

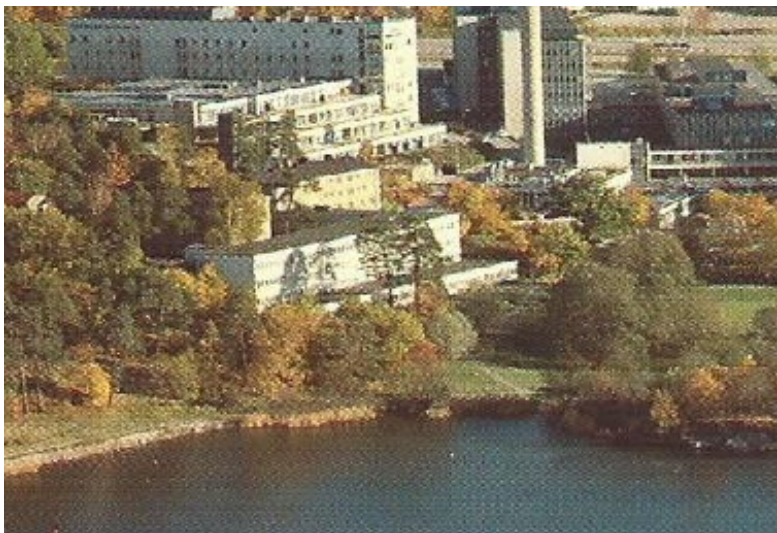
Infektionskliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset

En historisk resa, av Mats Kalin, Ami Lexmark och Åke Örtqvist

Nulägesbeskrivning 2016, av Lena Dillner.

Utvecklingen av den moderna infektionsmedicinen

Infektionsmedicin i Sverige har varit lite speciell sett i ett internationellt perspektiv. Större eller mindre isoleringsenheter har funnits i århundraden för kolera och andra farsoter, men också för mindre allvarliga smittsamma sjukdomar. På Roslagstulls sjukhus och Sundbybergs epidemisjukhus, som senare blev Danderyds infektionsklinik, hade man så sent som på 50-talet massor med barn inneliggande i många veckor för scharlakansfeber och klinikerna hade patienter med t.ex Salmonella- och hepatitinfektioner isolerade långa tider ännu på 70- och 80-talen. Man isolerade och var till stor del isolerade.



*Mörby lasarett blir
Danderyds sjukhus*

I en SF-journalfilm från 1958 berättar den klassiska speakerrösten om de långa raderna av patienter som den 4 februari flyttades över från Sundbybergs epidemisjukhus till Danderyds sjukhus (DS) och den nya infektionskliniken med sina terrasser och sjöutsikt. Med 123 vårdplatser fördelade på fem avdelningar var kliniken under ledning av överläkare Sven Huldt en av de största på sjukhuset. Flytten var en milstolpe för infektionssjukvården i Stockholm. Man blev inlemmad i ett modernt, tämligen avancerat sjukhus (dock bara länsdelssjukhus) med möjlighet till diagnostik och behandling av sjukdomstillstånd, som inte begränsades till smittsamma sjukdomar. Läkarna på infektionskliniken blev som konsulter involverade även i handläggning av svårt sjuka och mer eller mindre immunsupprime-rade patienter på intensivvårdsavdelningen och på avdelningar för onkologi, hematologi, neurologi och reumatologi, samt dessutom i handläggning av infektionskomplikationer till modern sjukvård på olika kirurgavdelningar. Man fick också möjligheter till hjälp med bedömning av patienter med oklara tillstånd med t.ex. buksymtom eller feber. Det blev snart uppenbart att infektionssjukvården på Danderyd var ett föredöme och att den här modellen behövde etableras i hela Stockholm.

1967 tillträdde Göran Sterner som klinikchef och nu ålades kliniken utökat ansvar för undervisning från Karolinska Institutet. Efter en stor ombyggnad 1972 minskade vårdplatserna till 93, fortfarande med fem avdelningar, samt mottagnings- och jourverksamhet. När Göran Sterner gick i pension 1985 ersattes han av Birgit Sköldenberg och på hösten 1995 tillträdde Åke Örtqvist som klinikchef.

