



Frågvisa patienter får **BÄTTRE** vård

Barbro Westerholm är utbildad läkare, men har inte genomfört särskilt många läkarundersökningar. Istället har hon som generaldirektör på Socialstyrelsen, ordförande i SPF Seniorerna och ledamot i riksdagen **varit med och format den vård** vi har idag.

Text & Foto KARL LINDBERG



Isina olika roller har Barbro Westerholm sett vården ur olika perspektiv och lärt sig att förändring börjar med att någon ställer frågan "Varför gör vi på detta sättet?". Hon har lärt sig att det kan ta tid att få som man vill, men också att en enskild patient som ställer rätt frågor till sin doktor kan påverka vården.

Medellivslängden har ökat med ett decennium sedan du tog din läkarexamen. Hur skulle du beskriva de förändringar som skett inom samhället, vården och folkhälsan sedan dess?

– Jag tog min läkarexamen 1959. Då var primärvården på väg att begravas. Provinsialläkarna försvann och sjukvården skulle knytas till sjukhusen.

Vi som utbildade oss till läkare hade därför inte en tanke på att bli allmänmedicinare. Det fanns inte på kartan. Jag tänkte bli barnläkare. Min man, som var kurskamrat med mig, tänkte bli kirurg.

– Sen kom ett uppvaknande. Man insåg att det här inte skulle fungera. Så man började prata om vårdcentraler. Och vi talar fortfarande om att primärvården är viktig. Orden finns. Tankarna finns. Men det här att göra. Det saknas.

– En annan förändring är våra möjligheter att behandla olika sjukdomar. Nya läkemedel gör att vi kan leva ett gott liv mycket högre upp i åldrarna. En femtedel av befolkningen är nu 65 år och äldre. Att vi kan leva länge med kroniska sjukdomar som vi tidigare dog av en kort tid efter insjuknandet är en dramatisk förändring.

– Ta en sån sak som att både smittkoppor och polio har försvunnit i Sverige. De fanns ännu på 50-talet. På varje medicinarkurs insjuknade i snitt två stycken i TBC därför att vi mötte så många patienter som smittade oss.

Många av de nya fantastiska mediciner som kommer ut på marknaden är väldigt dyra. Har vi råd med dem?

– Vi har råd med de nya medicinerna om vi använder de gamla på rätt sätt. Läke-medelsbiverkningar och felaktig läkemedelsanvändning kostar oss 15 miljarder om året. Det handlar inte bara om att läkarkåren ska skriva ut rätt läkemedel utan också om att avsluta behandlingar som inte längre behövs. Många av läkemedlen är inte utprovade på äldre. Man har inte heller provat hur länge de egentligen gör nytta. Vi vet inte om 90-åringar behöver medicin mot högt blodtryck. De kanske de inte alls gör.

– Svensk hälso- och sjukvårds största problem, kopplat till vård och omsorg om

den här generationen, är att vi använder pengarna fel. Där har det kommit en oerhört bra utredning av Göran Stiernstedt, *Effektiv vård*, som bygger på erfarenheter från Norrtälje. Där har man valt att lägga ihop de pengar

»Pengabrist är inte
problemet i Sverige, det är
hur vi använder
pengarna.«

kommunen och landstinget satsar på hälso- och sjukvård. Dessutom arbetar man i team. Geriatrikern arbetar ihop med personalen på vård- och omsorgsboendet.

– Det här sättet att arbeta är bättre för huvudpersonen patienten, bättre för anhöriga, bättre för personalen. Sjukskrivningar går ner, personalomsättning går ner. Om hela Sverige arbetade på samma sätt, vilket Göran Stiernstedt föreslår, så skulle vi ha råd. Pengabrist är inte problemet i Sverige, det är hur vi använder pengarna.

Under din tid som läkare, forskare och politiker har andelen kvinnor ökat kraftigt inom dessa yrken. Hur har det påverkat samhället i allmänhet och vården i synnerhet?

