Stiftelsen Börje Gabrielssons minnesfond

Reseberättelse från Madrid, Spanien, september 2018-juni 2019

”Enheten för plastik- och rekonstruktiv kirurgi”, Universitetssjukhuset La Paz, Madrid
”Enheten för Hand och Mikrokirurgisk kirurgi”, Universitetssjukhuset HM Montepríncipe, Madrid
”Handsektionen, Ortopediska kliniken”, Universitetssjukhuset Infanta Leonor, Madrid

Anette Chemnitz
Överläkare, specialist i handkirurgi och ortopedi
Handkirurgiska kliniken, SUS,
Jan Waldenströms gata 5
205 02 Malmö
e-post: anette.chemnitz@med.lu.se
mobil:+46 734 322 328

Inledning

Tiden har kommit för att sammanfatta denna period av mitt liv, som jag tillbringat i Spaniens huvudstad, Madrid. Här har jag, med min familj, tillbringat vår vardag med arbete och skola, sedan augusti förra året. En vistelse som möjliggjorts med hjälp av ett generöst bidrag från Börje Gabrielssons minnesfond och jag vill uttrycka min stora TACK. Jag vill också tacka FESSH, som belönat mig med deras ”Travel Award” och med det 2000 euro i bidrag. Sist, men inte minst, vill jag tack min kollega, Dr Lars Dahlin för allt stöd under denna fysiska och psykiska resa, som inte bara gett mig inblick i hur spansk handkirurgi fungerar, utan även nya kunskaper i organisationspsykologi.

Valet att bosätta sig i Spanien och Madrid, har olika förklaringar. Som medicinstudent, tog jag ett halvårs studieuppehåll för att studera spanska i författaren Miguel Cervantes hemstad, Alcalá de Henares, utanför Madrid. Att kunna vara delaktig i vardagen med de spanska kollegorna och patienterna, var ett absolut krav och med dessa språkkunskaper, kunde jag klara mig. Vikten av att kunna fler språk ville jag och min man, föra vidare till våra barn, som vid ankomsten var 10 respektive 8 år gamla. Därtill, fanns det andra sociala faktorer som också hade en stor betydelse, med spanska vänner boendes i Madrid. Sjukvårdssystemet kände jag inte till i detalj, mer än att jag i samband med handkirurgiska möten, hört Dr Marc Garcia Elias, Dr Fransisco Piñal och Dr Fernando Corella, hålla fantastiska fördrag, till exempel i samband med FESSH 2016.

I samband med ett annat möte i Paris 2017, tog jag kontakt med Dr Aleksander Lovic, som jag visste arbetade på universitetssjukhuset ”La Paz” och som hade ett särskilt intresse av att behandla skador och sjukdomar relaterade till plexus brachialis och perifera nervsystemet. ”La Paz” är ett av de största sjukhusen i Spanien och drivs i offentlig regi och mitt val föll på avdelningen för plastik- och rekonstruktiv kirurgi. Vistelsen föregicks av lång tids planering, med organisation av boende, skola för barnen och inte minst, en ofantlig mängd pappersarbete med det spanska hälsoministeriet. Två gånger per år kan man via hälsoministeriets portal ansöka om en sexmånaders ”Estancia formativa”, det vill säga en utbildningsplats. Alla dokument ska översättas av auktoriserad översättare och via ambassaden i Köpenhamn, kunde jag få hjälp med att få alla dokument verifierade och stämplade. I juni förra året, gjorde jag ett kort besök för att hälsa på kollegorna på handenheten på kliniken och för att se sjukhuset. Efter beviljad tjänstledighet från hemmakliniken i Malmö och efter att allt pappersarbete var klart, gick flytten i början av augusti, den långa vägen från Malmö till Madrid.

Min uppfattning är att hälso- och sjukvårdssystemet fungerar väl i landet och att patienterna generellt sett är nöjda med vården som erbjuds. Större delen av vården bedrivs i offentlig regi och är helt kostnadsfri, men vid sidan av denna, erbjuds privat vård. I landet bor det cirka 47 miljoner invånare, och av dessa beräknas runt 10 % ha en privat försäkring vid sidan om. Skillnaden, förutom kostnaden för den privata vården, är framför allt tillgängligheten och läkarkontinuiteten. Som patient erbjuds du utredning och behandling snabbare i den privata vården och garanteras också att kirurgen som du tillsammans med tar beslut om operation också sedan är den som utför operationen och är ansvarig för postoperativa förloppet. Jag har dock träffat många patienter, som kryssar mellan systemen, vilket inte är helt optimalt. Medellivslängden i Spanien är i genomsnitt 82,8 år och befolkningens åldersfördelning beror till stor del på var man bor i landet. Madrid har generellt sett en yngre befolkning.

