



Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 18.000 SJUKHUSSPECIALISTER • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARNA NR 5/2017

VAD HÄNDE SEDAN?

2008 hade ortopederna på Oskarshamns sjukhus avskaffat alla medicinskt omotiverade väntetider – men hur gick det sedan?

• Sid 14-17

För ett år sedan besökte vi Lycksele lasarett – då ett sjukhus i chock. När vi nu återvänder är det till ett sjukhus som många menar lever farligt.

• Sid 18—27

Tema: HYRLÄKARE

**I Bollnäs skapar
hyrläkarna
kvalitet
och kontinuitet**

• Sid 10-12

Foto: Sara Winsnes

LIXIANA® (edoxaban)

En tablett per dag vid icke-valvulärt förmaksflimmer

Uppdaterad SPC:
Behandling med Lixiana kan
påbörjas eller fortsättas
hos patienter som behöver
elkonvertering.

BEVISAD EFFEKT¹

Non-inferior jämfört med välinställt warfarin för prevention av stroke/SEE

DOKUMENTERAD SÄKERHETSPROFIL¹

Signifikant minskning av allvarliga blödningar* jämfört med välinställda warfarinpatienter

ENKEL OCH SMIDIG DOSERING²

En tablett dagligen med eller utan mat

once-daily
Lixiana
edoxaban

ORAL, DIREKT FAKTOR
Xa-HÄMMARE

1. Giugliano RP et al. Edoxaban versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation NEJM 2013;369(22):2093–2104.

2. LIXIANA®, SPC juni 2017).

* Allvarliga blödningar: Definierat av International Society of Thrombosis and Haemostasis som: i) fatala blödningar; och/eller ii) symptomatisk blödning i kritiska områden/organ så som intrakraniell, intraspinalt, intraokulär, retroperitoneal, intraartikulär eller perikardiell, eller intramuskulär med kompartmentsyndrom; och/eller iii) blödning som orsakar ett fall i hemoglobinnivåerna med 2,0 g/L eller mer, eller att de leder till transfusion med två eller mer enheter av helblod eller röda blodceller.



Product under license of Daiichi Sankyo Europe GmbH



msd.se

once-daily
Lixiana
edoxaban

LIXIANA® (edoxaban) filmdragerade tabletter 15 mg, 30 mg, 60 mg. Övriga antitrombotiska medel. Rx, F, SPC 06/2017.

▼ Läkemedlet är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning.

INDIKATIONER: Profylax av stroke och systemisk embolism hos vuxna patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer (NVAf) med en eller flera riskfaktorer, såsom kronisk hjärtsvikt, hypertoni, ålder ≥75 år, diabetes mellitus, tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA). Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE), samt profylax av recidiverande DVT och LE hos vuxna.

KONTRAINDIKATIONER: Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne Kliniskt signifikant, aktiv blödning. Leversjukdom förknippad med koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk. Organskada eller tillstånd som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Detta kan omfatta pågående eller nyligen inträffade ulcerationer i mag-tarmkanalen, förekomst av maligna tumörer med hög blödningsrisk, nyligen inträffade hjärn- eller ryggradsskador, nyligen genomgången hjärn-, ryggrads- eller ögonkirurgi, nyligen inträffad intrakraniell blödning, kända eller misstänkta esofagusvaricer, arteriovenösa missbildningar, vaskulära aneurysm eller större intraspinala eller intracerebrala vaskulära missbildningar. Okontrollerad svår hypertoni Samtidig behandling med andra antikoagulantia, t.ex. ofraktionerat heparin (UFH), lågmolekylärt heparin (enoxaparin, dalteparin etc.), heparinderivat (fondaparinux etc.), orala antikoagulantia (warfarin, dabigatranetexilat, rivaroxaban, apixaban etc.), förutom vid byte av oral antikoagulationsbehandling under speciella omständigheter eller när UFH ges i doser som krävs för att hålla en central ven- eller artärkateter öppen.

GRAVIDITET OCH AMNING: Säkerhet och effekt för edoxaban har inte fastställts hos gravida eller ammande kvinnor. Lixiana är kontraindicerat under graviditet och amning. Vid förskrivning och för aktuell information, förpackningar och priser se Fass.se.

INNEHAVARE AV MARKNADSFÖRINGSTILLSTÅND: Daiichi Sankyo Europe GmbH. Representant: MSD Sverige, Box 45192, 104 30 Stockholm Tel: 08-578 135 00 MSD, Box 45192, 104 30 Stockholm BIVERKNINGAR SKA RAPPORTERAS. Rapporteringsblanketter och information finns på lakemedelsverket.se/rapportera.

Biverkningar ska även rapporteras till MSD via telefonnummer. 077-5700488 eller via e-post: medicinskinformation@clinicaltesting.se

09-18-CARD-1231024-0000 sept 2017

www.sjukhuslakaren.se

LEDARE

Sjukhusläkaren 5/2017

LAGOM MÅNGA HYRLÄKARE ÄR BÄST!

Sveriges kommuner och lands-
ting vill med ett Alexander-
hugg bli kvitt sitt beroende av
inhyrd personal senast den 1
januari 2019. Kan ju te sig
cyniskt av mig, men att SKL skulle träffa
knuten med sitt svärd ter sig snarast
utopiskt än verklighetsförankrat.

Inget ont sagt om SKL:s lista med 60
åtgärds punkter och de fem underrubri-
kerna: *arbetsmiljö – attraktiv arbetsplats,
dimensionering – bemanningsproblem, rekry-
tering, ersättningsfrågor och nya arbetssätt.*

Innehållet i listan skulle nästan ha
kunnat skrivas av Läkarförbundet och av
de 60 punkterna är det endast en som jag
själv inte skulle haft med och det är
"Överutbilda" 10 procent; ger marginal och
möjlighet att bistå andra landsting.

Uppenbart visar listans omfatt-
ning att dagens regioner och
landsting har enorma brister i sin
verksamhet och de tycks alltmer,
snarare än mindre, ha blivit
beroende av tillfälliga lösningar.

Det saknas en del punkter som
dessutom är väsentliga och de har nog
inte glömts bort utan med flit utelämnats
vilket än mer känns som en nagel i
ögat. Det som saknas är dels de käppar i
hjulet som i stort sett dagligen skaver på
arbetsglädjen för nästan alla kliniska
sjukhusläkare, dels det som brister i fort-
bildningen och dels sådant som berör
den fysiska arbetsmiljön. Nedan listar
jag det som berör sjukhusläkare, då pri-
märvärden förtjänar ett kapitel för sig.

För det första har bristen på vård-
platser sedan mer än ett årtionde varit ett
av de största arbetsmiljöproblemen som
skapat osäkra beslut, riskerat patient-
säkerheten och alstrat mängder av
onödiga kollegiala konflikter. De senaste
åren har problemet accelererat som en
följd av sjuksköterskeflykten och en
okontrollerbar minskning tycks ännu

inte ha nått botten. Ett återinförande av
sjukvårdsbiträden, eller åtminstone en
ökning av antalet undersköterskor, skulle
till viss del kunna dämpa denna utveck-
ling, men tycks inte finnas med på SKL:s
karta. I stället får vi höra talas om att
Nya Karolinska Sjukhuset lär ha upp-
handlat bäddning av sjukhussängar för
70 kronor per bädd. Om man vill leva
upp till: "om möjligt bota, ofta lindra
och alltid trösta", behövs det fler händer
i och inte bredvid sjukvården.

För det andra är det för kirurgiskt
verksamma sjukhusläkare bristen på
operationsutrymme ännu en käpp i
hjulet som gör att vardagen inte går att
bemästra. Kampen om operationssalen
och de problem som följer av strukna
operationer är såsom bristen på
vårdplatser något man borde lyft fram
tydligare i åtgärdslistan. Här behövs en
mer långtgående översyn av varför
skivan, på i synnerhet stora operations-
enheter, tycks hacka år efter år. Med en
bara lite vidare syn av vad som är dagtid
och ett skifte av bemanning för all
personal (inte bara läkare) torde bulken
av problemen kunna lösas.

En tredje punkt man råkad glömma
bort är det uppenbara behovet av läkares
fortbildning genom hela yrkeslivet. Lös-
ningen är att fortbildningen skall ingå
som en systematisk del av verksamhetens
kvalitetsutveckling och att man i
budgeten tydligt avsätter medel för fort-
bildningen.