– Män och kvinnor har olika erfarenheter. När kvinnorna kommer in blir det en mer jämlik och human vård. Vi var en tredjedel



Förändring tar tid, men det går att komma i mål. Det gäller bara att bygga allianser och ta fram fakta. Det är Barbro Westerholms slutsatser efter att i drygt 50 år ha arbetat med att förändra svensk vård.

kvinnliga medicinare på min kurs. Det var ovanligt mycket på den tiden. Nu är kvinnorna uppe i mer än hälften. Sen är hjärnkirurg fortfarande ett manligt yrke. Den synen, att det är en statuskillnad mellan olika specialiteter i vården, måste vi ändra på.

Har politiken påverkats av att fler kvinnor kommit in?

– Absolut. Titta på vad som hände 1922 när de fem första kvinnorna kom in i riksdagen. De insåg att de inte ensamma i sina respektive partier kunde förändra något, så de slöt sig samman tvärpolitiskt. De lyfte folkhälsofrågor, barnomsorgsfrågor och frågor om våld i alla former. Det är frågor som kvinnor sen har hållit fast vid. Det var i socialutskottet kvinnorna fanns. Det har blivit mer jämvikt, men i de sociala frågorna är det fortfarande oftast kvinnor som tar initiativ.

Vad har det betytt att fler kvinnor kommit in på ledande positioner i myndigheter?

– Det hade exempelvis betydelse för att p-piller fick bli preventivmedel 1964. Fem år tidigare hade p-piller börjat användas för menstruationsrubbningsfrågor. Sen kom man underfund med att de var bra som preventivmedel. Då var frågan om vi skulle godkänna dem som preventivmedel. Jag arbetade på svensk läkemedelskontroll då och var för. Men min chef var mot att ställa kvinnor på ett läkemedel kontinuerligt som kunde ge biverkningar. Det var ett kompakt motstånd. Men den professor i gynekologi som jag gått på kurs för, och som skötte om mig och de fyra barn som vi så småningom födde, och hans hustru som också var gynekolog, de var för.

– Sen fick jag veta att p-piller såldes svart i Kungsträdgården och då menade jag att





Med sina 84 år är Barbro Westerberg äldst bland ledamöterna i Sveriges riksdag och ett exempel på att många idag kan leva ett aktivt liv högt upp i åldrarna.

»Vi har inte en jämställd vård. Det går bra
för dem som är välutbildade,
 som vet vad de ska fråga efter, vet att
 gå i tid om de får symtom, vet att
 det är viktigt att välja livsstil.«

det är väl ändå bättre att en läkare skriver ut dem än att kvinnor köper dem på svarta marknaden. Hade det varit på min chefs bord, och jag inte hade funnits där, då hade inte p-piller blivit p-piller då. Det hade dröjt ytterligare.

– Jag är född 33. I den flickskola jag gick blev en klasskamrat gravid och fick sluta skolan. Abort var inte att tänka på. Vi var väldigt rädda när mensen uteblev. För det är klart, oskulder var vi ju inte. De här rädslorna gjorde att jag kände att p-piller, att kunna välja att föda de barn som man vet att man kan ta ansvar för, var en gåva till kvinnor. Men mina manliga kollegor i läkemedelskontrollen hade inte den känslan. De hade inte varit rädda en gång i månaden.

Sverige hör till de länder i världen som har lägst spädbarnsdödlighet. Samtidigt finns det stora skillnader i spädbarnsdödlighet kopplat till faktorer som moderns vikt och utbildningsnivå. Vad kan vi göra för att minska dessa hälsoklyftor?

– Vi har inte en jämställd vård. Det går bra för dem som är välutbildade, som vet vad de ska fråga efter, vet att gå i tid om de får symtom, vet att det är viktigt att välja livsstil. Sen har du grupper med kortare utbildning. Rökningen är ett väldigt tydligt exempel. Knappt några doktorer röker idag. Men undersköterskan längtar efter rök-

pausen. Vi behöver höja utbildningsnivåerna och nå ut med information om risker och vikten av livsstil.

Tillgången till vård varierar idag beroende på var man bor, vilken utbildningsnivå man har och vilket kön man tillhör. Exempelvis är det dubbelt så stor chans att du får de nyaste och dyraste medicinerna mot psoriasis ifall du är man som ifall du är kvinna. Hur ska vi säkra en mer jämlik tillgång till vård?