Läkartätheten uppskattas till 3.8 läkare/1000 invånare och för sjuksköterskorna är motsvarande siffra 5.3 ssk/1000 invånare. Jämförande siffra för Sverige är 4.2 respektive 11.1 (år 2017). Något som förvånar mig, då jag hade förväntat mig högre siffror för Spanien. Tillgången på läkare är nästan för god och det utbildas kanske till och med för många läkare. De två stora universiteten i Madrid; Complutense och Autónoma, slukar många studenter från hela landet, och vid sidan om dessa, kan man studera medicin på privata universitet, som till exempel CEU San Pablo, där avgifterna är betydligt högre. Vi hör ju ofta talas om läkarbristen i Sverige och ibland om överskott på läkare i Spanien, men om jag jämför med mina erfarenheter i Madrid, kan skillnaden bestå i hur vi organiserar vårt arbete. På de olika mottagningar jag auskulterat vid, ser doktorn mellan 30-40 patienter på en arbetsdag, medan jag på en mottagningsdag i Malmö kan se ca 21 patienter. En av de främsta skillnaderna, tror jag, beror på att de spanska kirurgkollegorna inte behöver ägna sig åt den administrativa bördan som följer med vårt arbete i Sverige. Förskrivning av läkemedel och utfärdande av medicinska underlag för sjukskrivning sköts av patientens familjeläkare. Likaså är tillgången god av smärtenheter dit man kan skicka patienter med kronisk smärta. Vilket innebär att man som kirurg, kan ägna sig åt det man ska, det vill säga ta ställning till om patienternas tillstånd kan behandlas kirugiskt.

MIR examen och specialisttjänstgöring

Efter 6 års läkarutbildning för medicinstudenterna, genomförs den så kallade MIR examen en gång per år. MIR står för Médico Interno Residente och organiseras av hälsoministeriet och utbildningsministeriet tillsammans. Examen äger rum samma dag och tidpunkt över hela Spanien och består av 225 frågor, där man har max 5 timmar till förfogande. Korrekt svar ger poäng men svarar man fel, får man avdrag. Poängen man får på examen, utgör 90 % av slutbetyget. Slutbetyget ger varje student ett nummer i ordningsföljd, som sedan avgör turordningen i vilken man får välja sjukhus och specialitet, för att göra sin specialistutbildning. Oftast erbjuds två platser/år/klinik.

Detta innebär således att ST-läkarna formellt sett inte är anställda av kliniken, utan av exempelvis ”Communidad de Madrid”, vilket för vår del, skulle motsvara Region Skåne. När specialisttjänstgöringen är avklarad, följer ingen tills vidareanställning, utan oftast får man söka annan tjänst. Varje år skriver ca 14 000 personer examen och man måste ansöka om att få göra den innan. En stor andel läkare kommer från latinamerikanska länder som gör examen för att kunna arbeta i Spanien och ett mindre antal, kommer från resten av EU. Som exempel, accepterades 13 441 läkare år 2016, för att göra MIR examen, varav 12 294 kom till examen. I samma examen 2016, noterades att knappt 2/3 var kvinnor. Av dessa fick 10 549 ett nummer i turordningen, som skulle fördelas på antalet tillgängliga specialisttjänstgöringsplatser, vilket detta år var 6325 platser. Skillnaden mellan 12 294 och 10 549, förklaras av att ett antal inte klarat av gränsen för godkänt. Så totalt sett, år 2016, fick 6324 personer en utbildningsplats av 12 294, vilket innebär ca 50 %. Får man ingen plats, tvingas man göra om provet kommande år och man kan inte som vi i Sverige, vikariera som läkare utan sin påbörjade specialitet. Detta innebär att pressen är enorm inför MIR examen och det erbjuds förberedande kurser mot betalning, med olika längd, till exempel 17, 11 eller 7 månader, med närvaro eller

online. Till försäljning finns också 27 vältäckande kompendium med sammanfattning av alla större områden inom medicin. Pressen till trots, kan jag intyga att studenterna blir väldigt pålästa.

Under pågående specialistutbildning, händer det att ST-läkarna arbetar extra i privat verksamhet, som till exempel operationsassistenter, i kirurgiska specialiteter.

Mina erfarenheter av utbildning av framtida kollegor från tre olika sjukhus i Madrid, varierar väldigt. På till exempel ”La Paz”, fick ST-läkaren inte ha egen mottagning och kunde därmed inte ha en egen operationsväntelista. De tilläts operera mindre ingrepp, beroende på vilken specialist de arbetade med, och de var oftast de som sydde ihop såret och framför allt, gjorde allt pappersarbete. Sällan blev de tillfrågade om deras åsikter kring hur patienter skulle behandlas och tyvärr, lämnades ofta enbart negativ feedback. Men ändå, upplevde jag att de var pålästa och intresserade. På ”Infanta Leonor”, fick jag uppleva raka motsatsen, ST-läkaren fick ha egen mottagning och opererade i större utsträckning. Trots det, får man som ST-läkare i Spanien inte ha något eget patientansvar. När ST-utbildningen är avklarad, och om man uppfyller målen, räknas man som specialist, eller ”adjunto”. Efter detta, finns ingen motsvarande överläkartjänst att få, men den akademiska karriären återstår att följa, om man vill.

Handkirurgi i Spanien och SECMA

I marsnumret av den europeiska handtidningen 2019, kan man läsa en fin sammanfattning om handkirurgi i Spanien. Artikeln är skriven av Dr Roberto Rosales, Dr Luis Landin och Dr Fernando Corella. Spanien har för närvarande många, oerhört kompetenta kollegor inom handkirurgi. Dr Marc Garcia Elias och kollegorna på Kaplan instutitet i Barcelona, är världsberömda för sin forskning inom biomekanik. Vidare har vi Dr Fransisco Piñal, med åtskilliga publikationer om komplicerade mikrokirurgiska ingrepp, liksom införandet av “torr artroskopi”. Enligt min bedömning, kan man vara världsledande inom artroskopiska ingrepp med kollegor som Dr Fernando Corella, vars SL-ledbandsrekonstruktion och beskrivning av volara artroskopiportaler, vinner mark i världen. Vidare har vi kollegor som Dr Pedro Delgado och Dr Vincente Carratalá, också skickliga artroskopister. I Spanien, finns för närvarande 3 godkända enheter för handtransplantation, med rutiner som följer gemensam, europeisk stadga; Madrid, Oviedo och Valencia. Hitintills, har fem patienter genomgått hand- eller armtransplantation i landet.

