



LUND UNIVERSITY

WHO-initiativ för ökad tillgång till kirurgi i resursfattiga områden

Bolkan, H. A.; Holmer, Hampus; Hagander, Lars

Published in:
Läkartidningen

2014

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Bolkan, H. A., Holmer, H., & Hagander, L. (2014). WHO-initiativ för ökad tillgång till kirurgi i resursfattiga områden. *Läkartidningen*, 111(6), 223-223.

Total number of authors:

3

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

WHO-initiativ för kirurgi i resursfattiga områden

En tredjedel av världens befolkning saknar eller har begränsad tillgång till kirurgisk vård. Världshälsoorganisationen tog 2005 ett initiativ för att globalt öka tillgången på akut och essentiell kirurgi i resursfattiga områden. Fler bör ansluta sig till detta initiativ, anser artikelförfattarna.

Tillgången till kirurgiska tjänster är mycket ojämnt fördelad i världen. Mindre än 4 procent av alla operationer utförs på människor som tillhör världens fattigaste tredjedel [1]. Två miljarder människor saknar helt tillgång till kirurgi [2]. Konsekvenserna är att de inte får sina skador behandlade vid olyckor, att livsnödvändiga kejsarsnitt inte utförs eller att medfödda tillstånd som klumpfot och läpp-gomspalt förblir obehandlade, för att nämna blott några exempel. Enbart olycksfall kräver årligen 5,7 miljoner dödsfall globalt, betydligt fler än de 3,8 miljoner som orsakas av malaria, aids och tuberkulos tillsammans [3].

Utvecklingen av kirurgiska behandlingsmöjligheter i världens resursfattiga områ-

den har hamnat i skuggan av stora program inriktade på infektionssjukdomar [4]. En orsak är missuppfattningen att kirurgisk behandling är för dyr. De senaste åren har ny kunskap framkommit som visar att kirurgisk vård på distriktssjukhus i låginkomstländer är mycket kostnadseffektiv, i paritet med vaccinationsprogram [5, 6].

Kirurgi har på olika sätt omnämnts i dokument, beslut och uttalanden från WHO i över 30 år [7, 8], men vägen från ord till handling har varit lång. Sedan snart ett decennium drivs arbetet för universell tillgång till kirurgisk vård framför allt av WHO:s program för akut och essentiell kirurgi (emergency and essential surgical care, EESC), vars globala initiativ (GIEESC) är öppet för alla intresserade och till stor del drivs av ideellt arbetande kliniker och forskare.

GIEESC, som räknar 1 000 medlemmar från 100 länder, har som målsättning att öka kunskapen och uppmärksamheten kring den stora kirurgiska sjukdomsburden och bristen på kirurgisk vård samt att stärka kapaciteten att leverera kirurgisk behandling på distriktssjukhus i låg- och medelinkomstländer. Initiativet fokuserar på att utveckla internationella standarder och utvecklings- och träningsprogram för enkla och livsviktiga procedurer och tjänster i resurssvaga områden. Tio arbetsgrupper arbetar dessutom med frågeställningar som på olika sätt berör kirurgi i låginkomstländer. Vartannat år möts GIEESC:s medlemmar för att diskutera hur arbetet framskrider [8, 9].

Initiativets femte möte ägde rum i Trinidad och Tobago den 14–15 oktober i år, och bland de nära 300 deltagarna var artikelförfattarna ena samma representanter från

Skandinavien. Några återkommande diskussionspunkter var hur man bäst bygger upp ett fungerande sjukvårdssystem i resurssvaga miljöer, hur politisk och ekonomisk vilja kan stärkas samt utbildning av icke-läkare till kirurgiska operatörer, något som i dag praktiseras i majoriteten av länder i Afrika söder om Sahara [10].

WHO:s initiativ har möjlighet att spela en viktig roll under de kommande åren, som plattform för att förbättra tillgången på och kunskapen om kirurgisk sjukvård i resurssvaga länder, liksom för att öka kvaliteten på de tjänster som erbjuds. Kirurgiska tillstånd är en heterogen grupp, och patienterna har inte mycket mer gemensamt än ett behov av kirurgisk behandling. Till skillnad från andra sjukdomsgrupper som exempelvis HIV/aids tycks kirurgiska tillstånd ha betydligt svårare att generera uppmärksamhet och mobilisera resurser. GIEESC har därför stor potential som koordinator och pådrivande kraft för att öka tillgången på kirurgisk vård i resursfattiga områden.

