dagar hos samma offentliga arbetsgivare innan föräldraledighet med föräldrapenning betalas ett föräldrapenningstillägg ut som motsvarar 10 % av lönen. Du som anställd får föräldrapenningstillägget i sammanlagt 180 kalenderdagar per födsel som längst till dess barnet är 24 månader. Föräldrapenningstillägget utgår per anställd.

**SAMMA FÖRÄLDRAPENNING  
I MINST TVÅ ÅR**

Till och med barnets ettårsdag beräknas sjukpenning och tillfällig föräldrapenning på din tidigare SGI. När barnet fyller ett år kan den sjukpenninggrundande inkomsten sänkas. SGI kan skyddas genom att föräldrapenning tas ut alla lediga dagar/del av dag 5 dagar/vecka.

Oberoende av aktuell SGI får du tills barnet fyller två år föräldrapenning beräknad utifrån samma sjukpenninggrundande inkomst som du hade vid barnets födelse, även om du går ner i arbetstid.

Vid ny graviditet innan barnet uppnått ett år och nio månader behåller båda föräldrarna samma föräldrapenning också efter barnets tvåårsdag, även om den sjukpenninggrundande inkomsten har sänkts. Detta kan dock innebära att ersättningen vid sjukdom eller tillfällig föräldrapenning blir lägre.

**TILLFÄLLIG FÖRÄLDRA-  
PENNING VAB**

VAB eller ledighet med tillfällig föräldrapenning för tillfällig vård av barn kan användas :

- Om barnet är sjukt eller smittat.
- Om ordinarie vårdare är sjuk eller smittad.
- För BVC-besök eller annat besök inom hälso- och sjukvård.

Du får inte tillfällig föräldrapenning för vård av barn om du är hemma med barnet därför att förskolan eller skolan är stängd. Spara dagar med föräldrapenning till detta!

Tillfällig föräldrapenning har samma tak som sjukpenning vilket innebär att ersättningen är lägre än för föräldrapenningen. Taket motsvarar i år 27 688 kr/månad (7,5 prisbasbelopp 2016). Maximal tillfällig föräldrapenning är 706 kr/dag.

**RESERVERADE DAGAR**

Nyhet! Från den 1 januari 2016 reserveras ytterligare en månad inom föräldrapenningen för vardera föräldern.

Den nya regleringen gäller barn födda från och med den 1 januari 2016. Konsekvensen blir att av de totalt 480 dagarna med föräldrapenning (195 dagar till vardera föräldern på sjukpenningsnivå och 45 dagar var på lägstanivå) är det totalt 180 dagar på sjukpenningsnivå, 90 för vardera föräldern som inte kan överlätas mellan föräldrarna. Har en förälder ensam vårdnad tillfaller samtliga 480 dagar denna förälder. ●



# KALLELSE

## SYLF:s FULLMÄKTIGEMÖTE 2016

### 18-19 mars, Spårvagnshallarna, Stockholm

För information och anmälan, se [www.sylf.se](http://www.sylf.se)  
eller kontakta [kansli@sylf.se](mailto:kansli@sylf.se)

## Ordförandeord

# Macchiarinifallet kräver självvrannsakan på alla institutioner

När jag skriver detta har Macchiarinifallet precis rullats upp på KI och många frågar sig hur detta kunde hända. Hur kunde det gå så långt och varför togs inte de farhågor som luftades på allvar innan det var för sent?

Många har i debatten talat om gråzoner mellan olika regelverk och fört fram behovet av ökad tydlighet i regleringen av gränslandet mellan forskning och klinisk verksamhet. Det finns förvisso ett antal olika regleringar att ta hänsyn till när nya medicinska metoder tas fram. Men att lyfta fram regelverket som problemet och det uppenbara området för åtgärd innebär att en del av ansvaret lyfts från de inblandade, vilket inte känns rimligt. Oavsett eventuella gråzoner måste det gå att klarlägga hur resonemangen har gått och vilket regelverk som följts. Den oro som ventilerats måste föranleda åtgärder.