I Spanien existerar inte handkirurgi som egen specialitet, antingen är man ortoped eller plastikkirurg. För närvarande arbetar man för att införa ett nationellt diplom i handkirurgi, som en slags kvalitetsstämpel. Det finns problem med läkare från andra länder, främst de latinamerikanska, som inte får sina diplom validerade eller genomgår erfoderlig examen. Dessa kan uppenbarligen arbeta och kalla sig “handkirurg” eller “plastikkirurg” och med hjälp av noggrann kontroll och validering av titlar, samt genom att införa en nationell examen i handkirurgi, vill man motverka förekomst av arbetande doktorer utan formell kompetens. Man uppmuntrar också kollegor att genomföra den europeiska examen via FESSH.

Precis som för Sveriges del, växte spansk handkirurgi fram efter andra världskriget, genom att kollegor åkte till USA och Sterling Bunnell. Under min tid i landet, hade jag förmånen att närvara vid spanska handföreningens sammankomst. SECMA står för Sociedad Española de Cirugía de la Mano och motsvarar Svensk Handkirurgisk Förening. 1969 organiserades det första handmötet i landet och SECMA skapades. Man firade därför 50 års jubileum denna gång. Den första presidenten hette dr Fernando Enriquez de Salamanca, en plastikkirurg som arbetade i Madrid. 1975 beslutades att mötet skulle organiseras vartannat år och denna gång, var turen kommen till Tarragona, strax söder om Barcelona. Vid varje möte har man en stämma och väljer en ny styrelse. Vid bildandet av föreningen, hade man 29 medlemmar och medlemsantalet har stadigt växt till 409 stycken, varav 25 % är kvinnor. Den första kvinnliga presidenten var avgående president, dr Maria Pilar Pradilla Gordilla och i samband med mötet och stämman, valdes dr Joaquin Casañas till ny president. För att kunna bli medlem, måste man förutom att skicka in en ansökan, bli rekommenderad av två befintliga medlemmar. Årsavgiften ligger för närvarande på 80 euros.

Föreningens hemsida är välutvecklad och erbjuder mycket information. Aktuella kurser annonseras (och det finns många!), man har tillgång till undervisningsmaterial gratis, som tex en välskriven artroskopibok. Föreningen erbjuder stipendier till tex ASSH eller för vistelser på andra kliniker i landet eller i utlandet. Föreningen innefattar också en tidskrift: “Revista Iberoamericana de Cirugia de la Mano” (RICMA), som numera är indexerad i DOAJ (Directory of Open Access Journals). Det är en open access tidning i samarbete med föreningarna i Argentina, Brasilien, Mexico, Colombia, Peru, Portgual, Uruguay, Venezuela och Chile. Artiklarna skivs på engelska, spanska och portugisiska och i skrivande stund, utkommer fyra nummer per år.

Jag hade förmånen att närvara vid 2019 års möte som ägde rum 24-26 april, med ”pre- och postkongress” 23:e respektive 26:e på eftermiddag/kväll. Via en modern applikation, kunde man enkelt navigera bland programpunkterna, som var relativt omfattande och med stor variation. Mötet hade en fokus på klinik och stämningen kändes frisk och hjärtlig. Ämnena: som avhandlades, var till exempel armbågsproblem, DRU ledsproblem, proximala scaphoideumfrakturer, manglade handen, kirurgi av tumbasleden, tumörer, medianus/ulnaris problem och palliativ kirurgi. Vidare hölls en genomgång av undersökningsteknik av tillstånd relaterade till nerver och handled, man diskuterade hudtäckningsproblem, brännskador och frostskador, där en militärläkare med bland annat tidigare uppdrag i Afghanistan, höll en intressant föreläsning. Till detta, kunde man kika på en posterutställning i ”gammaldags” pappersformat. Torsdag kväll firades 50 års jubiléet med en hejdundrande fest, med ca 250 gäster. Prisutdelning ägde rum till bland annat bästa poster, bästa videotekniska presentation med mera. Presidentskapet lämnade officiellt över med en medalj. Det presenterades var mötet om 4 år ska äga rum (Granada) och det var en fin middag som avslutades med karaoke och dans till kl 03 på morgonen då de sista entusiasterna, motvilligt, fick bege sig hemåt.

På fredagen hade även de spanska handterapeuterna; AETEMA (Asociación Española de Terapeutas de Mano) sitt möte, och under de övriga dagarna, fanns en och annan terapeut med bland föredragen och debatten. I denna konstellation ingår både arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Jag är mycket nöjd över möjligheten att få delta i detta evenemang och min plan är att bli medlem i SECMA

Enheten för Plastik- och Rekonstruktiv kirurgi, Universitetssjukhuset La Paz

Måndagen den tredje september, började jag mitt ”fellowship” på enheten. Förutom Dr Aleksander Lovic, skulle jag arbeta tillsammans med hans tre kollegor; Dr Luis Landin, Dr Pedro Bolado och Dr Maria Manzanares. Kliniken tar i en strid ström emot randande kollegor från andra plastikkirurgiska och ortopediska kliniker i landet och tillgången på yngre läkare är väldigt god. Man har en av landets största brännskadeenheter och tar även emot remitterade patienter för avancerad, övrig rekonstruktion. Kliniken är även referenscenter för replantationer och revaskularisering av övre och nedre extremitet. Det remitteras också patienter, både barn och vuxna, för kirurgi i relation till sjukdom och skada i plexus brachialis, men det råder ingen rikssjukvård, så som vi har det i Sverige. Det finns fem centra i landet som har ackreditering för att behandla skador och sjukdomar i relation till plexus brachialis, men detta är mer en administrativ överenskommelse eftersom dessa patienter även behandlas inom den privata sjukvården.