Nästa stora vägskäl för att påverka stora globala hälsofrågor är Världshälsoförsamlingen (WHA) som WHO håller årligen i maj. I form av resolutioner beslutar mötet vilka prioriteringar och riktlinjer som ska gälla för organisationens fortsatta arbete. Även om resolutionerna inte har direkt inflytande över de enskilda medlemsländernas nationella hälso- och sjukvårdsplaner spelar de en viktig roll för vilka prioriteringar som kommer att gälla.

Ett utkast till en resolution om vikten av att öka tillgången till kirurgisk vård i resurssvaga områden har arbetats fram. Flera nordiska forskare och kliniker har tidigare lämnat betydande bidrag till denna rörelse [11].



Foto: Colourbox

Tillgången till kirurgi är ojämnt fördelad i världen.

■ **FAKTA 1.**

WHO Global Initiative for Emergency and Essential Surgical Care (GIEESC) grundades 2005 och omfattar 100 medlemsländer. Information om hur man blir medlem i GIEESC: <http://www.who.int/surgery/globalinitiative/en/>

Kontakta författarna för mer information om sätt att bidra till GIEESC:s arbete.

Brist på starka kirurgiska lobby- och aktivistgrupper är det tydligt att professionen måste komma från professionen i varje enskilt medlemsland. Vi uppmanar därför kirurger, obstetriker, anestesiologer och andra intresserade här hemma att involvera sig i arbetet med att göra operativa specialiteter mer tillgängliga för patienter även utanför den rikaste delen av världen. Medlemskap i GIEESC är en god början (Fakta 1).

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ **REFERENSER**

1. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modeling strategy based on available data. *Lancet*. 2008;372:139-44.
2. Funk LM, Weiser TG, Berry WR, et al. Global operating theatre distribution and pulse oximetry supply: an estimation from reported data. *Lancet*. 2010;376:1055-61.
3. Norton R, Kobusingye O. Injuries. *N Engl J Med*. 2013;368:1723-30.
4. Farmer PE, Kim JY. Surgery and global health: a view from beyond the OR. *World J Surg*. 2008;32:533-6.
5. Gosselin RA, Thind A, Bellardinelletti A. Cost/DALY averted in a small hospital in Sierra Leone: what is the relative contribution of different services? *World J Surg*. 2006;30:505-11.

■ **LÄS MER** Fullständig referenslista Läkartidningen.se



HÅKON A BOLKAN
allmänkirurg, St Olavs Hospital, Trondheim; doktorand, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim; styrelseordförande, CapaCare



HAMPUS HOLMER
research associate in global surgery, Harvard Medical School och Boston Children's Hospital, Boston, USA; läarkandidat, Lunds universitet



LARS HAGANDER
barnkirurg, Skånes universitetssjukhus, Lund; PhD, MPH, Lunds universitet; ordförande, Lancet Commission on Global Surgery
lars.hagander@med.lu.se

Vår gemensamma venereologiska framtid – vidgade vyer och vettiga val

Trots god tillgång till preventivmedel och medvetenhet om riskerna med oskyddat sex noterades år 2012 bland de högsta talen för klamydiainfektioner och aborter i modern tid. Fruktksamheten ska säkerställas parallellt med självförverkligandet. Möjligheten att testa sig blir då för många ett alternativ till försiktighet och prevention.

Samtidigt som laboratorietester förfinas och görs mer lättillgängliga, begränsas terapivalen till följd av en tilltagande antibiotikaresistens för flera sexuellt överförbara infektioner (STI). Nya test baseras på snabba och känsliga DNA-analyser med hög specificitet till överkomligt pris, men med varierande tillförlitlighet och stor risk för falskt positiva fynd i lågprevalent miljö. Ett allt bredare utbud av test även för sällsynta smittämnen riskerar att leda till osäkerhet, oro och överbehandling, exempelvis genom okontrollerad egenerapi via internet.

Mer tillåtande sexualnormer och fler utlandskontakter ökar påtagligt riskerna för exponering för smittor som gonorré och HIV. Gonorré ökar explosionsartat globalt (+ 25 procent sedan 2005) och är ökad för sin omfattande resistensbenägenhet, som dessutom ökar i allt snabbare takt [1].