– Frågar du läkarkåren varför det ser ut så här så får du ofta svaret ”det visste jag inte om”. Det finns en omedveten diskriminering. Några ortopedier tittade på vilka frakturpatienter man tog först på akuten. Det var de yngre fast man medicinskt sett borde ha tagit de äldre först. Så frågar man ”varför gör ni så här?”. Många svarar ”det har jag inte en aning om”. När ortopederna insåg hur det såg ut ändrades rutinerna. Därför är det så viktigt att peka på problemet och fråga ”varför gör ni på detta viset?”.

– När det gäller jämställdhet så har jag upplevt att när folk väl fått på sig jämställdhetsglasögon så ser de ojämlikheter dagligen och stundligen. Men det är ganska subtilt. När jag var generaldirektör på Socialstyrelsen och satt i många manliga församlingar så hände det att jag fick höra ”lilla vän bryr du dig om det här?”. Jag var minst lika välutbildad som de. Det är klart att jag brydde mig. ➔

»Neurosedynkatastrofen blev en väckarklocka. Nu hör vi till ett av de länder som ligger längst fram när det gäller att forska på läkemedelsbiverkningar.«

Det görs ju ändå försök att få vården mer jämlik. För flera sjukdomar har regeringen beslutat att Socialstyrelsen ska ta fram nationella riktlinjer för vilka behandlingar vården ska välja. Tror du att det kommer att fungera?

– Allt det här vi skriver, utan att samtidigt se till att det finns verkligt effektiv utbildning i hur det ska användas, ger inget resultat. Jag tycker att analysen av patientlagens effekter, som visar att den inte haft någon effekt alls, är talande. Det är ändå en lag. Det är inte riktlinjer, utan det är faktiskt en lag. Den får ingen effekt därför att det saknats personer som drivit att den ska tillämpas.

– När jag blev ordförande i SPF Seniorerna hade jag gett upp hoppet om att läkarkåren skulle förbättra sin förskrivning av läkemedel. Uppföljning av effekterna av kronisk medicinering saknades. Alltför ofta kombinerades läkemedel som inte ska ges tillsammans. Då tänkte jag att det här behöver vi driva från konsumentensidan. Så vi satte igång en läkemedelsutbildning för våra medlemmar, *Koll på läkemedel*. Nu har PRO krokat arm med SPF, vi driver utbildningen tillsammans med ekonomiskt stöd från regeringen.

– Det har effekt därför att det lär konsumenterna att ställa de rätta frågorna, ”Varför får jag det här läkemedlet? Kan jag äta det tillsammans med de här andra? Har doktorn kollat min njurfunktion så att dosen är rätt?”.

– Patientorganisationer och pensionärsorganisationer är jätteviktiga för konsumentupplysning och konsumentutbildning. Jag ser dem som de bästa sändarna av vilka rättigheter patientlagen ger patienterna. För vårdgivarna har det inte i bakhuvudet.

Sjukvårdsminister Gabriel Wikström har sagt att hans mål är att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Vad ger du honom för odds att klara av det?

– Gabriel Wikström vill, men det räcker inte med vilja. Det måste finnas en mottagare som bidrar och ser till att det omsätts i verkligheten. Men mottagarna i kommuner och landsting har inte engagemang och vilja nog att svara upp. Kommun- och landstingspolitiker har inte siktet inställt på långsiktiga förändringar. De ser mest till den innevarande mandatperioden. Sen har du också det kommunala självbestämmandet som är oerhört starkt. Staten kan prata sig hes om den inte samtidigt kommer med rejält med pengar till kommuner och landsting för att göra en förändring.

Du har ju i dina olika yrkesroller sett vården från flera olika perspektiv, vad har det gett dig för insikter om vad olika aktörer kan bidra med och hur de kan samverka för att skapa en bättre vård?