Dagen startar med att alla läkare och chefen för kliniken, Dr Céasar Casado Pérez, samlas vid kl 08.15, då avgående jour rapporterar antal bedömda patienter, antal och utförda operationer samt, inläggningar och eventuella huddonationer. I samband med att donationer blir aktuella, kontaktas kliniken, för att även ta tillvara på huden. Denna genomgår sedan diverse provtagning och förvaras fryst, inför eventuellt bruk. Vid exempelvis större brännskador, kan denna hud sedan användas för temporär hudtäckning, då användandet av till exempel gris hud inte är tillåtet.
Efter den dagliga genomgången, är det tänkt att någon i kollegiet håller en ca 10-minuters dragning för internutbildning. Ibland, var externa kollegor inbjudna och vid två tillfällen, fick jag möjlighet att berätta om handkirurgi i Sverige och presentera min och mina kollegors forskning i Malmö. Därefter, tog mottagning eller operation vid. Jouren täcktes av en av klinikens ST-läkare, tillsammans med en randare och en specialist och samtliga var sjukhusbundna. Avgående jourer, kunde efter avrapporteringen gå hem och efter lördagsjouren, var man ledig på måndagen. Jourersättningen betalades ut i pengar och aldrig i tid. Därtill, fanns en extra jourlinje i beredskap i hemmet, i det här fallet alltid en erfaren specialist, inför eventuella replantationer. På motsvarande vis, finns en separat jourlinje, inkluderande anestesiläkare, på sjukhuset, som ringdes in då transplantationer blir aktuella.

Handenheten hade alltid barnmottagning på måndagarna. ”La Paz” består av olika delar, där barnverksamheten ligger samlad med mottagningar, vårdavdelningar och operationsavdelning. Personal som arbetar med barn arbetar således enbart i denna verksamhet och kompetensen är hög, framför allt på anestesiläkarna. I Spanien är anestesi en egen specialitet och intensivvård en annan. Något system med anestesi-sjuksköterskor som vi har i Sverige, finns inte och anestesiläkaren gör allt, tillsammans med de två operationssjuksköterskor, som alltid fanns på salen.
På barnmottagningen fanns det oftast kring 20-25 patienter bokade. Vissa hade rest långt, till exempel från Baskien, som ligger på gränsen till Frankrike, eller Melilla, i norra Afrika. Jag fick se många barn med kongenitala malformationer och en stor mängd barn med plexusskador i relation till förlossningen.

Barnhabilitering som vi har, finns inte. Samarbetet mellan kirurger och rehab fungerade här eländigt. Därtill, finns det ingen distinkt plan för vem som har huvudansvaret för patienten. Plötsligt blandar sig rehabläkare eller barnneurologer i behandlingen och förordar behandling med botulinomtoxin eller beställer EMG. Detta skapar förvirring och frustration hos föräldrarna. Tyvärr upplevde jag tidigt att man ägnade för lite tid åt att förklara för föräldrarna, vad som hade inträffat och vilka konsekvenserna kunde bli för framtiden. Eftersom familjerna kom från olika delar av landet, varierade graden av kunskap bland rehabiliteringarna enormt och mycket press lades på föräldrarna själva. Lokalerna på mottagningen är små och trånga och avsaknaden av leksaker och en barnvänlig miljö, gjorde mig beklämd. Jag insåg också snart att många av plexusbarnen var opererade fler gånger, mer än vad jag haft erfarenhet av i Sverige. Efter några månader, förstod jag bättre orsaken till denna problematik och jag återkommer till detta senare.

Sedan något år tillbaks, hade även ”La Paz” infört datajournal och dokumentationen var av mycket varierande kvalitet. Inför all kirurgi, remitteras patienten till anestesiläkare, för preoperativ bedömning. Denna inkluderade blodprovstagning och på vuxna, EKG, lungröntgen och ibland UKG. Jag tror knappt det förekommer, att en patient, barn eller vuxen blev struken för operation, pga dålig preoperativ förberedelse.

Tisdagar var operationsdag och första knivstart, låg ofta kring 09.30. Cirka tre ingrepp hanns med på en dag, beroende på ingreppets art osv. Bytestiderna var inget att skryta med, men jag slogs av att kirurgerna inte hade en massa administrativt arbete mellan operationerna, som jag brukar behöva tacklas med. Kollegorna är plastikkirurger, vilket, enligt min bedömning, kan ha för- och nackdelar. Jag såg och lärde mig av dem hur man behandlar mjukdelarna, men jag såg ibland osteosynteser, som lämnade en del frågetecken. Det var stor variation på ingreppens komplexitet men det var alltid minst tre kirurger i såret, oftast fyra. Dr Lovic, utförde ett intressant ingrepp vid DRU-ledsartros, där han gjorde en motsvarande Wafer-resektion på ulna och sedan interponerade med en PIA-lambå (enbart fascielambå). Jag fick se några patienter vid uppföljningar och det verkade som om patienterna snabbt kom igång med rörligheten och slapp smärtan, men det återstår att se vad som händer på sikt, i synnerhet hos de yngre patienterna han opererade.