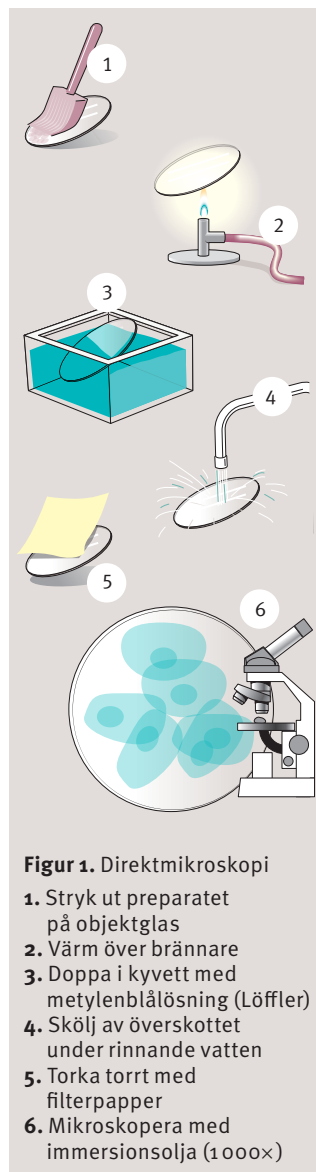
Inlärd behandling regimer blir snabbt uttrangerade. För den som vill hålla sig uppdaterad rekommenderas riktlinjer för Sverige [2] och Europa [3]. I Sverige behandlas patienter med gonorré med hänsyn till resistensmönster, och kontrollprov tas alltid för att bekräfta utläkning. Inom Sektionen för venereologi har vi därför valt att avvakta med att uppdatera behandlingsregi-

men som föreslagits i refererad artikel och i de europeiska riktlinjerna. Vi följer dock resistensutvecklingen noggrant och är införstådda med att det i framtiden kan bli nödvändigt att komplettera den nu gällande standardbehandlingen (ceftriaxon 500 mg intramuskulärt).

»Det krävs nytänkande, kritisk hållning och bredare samarbete ...«

Gonorré bör alltid uteslutas vid klinisk eller epidemiologisk misstanke, hos män som har sex med män samt vid sexuell utlandskontakt oavsett kön. Framtida DNA-analyser, som med konfirmationstest tar 2–3 dygn, kommer i flertalet fall att medge väntan med vidare utredning och behandling. Positiva fall ska alltid remitteras till en STI-mottagning för vidare handläggning, då fortlöpande anpassning till resistensläget kräver samlad kompetens!

Klamydiaprovtagningen måste utökas, i synnerhet inom primärvården, och gärna via kostnadsfria, landstingsfördelade egentest på nätet. Det finns även tillgång till egenbekostade, ackrediterade apotekstest. Det är inte acceptabelt att klamydia så ofta förbises som orsak till urinvägsinfektion hos både kvinnor och män, eller att patienter hänvisas runt till andra vårdgivare för provtagning. Kvinnor under 30 år med aktivt sexualliv och enstaka uretrit-episod bör alltid kontrolleras för *Chlamydia trachomatis*, särskilt vid partnerbyte – liksom



Figur 1. Direktmikroskopi

1. Stryk ut preparatet på objektglas
2. Värm över brännare
3. Doppa i kyvett med metylenblåslösning (Löffler)
4. Skölj av överskottet under rinnande vatten
5. Torka torrt med filterpapper
6. Mikroskopera med immersionsolja (1000x)

alla män med uretrit- eller epididymitsymtom. Doxycyklin gäller alltså som förstahandsbehandling.

Mycoplasma genitalium är numera, näst efter klamydia, den vanligaste bakteriella sexuellt överförbara infektionen i Sverige och kan liksom denna handläggas av alla.

Antibiotikakänsligheten är begränsad och resistensutveckling mot azitromycin en realitet. *Mycoplasma genitalium* ska framför allt misstänkas vid uretrit/cervicit där klamydia respektive gonorré

har uteslutits, liksom vid oklara underlivsbesvär i stort. Viroser som genital herpes är tämligen konstanta, medan kondylomincidensen förväntas minska markant hos båda könen i takt med att HPV-vaccinationen för flickor får genomslag i ungdomsgruppen. HIV har i takt med effektivare bromsmediciner blivit en i högsta grad behandlingsbar virusjukdom som förtjänar att avstigmatiseras.