För det fjärde så tycks man helt
glömt bort den fysiska arbetsmiljön. I
takt med att antalet läkare ökat, verk-
samheten förändrats och kostnaden för
lokalhyra skenat har den ostörda egna
arbetsplatsen för läkare naggats rejält i
kanten. Läkare arbetar aktivitetsbaserat
stor del av dagen och delar utrymmen
med än den ene än den andre vilket bara
gör att behovet av en ostörd egen

arbetsplats är stort. Behovet är störst för
mer seniora sjukhusläkare som ofta har
ett större andel arbetsuppgifter såsom
verksamhetsplanering, kvalitetsarbete,
forskning, andras utbildning eller egen
fortbildning. Flexibla arbetsplatser till-
godoser inte de behov som finns.
Dessutom är det för mig en olöslig gåta
hur man tänkt kring hur känsliga upp-
gifter hanteras i miljöer där man inte vet
vilka som vistas i ens omgivning.

Hyrläkare ett tveeggat svärd

Hyrläkare och annan inhyrd personal är
ett tveeggat svärd. Personal med hög
kompetens kan lösa kniviga situationer i
nuet vilket förbättrar både tillgänglighet
och skär ned köer i de stunder då den
egna personalen inte räcker till. Den
andra eggen slår tillbaka på verksamhe-
tens utveckling på lång sikt om den
inhyrda personalen utgör för stor andel
eller inte är en förutsägbar återkom-
mande stafett. Kontinuitet är en av
förutsättningarna för trygg och mer pati-
entsäker vård. Lagom mängd inhyrd
personal är bäst helt enkelt.

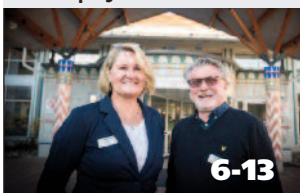
En av de 60 punkterna berör läkar-
assistenter och den desperation som detta
tycks ge uttryck för får min något fanta-
sifulla hjärna att
måla upp en bild
i svartvitt från
svunna strider.
Men nu med ett
landstingsråd
som klappar den
unga läkar-
assistenten på
kinden innan
denne går ett
okänt öde till
mötes på någon
akutmottag-
ning.



**BENGT VON
ZUR-MÜHLEN
VICE ORDFÖRANDE
I SJUKHUSLÄKARNA**

I detta nummer:

TEMA | Hyrläkare



6-13

TEMA | Vad hände sedan?



14-17

TEMA | Vad hände sedan?



18-27

Porträttet



42-46

Ledaren.....	3
Tema Hyrläkare.....	6-13
Tema Vad hände sedan?.....	14-27
• Varför lyckas Oskarshamns sjukhus?.....	(14-17)
• Lycksele Ett år efter beslutet om länskliniker.....	(18-27)
Krönikan Karin Båtelson.....	28
Henrik Widegrens nya musikvideo.....	31
Tema Sjukhusläkarens krönikörer.....	29-41
Porträttet Lars Rocksén.....	42-46
Sjukhusläkarnas viktigaste frågor.....	48-51

Forskningsstipendier

Forskningsstipendier från insamlingsstiftelsen Kvinnor & Hälsa.

Insamlingsstiftelsen Kvinnor & Hälsa utlyser ett stipendium. Stipendiet går till kliniska forskare som är i början på sin forskarkarriär och som driver genusmedicinsk forskning.

Forskningen kan innehålla biologiska och psykosociala aspekter på sjukdom och hälsa. Kön- och genusaspekter bör diskuteras avseende sjukdomens epidemiologi, patofysiologi, diagnostik, behandling och prognos.

Ett stipendium på 250 000 kr kommer att delas ut i mars 2018.

Bedömning

Stiftelsens vetenskapliga nämnd bedömer ansökningarna utifrån en poängskala enligt Vetenskapsrådets kriterier:

- Originalitet
- Vetenskaplig kompetens
- Genomförbarhet och betydelse
- Kön- och genusaspekter

Deadline för ansökan

Ansökan ska ha kommit in via mail, någon speciell blankett behövs inte, senast den 1 december 2017 till: info@1.6miljonerklubben.com

För mer information

För mer information kontakta:
Professor Karin Schenck-Gustafsson
karin.schenck-gustafsson@ki.se
Läs mer om tidigare stipendiater och deras forskning på Kvinnor & Hälsas hemsida
www.kvinnorochhalsa.com



Sjukhusläkarens redaktion

Christer Bark
Chefredaktör, redigerare, reporter
christer.bark@sjukhuslakaren.se
+46 709 634 062



▼ Christer har varit chefredaktör, redigerare och reporter på tidningen Sjukhusläkaren sedan 2001. Dessförinnan jobbade han under många år på dagstidningen Arbetet som reporter, redigerare, nattchef och redaktionssekreterare. Christer har även under många år frilansat åt en rad tidningar, tidskrifter och organisationer som journalist och webb och tidningsdesigner.

Anna Sofia Dahl
Reporter, webbredaktör
annasofia.dahl@sjukhuslakaren.se
+46 767 900 441



▼ Anna Sofia är journalist med mångårig erfarenhet från lokaltidningen TTELA. Anställdes på Sjukhusläkaren 2016, dessförinnan hade hon ett vikariat på Läkartidningen. Anna Sofia har hand om sjukhuslakaren.se och våra konton på sociala medier. Brinner för fackliga frågor och vill gärna komma ut i verkligheten så ofta som möjligt.

Kontaktuppgifter Sjukhusläkaren

Chefredaktör/redigering: Christer Bark, +46 709-634062
christer.bark@sjukhuslakaren.se
Webbredaktör/reporter: Anna Sofia Dahl, +46 767 900 441
annasofia.dahl@sjukhuslakaren.se
Annonser: Bengtsson & Sundström Media.
Kontakta Peter Sundström.
Tel: 08-10 39 20. E-post: sjukhuslakaren@bs-media.se
Prenumeration 320 kronor/helår
TS-upplaga: 20.800 ex.

ISSN 1651-2715. Medlem i SVERIGES TIDSKRIFTER

Riskera inte att bli utan Sjukhusläkaren – anmäl din nya adress när du flyttar!

Enklast gör du det genom att skicka ett e-mail till: medlem@slf.se Du kan också skicka ett vanligt brev med din nya adress till Medlemsadministrationen, Box 5610, 114 86 Stockholm eller ringa Läkarförbundets medlemsregister. Tel: 08-790 35 70. Fax: 08-790 33 25

Tidningen Sjukhusläkaren

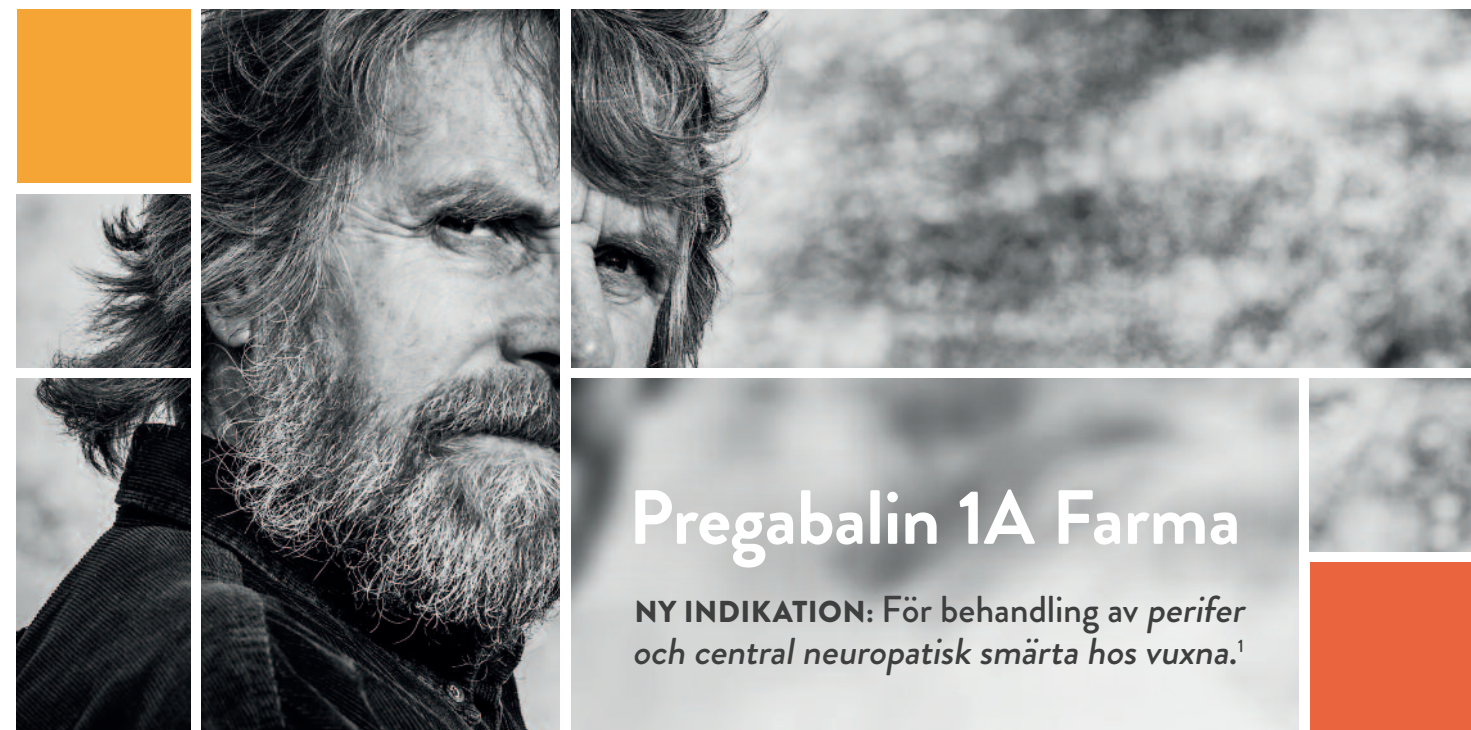
bevakar fackliga och sjukvårdspolitiska frågor. Tidningen ges ut av Sjukhusläkarna som är den största yrkesföreningen inom Sveriges läkarförbund, med drygt 18.000 medlemmar – cirka 40 procent av Läkarförbundets medlemmar; alla sjukhusspecialister, samt professorer, docenter och högskolelektorer vid universiteten.