Onsdagar innebar vuxenmottagning och till skillnad från hos oss, räknar man ungdomar från 14 år som vuxna. Även här var variationen stor, allt ifrån karpaltunnlar till komplexa rekonstruktioner av bröstkorg passerade förbi. Jag följde främst med Dr Lovic på mottagningen och med oss, fanns alltid en ST-läkare som skötte dokumentationen. Oftast såg man 30-40 patienter per mottagning och det genererade ibland en tidspress. En av konsekvenserna blev att, enligt min bedömning, indikationen för kirurgi var oklar, liksom, exakt vilket ingrepp som planerades. Mätningar med goniometer, Jamar eller pinch förekom inte. Inte heller gjordes 2 PD eller monofilamentmätningar. De yngre kollegorna försökte använda Malletscore vid bedömning av plexusbarnen, eller den spanska versionen av DASH på vuxna och jag tyckte de var väldigt duktiga på att själva instruera patienterna, hur de skulle rehabilitera sin hand, till exempel efter en senskada eller fraktur. Det som slog mig mest, var total avsaknad av kontakt med rehabiliterings-kliniken. Denna verksamhet är helt separerad och kommunikationen mellan klinikerna existerade inte. Det utfördes komplicerad kirurgi och sedan, kunde patienten få vänta

två månader för att få sin tid för rehabilitering. I bästa fall, hade de en privat försäkring och kunde gå den vägen, i värsta fall, var operationen till ingen nytta.

Torsdagar var avsett för barnoperationer och varannan vecka, arbetar man enbart dag, medan man nästa arbetade dag och kväll. Arbetade man dag och kväll, fick man en kompensationsledig dag i utbyte. Arbetstiden är 37 timmar/vecka, och man arbetar på, från morgon till kl 15, utan lunchavbrott. På torsdagarna, fick jag se ett stort antal primära plexusoperationer på bebisar och annan, sekundär kirurgi, som rotationsosteotomi av radius och humerus för att bättre positionera underarm och överarm, liksom flera Oberlin transfers. Jag fick också se flera pollicisationer och syndaktyli delningar.

Jag insåg relativt snart att det faktiskt var ganska få vuxna med tillstånd och sjukdomar relaterade till plexus brachialis, som dök upp på mottagningen och som skulle opereras och jag funderade länge på varför. Efter ett par månader, upplevde jag en situation på mottagningen som fick mig att börja fundera på sakernas tillstånd. Jag bevittnade hur en kollega erbjöd en patient och hans anhöriga, att genomföra det kirurgiska ingreppet genom hans privata verksamhet, för att ”det skulle gå snabbare”. Senare, förstod jag att det faktiskt är olagligt att göra så.

Nu kommer den svåraste delen att skriva om i denna berättelse och reflektionerna är mina egna. Innan jag skulle påbörja mitt ”fellowship” på kliniken, hade jag inte någon specifik plan eller personlig målbeskrivning. Jag hade delvis valt kliniken och verksamheten för att kunna få se fler patienter och kirurgiska ingrepp, hos vuxna och barn, med sjukdomar och tillstånd relaterade till plexus brachialis och det perifera nervsystemet. Jag hade sökt den information som fanns på internet och var väl medveten om att jag inte kunde förvänta mig att operera eller behandla patienter självständigt. Men tiden gick och fortfarande saknade jag någon form av plan för min vistelse. Jag frågade mig själv, vad som egentligen var mina mål. Lyckligtvis blev jag mycket nära vän med två av de yngre kollegorna och kunde utbyta kunskap och erfarenheter med dem. En av dem, Dr Luis Landin, är den mest skicklige mikrokirurg jag bevittnat och tillsammans med honom, var jag med på flera lambåer och en fri tå-transfer. Han är också en av de kirurger som utfört en handtransplantation i landet. Ända sedan jag startade på ”La Paz”, skrev jag veckovis i en dagbok, för att kunna komma ihåg vad jag fått uppleva och lära mig. Denna dagbok, kom sedan att hjälpa mig att förstå allt jag upplevt på kliniken.

I efterhand, måste jag rannsaka mig själv och jag inser att jag förmodligen skulle ha varit mer tydlig mot chefen, för att få till en personlig utbildningsplan. Förutom att tiden gick, fick jag mer och mer inblick i hur verksamheten fungerade. Jag är 45 år gammal och har vid det här laget, arbetat ett antal år. Jag har genomgått specialistutbildning i ortopedi och därefter i handkirurgi. Jag har genomfört den europeiska handexamen och därigenom fått ökade teoretiska kunskaper, även om de områden och tillstånd inom handkirurgi, som jag inte har så stor egen erfarenhet av att behandla. Jag har genom åren byggt upp en klinisk erfarenhet, vilket också inbegriper lärdomar efter felbedömningar och dess konsekvenser. Lärandet tar aldrig slut och mitt mål är att ständigt fortsätta utvecklas och framför allt, kommer jag alltid sträva efter att arbeta efter etiska grundprinciper.