Jag uppfattar, utifrån rapporteringen så här långt, att problemet snarast är att inget befintligt regelverk har tillämpats. Det har tvärtom odlats en kultur där man stått över både regelverk och granskning och där kritiker tystats ner.

Exakt hur det förhåller sig kommer förhoppningsvis att kunna klarläggas i den välkomna externa granskning som nu aviseras.

Oavsett framtida effekter på regelverk, strukturer och tillvägagångssätt inom akademien tror jag att det absolut viktigaste vi kan åstadkomma i kölvattnet av Macchiarinifallet är att påverka kulturen på våra forskningsinstitutioner. Vi måste gemensamt värna en öppenhet och ett levande forskningsetiskt samtal som gör att vi inte kör i diket. Vi måste säkerställa att den som för fram miss tankar om oredlighet i forskning blir hörd och att misstankarna utreds på ett rättssäkert sätt.

Den viktigaste resursen i klinisk forskning är patienter som är villiga att delta i studier. I Sverige har befolkningen högt förtroende både för forskning och sjukvård. Ska vi fortsätta att ha samma förutsättningar att rekrytera patienter till forskningen kräver det att Macchiarinifallet utreds i grunden och att allt som gått fel har åtgärdats. Det krävs också självvrannsakan på andra lärosäten än KI. Det är lätt att tänka att detta

bara kan hända någon annanstans, men det verkar högst rimligt att nu passa på att ställa sig frågorna: Skulle detta kunna inträffa här? Hur säkerställer vi att det inte gör det?

Forskande läkare är en förutsättning för klinisk forskning av hög kvalitet. Vi måste bli fler för att återväxten av forskande läkare ska säkras. SYLF har i årets AT-ranking och ST-enkät konstaterat att andelen forskande underläkare fortsätter att sjunka, framför allt bland ST-läkarna. Ska underläkare kunna rekryteras till forskning krävs tjänster som möjliggör kombinationen klinik och forskning. Det krävs också en god arbetsmiljö inom akademien. En öppen kultur med en välinställd etisk kompass är en grundförutsättning i en miljö som ska fostra framtidens forskningsledare.

**Emma Spak**  
Ordförande  
SYLF



## Kvartalet som gått – ett urval av styrelsens aktiviteter

**10/11** Möte Rud Pedersen (ES, SL)

Möte Framtida Vårdpersonal (ES)