– Det är viktigt att patientorganisationer är med när vården ska förbättras. Europeiska

läkemedelskontrollen, som godkänner läkemedel, har ett patient- och konsumentråd där jag sitter. Vi är med och lämnar synpunkter från det att det kommer in en ansökan om klinisk prövning. Jag lämnar mer allmänna synpunkter. Men de som representerar särskilda diagnoser kommer in när det gäller preparat inom deras sektor. Här har du en patientföreträdare som är med hela vägen från ansökan om klinisk prövning till ansökan om godkännande av registrering, till utformningen av patientinformationen och informationen till läkarkåren. Jag skulle vilja se det inom alla områden där man berörs som patient. I Sverige ligger vi efter här. När vi har haft företrädare så har det varit på ett allmänt plan, inte så här specifikt.

– Patientorganisationerna är en tillgång när det gäller utprovning och värdering av nya behandlingsmetoder. De har som patienter erfarenheterna av att leva med en sjukdom. Det är en erfarenhet som beslutsfattarna inte brukar ha. Det är lika viktigt för tekniska hjälpmedel som för läkemedel.

Ett problem du uppmärksammat är att många med kroniska sjukdomar som psoriasis och diabetes inte får den medicinska fotvård de behöver. Det kan ses som ett exempel på att den status en sjukdom har inom forskning och utbildning verkar påverka resurstilldelningen. Vad kan patientföreningar och andra aktörer göra för att ändra på det?

– Fotvård, bensår, trycksår och inkontinens är exempel på vardagsproblem som omfattar en väldigt stor del av befolkningen, men som har låg status och därför inte prioriteras. Ta inkontinens hos kvinnor som har fött barn. Man talar inte om det, men man lider av det. Det finns botemedel. Men hur många i vården och omsorgen känner till vilka möjligheter som erbjuds?

– Här tror jag att patientorganisationer kan ligga på och hitta politiker som vill driva dessa frågor, och gärna då en grupp politiker av lite olika partifärg så att det blir en tvärpolitisk ansats. Politikerna har makten över de politiska besluten och pengarna medan



FAKTA

Barbro Westerberg

1933	Föds i Stockholm
1959	Läkarexamen vid Karolinska Institutet
1963	Anställd på Medicinalstyrelsen
1964	Doktorsexamen
1965–1970	Verkställande ledamot av Läkemedelsbiverkningsnämnden
1971–1974	Medicinalråd vid Socialstyrelsen
1974–1979	Medicinsk expert på Apoteksbolaget
1979–1985	Generaldirektör för Socialstyrelsen
1985–1988	Medicinsk chef för Apoteksbolaget
1987–1988	Vice ordförande i WHO:s styrelse
1988–1999	Riksdagsledamot för Folkpartiet
1999–2005	Ordförande för Sveriges pensionärsförbund
2002–2007	Vice ordförande för AGE (AGE Platform Europe)
2006–2018	Riksdagsledamot för Folkpartiet/Liberalerna





Barbro Westerholm menar att de som lider av vanliga åkommor som bensår eller inkontinens idag diskrimineras i vården.

patientorganisationer kan peka på möjligheterna till ökad livskvalitet, men kanske också på att det kan göras besparingar om vi gör rätt saker. Vi lägger ut förfärligt mycket pengar på felaktig behandling av bensår. Med utbildningsinsatser och rätt behandlingsmetoder kan du bespara patienter årtal av lidande. Massor av tid i hälso- och sjukvården kan användas till annat än att lägga om bensår med fel bandage.

Läkemedelsbiverkningar är en fråga du arbetat med länge. Tycker du att vi idag har en rimlig avvägning mellan nyttan av att snabbt få ut nya mediciner till patienterna och riskerna med biverkningar liknande de vi såg av Neurosedynkatastrofen i Sverige då fler än 150 barn föddes med missbildningar sedan deras mammor tagit en ny medicin mot sömnbesvär och illamående?

– Av allt jag gjort sen jag tog min läkarexamen är nog den verksamhet vi byggde upp på Medicinalstyrelsen för rapportering av läkemedelsbiverkningar det som betytt mest för de patienter jag aldrig kom att få ansvar för, eftersom jag inte blev vanlig doktor. Den kunskap om användningen av läkemedel och de metoder för att beforska larm om risker som vi utvecklade var inte bara användbara för läkemedel utan också för andra risksituationer. I början av 60-talet hade Sverige inga kunskaper alls om hur man skulle tackla såna här problem. Neurosedynkatastrofen blev en väckarklocka. Nu hör vi till ett av de länder som ligger längst fram när det gäller att forska på läkemedelsbiverkningar.