Sjukhusläkarnas ägarpolicy för tidningen Sjukhusläkaren

- Sjukhusläkaren ska skapa sjukvårdspolitisk debatt kring Sjukhusläkarnas frågor, förmedla nyheter i hälso- och sjukvårdspolitiska frågor och frågor som rör läkarrollen ur medicinskt, etiskt, fackligt samt samhällsligt perspektiv.
- Sjukhusläkaren i tryckt form och på webbplatser har publicistisk självständighet.
- Se hela policyn på: sjukhuslakaren.se/kontakta-oss/om-oss/

Kontaktuppgifter till Sjukhusläkarnas

Wendela Zetterberg, kanslichef: 08-790 34 50.
E-post: wendela.zetterberg@slf.se
Postadress: Box 5610, 114 86 Stockholm.
Besöksadress: Villagatan 5.
Bankgiro 152-9452.



Pregabalin 1A Farma

NY INDIKATION: För behandling av *perifer och central neuropatisk smärta hos vuxna.*¹

Apoteken byter inte automatiskt ut Lyrica^{®2}

Gör ett aktivt val och frigör resurser i vården
Välj Pregabalin 1A Farma från Sandoz om du vill möjliggöra:

- ✓ 27–57% i besparingar jämfört med Lyrica^{®3}
- ✓ Återinvestering i forskning och utveckling av nya innovativa läkemedel från Novartis

1A Farma = Sandoz = Novartis

Förkortad förskrivningsinformation

Pregabalin 1A Farma (pregabalin) Pregabalin kapsel, hård. 25, 50, 75, 100, 150, 225, 300 mg. Rx, F. **Farmakoterapeutisk grupp:** Antiepileptika.

Indikationer: Neuropatisk smärta hos vuxna. Epilepsi, tilläggsbehandling för vuxna med partiella anfall. Generaliserat ångestsyndrom hos vuxna. **Kontraindikationer:** Överkänslighet. **Varningar och försiktighet:** Angioödem har rapporterats. Behandlingen ska avbrytas omedelbart vid svullnad av ansikte eller kring luftvägar. Yrsel och somnolens kan uppstå, vilket skulle kunna öka förekomsten av fallskador i den äldre patientgruppen. Patienter bör avrådas från att köra bil, sköta avancerade maskiner och delta i andra potentiellt riskfyllda aktiviteter innan det är känt om pregabalin påverkar deras förmåga att utföra dessa aktiviteter. Försiktighet bör iaktas hos patienter med tidigare missbruksproblem. Pregabalin ska användas med försiktighet till patienter med hjärt-kärlsjukdom. Patienter ska övervakas för tecken på suicid-tankar och självmordsbeteende och lämplig behandling bör övervägas. Patienter (och deras vårdgivare) bör rådask till att uppsöka medicinsk rådgivning om tecken på suicid-tankar och självmordsbeteende uppstår. **Ombud med ansvar för läkemedelsinformationen i Sverige:** Sandoz A/S, Edvard Thomsens vej 14, 2300 Köpenhamn S. Email: info.sverige@sandoz.com. Datum för översyn av produktresumén: 2017-07-07. För priser, förpackningar och ytterligare information, se www.fass.se.

Subventionsbegränsningar: Subventioneras vid 1) epilepsi. 2) neuropatisk smärta endast för patienter som ej nått behandlingsmålet med varken TCA eller gabapentin eller där dessa ej är lämpliga av medicinska skäl. 3) generellt ångestsyndrom endast för de patienter som inte nått behandlingsmålet med antingen SSRI eller SNRI, eller då dessa inte är lämpliga av medicinska skäl.

Referenser: 1. Pregabalin 1A Farma SPC (07.07.2017) 2. Pregabalin omfattas inte av generisk substitution på apotek, d.v.s. ingår inte i periodensvara system där apoteket automatiskt byter ut läkemedlet. 3. Listpris (AUP) Tandvårds- och läkemedelsverket (TLV) september 2017.

Så drar Region Östergötland, Region Skåne och Landstinget i Kalmar län ner på kostnaderna för hyrläkare

ST-läkare och AT-läkare sätts in i stället för specialister

Bara två regioner och ett landsting har lyckats minska kostnaderna för hyrläkare och där har hyrläkarna ersatts av ST-läkare, AT-läkare och underläkare.

▼ Hösten 2016 kom landstingen under SKL:s ledning överens om att sätta hårt mot hårt mot bemanningsföretag och göra sig oberoende av hyrläkare till 1 januari 2019.

Därför kom siffrorna för de två första kvartalen 2017 som en obehaglig överraskning.

Landstingens kostnader för hyrläkare hade istället för att minska ökat med 140 miljoner kronor jämfört med samma period 2016.

Undantagen var Region Östergötland, Region Skåne och Landstinget i Kalmar län där kostnaderna för hyrpersonal minskat.

Men när Sjukhusläkaren tittar närmare på personalsiffrorna visar det sig att inhyrda specialister oftast ersatts med ST-läkare, AT-läkare och underläkare.

REGION ÖSTERGÖTLAND

– Vi satsar på utbildningsläkare och tror att det i längden blir en anställd medarbetare. Vi hoppas på att få hålla kvar

dem, säger Zilla Jonsson, HR-direktör i Region Östergötland och fortsätter:

– Vår ambition har inte varit att fasa ut alla hyrläkare, men vi vill ha bort de kortsiktiga bemanningslösningarna. Det finns risk att hyrläkarna inte bidrar till kontinuitet i vården och på arbetsplatsen eftersom de jobbar på andra premisser.

I Region Östergötland har det



minskade antalet hyrläkare inneburit att kostnaderna sjunkit med 20-25 procent, enligt Zilla Jonsson (bilden) som berättar att i början av året minimerades antalet inhyrda distriktsläkare i primärvården, men att även i slutenvården bromsades antalet hyrspecialister upp.

– Antalet anställda ST-läkare och underläkare har blivit fler, men specialisterna färre. I januari i år var antalet ST-läkare 471, i september 509. Underläkarna har ökat i antal från 157 till 180, medan specialistläkarna/överläkarna har minskat från 1029 till 1024.

På vilket sätt blir kontinuiteten bättre om utbildningsläkare sätts in i stället?

– En anställd medarbetare deltar i det långsiktiga utvecklingsarbetet både inom sitt yrke och på sin arbetsplats. Det innebär bättre kvalitet och förutsättningar för bättre teamarbete – något som gynnar patienten, säger Zilla Jonsson.

LANDSTINGET I KALMAR LÄN

I sydöstra Sverige är bristen på specialister skriande så landstinget har därför tvingats sätta in ST-läkare och AT-läkare istället för specialister på hyrläkarstolarna, berättar Peter Rydasp, (bilden) HR-direktör i Landstinget i Kalmar län.