**13/11** Chefsdag för Närhälsan i Västra Götaland (ES)

**18/11** Hearing: psykisk ohälsa (PH)

**20/11** Föreläsning om nya ST-föreskriften AT-tinget i Skåne (ES)

**26/11** IT i vården dagen (ES)

**30/11** Panelsamtal om E-hälsa, Tieto (JÅ)

**1/12** Sjukvårdspolitisk arbetsgrupp (JÅ, ES)

**3-4/12** Riksstämman (ES, JÅ, JA)

**4/12** Arbetsförmedlingens mässas för utländsk vårdpersonal (ES)

**10/12** Privatvårdsdagen (ES)

**14/12** Läkarförbundets internationella rådslag (JÅ)

**17/12** Föreläsning SYLF, Östra Skåne (JÅ)

**15/1** Möte SKL om praktik för utlandsutbildade/Möte Framtida vårdpersonal och Socialstyrelsen om snabbspår (ES)

**18-19/1** Vinterinternat (Styrelsen)

**21/1** Studiebesök av statssekreterare Agneta Karlsson (ES)

**30/1** Föreläsning för Liberalernas sjukvårdspolitiker (ES)

**2/2** Rådet för läkemedel, IT och medicinteknik (ES, BH)

**4/2** Läkarförbundets förbundsstyrelse (ES, JÅ)

**5/2** Revisionsmöte (ES, JÅ, KW, KH)

**8/2** Möte Famna (ES)

**8-9/2** Introkurs (ES, SL, JÅ, BH)

**12/2** Möte Socialdemokraterna (ES)

**18-19/2** Besök SYLF Västernorrland (ES)





# Dr Kristina

Så har det nu gått några månader av min nya karriär. Det är en rätt jourtung specialitet, föräldraskapet. Den kan på många sätt liknas vid livet som läkare. Du är smått livegen så tillvida att någon annan bestämmer mycket av vad du ska göra på dagarna och när du ska göra det. Bara det att mottagningssköterskan som bokar (och dubbelbokar) in dina patienter bytts ut mot en bebis, med ständiga behov som inte gärna låter vänta på sig. Du har inte alltid tid att gå på toa och får nu ännu en chans att visa din urinblåsa vem som är herre på täppan – poängen med knipövningar är flerfaldig.

Som ny på jobbet är det svårt att tolka anamnes och status, likaså med ett litet 0-månaders pyre. Varför kommer de inte med instruktionsmanual? Eller i alla fall hänvisning till Youtube-kanal för dechiffriering av olika läten och rörelsemönster? Betyder det här gnället hunger, trötthet eller behov av blöjbyte? Trial and error, precis som det kan vara på vårdcentralen när symtomatologin är lite diffus. Och då har vi inte ens börjat prata om journalterna. Hur mycket kommer jag att få sova?

Vad kommer att behöva göras i natt, fattar jag bra beslut under sömnbrist?

Hur lång paus vi tar från det andra jobbet i samband med bebisens ankomst är olika. Min tanke om föräldraledighet var 6 månader. Hur ska jag kunna vara borta från mitt roliga jobb längre? Det blir ju så långtråkigt att bara vara hemma... men nej! Hos oss går dagarna i ett huj och jag får gott sällskap av både min fina, roliga bebis och av kompisar som också nyligen blivit mammor. Möjlighet finns till och med att diskutera vetenskapliga artiklar emellanåt, inte bara vilken bärsele som är skönast.

Sedan pratar jag med min handledare om hennes senaste jour och känner ändå att ytpänningen i bebisbubblan minskar och en längtan börjar pyra. Den lilla glöden kommer att växa sig starkare, det är jag säker på. Vilken glädje att ha två så roliga jobb.

## SYLF-AKTUELLT

### SYLF:s fullmäktige

Förberedelserna inför fullmäktige är i full gång. Mötet går av stapeln i Stockholm den 18–19 mars. Viktiga frågor som kommer att diskuteras är bland annat tillsättning av AT-, ST- och andra underläkartjänster och vilka möjligheter SYLF har att arbeta för förbättringar inom området. Vad SYLF kan göra för att stödja utlandsutbildade läkare på deras väg in på den svenska arbetsmarknaden är ett annat ämne som kommer att debatteras.

För mer information och anmälan för dig som är fullmäktigedeleгат, besök [syf.se](http://syf.se).

## Utredning om en mer effektiv vård

I januari presenterades utredningen "Effektiv vård" som har haft uppdraget att föreslå förbättringar för en effektivare svensk hälso- och sjukvård. Utredningen anser bland annat att integrationen mellan primärvård och sjukhus och mellan landsting och kommun behöver förbättras. Detaljstyrningen i vården är för hög och resurserna behöver satsas smartare. För att möta vårdens utmaningar föreslår utredningen bland annat satsningar på primärvården med ett nationellt utformat uppdrag och patientansvar hela dygnet. Utredningen förordar även en förbättrad nationell samverkan om kompetensförsörjning och att det bör utredas om tjänstgöring inom primärvården ska ingå i ST för fler specialiteter. Utredningen är ett viktigt inlägg i hälso- och sjukvårdsdebatten och om dess förslag genomförs kommer de att få stor påverkan på svensk hälso- och sjukvård och dess organisation. SYLF bevakar mottagandet av utredningen och kommer att vara aktivt i diskussionerna kring förslagen.