I takt med att tiden gick, försökte jag flera gånger påpeka, att jag kanske inte riktigt höll med om indikationerna för vissa operationer eller hur de utfördes. Eftersom jag inte fick något gehör eller något vettigt gensvar, valde jag till slut att tystna. Jag bevittnade flera, moraliskt mycket tveksamma, situationer och upplevde vid flera tillfällen hur de yngre medarbetarna utsattes för mobbning och förfördelning. Därtill insåg jag med tiden att frekvensen reoperationer var relativt hög och att det inte verkade finnas någon vilja att använda vedertagna instrument för utvärdering före och efter kirurgi. Jag gjorde själv bedömningen att en orsak till de många reoperationerna, kunde bero på att den primära operationen inte hade utförts i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Samarbetsproblemen i enheten växte fram och eskalerade och till slut fanns det enhet A och enhet B och där jag var fångad i mitten.

I början av januari, det vill säga efter drygt fyra månader på kliniken och enheten, började jag leta efter andra möjligheter till utbildning här i Madrid. Det slutgiltiga beslutet kom efter ytterligare en, enligt mig, incident av mobbning, vilket medförde att brytningen mellan kollegorna blev total. Frågan jag ställde mig då var- kunde jag och skulle jag agera visselblåsare, efter allt jag upplevt? Jag befann mig i en ett annat land, med en annan kultur, och visste egentligen inte säkert vilka ramarna var. Samtidigt gnagde samvetet inom mig, jag led med patienterna, som jag inte tyckte fick den behandling och det omhändertagande de skulle kunna få. Jag kan erkänna att jag genomgick en svår tid i februari månad, när allting föll på plats och jag bearbetade allt som hade hänt. Verksamhetschefen blev inblandad och det viktigaste av allt var att han uttryckte sitt stöd för mig och klargjorde att jag var fri att göra vad jag ville. Jag valde att delta i arbetet på brännskadeenheten istället och fick därigenom en paus ifrån arbetsmiljöproblemen, men också, inhämta nya kunskaper. Parallellt med detta, planerade jag för min fortsatta vistelse i Madrid. Hade jag inte kommit hit med familjen, hade jag kanske valt att åka hem, men tiden som följde efteråt, visade sig bli en otrolig helomvändning till det bättre.

Min vistelse på ”La Paz” har gett mig så mycket mer än bara kunskaper i hur man behandlar och opererar patienter inom handkirurgins värld. Jag har sett hur otroligt viktigt det är med transparens i verksamheten, för att motverka fusk och manipulation. Jag har fått träffa många, fantastiskt fina och kompetenta människor, samtidigt som jag lärt mig oerhört mycket om organisationspsykologi och hur en enda person kan skapa så mycket oreda i en verksamhet. Även om erfarenheten periodvis varit väldigt jobbig, kan jag nu i efterhand inse hur värdefull den varit och är, för min framtida yrkesutövning.

”Enheten för Hand och Mikrokirurgisk kirurgi”, Universitetssjukhuset HM Montepríncipe, Madrid

Vändningen tog rejäl fart då jag åter fick kontakt med en kollega, Dr Belén García Medrano, ortoped med handinriktning, som besökt oss på kliniken i Malmö, i samband med sitt avhandlingsarbete för några år sedan. Det visade sig att hon numera arbetade på en privat klinik här i Madrid, tillsammans med Dr Pedro Delgado, en av de mer kända handkirurgerna i landet och numera också sekreterare i SECMA. Jag fick erbjudande om

att komma och besöka deras klinik under cirka tre veckors tid i mars. Kliniken finns i ett av Madrids mer välbärgade bostadsområden. Skillnaden var total, inte bara i hur mottagningar och operation fungerade, utan också i arbetssättet. Det märktes direkt att kvalitén var en helt annan och arbetssättet påminde en del om vårt i Sverige. Sjukvården drivs i privat regi och alla åtgärder måste godkännas av försäkringsbolagen. Tempot är högt och vissa dagar arbetade man både dag och kväll. Arbetet innebär täta jourer och många patienter, men ändå kändes medarbetarna mer nöjda med sin tillvaro.

Dr Delgado är inte bara en oerhört flink operatör utan också en driven affärsman. Han är duktigt på att använda sociala medier för att marknadsföra sig själv och sin verksamhet och jag gissar att han blir president i SECMA om några år.
Jag blev väldigt väl bemött av all personal och kunde äntligen börja fokusera på det som jag egentligen kommit hit för, nämligen att knyta nya kontakter och inhämta kunskaper. Under min vistelse hos Dr Delgado, fick jag se många handleds- och armbågsartroskopier. Exempelvis, excideras nästan alla ganglion artroskopiskt. Jag fick se ett par SL rekonstruktioner enligt Corella och Delgado gör dem på mindre än en timme. Verksamheten var förvånansvärt omväxlande och det utfördes även mikrokirurgiska ingrepp. Måndagar och tisdagar innebar mottagning och övriga dagar operation. Enheten är liten, men man arbetar väldigt effektivt tillsammans och kontakten med handterapeuterna är väl etablerad. Äntligen. När väl jag fick sparkat igång mig själv, efter en tids slummer, skrev jag till Dr Fernando Corella och efterhörde möjligheten att auskultera hos honom. Via olika förvecklingar och lite tur, kunde jag till slut besöka honom under maj månad och placeringen skulle visa sig bli helt fantastisk.

”Handsektionen, Ortopediska kliniken”, Universitetssjukhuset Infanta Leonor, Madrid

Mitt första minne av Dr Fernando Corella, var i samband med FESSH-mötet i Santander 2016. Han höll ett av de bästa föredragen jag någonsin lyssnat på om ledbands-rekonstruktion i carpus. Inför min vistelse, hade jag hört åtskilliga kollegor lovorda honom och hans arbetssätt. Samtidigt, ska jag erkänna, var jag lite vidbränd, efter mina tidigare erfarenheter och vågade inte riktigt lita andras åsikter.