– Under de senaste två åren har antalet ST-läkare ökat med 25 stycken att jämföra med 40-50 hyrläkare som vi tidigare hade inne. De senaste fyra åren har vi också ökat antalet AT med cirka tio tjänster

– På det stora hela är det färre inhyrda psykiatriker, men också färre hyrpsykiologer och sjuksköterskor som vi tar in. Vårt budskap mot ett oberoende har hela tiden varit att skapa kontinuitet och en tryggare vård, samt bättre arbetsmiljö och minskade kostnader, säger Peter Rydasp, som tror att trenden med färre hyrläkare håller i sig tredje kvartalet också.

Ibland har dock landstinget enligt honom tvingats att ringa in hyrläkare för kortare inbrott då det varit svårt att få fatt på just allmänläkare och psykiatriker.

Agneta Borgström

MERCK

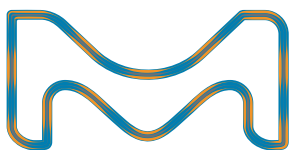


NY BEHANDLING INOM MS GODKÄND

Kontakta Merck för mer information



MAVENCLAD® (kladribin), Rx, ATC-kod L01BB04, är en 10 mg tablett för peroral behandling. **Indikation:** Behandling av vuxna patienter med högaktiv skovvis multipel skleros (MS) som definieras av kliniska eller bilddiagnostiska fynd. **Dosering:** Rekommenderad kumulativ dos av MAVENCLAD är 3,5 mg/kg kroppsvikt under 2 år, administrerat som en behandlingskur på 1,75 mg/kg per år. Varje behandlingskur består av två behandlingsveckor, en i början av den första månaden och en i början av den andra månaden för respektive behandlingsår. Varje behandlingsvecka består av 4 eller 5 dagar under vilka en patient får 10 mg eller 20 mg (en eller två tabletter) som en daglig engångsdos, beroende på kroppsvikt. **Kontraindikationer:** HIV. Aktiv kronisk infektion (tuberkulos eller hepatit). Aktiv malignitet. Samtida immunsuppressiv behandling. Måttligt eller gravt nedsatt njurfunktion. Graviditet eller amning. **För ytterligare information** se www.fass.se. EF. Datum för översyn av produktresumén augusti 2017.



ARKITEKTEN BAKOM SKL:S PLAN ATT BLI OBEROENDE AV HYRLÄKARE:

"Landstingen måste ta till alla upptänkliga åtgärder"

Trots att kostnaderna för hyrläkare skjutit i höjden senaste året, istället för att minska, så oroar sig inte Martin Rödholt, projekt-samordnare på SKL och den som ligger bakom den stora nationella planen att göra landstingen oberoende av hyrläkare till 1 januari 2019.

▼ – Jag ser att alla landsting jobbar aktivt med frågan, men processer tar ju tid. Därför är jag inte så förvånad över att kostnaderna ökat. Vår bedömning är att vi inte kommer att se de stora förbättringarna förrän under 2018 när landstingen sätter in fler åtgärder och man ser resultat av dem, menar Martin Rödholt.

Men han påpekar att nu gäller det att landstingen tar till alla upptänkliga åtgärder de har företagit sig för att bli oberoende av inhyrd personal.

– Det är trots allt ett val man gör. Jag vet att det är brist på folk, men de som väl stänger dörren till dessa läkare kommer att se att de hittar andra alternativ att jobba med, säger Martin Rödholt.

Han väntar därför med spänning på de senaste siffrorna för kvartal tre som kommer i början av november (efter denna tidnings utgivning). Trots den uppåtgående kurvan tror Martin Rödholt att det är fullt möjligt att nå målet om ett totalt oberoende.

För honom är det inte kostnaderna som strålkastarna ska riktas mot understryker han. Kontinuiteten i sjukvården ska vara i fokus.

– Orsaken att vi väljer att göra detta är att vi måste få kontinuitet i vården för patienternas skull. Med fast anställda läkare och annan personal blir det bättre, säger Martin Rödholt.

Ett exempel enligt honom är de vårdcentraler som hittat smartare sätt att

bemöta patienter med psykisk ohälsa som blir lotsade direkt till en sjuk-sköterska, psykolog eller kurator, istället för att alltid sätta första tiden till läkare.

Sådana skrivningar syns också i rekommendationen och beslutet från SKL:s förbundsstyrelse som anvisar att alla landsting och regioner bör minska inhyrningen av personal. "Med egna medarbetare skapar vi kontinuitet för patienterna. Det bidrar till en tryggare vård med högre kvalitet och lägre kostnader" är formuleringen i dokumentet av ordförande Lena Micko.

Ger hyrläkare sämre kvalitet och högre kostnader, Martin Rödholt?
– Nej, inte på grund av de enskilda

personer som arbetar som hyrläkare, men ett system med inhyrd personal ger sämre kontinuitet och därmed otrygghet hos oss som patienter, risk för informationsmissar och vårdprocesser tar längre tid. Visst blir lönekostnaderna något högre med inhyrda läkare, men framför allt blir det kvalitetsbristkostnader.

Han syftar på en rapport från 2016 från Ivo som inspekterade 21 offentligt drivna vårdcentraler som anlidade hyrläkare där patientsäkerhetsrisker upptäcktes.

Samtidigt tonar en bakgrundsbild fram av hyrläkare som inte fått tillräcklig arbetsplatsintroduktion från arbetsgivaren, saknat stöd i det dagliga

arbetet, vem man ska rådfråga om patienter samt att hyrläkarna i fråga inte känt till landstingens rutiner vad gäller vårdplanering för patienterna.

På frågan om kvalitetsfrågan snarare hänger samman med arbetsgivarens personalhantering svarar Martin Rödholt.

– Vårdenheter som är beroende av inhyrd personal lägger mycket tid på information till dem för att minska riskerna. Samtidigt visar rapporten att de behöver lägga ännu mer tid på det, tid som istället kunde ha använts till vård av patienter, menar Rödholt.

Agneta Borgström

VÄLKOMMEN TILL DEN 13:E NATIONELLA NÄTVERKSKONFERENSEN 2018
31 JANUARI – 1 FEBRUARI PÅ KARLSTAD CCC.

Modet att ta sig an befolkningens behov i ett komplext välfärdssamhälle

Se programmet och anmäl dig på: www.natverken.se/konferens2018

Nätverket
Hälsa och
Demokrati

Nätverket
Uppdrag
Hälsa

Sveriges
Kommuner
och Landsting

Läkare är Du livet ut!

Välkommen som medlem i
Seniora Läkare

– en intresseförening inom Sveriges Läkarförbund.

Seniora Läkare är en fackligt, medicinskt och kulturellt aktiv förening både för dig som fortsätter att yrkesarbeta och för dig som slutat vara yrkesverksam.

Du behöver Seniora Läkare och vi behöver dig. Med många medlemmar kan vi göra skillnad.



Besök oss gärna på www.slf.se/senior.

Trilafon® dekanat (perfenazin) från Orion Pharma

- Depåinjektion för behandling av schizofreni, schizofreniform psykos, paranoid och manisk psykos samt schizoaffektivt syndrom.¹
- Väl dokumenterat och väl beprövat efter många års erfarenhet.¹⁻⁴
- Underhållsbehandling var 3:e–4:e vecka.¹

Referenser: 1) Trilafon dekanat (perfenazin) produktresumé. 2) Lieberman JA, et al. N Engl J Med 2005;353:1209-23. 3) Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliktillstånd. Socialstyrelsen, april 2014. 4) Schizofreni en systematisk litteraturoversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), november 2012.

Trilafon® dekanat (perfenazidekanat) [Rx]. Förmån. För behandling av schizofreni, schizofreniform psykos, paranoid och manisk psykos, schizoaffektivt syndrom. Injektionsvätska, lösning 108 mg/ml. Senaste översyn av produktresumé: 2015-02-05. För priser och ytterligare information se www.fass.se.



Orion Pharma AB | Box 520, 192 05 Sollentuna | 08-623 64 40
www.orionpharma.se



10 st. x 1 ml ampull (Vnr: 07 92 69)
Pris/förpackning: 1 613 kr. Pris/ampull: 161,30 kr.
AUP = Apotekens utförsäljningspris.

I Bollnäs skapar hyrläkarna kontinuitet och kvalitet

Sex av tio läkare är inhyrda på Bollnäs sjukhus som ofta hamnar i topp i kvalitetsjämförelser. Hyrläkarna väljs noga ut så att de "passar in", har generalistkompetens, gillar arbetsfilosofin, gör remissbedömningar på distans och håller lunchföreläsningar.