Infektionskliniken Danderyds sjukhus blir Infektionskliniken Karolinska sjukhuset

I mars 1995 skriver sjukhusdirektören på första sidan i DS-nytt att "Alla måste spara". Sjukhuset skulle minska sina kostnader med 93 miljoner och 350 anställda skulle bli överflödiga. För infektionskliniken innebar detta att verksamheten under åren 1995-96 reducerades med cirka 30%, vilket medförde att slutenvårdsplatserna minskades från 98 till 51 st. Samma år (1995) presenterade Landstinget också ett strukturförslag "Struktur i samverkan" i vilket utredaren föreslog en nedläggning av infektionskliniken i den norra länsdelen, alltså den på DS.

Besparingskraven och nedläggningshotet var starten på en lång och tuff process att rädda infektionssjukvården i norra länet. Men, det var inte bara en brist på pengar som angavs som skäl för att få bort infektion från DS. Det hävdades nämligen att huskroppen, som inrymde fem av sex av infektionskliniken avdelningar, var av så dålig kvalitet att det inte skulle kunna gå att renovera. Något som dock visade sig vara ren desinformation, eftersom huskroppen så småningom renoverades och så att det idag kan bedrivas högkvalitativ infektionssjukvård på en av avdelningarna.

Argumenten för att kliniken på DS skulle kunna läggas ned, menade utredarna, var att med modern behandling kunde de flesta infektioner vårdas överallt, att de vårdplatser som fanns på infektionskliniken Huddinge sjukhus (HS) räckte för länets behov av infektionssjukvård där t.ex. isolering var nödvändig, samt att infektionsproblem i övrigt kunde hanteras med konsultinsatser. De senaste 20 åren har visat hur fel denna bedömning var. Ökande problem med antibiotikaresistens, både vid behandling av svåra infektioner och i form av nosokomial spridning av resistenta patogener som MRSA, VRE, ESBL och ESBL-Carba, en sjukvård med avancerad kirurgi även i höga åldrar och därmed ökad risk för infektionskomplikationer, transplantationer och andra sjukdomstillstånd där det utvecklats sofistikerade metoder för att modulera patienters immunförsvar, terrorhot genom spridning av högsmittsamma och livsfarliga patogener som antrax (mjältbrand), tillsammans med globala infektionshot som SARS (2003), fågelinfluensa (2005), influensapandemi (2009), MERS-Coronavirus (2012), Ebola (2014) och senast Zikavirus (2015) har tydligt visat att de mikrobiella hoten inte kommer att försvinna och att det måste finnas såväl lämpliga lokaler som kompetent personal att ta hand om personer som behöver infektionssjukvård både nu och i framtiden.

Trots besparingarna 1995-96 var således inte nedläggningshotet undanröjt. I arbetet med att bevara kliniken kom det på ett tidigt stadium upp ett förslag om att flytta infektionskliniken till Karolinska sjukhuset (KS). Sjukhusledningarna på Danderyd och Karolinska, utredare och politiker uppvaktades, både personligen och med skrivelser, och stöd inhämtades från kollegorna på Huddinge och i övriga Infektions-Sverige.

Internt fanns delade meningar. Vissa menade att KS skulle innebära en positiv utveckling för klinikens och specialitetens framtid, medan andra förespråkade DS med sin småskalighet och "idyll". En hel del av personalen som bodde i norra delen av länet menade att resvägen till KS skulle bli alldeles för lång, men den största rädslan var ändå att vår klinik helt skulle "försvinna" i det stora sjukhuset. Ett sätt att hantera denna oro var att redan 1996 skapa en framtidsgrupp på kliniken för KS-planeringen. Det ledde till att alla enheter jobbade med hur just deras verksamhet skulle se ut och allt från övergripande arbetssätt till mer praktiska frågor som klädska, lås, fönsterlösningar och skärmavskiljare.