– Samtidigt skulle vi kunna göra mer. Nu finns det en varningstriangel på nya läkemedel för att man ska vara särskilt observant och rapportera allt som verkar konstigt

till biverkningscentralerna. Men där vet vi att det är en underrapportering. Jag skulle vilja ha en mer systematisk uppföljning av patienterna när ett läkemedel kommit ut på marknaden. Inte minst för de läkemedel som är högeffektiva vid sällsynta diagnoser. I Sverige skulle det här vara ganska enkelt med tanke på det receptregister vi har. Vi borde inte vänta på spontana erfarenheter från förskrivare, patienter och farmaceuter, utan aktivt ställa frågor och fånga upp erfarenheter.

En av de förbättringar som du länge arbetat för är en nationell läkemedelslista, eller ett individbaserat läkemedelsregister. Nu verkar detta till slut vara på väg att blivit verklighet. Vad tror du att det kommer att innebära?

– Det handlar om att läkare ska kunna väga för- och nackdelar av mediciner mot varandra. Men det är också ett sätt för läkare att ha koll på patientens behandling. Idag kan en läkare inte se vad en annan läkare skrivit ut för medicin till samma patient. Med en nationell läkemedelslista kan läkare se krockar mellan olika läkemedel. Att införa ett individbaserat läkemedelsregister är därför en patientsäkerhetsfråga av stora mått.

– Jag har drivit detta sedan 1960-talet. Men omsorgen om integriteten har gjort att såväl mitt eget parti som andra partier och Läkarförbundet länge sagt nej. När jag pratade med de andra i SPF om detta sa de ”Det är ju vår säkerhet det handlar om. Här sitter politiker som sannolikt inte äter några läkemedel alls och bestämmer att vi inte ska få finnas i ett sånt här register.” Då bestämde jag mig för att driva frågan tillsammans med de andra pensionärsorganisationerna och handikapporganisationen. Så då blev det till slut ett receptregister 2005.

Vad är det som saknas i det receptregister som nu finns?

– Nu finns läkemedlet, mängden som är förskrivet och identiteten på patienten men ordinationsorsaken saknas. Och patienten ska tillfrågas om utlämnande. Sekretessen gör att en läkare inte kan se vad en annan läkare skrivit ut för läkemedel till samma patient. Efterfrågan på en samlad läkemedelslista tillgänglig för både patient och vårdgivare, som visar patientens alla aktuella läkemedel och ordinationsorsak, oavsett hur och var de ordinerats har funnits länge. Tyvärr kan detta inte genomföras förrän alla vårdgivare i landet har förberett sina journalsystem för att klara den här uppgiften.

Vad är du mest stolt över av de förändringar som du har varit med och åstadkommit inom vården?

– Det beror på vilken av mina olika roller vi pratar om. När jag var generaldirektör på Societalstyrelsen strök jag homosexualitet från listan över sjukdomar. Det har hjälpt väldigt många. I min roll som forskare och ledamot av Läkemedelsbiverkningsnämnden är jag stolt över forskningen kring läkemedelsbiverkningar som innebar att vi sänkte hormondoserna i p-piller och blev av med en massa biverkningar. Som ansvarig

för läkemedelsbiverkningsrapporteringen på Medicinalstyrelsen såg jag till att vi plockade bort ett par läkemedel från marknaden som folk faktiskt dog av. Som ordförande för SPF Seniorerna är jag stolt över det arbete vi la ner på att få igenom en lag mot diskriminering av årsrika personer.

– Sen ska man komma ihåg att man gör det ju inte ensam. Man är en av flera som medverkar med olika kompetenser. En sitter på den positionen från vilken det går att driva en fråga. Jag har haft förmånen att ha jobb från vilka det har gått att driva frågor. ■

» Jag har
haft förmånen
att ha jobb från
vilka det har gått att
driva frågor.«