▼ Det lilla sjukhuset mitt i Gävleborg figurerar högt i olika sjukhusmätningar där parametrar som medicinsk kvalitet, patientenkäter och tillgänglighet ingår. Sedan sex år tillbaka drivs sjukhuset i Aleris regi. Här är samtliga specialistläkare konsulter. På frågan vad hemligheten egentligen är bakom arbetet svarar verksamhetschef Birgitta Dackell med två ord.

– Det är kontinuitet och engagemang.

På arbetsplatsen är 90 procent av bemanningsläkarna stadigt återkommande för att de trivs. Vissa har arbetat på sjukhuset i 15 år. På Bollnäs sjukhus är inte själva anställningsformen viktig enligt henne utan snarare att "alla jobbar med oss", som hon uttrycker det. Oavsett om det är en inhyrd eller anställd läkare ska de mer eller mindre skriva under på de riktlinjer som sjukhuset har.

– De måste känna med arbetet, passa in i teamet och eftersom vi är ett mindre sjukhus bör man vara lite av en generalist. Vi har också många duktiga specialister på hyrbasis varav flera är dispute-rade. En insikt jag fått med åren är att man måste ge hyrläkaren en bra introduktion så att det faktiskt är möjligt att göra ett bra jobb. Man måste komma in i arbetslaget för att kunna prestera, menar Birgitta Dackell.



Verksamhetschefen Birgitta Dackell och enhetschefen Kjell Karlsson på medicinkliniken jobbar hand i hand för att hyra in rätt läkare till verksamheterna.

Foto: Katarina Hansson

En del av sjukhusets läkare påbörjade sin yrkesbana redan under AT eller ST och har sedan återvänt till arbetsplatsen.

Varför har det inte gått att anställa dem?

– Vi vill alla ha fast anställda läkare, men vi måste se hur realiteten ser ut. Vi är ett litet sjukhus i glesbygd, menar Birgitta Dackell.

Sjukhuset har ett antal trivselregler

som alla läkare förväntas följa. En sådan är att dela med sig av sina kunskaper. Även hyrläkare ska bidra med sin kompetens och ge föreläsningar, förklarar Birgitta Dackell.

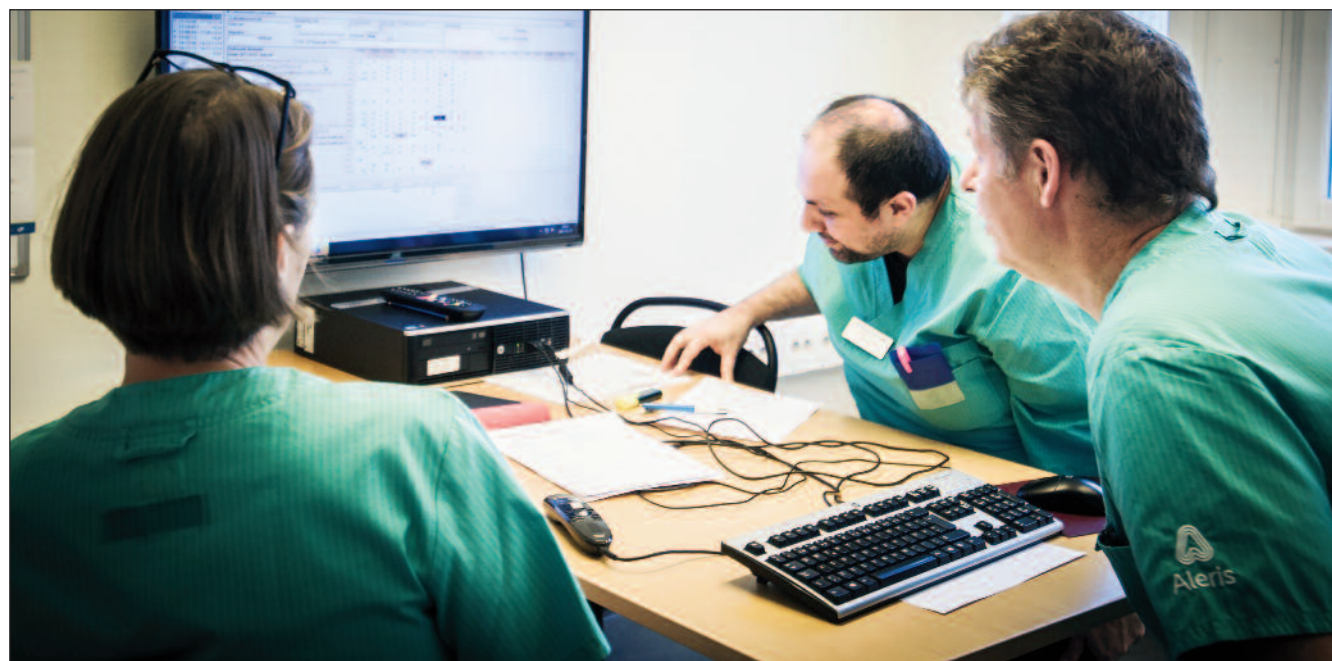
Hur formulerar man sådant i ett avtal?

– Det står inte skriftligt, men alla anses göra detta då vi ses under två lunchmöten i veckan. Kontinuitet är

viktigt, säger hon.

Ännu ett krav på hyrläkarna är att de förväntas göra remissbedömningar på

Fortsättning nästa uppslag >>>



Lagkänslan är stor på sjukhuset. Anställda och inhyrda läkare vittnar om att de trivs med teamandan, dialog och avsaknad av prestige.

distans på timtid hemma så att de kan titta på patienters laboratorieprover och röntgensvar. Alla förses med en diktafon och med hjälp av systemet Melior kan de utföra arbetet var de vill.

– Det underlättar väldigt. De blir av med högen med administration som annars de fasta läkarna fick ta i, vilket ledde till irritation. Dessutom blir det bättre kontinuitet för patienten, ja det är en patientsäkerhetsfråga, menar Dackell.

Ibland används också luncherna till att diskutera patientfall, till exempel bland internmedicinarna som planeringsansvarige chefen Kjell Karlsson har hand om.

Kandidat nr 4

▼ Bollnäs sjukhus får ett "Think-different-päron" av Sjukhusläkaren för att man lyckats skapa kontinuitet och kvalitet genom att integrera hyrläkare i verksamheten. Tidigare kandidater till Think different-priset är:

1. Britt-Marie Ahnelt för sitt förslag om ett kronikanpassat team.
2. Hälsoekonom Björn Ekman för kreativt tänkande med sitt förslag om en nationell sjukvårdsorganisation med mindre politikerinflytande.
3. Paul Holmström som forskar om hur sjukvården kan simulera åtgärder och förbättringsidéer i modellform.



– Vi jobbar tillsammans med våra konsulter och har mycket dialog och kommunikation med dem för att jobba smartare och bidra till patientsäkerheten.

Han sitter också med det kniviga arbetet med att pussla ihop scheman och telefonsamtalen till hematologer, endokrinologer, reumatologer, neurologer och kardiologer. En hel del tid går åt tillstår han. Två administratörer krävs för arbetet.

– Vi önskar helst inga konsulter alls, det skulle skapa ett lugn. Men någons insatser inser vi att det är svårt att fylla ett sjukhus i glesbygd, menar Kjell Karlsson som just nu förbereder inför sommaren 2018.

– Samtidigt är det inte bara negativt. Vi har ju mycket utbyte av dessa duktiga specialister med hög kompetens. Klurigheten i detta är att se till att de trivs och vill komma tillbaka. Mycket handlar om hur man ser på läkarna – ska de bara producera eller är de kollegor, frågar sig Kjell Karlsson.

Patientnöjdheten är god i Bollnäs, framför allt på specialistmottagningarna enligt honom där kontinuiteten fungerar väl. Svårare utmaningar finns enligt Birgitta Dackell på deras akut som är öppen under dygnets alla timmar och där många patienter passerar.

I dagsläget används två konsultföretag som hjälper till med att bemanna akuten. Kjell Karlsson ser att det har varit för hög omsättning på deras läkare.

– Nu pågår ett intensivt arbete tillsammans med konsultföretagen med att förbättra kontinuiteten och stärka introduktionen för läkarna som arbetar på akuten, säger Kjell Karlsson.

En av de fast anställda läkarna är Hans



Präntare, (bilden) överläkare på stroke-avdelningen, som jobbat på sjukhuset sedan början av 1990-talet. Därmed har han sett förändringen med ett

sjukhus som bytt från landstings- till privat regi. Arbetssträmningen är "väldigt mycket teamkänsla" mellan hyrläkare och egna läkare, sammanfattar han.