Så småningom fick kliniken ett visst gehör från beslutsfattarna för att det behövdes specialiserad infektionssjukvård även i norra delen av länet, både som slut- och öppenvård. Det som till slut

avgjorde var att infektionsklinikerna på Danderyd och Huddinge tog fram en gemensam plan för hur länets infektionssjukvård borde vara organiserad. Vi lyckades övertyga tjänstemän och politiker att Karolinska, länets mest högspecialiserade sjukhus, och liksom Huddinge ett universitetssjukhus, visserligen hade en välfungerande verksamhet med infektionskonsulter, men också rimligen borde vara basen för infektionssjukvården i norra länet. Det slutliga förslaget från specialiteten blev en kompromiss där infektionskliniken på Danderyd skulle flytta huvuddelen av sin verksamhet till Karolinska sjukhuset, men behålla en avdelning på Danderyds sjukhus. Samtidigt skulle de båda infektionsklinikerna, på Karolinska och Huddinge, ta ansvar för infektionskonsultverksamhet på länets alla akut-sjukhus. Någon ytterligare neddragning för den nya Karolinska/Danderyds-kliniken bedömdes inte vara möjlig att genomföra.

Efter många turer fick Karolinskas sjukhusdirektör i april 1997 uppdrag att redovisa planeringen för en ny infektionsklinik vid Karolinska med verksamhet både där och på Danderyd.

Infektionsverksamhet på KS innan skapandet av infektionskliniken

På Karolinska hade den dynamiske chefen för klinisk mikrobiologi, professor Hans Ericsson, redan på 70-talet klargjort att mikrobiologerna gärna ställde upp för konsultationer, men att det behövdes kliniker – infektionsläkare – för bedömning av patienter med infektionsproblem. Lösningen blev då att låta detta bli en viktig del av sjukhushygienikerns uppgifter. Eftersom Ulrika Rahnsjö, som då innehade tjänsten också var specialist i infektionsmedicin blev detta en bra lösning. Ganska snart anställdes också Pia Appelgren, infektionsspecialist från Danderyd, som medhjälpare. Inriktningen på detta stadium var framför allt kombinerat hygien- och infektionskonsultarbete främst på kirurg- och intensivvårdsavdelningar.

1991 inrättades 2 nya tjänster för infektionskonsultarbetet, fortfarande knutna till klinisk mikrobiologi: Jan Andersson och Bengt Gårdlund, båda disputerade infektionsspecialister från Danderyd tog sig an uppgifterna med stor ambition. Jan flyttade dock snart till Huddinge där han blev professor och i stället kom Mats Kalin, också från Danderyd. Härefter byggde man upp ett system med fasta ronder på alla intensivvårdsavdelningar samt på flera andra avdelningar som onkologi, barnonkologi och hematologi. Dessutom skötte man konsulter via remiss eller per telefon i stor utsträckning. Det totala antalet konsulter var cirka 6000 per år. En liten mottagning för interna ambulanta konsulter drevs också. Slutligen hade man också jourverksamhet via jourtelefon i hemmet årets alla dagar, dygnet runt. Allt detta med en totalbemanning på 3 personer! De flesta dagarna på året var man alltså 2 konsulter i tjänst, men alla intensivvårdsavdelningar rondades dagligen.

Infektion blev initialt en egen enhet inom klinisk mikrobiologi, men senare flyttade man till internmedicin, då detta bedömdes mer adekvat med hänsyn till den rent kliniska inriktningen på verksamheten. När det gällde enhetens försörjning deklarerade sjukhusdirektören Jan Lindsten att "jag har inga pengar". Lösningen blev att knyta avtal med alla sjukhusets divisioner, så att man betalade infektionsenheten per år i relation till antalet konsulter föregående år. Verksamheten blev uppskattad och växte. Dessutom flyttade St. Görans barnklinik till Astrid Lindgrens barnklinik på KS. Avtalen för försörjning kunde modifieras och det blev utrymme för en totalbemanning med 4 konsulter. Johan Struwe tillkom som fast medarbetare de sista 2 åren innan verksamheten inlemmades i den infektionsklinik med vårdplatser som etablerades efter flytt från Danderyd. En viktig faktor för att få verksamheten att flyta smidigt och för infektionskonsulterna att kunna bidra till korrekt handläggning av infektionsproblem var att man hade tillgång till ADBact, datasystemet för mikrobiologisvar. Detta var

ett mycket väl fungerande system och infektionskonsulterna kunde gå in och ta del av slutsvar så väl som preliminära observationer under hanteringen av odlingsprover och serologiska prover. Man hade alltså ett mycket förtroendefullt samarbete mellan infektionskonsulterna och klinisk mikrobiologi.