Det finns all anledning att vara frikostig med HIV-test liksom test för syfilis och hepatit B/C, som också är behandlingsbara. Med förfinade testmetoder har väntan på relevant utfall förkortats.

Klinisk undersökning med enkel genital inspektion kan göras på alla mottagningar, liksom urin- eller vaginalprovtagning för våra vanligaste STI. Finns tillgång till ljusmikroskop ges dessutom möjlighet till direktprov (Figur 1). Glöm inte att undersöka aktuell(a) partner!

Det krävs nytänkande, kritisk hållning och bredare samarbete mellan berörda vårdgivare så att svensk STI-logistik även i fortsättningen omfattas av rationell och enhetlig handläggning, behandling, uppföljning och i förekommande fall smittspårning.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Unemo M, Fredlund H. Kombinationen ceftriaxon och azitromycin bör ges vid gonorré. *Läkartidning*. 2013;110(5):206.
2. Riktlinjer för STI. Falun: Svenska sällskapet för dermatologi och venereologi (SSDV); 2012. <https://www.pdf.nu/OpenDocuments.asp?id=303&cat=2&pos=0>
3. Guidelines. IUSTI Regions – Europe. International Union against Sexually Transmitted Infections. <http://www.iusti.org/regions/Europe/euroguidelines.htm>

KOMMENTERA DENNA artikel på [Läkartidningen.se](http://Lakartidningen.se)



PER ANDERS MJÖRNBERG

ordförande i Sektionen för venereologi inom Svenska sällskapet för dermatologi och venereologi; överläkare, hudkliniken, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping peranders.mjornberg@lj.se

Var tredje underläkare har upplevt sig diskriminerad

Kön, ålder och etnisk tillhörighet är de grunder på vilka flest underläkare upplevt sig diskriminerade. Det visar en ny rapport från Sveriges yngre läkares förening (Sylf).

Sylf har i dagarna publicerat rapporten »Upplevd diskriminering i underläkarkåren 2013«. Rapporten visar att var tredje av de drygt 2 500 svarande underläkarna upplevt sig diskriminerade på någon av lagens sju diskrimineringsgrunder: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning samt ålder. Förekomsten av upplevd diskriminering ökar ju längre i karriären underläkarna kommer; bland ST-läkare är andelen hela 40 procent.

Sylfs rapport visar att kön, ålder och etnisk tillhörighet är de grunder på vilka flest underläkare upplevt sig diskriminerade. Ofta samverkar och förstärker dessa faktorer varandra. Unga kvinnor och män med utländsk bakgrund framstår som särskilt utsatta. En mycket stor andel av de unga kvinnliga svarandena delar en upplevelse av att inte »förväntas vara doktor«. Det gör att de tvingas överprestera och klara sig mer själva för att bevisa sin kompetens inför både patienter, medarbetare och ledning. För män med utländsk bakgrund tar sig den upplevda diskrimineringen främst uttryck i svårigheter att få tjänster trots goda meriter och lång erfarenhet. Många svarande som inte själva upplevt sig diskriminerade



EMMA SPAK
ordförande



JONAS ÅLEBRING
styrelseledamot; Sveriges yngre läkares förening (Sylf)



Foto: Colourbox

bekräftar dessa bilder och vittnar om att unga manliga underläkare ofta får mer stöd än kvinnliga kollegor samt att etnicitet vägs in vid anställningsbeslut.

Även i de grupper som är mindre till storleken är diskrimineringsproblematiken djup. Exempelvis uppger hela 3 procent av samtliga i undersökningen att de upplevt sig diskriminerade på grund av könsöverskridande identitet eller uttryck, vilket troligen motsvarar en mycket stor andel av det totala antalet underläkare som tillhör denna grupp. Vad gäller sexuell läggning och religion eller annan trosuppfattning, som är lättare att dölja för omgivningen, är andelen som upplevt diskriminering lägre. Flera svarande berättar dock om rädsla för att vara öppen med sin läggning eller tro, vilket indikerar att mörkertalet är stort och problematiken betydande.