– Det är ett trevligt gäng här. Det är prestigelöst och lättsamt, vilket är relativt ovanligt. Du är både hej med vaktmästaren och sjukhusledningen, säger Hans Präntare, som hellre använder begreppet fasta konsulter om de återkommande hyrläkarna.

Men inför framtiden har han en viss oro:

– Jag är bekymrad över generationsskiftet på nationell nivå då förändringarna kommer att gå snabbt med risk för mentorsbrist i övergången.

– Frågan är hur detta ska gå. Vi behöver varenda läkarresurs.

Agneta Borgström

Feraccru a new oral iron alternative

for Iron Deficiency Anaemia (IDA) in adult patients with Inflammatory Bowel Disease (IBD) who failed oral ferrous products.¹



1. Feraccru. Summary of Product Characteristics. Shield. February 2016

www.aoporphan.com

Prescribing information for Feraccru 30mg hard capsules

Please refer to Summary of Product Characteristics before prescribing

Presentation: A red hard capsule. Each capsule contains 30 mg iron (as ferric maltol). **Indications:** Feraccru is indicated in adults for the treatment of iron deficiency anaemia (IDA) in patients with inflammatory bowel disease (IBD). **Dosage and Administration:** Adults: Feraccru should be taken orally. The whole capsule should be taken on an empty stomach (with half a glass of water). The recommended dose is one capsule twice daily, in the morning and evening. The absorption of iron is reduced when Feraccru is taken with food. Treatment duration will depend on the severity of iron deficiency but generally at least 12 weeks treatment is required. The treatment should be continued as long as necessary to replenish the body iron stores according to blood tests. **The Elderly:** No dose adjustment is necessary. **Children:** The safety and efficacy of Feraccru in children (17 years and under) has not yet been established. No data are available. **Patients with hepatic or renal impairment:** No clinical data is available in this patient population. **Contra-Indications:** Known hypersensitivity to the active substance or to any of the excipients; Haemochromatosis and other iron overload syndromes; Patients receiving repeated blood transfusions. **Warnings And Precautions:** Feraccru should not be used in patients with inflammatory bowel disease (IBD) flare

or in IBD patients with haemoglobin (Hb) levels <9.5g/dL. Iron preparations in excess may cause toxicity especially among children and so Feraccru must not be administered to children. Take special care when used with other dietary and/or iron salt supplementation. Before starting treatment, iron deficiency anaemia (IDA) diagnosis should be made based on blood tests; it is important to exclude underlying causes of anaemia other than iron deficiency (e.g. gastric erosion, colonic carcinoma). Feraccru contains lactose and so patients with rare hereditary problems of fructose intolerance or glucose-galactose malabsorption should not take this medicine. This product also contains Allura Red AC (E129) and Sunset Yellow FCF (E110); these may cause allergic reactions. **Interactions:** Food has been shown to inhibit uptake of Feraccru and so Feraccru should be taken on an empty stomach. Avoid concomitant administration of Feraccru and IV iron, dimercaprol, chloramphenicol and methyldopa. Feraccru should be given at least 2 to 3 hours apart from: penicillamine, bisphosphonates, ciprofloxacin, entacapone, levodopa, levofloxacin, levthyroxine (thyroxine) moxifloxacin, mycophenolate, norfloxacin, ofloxacin, tetracyclines, calcium and magnesium salts e.g. magnesium trisilicate. **Pregnancy and Lactation:** There are no data from the use of Feraccru in pregnant women. As a precautionary measure, it is preferable to avoid the use of Feraccru during pregnancy. Ferric maltol is not available systemically and is

therefore unlikely to pass into the mother's milk. No clinical studies are available to date. As a precautionary measure, it is preferable to avoid the use of Feraccru during breast-feeding. **Undesirable Effects:** Common side effects: Abdominal pain, flatulence, constipation, abdominal discomfort/distension, nausea and diarrhoea. **Marketing Authorisation Number:** EU/1/15/1075/001 **Marketing Authorisation Holder:** Shield TX (UK) Ltd, Gateshead Quays, NE8 3DF, UK. **Legal Category:** POM. **Date of Preparation:** September 2017. **For more details contact local distributor:** AOP Orphan Pharmaceuticals AG, Viridings allé 32B, 754 50 Uppsala, Sweden. Phone +46 706 31 87 00. **Rx.** Läkemedlet ingår ej i förmånen. **www.fass.se**

 **AOP ORPHAN**
FOCUS ON RARE DISEASES

Adverse events should be reported.
Reporting forms and information can be found at www.lakemedelsverket.se.
Adverse events should also be reported to AOP Orphan AG (Austria)
Phone: +43 1 5037244. E-mail: drugsafety@aoporphan.com

FERC04_17INT

Varför lyckas Oskarshamns sjukhus?

Kandidat nr 5

Dan Eriksson och ortopedkliniken på Oskarshamns sjukhus får ett "Think-different-påron" av Sjukhusläkaren för att man varit föregångare och med ett metodiskt och långsiktigt arbete lyckats korta väntetiderna.



Tidigare kandidater till Think different-priset är:

1. Britt-Marie Ahnelt för sitt förslag om ett kronikeranpassat team.
2. Hälsoekonomen Björn Ekman för kreativt tänkande med sitt förslag om en nationell sjukvårdsorganisation med mindre politikerinflytande.
3. Paul Holmström som forskar om hur sjukvården kan simulera åtgärder och förbättringsidéer i modellform.
4. Bollnäs sjukhus för att ha skapat kontinuitet och kvalitet genom att integrera hyrläkare i verksamheten.



Nr 4 | 2008



Året är 2008 och Sjukhusläkaren granskar vårdgarantin. Väntetiderna är extremt långa på de flesta sjukhus i landet trots år av kömiljarder. ■ Men det finns undantag. På ortopedi på Oskarshamns sjukhus existerar inga medicinskt omotiverade väntetider.

Nr 4 | 2017



Nio år senare granskar vi väntetiderna igen och kan rapportera om årslånga köer till behandlingar och operationer. Men det finns en handfull undantag – och Oskarshamns sjukhus tillhör fortfarande dem. Här finns till och med ledig kapacitet visar det sig. ■ Vi beslutar oss för att åka dit och ta reda på vad det är som gör att sjukhuset lyckas år ut och år in när andra misslyckas. Verksamhetschefen Dan Eriksson (bilden) som intervjuades 2008 arbetar fortfarande kvar och vi intervjuar honom på nytt.

Foto: Sara Winsnes

• Läs om hemligheten bakom Oskarshamns sjukhus framgångar på nästa uppslag >>>

”Kömiljarden skapade incitament att effektivisera – men egentligen kan inte pengar lösa problemen med väntetider”

Nyckeln till ortopedkliniken vid Oskarshamns sjukhus goda resultat är tredelad. Först handlar det om att skilja på den elektiva och den akuta sjukvården, därefter att få effektivitet ur volym och dessutom hela tiden ha blicken i framtiden. Och ett strikt PAL-skap givetvis.

▼ Dan Eriksson, överläkare i ortopedi och verksamhetschef vid ortopedkliniken vid Oskarshamns sjukhus, menar att man hittat en modell som fungerar.

– Jag tror att en stor nyckel till bibehållen eller förbättrad tillgänglighet generellt handlar om att i möjligaste mån dela upp sjukvården i produktionsenheter kontra akuta enheter. Man kan aldrig, tror jag, planera för att nyttja resurserna på rätt sätt när man även har ett akutuppdrag – det finns för mycket resurser går åt till att hantera akutverksamheten, både i bevakningsläge och i ”att göra”, eftersom man inte vet hur det kommer att se ut och därför vågar man inte planera fullt ut, säger han.

Renodlade uppdrag skapar snabbare processer

Han pekar också på en annan vinst som kommer med ett renodlat elektivt uppdrag – större volymer som i sig skapar snabbare processer.

– Alla medarbetare blir kunniga och vana med det de gör i processen, vilket skapar kvalitet och en trygghet för patienten. Möjligtvis skulle det kunna uppfattas som enahanda, men min erfaren-

het är att man lär sig att utveckla det man gör. Det finns alltid ett oskrivet blad framåt där man kan göra det på ett ännu bättre sätt. Och man blir trygg i sitt yrke.

I korridorerna på åttonde våningen i Oskarshamns sjukhus vet varje medarbetare exakt vad dagen kommer att innehålla – planeringen är lagd sedan flera veckor tillbaka och varje medarbetare vet vilken roll de kommer att ha i processen. Och patienterna har som mest fått vänta sex veckor från att de senast besökte kliniken.