Planering och inflyttning av infektionskliniken på KS



Åke Örtqvist berättar om nya kliniken

Det stod tidigt klart att infektion skulle ingå i Divisionen för Medicin och inrymmas i samma huskropp som hudkliniken. Redan på senvåren 1997 bildades arbetsgrupper med representanter från hud och infektion för att planera hur lokalerna bäst skulle utnyttjas. Trots att infektionskliniken flytt till Karolinska innebar att andra kliniker, och då framför allt hudkliniken, fick lite mindre lokalutrymme upplevde vi en positiv, generös och välkomnande stämning i planeringsdiskussionerna.

På våren 1998 var det fullsatt och trångt vid klinikfesten på Hard Rock Café. Klinikens revygrupp "Dragplåstren" bjöd på en nyskriven såpopera kallad Vita Världar och avslutningsnumret var en riktig snyftare till toner av *De sista ljuva åren*

*För 40 år sen föddes vår infektionsklinik
när sommarn går mot hösten blir den sig inte lik
då öde blir terrassen med utsikt över slott
då styra vi flyttlassen till KS, tänk så flott
Att verksamheten ändrat volym och karaktär
kan alla vi intyga, så sant som vi står här
men infektions historia skall även framtidsvis
ha kvar den sortens gloria som blivit vår devis*

*Så låt det sista DS-året
bli det bästa i vårt liv
den anda som vi känner
låt oss hålla den vid liv
och när vi kommer fram till KS
medicinska division
så ska vi minnas att vår styrka
har bevarat infektion*

I juni 1998 hade vi kommit så långt att vi kunde lägga en tidsplan för flytten. Det bestämdes att de två vårdavdelningarna skulle flytta över i december och mottagningarna till nyåret 1998/99.

Till Infektionskliniken 40-årsjubileum i oktober 1998 anordnades en eftermiddag i aulan på DS med olika föreläsare från kliniken och Dragplåstren svarade åter för underhållningen, där publiken bland

annat fick "Ett smakprov ur vårens populära folkolustspel Kristina från Mörbyhåla - en riktigt tårdröjande historia".



Den inledande dialogen löd som följer:

Kristina: *Karl-Oskar jag vill inte resa dit bort, jag vill stanna här i Mörbyhåla*

Karl-Oskar: *Men Kristina, oroa dig inte så mycket, sjukhuset i väst är så stort och fint*

Kristina: *Men här är så lugnt och skönt och man kan sitta här och lukta på astrakanerna*

Karl-Oskar: *Men vi har ingen framtid här på landet det är Karolinska som kommer att få alla pengar, vi kommer att bli rika Kristina, tro mig*

Kristina: *Jag kommer inte att förstå vad du säger, Karl-Oskar*

Karl-Oskar: *Det ordnar sig Kristina, jag skall lära dig Stockholmska...*

*Karl-Oskar verkar helt övertygad
om att flytten till Karolinska blir
något positivt*

I december 1998 gick så flyttlasset från Danderyd till Karolinska. Klinikens målsättning var att i KS högspecialiserade och akademiska miljö ytterligare kunna utveckla den högkvalitativa infektionssjukvården som bedrivits på DS. I verksamhetsidén för 1999 framhålls att Infektionskliniken ska bedriva specialiserad infektionssjukvård dygnet runt, samt forskning och undervisning inom ämnesområdet. En viktig faktor var att kliniken bemannade en jourlinje på akutmottagningen dygnet runt. En annan var att konsultverksamheten utvecklades vidare och kom att inkludera inte bara KS och DS, utan också Norrtälje sjukhus. Som en del av Institutionen för Medicin, Karolinska Solna, utvecklades även forskningen inom flera områden, bland annat tropiksjukdomar, HIV, hepatit, pneumoni och sepsis. Infektionsenheten hade år 2000 två professorer, Anders Björkman och Sven Britton och en FoUU-budget på ca 3,5 miljoner.

Kliniken hade knappt 200 medarbetare. På två vårdavdelningar, B23 och B24 och tillsammans med avdelning 4 på Danderyd hade vi 60 vårdplatser samt två mottagningar, en för allmän infektion och en för HIV.