Jag har haft en enorm tur, som fått träffa honom och hans kollegor i handteamet på Universitetssjukhuset ”Infanta Leonor” och är oerhört imponerad av deras arbetssätt och kollegialitet. Sjukhuset är endast drygt 10 år gammalt och ortopedkliniken har byggts upp från grunden. Man har tillsatt en chef, som skapat en välfungerande ortopedklinik, med högt renommé i landet. Sjukhuset finns i Vallecas i södra Madrid, med ett helt annat klientel än vad jag tidigare upplevt. Här bor fler människor med ekonomiska svårigheter och alkohol- och drogrelaterade problem. Trots den sociala problematiken, var min erfarenhet att patienterna ändå oftast kom på sina mottagningsbesök. De är fyra kollegor i handteamet och förutom Dr Corella, är Dr Montse Ocampos, också en av de mer kända artroskopisterna i landet. De gör allt artroskopiskt, allt från ganglion till perilunära luxationer och proximal row carpectomi. De motiverar detta med att man skonar mjukdelarna, kan rehabilitera patienten tidigare och bättre bevarar exempelvis proprioceptionen. Dr Corella har nära samarbete med

Arthrex och har ständigt nya projekt på gång för att utveckla nya artroskopiska ingrepp. Han är även associerad professor på Complutense-universitetet och har handlett och handleder både doktorander och läkarstudenter.

Han och Montse, hade varsin box, med olika mätmaterial som Jamar- och pinch mätare, VAS mätare och goniometer. Corella hade till och med monofilament och det värmde mitt hjärta! Jag upplevde att de arbetar väldigt systematiskt med tydliga indikationer för kirurgi och tydliga pre- och postoperativa mätningar. Vid till exempel tumbasartros, var man mycket noga med att förorda konservativ behandling så långt som möjligt, och ordinerade ortos i första hand. Man följde också styrka i tvåpunktspinch och nyckelgrepp och valde operationsindikation i samråd med patienten. Vid grad 3 artros, förordade man hemi-trapeziektomi och suspension med tight-rope. Operationen inleddes alltid med artroskopi av mellanhanden för att utesluta STT-artros. Operationen utfördes artroskopiskt och är tekniskt sett, inte lätt. Vid grad 4 artros, utan STT artros, valde man att ta bort hela trapezium, inklusive suspension. Jag såg denna kirurgi även utföras av Dr Delgado, och fortfarande, arbetar de med inlärningskurvan och har inte gjort så många fall. Tyvärr fick jag inte chansen att se Corella utföra sin ledbands-rekonstruktion själv, men han följer sina patienter mycket noga, med preoperativa mätningar inklusive spanska versionen av DASH. Min upplevelse är att han arbetar mycket systematiskt och genomtänkt, förutom att han är oerhört påläst och vetenskapligt skolad. Jag är väldigt imponerad av denna förebild, som kan delge sitt opublicerade manus utan att tveka.

På kliniken opereras också många radiusfrakturer, samtliga i kombination med artroskopi. Jämfört med vårt sätt att arbeta, uppfattade jag att de oftare väljer kirurgi som behandlingsmetod vid radiusfrakturer, och alltid i kombination med artroskopi för att bekräfta reduktion av ledytan och för att kontrollera eventuella associerade skador, som till exempel en TFCC-skada i kapseln eller en foveal avlösning. Faktum är att op-tiden inte förlängdes nämnvärt genom tillägg av artroskopi, då de var väldigt skickliga. En annan intressant operation jag fick se, var hur de använde första lumbrikalen som en lambå, vid recidivkirurgi för karpaltunnelsyndrom. Metoden finns beskriven i en artikel, och en av kollegorna, håller på att skriva sin avhandling efter kadaverstudier.

Tillgången till dissektion av kadaver och möjligheten att prova nya behandlingsmetoder på kadaver, tror jag är en av förklaringarna till spansk handkirurgis frammarsch. Under min tid hos Dr Corella, fick jag förmånen att delta i en dissektionskurs för ST-läkare, som anordnades på medicinska fakulteten på Complutense. Tillsammans med ett osteosyntesföretag, fick jag och kollegorna, dissekera och prova på att exempelvis sätta en skruv i scaphoideum och en platta vid förkortningsosteotomi i ulna. Två heldagar ägnades åt detta, tillsammans med kompetenta instruktörer och jag fick bland annat lära mig mer om anatomiska variationer. I samband med kursen, hade jag också förmånen att få hälsa på Dr Sañudo, professor i anatomi. Efter en stunds prat, erbjöd han mig plötsligt att komma tillbaks för att göra dissektion av plexus brachialis på kadaver. Omtumlad av glädje, tackade jag naturligtvis ja.

Under fyra dagar i juni, hade jag således förmånen att få komma tillbaks till medicinska fakulteten, på Complutense universitetet. Jag fick här arbeta med kadaver som redan var dissekerade och utföra dissektion själv av perifera nervsystemet i övre extremiteten. Man tar emot cirka 100 donationer per år på centrat och har en väl utvecklat system för

omhändertagande och användande. Årligen organiseras många kurser, både för utbildning av studerande och färdiga specialister, likaså arbetar centrat aktivt med olika forskningsprojekt. Under mina dagar där, träffade jag en ST-läkare i plastikkirurgi från en av staden större sjukhus, som dissekerade en arm. Han berättade att detta ingick i deras ST, det vill säga att tillbringa en månad med att dissekera och lära sig anatomin, helt fantastiskt!