Hemligheten finns på Monica Erikssons, verksamhetskoordinator på ortopedkliniken sedan nio år tillbaka, kontor. Eller snarare handlar det om något som inte finns. I bokhyllorna står nämligen inte en enda pärm med väntande remisser eller väntande operationer.

– Jag har hand om hela flödet på kliniken – jag bokar remisser, jag bokar operationer och ser till att det finns mottagnings- och operationstider. Och att vi håller väntetiderna.

Att det är en person som har hand om både mottagningsverksamheten och operationsplaneringen, och då får en samlad helhetsbild av flödet på kliniken, tror Dan Eriksson är en av nyckelfaktorerna. Att det är ”en och samma hjärna”, istället för flera.

Allt på en gång

Men anledningen till att väntetiderna lyser med sin frånvaro stavar också, enligt Monica Eriksson, ”on-line”. Redan vid första besöket ska patienten både få vårdinformation, en PAL och en bokad operationstid inom fyra till sex veckor.

– Mycket handlar om att vi har långa planeringstider. Vi lägger schemat ett halvår i taget så saker blir inte liggandes bara för att vi väntar på ett schema. Det gör att vi kan boka in direkt och om det

börjar bli fullt tar vi en extramottagning för att komma i fas, säger hon.

Framgångsreceptet föddes ur dåliga tider

Allt började egentligen under tidigt 2000-tal. Den ekonomiska situationen i Kalmar läns landsting väckte funderingar på om det var möjligt att ha kvar tre akutsjukhus, samtidigt med en växande tveksamhet på ortopedkliniken om man med de resurser som fanns att tillgå maktade med ett akutuppdrag. Parallellt utvecklades dessutom en trend runt om i landet att göra elektiv ortopedi på enstaka diagnoser. Till slut föll alla bitar på plats och 2004 la man om verksamheten på Oskarshamns ortopediklinik till en nischad elektiv kirurgi med fokus på höft- och knäledsprotoser. Ett beslut som visade sig vara lyckosamt. Sedan dess har man gått från dryga 200 protesoperationer per år till runt 700 – med ungefär samma resurser.

Med mer än sex veckors väntetid händer det mycket med patienten

Runt 35 personer arbetar på ortopedkliniken – sex av dem är ortopedier – och tillsammans ansvarar de för lejonparten av proteskirurgin i Kalmar läns landsting. Mellan patientens första besök och operation går det mellan fyra och sex veckor – en ledtid som Dan Eriksson menar behövs för planeringen – vilket är på gränsen till vad verksamheten klarar av i den form som finns nu.

– Vi har effektiviserat processen så mycket som det går, men vi har en fortsatt ökad efterfrågan. Nu har vi kommit någonstans där vi inte kan göra så mycket mer utan ett tillskott av resurser och personal. Det är av den anledningen vi har förlängt ledtiden och mer än sex veckor ska man inte ha, då hinner det hända väldigt mycket med patienten.



En arbetsdag utan överraskningar skapar ett lugn och en ro bland personalen, menar Dan Eriksson, verksamhetschef på ortopedkliniken vid Oskarshamns sjukhus. Och någon personalbrist ser man inte av, de luckor som öppnas fylls när tjänsterna utlyses.



På verksamhetskoordinatorn Monica Erikssons kontor finns inte en enda pärm med väntande remisser eller väntande operationer. Redan vid första besöket ska patienten både få vårdinformation, en PAL och en bokad operationstid inom fyra till sex veckor.

Han berättar att man tidigare varit i liknande situationer, men att det då hänt saker i omgivningen som minskat efterfrågan och lättat på trycket. Som exempel nämner han kömiljarden, som han menar skapade ett tydligt ekonomiskt incitament för landstingen att effektivisera. Men egentligen kan inte pengar lösa problemen med väntetider, säger han.

– Det handlar snarare om organisationsform. Jag tror, som sagt, att man ska försöka sköta det som kan planeras på sin kant och det som inte går att planera på en annan. Och sen respektera den skillnaden. Satsningarna är dessutom ofta kortsiktiga, men för att bygga om strukturer måste det vara långsiktiga förändringar som hinner sätta sig och som man kan lita på.

När man på ortopedkliniken beslutade sig för att ställa om verksamheten tog det ett par år innan den nya organisationen var på plats, men Dan Eriksson är också noga med att påpeka att verk-

samheten ständigt är under utveckling.

– Det går aldrig att stanna upp och säga att man är färdig. Man måste hela tiden förändra och förbättra – hitta nya lösningar och vara lyhörd för hur omvärlden ser ut. Det är också viktigt att lära av andra som gör det bättre.

PAL-systemet en nyckel för att lyckas

En annan nyckelfaktor som Dan Eriksson pekar på är det strikta PAL-system som råder på kliniken. Samma doktor ansvarar för patienten från det att remissen landar på skrivbordet, via det första besöket, till en eventuell operation och eftervård. Dessutom tar samma läkare hand om eventuella komplikationer.

– Det är en av de starkaste kvalitetsfaktorerna vi har, säger Dan Eriksson och fortsätter:

– Om en kollega blir sjuk frågar vi patienten om de respekterar att någon annan opererar istället, om den personen

har möjlighet till det. De får alltid träffa den nya doktorn innan och godkänna bytet. Det är lite fifty-fifty om patienten tycker att det är okej.

Han lyfter också en annan viktig del som bidrar till klinikkens goda resultat – man behöver inte stryka patienter på grund av akuta operationer.

– Det finns studier som visar att resultaten blir sämre för en patient som ska genomgå ledoperation om man stryker operationen. De har en högre mortalitet och de har fler komplikationer. Att stryka en patient betyder nog mer än vad vi tror för patienten, säger han.

Runt 40 procent av patienterna kommer från andra län än Kalmar och många av dem har fått sina operationer inställda eller flyttade. Här möts de istället av en ansvarig läkare som följer dem genom hela processen och får en tid som de kan planera sitt liv runt, vilket Monica Eriksson

tror är anledningen till att så många söker sig till dem. – Vi får väldigt mycket positiv feedback från patienterna och man känner att det är rätt sätt att jobba på.

Kliniken får höga betyg i den nationella patientenkäten och att patienterna upplever vården som god räcker väldigt långt, tycker Dan Eriksson.

– Det är lite lättare att få den här nöjdheten när du har en enkelspårig verksamhet. Vi gör mycket, vi blir bättre, det blir en trygghet för patienten, de blir nöjdare och resultatet blir bättre. Det är en positiv snurra.

Han menar att morgondagens patienter kommer att ha en helt annan inställning till att resa för att få vård och att man redan nu kan se förändringen.

– Jag tror att patienterna är ganska rörliga. Den gamla principen att ”det sjukhus som ligger närmast är mitt sjukhus” gäller inte lika starkt längre. Man är villig att resa – i första hand för att få vård, men i andra hand tittar man också på resultat och kompetens.

Antalet protesoperationer har gått från 200 till 700 per år med ungerfär samma resurser

OKTOBER 2016

TEMA: VAD HÄNDE SEDAN? | LYCKSELE

Sjukhusläkaren 5/2016 TEMA | ATT ARBETA SOM LÄKARE PÅ ETT LITET LÄNSSJUKHUS

SJUKHUSLÄKAREN
BESÖKTE LYCKSELE LASARETT

Ett välfungerade sjukhus i chock

Av Anna Sofia Dahl och Malin Lindgren

■ Som en blixtnär från klar himmel kom beskedet: kirurgi och ortopedi-kliniken, ögonkliniken, anesthesi/IVA och kvinnokliniken på Lycksele lasarett ska inte längre vara självständiga utan ingå i större läns-kliniker. Bara några veckor senare var alltihop klubbat och klart.

■ Sjukhusläkaren besökte ett litet, välfungerande sjukhus i rural



SJUKHUSLÄKAREN BESÖKTE LYCKSELE LASARETT EFTER ETT ÅR

■ Hösten 2016 besökte Sjukhusläkaren Lycksele lasarett – en verksamhet som då präglades av oro och ilska inför ytterligare sex länsklinikers införande. När vi ett år senare återvänder är det till ett sjukhus där man fortfarande söker svar på frågan: varför förändrade man något som fungerade väl?