Till invigningen av infektionskliniken på KS strömmade såväl gamla som nya medarbetare samt företrädare för andra specialiteter på KS till.



Bandet (som hålls av chefsekreteraren Ami Lexmark) klipptes av Per Gillström, bitr. sjukhusdirektör



Välkommen till KS, säger hudklinikens verksamhetschef Harry Beitner och överlämnar en blomma till den nya "grannklinikens" verksamhetschef Åke Örtqvist

Den första tiden på det nya sjukhuset KS var dock lätt förvirrad. Det var som att vara ny på jobbet. Hur funkade internposten? Var ligger akuten? Hur gör man när man beställer varor? Simpla frågor som gjorde vardagen besvärlig men som så sakta fick sina svar. Visst var det annorlunda. Vi hade nog trott att vi kunde ta med oss vår berömda "Danderydsanda" och införa den även på KS. Det var möjligen något för blåögt, men var samtidigt en drivkraft. En mening som gång på gång yttrades var "Det sitter i väggarna".

De första åren präglades av hög personalomsättning inom de flesta personalkategorier utom läkarna. I ett protokoll från 1999 konstateras att "Man har gått från ett kaotiskt till ett stabilt läge på mottagningen, helgtjänstgöringen är uppskjuten. Stämningen är god och positiv. Avd: Idag något bättre än för 2 veckor sedan då 6 ssk sa upp sig..."

Handelshögskolan gjorde ett arbete med namn "Infektionskliniken på KS - vad orsakade de kraftiga avhoppet?" där man i sin analys bland annat kom fram till att personalen, trots allt, inte var tillräckligt förberedd på den stora kulturskillnaden mellan KS och DS.

Efter något år på KS hade läget stabiliserat sig, vi blev mer och mer hemtama och kände att nu var det här sjukhuset också vårt. I klinikbladet "DRG-bullen – vårt levebröd" i december 2000 skriver Åke Örtqvist: *"Tack för ett fantastiskt fint år! Under andra året med vår nya KS/DS-organisation har vi fortsatt att utvecklas – och jag skulle vilja påstå att vi är ett av KS/DS bästa och klart "vinnande team".*



En av de sociala aktiviteter med rötter i den s k "Danderydsandan" vi tog med oss till KS var att samla klinikens medarbetare till en vårlig brännbolls-match. Motståndarlagen varierade under åren, liksom deltagarantalet och inte minst vädret. Här är en vacker och välbesökt kväll.



Glada Karolinapristagare:
Åke Örtqvist fick 2001 motta priset för föredömligt ledarskap och Ami Lexmark fick ta emot Medicindivisionens Lilla Karolinapris 2002. Vi gjorde med andra ord en bra start på KS

2002 lämnade Åke Örtqvist chefskapet för kliniken för att bli smittskyddsläkare i SLL och ersattes 2003 av Olle Reichard, efter att Mats Karlsson varit tf i avvakten på tillsättning.

Ett nytt sjukhus igen

Men säg den struktur inom sjukvården som varar för evigt. Med jämna mellanrum görs organisationsförändringar alltmedan personalen bara önskar en sak: "Ge oss arbetsro".

2004 var det dags igen. När KS och Huddinge den 1 januari slogs ihop till Karolinska Universitetssjukhuset var det inte bara sjukhuset som skulle bli ett, nu skulle också verksamheterna genomlysas och ord som profilering och snabbspår blev härskande. Verksamhetscheferna på infektion i Solna och Huddinge fick i uppdrag att se över förutsättningarna för en gemensam klinik. Arbetsgrupper tillsattes, fackliga förhandlingar fördes, stormöten genomfördes och röster höjdes. De flesta rösterna, eller åtminstone de mest högljudda, var emot en sammanslagning. En del kände att historien upprepade sig och fick associationer till tiden när kliniken på DS var hotad. Vissa såg inte hur denna stora organisation skulle kunna fungera på ett effektivt sätt. Andra såg fördelar med *en* stor och stark infektionsklinik i Stockholm.

