

## **Anteckningar från NHS-möte den 11 december 2014**

(Mötet leds av NHS ordförande Bibbi Carlsson; 15 medlemmar deltar)

### **Tema: Jämförelse Norge/Sverige i aktuella sjukvårdsfrågor och Läkaren som patient**

Ordföranden hälsar välkommen, och vänder sig särskilt till den inbjudne föredragshållaren och för många medlemmar tidigare kollegan **Ulf Ljungblad** och hans hustru Bibbi.

Med erfarenheter från ledande ställningar i **den norska sjukvården**, såväl på regional som nationell nivå inleder Ulf med att konstatera att skillnader i det norska samhället (i jämförelse med det svenska) sätter också spår i planeringen, organisationen och driften av sjukvården<sup>1</sup>.

Stora underskott, svårigheter att styra och mångfalden av små sjukhus i ett flertal fylken låg bakom reformen år 2000 ”Mer hälsa för varje krona”. Denna reform innebar att staten tog över ansvaret för sjukhusvården och att 5 regioner (hälsoföretag) bildades. Härigenom skapades bl.a. rätten för patienten att söka på ”vilket sjukhus som helst i Norge”.

Även om tydliga förbättringar skett, som t.ex. minskande väntetider på akutmottagningar, som kanske delvis kan förklaras av det norska fastlege -och legevaktssystemet i anslutning till sjukhusen som ”sorterar bort” 50-60 % av alla patienter, har ett antal problem dröjt sig kvar, t.ex.,

- Överbelastade sjukhus, trots 30 % fler vårdplatser än i Sverige, varav en del av problemet kan förklaras av långa vårdtider
- Stora variationer mellan sjukhus betr. medicinska resultat, t.ex. vid operation av patienter med ändtarmscancer, men även vad gäller vårdtider, profylax och mobilisering; ”det gäller att välja rätt sjukhus”,
- Förekomsten av pneumokocker 6 ggr vanligare än i Sverige
- Problem med DRG-ersättningarna; 60% av diagnoserna är felaktiga.

I Norge (men inte i Sverige) väckte en amerikansk rapport (1999) stor uppmärksamhet. Den indikerade att mellan 50000 och 100000 patienter dog i onödan varje år på grund av medicinska misstag och felbehandlingar i USA. Överfört på norska förhållanden drogs slutsatsen att 1600 patienter dog i onödan varje år. En annan slutsats var att ”25-40% av alla kostnader för sjukvård beror på medicinsk felbehandling”.

---

<sup>1</sup> Presentationen erinrar om skillnader i de nordiska välfärdssystemen, som bl.a. beskrivits av sociologen Erik Allardt i ”Att ha, att älska, att vara: om välfärd i Norden”, 1977.

Där Norge, enligt vad sekreteraren kan dra sig till minnes, representerar mera ”att älska” och Sverige ”att ha” jämfört med övriga nordiska länder

Med detta som utgångspunkt ledde Ulf ett landsomfattande projekt, delvis baserat på egna erfarenheter gjorda i Östfold, kring bl.a. behandlingslinjer för enskilda sjukdomar. I detta sammanhang användes en modell med GTT (Global Trigger Tools). Detta innebär att speciella professionella team systematiskt och regelbundet går igenom slumpvis utvalda journaler där man registrerar medicinska misstag, felaktig medicinering etc. Informationen om misstagen och dess konsekvenser återförs till organisationen så att åtgärder kontinuerligt kan vidtas och samma misstag inte upprepas.

Ulf understryker att kravet på standardisering (för att komma till rätta med misstag och de alltför omfattande variationerna i vårdens resultat) inte får gå ut över nödvändig individualisering av vården, där läkaren måste ”se sina patienter”. ”Annars vet man ju inte om man är bra eller dålig”.<sup>2</sup>

I sitt anförande under rubriken **Läkaren som patient** understryker Ulf att alltför få patienter med ALS får behandling. Kravet på ”vetenskap och beprövad erfarenhet” får inte vara ett hinder för att pröva nya vägar. Han låter också förstå att han som läkare och med större kunskap om sin sjukdom än många andra patienter och kanske också många läkare känner en större frustration när man bemöts med oförmåga inom sjukvården att aktivt pröva något nytt.

Ulf betonar nödvändigheten att läkaren ”lär sig mer vetenskap” och avslutar med att uttrycka glädjen över att han fått flera hundra stöttande mail från kolleger.<sup>3</sup>

Under diskussionen framkommer kraftfulla stödande synpunkter med innebörd

- Att läkaren måste lyssna på sin patient och
- Att läkekonsten förutsätter att läkaren och andra aktörer i vården måste ”våga lära” och ”våga vara nyfiken”.

Ordföranden framför ett innerligt tack till Ulf, som med stöd av sin hustru Britt, genomförde föreläsningen på ett utomordentligt skickligt sätt. Den väckte glädje, beundran och tacksamhet.

Vid anteckningarna: Per-Olof Brogren

---

<sup>2</sup> Observera att på Myndighetens för vårdanalys hemsida ([www.vardanalys.se/rapport](http://www.vardanalys.se/rapport)) kan man ladda ner rapporten ”Strukturfrågor i hälso- och sjukvården” med jämförelse mellan ett antal länder, inkl. Norge, Danmark och Sverige.

<sup>3</sup> För en mera ingående beskrivning av Ulfs sjukdom hänvisas till hans artikel i Läkartidningen 6 nov 2014 (Från offpiståkning till rullstol på 1,5 år) och artikel i GP den 1 dec 2014.