Sylf anser att alla människor har rätt till ett arbetsliv fritt från diskriminering. Att minska förekomsten av upplevd diskriminering i underläkarkåren är inte bara en fråga om alla människors självklara rätt till lika möjligheter i arbetslivet. Det handlar också om alla människors rätt till god och jämlik vård. Sylfs rapport visar att de underläkare som upplevt sig diskriminerade tappar i yrkesengagemang under karriärens gång. Under allmäntjänstgöring är de avsevärt mer aktiva i utvecklingsarbete och mer intresserade av ledarskap än sina kollegor. När det är dags för specialiseringstjänstgöring är de i stället långt mindre engagerade än övriga, troligen på grund av det dåliga bemötandet de fått. De som upplevt sig diskriminerade överväger också att byta yrke eller specialitet i markant högre ut-

sträckning än de som inte upplevt diskriminering. Bristerna i underläkarnas arbetsmiljö riskerar alltså att försämra både tillgången till och kvaliteten på den vård vi erbjuder. Det är ett kompetensslöseri som varken vården eller samhället har råd med.

Diskrimineringslagen ålägger i dag arbetsgivare att aktivt arbeta förebyggande mot diskriminering när det gäller kön, etnisk tillhörighet samt religion eller annan trosuppfattning. Resultaten från Sylfs rapport är en tydlig indikation på att lagens paragrafer om aktiva åtgärder behöver skärpas till att omfatta samtliga diskrimineringsgrunder. Till dess måste arbetsgivarna ta sitt ansvar och självmant utveckla sina befintliga jämställdhetsplaner till planer för lika rättigheter och möjligheter, med åtgärder för att minska förekomsten av alla typer av diskriminering. De måste också se till att dessa planer faktiskt används i praktiken.

Arbetsgivare och lagstiftare kan dock inte ensamma utrota diskrimineringen. Vi i läkarkollegiet utgör en viktig del av vår egen arbetsmiljö och har själva ett stort ansvar. Läkarnormen är snäv, och att bryta mot den får konsekvenser – även för bemötandet från våra egna medarbetare. Vi läkare måste därför tänka på, och våga prata om, bemötande och värderingar på arbetet. Tid och resurser behöver avsättas för utbildning, kontinuerlig reflektion och en levande diskussion om lika rättigheter och möjligheter på våra arbetsplatser. Om vi inte kan behandla varandra väl, hur ska vi då kunna ge ett gott bemötande till våra patienter?

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** inga uppgivna.

MER DEBATT PÅ LÄKARTIDNINGEN.SE

Här publicerar vi utdrag ur inlägg som i sin helhet finns att läsa på Lakartidningen.se/debatt

Alltför kortfattat om obesitaskirurgi

Under vinjetten Nya rön refererades nyligen [1] en metaanalys av randomiserade studier avseende värdet av obesitaskirurgi [2]. Vi vill ifrågasätta värdet av att recensera en enskild studie i så korta ordalag och utan att begära in kommentarer från ämnesföreträdare.

Jan Hedenbro, Ingmar Näslund

Redaktionen svarar: En sammanfattning för att väcka intresse

Tack för er kommentar. --- Enligt våra läsarusundersökningar är Nya rön en mycket uppskattad del av Läkartidningen. Formen är vanligt förekommande även i andra medicinska tidskrifter. Det korta textomfånget begränsar vad som kan tas upp.

Michael Wilczek, Jan Östergren

Organisation, medicinsk sakkunskap och läkares ansvar

Låt oss inte glömma att det är våra patienter, inte landstingen eller bemanningsföretagen, som är våra egentliga arbetsgivare! Det är gentemot våra patienter vi i första hand bör vara lojala!

Kerstin Morgan

Transportstyrelsens blanketter har förbättrats



Illustration: Colourbox

Transportstyrelsen har uppdaterat blanketter för läkare, för att tydliggöra frågeställningar och för att bemöta synpunkter på tidigare utformning av blanketter.

De blanketter som har uppdaterats är

- Läkares anmälan
- Läkarintyg avseende högre körkortsbehörigheter
- Läkarintyg diabetes
- Läkarintyg om alkohol, narkotika och läkemedel
- Läkarintyg synfunktion.

Intyg avseende diabetes, synfunktioner, alkohol, narkotika och läkemedel samt läkares anmälan finns redan utlagda på Körkortsportalen. Intyg avseende högre behörigheter publiceras preliminärt i vecka 11.

Lars Englund, Christina Pousette-Backlund