Beslutet blev att klinikerna i Solna och Huddinge den 1 september 2004 slogs samman till Verksamhetsområde Infektion med verksamhet i Huddinge, Solna, Danderyd och SöS. Ett sparbeting på 20 milj kronor följde med paketet. Ny verksamhetschef blev Åke Åkesson. Representanter till en framtidsgrupp föreslogs och tillsattes för att tillsammans med verksamhetschefen "*Ta fram bilden av en världsledande infektionsklinik. Hur ser den ut i januari 2007? Hur arbetar vi då?*" (Ur Åke Åkessons första veckobrev till medarbetarna, okt -04).

Sparbetinget för år 2005 innebar en reducering av 12 vårdplatser i Solna och 9 vårdplatser i Huddinge, en gemensam avdelning hud/infektion i Solna, avd B13, vakanssatta tjänster och överlåtande av avd 4 till Danderyds sjukhus AB. 4:an blev nu alltså åter en Danderydsavdelning där omvårdnadspersonalen tillhörde DS och läkarna Karolinska. En sådan lösning hade för övrigt diskuterats och förkastats i samband med flytten från DS till KS. Under 2006 försvann också nattjouren i Solna.



Budskapet var tydligt – den nya stora gemensamma infektionskliniken skulle präglas av love, peace and understanding

I februari 2006 anordnades åter en klinikfest i Östermalmshallen, nu för hela den stora infektionskliniken och temat "Tillsammans" genomsyrade hela kvällen.

Under åren som följde stod organisationsfrågor oftast högst upp på agendan och ledningsstrukturen förändrades flera gånger. Sammanslagningen var ett återkommande ämne och meningsskiljaktigheterna stundom stora. Genomlysning och profilering blev återkommande ord. Förslag på delning av kliniken framfördes framförallt av läkargruppen, dock utan framgång. Profileringen genomfördes 2008 och innebar bland annat att HIV-mottagningen i Solna flyttade och slogs ihop med HIV-mottagningen i Huddinge. Steg för steg förbättrades samarbetet mellan siterna, inte minst genom kliniken kompetens- och ämnesgrupper och rösterna för en delning av kliniken hördes alltmer sällan.

Åke Åkesson hade 2006 efter två år som verksamhetschef lämnat över stafettpinnen till Elda Sparrelid som i kliniken veckoblad *Influensen* nr 51 2010 skriver "Så var det dags att summera året som gått. Och mycket har hänt, ännu mer om man tittar tillbaka flera år. Under våren blev vi klara med vårt arbete med att fastställa mål och vision för kliniken. Man kan tycka att det tog lång tid men när man försöker få med mycket input från organisationen tar processer längre tid. Nu gäller det naturligtvis att dessa visioner och mål inte bara blir en pappersprodukt och att de hela tiden är föremål för omprövning alltefter händelser inom och utom organisationen utmanar oss...."

Elda Sparrelid lämnade posten som verksamhetschef 2011 och därefter följde några år med inhyrda verksamhetschefer innan Lena Dillner tillträdde 2015.

Infektionsklinikerna på Danderyd, SöS och St Görans drivs nu av de egna sjukhusen. Flera av de läkare som var anställda på DS en gång i tiden och som flyttade med till Karolinska har nu återvänt och man kan konstatera att cirkeln på ett sätt därmed är sluten.

Forskningsaktivitet



Infektionskliniken alla avhandlingar från Danderyds och Karolinskatiden

En lång rad avhandlingar har presenterats utgående från Danderyd och Karolinska Solna. Göran Sterners och Birgit Sköldenbergs avhandlingar skrevs egentligen på Roslagstulls sjukhus liksom en del av de följande, men ett flertal producerades på Danderyd. Flertalet har dock kommit till på Karolinska Solna där Mats Kalin, Kristina Broliden (nu prefekt) och senast Anna Färnert varit ansvariga enhetschefer. Infektionsenheten har varit en betydelsefull och dynamisk del av Institutionen för medicin Solna och samverkan har skett med ett flertal andra enheter och institutioner både inom och utom KI och Sverige. Profilmråden har varit malaria, HIV, luftvägsinfektioner inklusive tuberkulos, CNS-infektioner samt infektioner hos immunsupprimerade patienter. Genom Kristina Brolidens och Anna Färnerts dynamiska arbete har enheten etablerats med egna laboratorier på Centrum för molekylär medicin (CMM). Enheten har också haft nära samarbete med systemenheten på Huddinge, inkluderande forskningsenheten Centrum för infektionsmedicin (CIM). Regelbundna forskningsseminarier med olika ämnen har bidragit till gott samarbetsklimat. Forskningsmässigt har flytten till Karolinska inneburit ett klart lyft.