Min förhoppning är att kunna sprida kunskapen vidare, genom att återkomma nästa år, tillsammans med kollegor från kliniken i Malmö, för att under ett par dagar, bli ännu mer kunniga om armens anatomi. Därtill, finns stora möjligheter till fortsatt samarbete mellan fakulteten.

Besök hos Dr Joaquim Casañas Sintes, Barcelona

Återigen, via förvecklingar och en portion tur, fick jag möjligheten att, vid ett tillfälle i maj, presentera mig för Dr Casañas, en kollega från Barcelona, som jag förstod behandlade många patienter med problem relaterade till det perifera nervsystemet, inklusive plexus brachialis. När han erbjöd mig komma på besök några dagar i juni, var jag inte sen med att tacka ja. I början av juni, bar det av till Barcelona, där Svenska Läkarförbundet för övrigt, kan erbjuda mycket fint boende i lägenheter, till ett förmånligt pris. Jag hade återigen tur och lyckade få tag på en av dessa, som ligger i ett lugnt område, men ändå bara ett stenkast från den berömda ”Sagrada Familia”, konstnären Gaudís mästerverk. Kyrkan håller faktiskt på att färdigställas, efter alla dessa år och beräknas vara färdigkonstruerad inom några få år.

Auskultationen hos Dr Casañas blev väldigt intressant och givande, trots de få dagarna. Han arbetar huvudsakligen på en privat klinik ”Centro Médico Teknon”, men opererar även patienter, såväl vuxna, som barn, inom den offentliga vården. Hans fokus ligger på perifera nerver och plexus brachialis, men han utför också mycket artroskopier och allmän handkirurgi. Sedan april i år, är han även president i den spanska handföreningen ”SECMA”. Fråga mig inte hur han hinner och det intryck jag fick, av att följa honom några dagar, är att han arbetar väldigt mycket kliniskt. Sedan 20 år tillbaks, har han tillsammans med entusiastiska neurologer och neurofysiologer, arbetat fram ett systematiskt sätt att monitorera patienterna med nervskador under operationen. Vid ett tidigare tillfälle under våren, hörde jag honom föreläsa om vikten av att som kliniker, även beakta de små fibrerna, vid behandlingen av nervskador. Jag fick möjligheten att närvara och assistera vid två omfattande plexusoperationer på vuxna, där man utförde denna monitorering som guide, för att dels, värdera skadornas utbredning, dels ta reda på lämplig fascikel som donator vid en Oberlin-transfer. Nervdissektionen och neurotiseringen gjordes med hjälp av mikroskop och mycket omsorgsfullt. Vid bägge operationerna, närvarande även Dr Manel Llusà Pérez, en mycket känd kollega i landet och även i utlandet, med många års erfarenhet av plexuskirurgi och som även skrivit en fin bok om kirurgisk anatomi i ämnet. Tyvärr finns den inte översatt till engelska, vad jag känner till.

Trots de få dagarna, fick jag en inblick i hur arbetet går till och jag lämnade Barcelona med förvissning om att jag kommer att återkomma för framtida besök. Jag kan verkligen rekommendera nervintresserade kollegor ett besök här.

Sammanfattning

Att ha vågat lämna sin bekvämlighetszon och sin trygghet, att ha utsatt sig för ett helt nytt sjukvårdssystem och provat sina kunskaper och medmänskliga relationer, kommer för alltid finnas med mig i framtiden. Det har bitvis känts som att jag gjort en tredje ST-utbildning och det har kostat en del självförtroende, att som överläkare med en trygg position, tillåta mig själv gå tillbaks till stadiet som utbildningsläkare.

Som familj, har vi varit igenom både svåra och fina ögonblick. Kvällar när barnen gråtit otröstligt över saknaden efter det trygga och välkända, kommer jag aldrig glömma. Likaså dagarna då de plötsligt börjar prata spanska och engelska flytande utan att vara generade och dagar då de stolta tillkännagivit nya kunskaper om det spanska samhället. Jag kommer att sakna många fina människor vi lärt känna här på vägen, men inser också vilka fantastiska möjligheter till fortsatt samarbete som finns. Redan nu, planerar jag en ny, kortare vistelse förhoppningsvis nästa år och det enorma utbudet av kurser är frestande att ta del av. Våra spanska kollegor är generellt sett, väldigt välutbildade och arbetar hårt. Lönerna är låga och att bo och leva i Madrid är inte billigt. Många kollegor, drygar därför ut sina inkomster med flera arbeten, efter att ordinarie arbetstid är slut. Jag har sett många välfungerande delar i det spanska sjukvårdssystemet, där vi skulle kunna lära oss mycket. Att tillbringa en tid i ett annat sammanhang, i ett annat land, bidrar också till att öka den internationella transparensen, vilket jag är övertygad om, vi alla vinner på, i slutändan. Om jag skulle ge ett råd till en kollega, som planerar göra motsvarande resa, skulle det vara att försöka behålla huvudet kallt och se till att vårda sitt sociala och kollegiala nätverk hemma, som kan stödja en i svåra situationer. För icke önskvärda situationer kommer man behöva genomlida och min upplevelse har varit att man är mer utsatt och sårbar, i en främmande miljö. Men desto större blir glädjen, när man faktiskt inser att man har lyckats uppnå det man bestämt sig för och när man klarat av att hantera svårigheterna som kommit i ens väg.

Juni 2019

Anette Chemnitz