Infektionskliniken 2016

Verksamhetschef Lena Dillner beskriver nuläget

Sedan maj 2015 har jag förtroendet att, som Verksamhetschef för Infektionskliniken Karolinska, föra traditionen av högkvalitativ och innovativ infektionssjukvård vidare in i framtiden. Vi är nu 330 anställda på Karolinska. Vid våra fem avdelningar finns 93 vårdplatser och vi bedriver omfattande öpenvårdverksamhet.

Historien har ju präglats av omorganisationer och nu är det dags igen. Hela Karolinska Universitetssjukhuset omorganiseras 2016 utifrån patientgrupper istället för som förut utifrån specialitet. Genom tvärprofessionellt och multidisciplinärt samarbete kan vi ge bättre vård till våra patienter. Förstärkt samverkan med Karolinska Institutet, som inför en matchande organisation, förväntas bli en framgångsfaktor för ledande universitetssjukvård baserad på forskning, utveckling och aktuell evidens. Värdebaserad vård sätter fokus på patienten. Forskning och utveckling som ger tydlig patientnytta ska kopplas starkare till utfallsmått kring våra patientgrupper och nya ekonomiska styrmodeller kommer att tas fram.

Vi organiserar oss inom ett antal Teman som ersätter tidigare divisionsindelning. Infektions huvudsakliga verksamhet kommer att samlas inom Tema "Inflammation och Infektion" tillsammans med Reumatolog- Hud- och Njur- , Endokrin-kliniken samt delar av Gastrocentrum och Lung-kliniken. Inom varje tema kommer ett antal sk patientområden att identifieras som består av flera patientflöden som i sin tur består av antal patientgrupper. Vi har under 2015 identifierat de patientgrupper där infektionsspecialister tillför värde och ökar kvaliteten av vården. Stora patientgrupper som HIV, Hepatit och Tuberkulos är självklara grupper i Temat och även akuta infektioner som ex luftvägsinfektioner, CNS infektioner, samt sepsis. Tack vare att vi redan arbetat värdebaserat kring flera patientgrupper (exempelvis med våra InfCare register, där patientens medverkan efterfrågas) är vi redan en förebild för det fortsatta införandet av värdebaserad vård på Karolinska. Vi arbetar med att sprida kunskap om värdet av infektionssjukvård. Parallellt med införandet av ny verksamhetsmodell ser vi också över dimensioneringen av vår konsultverksamhet. Många utmaningar återkommer genom åren som ex brist på sjuksköterskor och organisationsförändringar.

Utvecklingen av den moderna infektionsmedicinen fortsätter dock. Tack vare stark FoU och vår betydande kritiska massa av förändringsbenägna medarbetare som vårdat traditionen av stark verksamhetsutveckling, ser jag mycket positivt på framtiden. Det är med stor respekt och tacksamhet till alla som så engagerat bidragit till att vi är där vi är idag. Infektionskliniken tar en stor och tydlig plats i den nya organisationen på Karolinska och vi strävar fortsatt efter att uppfylla vår ambition att vara en "världsledande infektionsklinik"!

Klinikchefer genom åren



Göran Sterner, 1967-1985
Birgit Sköldenberg, 1985-1995
Åke Örtqvist 1995-2002 (1997
chefläkare DS)
Mats Karlsson, 1997 + tf 2002-
2003
Olle Reichard, 2003-2004
Mats Kalin, tf 2004
Åke Åkesson, 2004-2006
Elda Sparrelid, 2006-2011
Lena Dillner, 2015-

Göran Sterner och Åke Örtqvist



Birgit Sköldenberg



Mats Karlsson



Olle Reichard



Mats Kalin



Åke Åkesson och Elda
Sparrelid



Lena Dillner