OKTOBER 2017

MINETTE SÖDERSTRÖM
– ERFAREN OCH TROGEN
ORTOPED HAR GETT UPP

”Jag orkar inte
vara arg hela tiden
– jag har sagt upp
mig efter 25 år”

OKTOBER 2017

GYNEKOLOGEN GÖRAN
INGEMAR BACKMAN:

”De som tagit beslutet om länskliniker
har inte förstått de faror som finns”

” Det har varit som ett litet familjeföretag. Vi har gett allt, men den motivationen finns inte kvar längre ”



Ilscan har övergått i utmattning – och för allmänkirurgen och ortopeden Minette Söderström (bilden) har den sista droppen fallit. Knappt ett år efter att länskliniksorganisationens införande tvingades hon ta ett av sina tuffaste beslut. Hon har sagt upp sig.

I Lycksele har höstens färgpalett tagit över och längs stadens ena ytterkant ligger Umeälv spegelblank och mörk. Minette Söderström vilar armarna på bordet, tittar ner på det rykande teet, fingrar på porslinsens blanka yta. För ett par veckor sedan tog hon ett beslut som legat och grott under det gångna året – ett beslut hon helst av allt hade sluppit ta.

– Jag har sagt upp mig. Och det är enbart på grund av länsklinikerna.

Hon tycker om sina arbetskamrater, älskar sitt jobb och trivs egentligen bra på sjukhuset. Men hon står inte ut längre.

– Jag orkar inte vara arg hela tiden. Man blir helt utmattad, säger hon.

I 25 år har hon arbetat på kirurg/ortopedkliniken i Lycksele och tillsammans med kollegerna drivit på utvecklingen, effektiviserat och ”lagt ner sin själ i att bygga upp kliniken”.

– Det har varit som ett litet familjeföretag – vi har gett allt. Men den motivationen finns inte kvar längre.

Inget av de argument som landsningsledningen framhöll inför bildandet av länsklinikerna menar hon håller. Varken som en förberedelse inför regionbildningen, som föll på högsta nivå, eller som ett sätt att uppnå en

jämlik vård, vilket inte heller förverkligats, eller för att skapa gemensamma väntelistor, vilket hon och kollegan Maria Thorén Örnerberg, menar är ”över-skattade och inte löser problemen”.

Och hon menar framförallt att det på en enhet som deras, där tre specialiteter sköts på samma klinik och av samma doktorer, behövs en stark ledning på plats – både för den dagliga styrningen och den långsiktiga utvecklingen.

– När vi har sett att något är på väg åt fel håll har vi kunnat ta beslut för att rätta upp situationen och sen sett resultat direkt i nästa veckorapport. Våra nuvarande rapporter visar på ökade väntetider i hela länet inom bland annat ortopedin, trots att vi har fler proteser än tidigare år. Det känns som om vi jobbar i ständig motvind, säger Minette Söderström.

För siffror från SKL:s väntetidsdatabas ”Väntetider i Vården” visar att väntetiderna vid Lycksele lasarett ökat det gångna året. Främst handlar ökningen om att de patienter som övertas från kustosjukhusen också för med sig en väntetid som passerat vårdgarantin. Tidigare tog man på kirurg/ortopedkliniken varje vecka ut en aktuell lista på köerna och utifrån den diskuterade man sen hur arbetet den kommande veckan skulle läggas



Patienten som följer med Maria Thorén Örnerberg ut till en säng i korridoren för att fotograferas har opererats tidigare under dagen. Hon menar att varje dag är ”fruktansvärt variabel” och att de inte går att planera i förväg. ”De hänvisar ju till andra länskliniker, röntgen till exempel, där de tycker att det funkar bra. Men det är en helt annan typ av verksamhet, de är digitala och de kan göra nästan allting digitalt – en kirurgisk verksamhet är en helt annan sak”, säger hon.

Foto: Rebecka Uhlin

upp för att skapa balans. Växte kön för någon diagnos gjorde man en satsning och höll tillbaka den andra verksamheten.

– Nu vet vi inte vad som kan ramlas in i brevlådan från de andra sjukhusen imorgon. Och de patienter som har väntat längre än vårdgarantin måste tas före – då går det inte att mata på eller

hålla koll som tidigare. Vi har ingenting emot att hjälpa till, men grejen är att det har stasat upp sig på andra ställen och när det paketet flyttas till oss går våra väntetider åt pipan. Det spelar ingen roll hur vi mycket vi jobbar och sliter för att få ihop logistiken, säger Maria Thorén Örnerberg, överläkare i kirurgi och ortopedi, och fortsätter:

– Det handlar också om vilka människor som står på väntelistorna. Vi har hela tiden hävdat att listorna ska vara aktiva och uppdaterade – de som står på dem ska först och främst vara vid liv, de ska vilja bli opererade, vara medicinskt färdigutredda och operabla. Om det går för lång tid från det att de blev uppsatta för operation är det inte säkert att de ens

vill eller kan opereras. Det blir väldigt mycket dubbelarbete när väntelistorna blir för långa, eftersom man måste börja om igen och göra nya värderingar. Vi har tidigare haft total kontroll på våra väntelistor och de patienter som satts upp för operation.

Fortsättning nästa uppslag >>>

Redan innan länskliniken var hälften av de patienter som opererades i Lycksele från kusten. Och samarbetet fungerade enligt Minette Söderström och Maria Thorén Örnberg bra med de båda andra sjukhusen i länet – ett samarbete som professionen själv utarbetat för vissa diagnoser.

– Men då har det varit vi som har haft taktpinnen. Det är vi som har satt gränserna för vad vi ska göra, hur många, hur ofta, hur mycket och hur det ska se ut runt det här samarbetet. Det har varit förutsättningen för att vi ska få till det, säger Minette Söderström.

Riskerna och konsekvenserna blev aldrig riktigt utredda

Någon riktig risk- och konsekvensanalys gjordes aldrig inför omorganiseringen, istället hänvisade man från landstingets sida till en uppföljning, men någon sådan har Minette Söderström och Maria Thorén Örnberg inte sett ännu. I december kallade de själva till ett möte med hälso- och sjukvårdsdirektören för att framföra de farhågor som fanns – förlusten av autonomi och chefer långt borta från verksamheten. De beskriver att de då blev lugnade med att alla chefer inte nödvändigtvis behöver sitta i Umeå och att förändringen inte kommer att märkas nämnvärt på kliniken.

– Så vi försökte att morska upp oss, vara lite positiva och ge det en chans. Och vi har verkligen inte backat eller försökt att sabotera det här, säger Maria Thorén Örnberg.

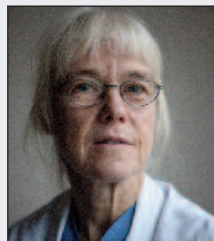
Nu är fem av sex länslinkchefer baserade i Umeå. Och skillnaden i det dagliga arbetet märks tydligt av, det är man enig om på kliniken. Men mest besvikna är de för att läkarkollektivets röst inte togs på allvar, att de "blev överkörda utan att man förankrat beslutet i verksamheten". I det fackliga arbetet har den transparens som tidigare fanns försvunnit – då fattades besluten nära verksamheten, något som inte sker längre. Maria Thorén Örnberg säger att avtal nu förändrats utan fackets vetskap – bland annat måste nyblivna specialister söka en specialisttjänst på "den öppna marknaden", eftersom enheten

helt plötsligt betraktas som upplåten enhet och jämfälls med en universitetssjuklinik.

– Om man som landstingsledning ska göra så stora och dramatiska förändringar i en verksamhet som sjukvården ska man ha doktorerna i ryggen, då har man en möjlighet att lyckas. Men jag tror varken att våra tjänstemän eller politiker tog våra farhågor på allvar, säger Maria Thorén Örnberg.

Och Maria Thorén Örnberg och Minette Söderström menar att landstinget har haft ett flertal tillfällen att backa bandet – framförallt borde man redan från början sett att den struktur som finns på kirurg/ortopedkliniken i Lycksele inte lämpar sig i en länsklinik. Men också då beslutet om att regionbildningen inte skulle bli av kom, vilket var ett av huvudargumenten till bildningen av länsklinikerna. Och de är tydliga i vad de vill se för förändring.

Maria Thorén Örnberg:



Mission impossible att vara chef för flera sjukhus

– Vi vill ha tillbaka vår verksamhetschef på vår klinik och vi vill att den personen ska ha personalansvar, arbetsmiljöansvar och ekonomiskt ansvar fullt ut. Trots att vi fick "behålla vår chef" som biträdande verksamhetschef för kirurgcentrum i landstinget så är hans uppdrag i våra ögon ett kamikazeprojekt – ett mission impossible. Det är svårt att vara vid flera sjukhus samtidigt, säger Maria Thorén Örnberg.

– Skillnaden är jättestor. Vi har jobbat så nära vår chef och har vetat precis vad som händer på kliniken. All

information som han har fått, som berör kliniken och oss som doktorer, har han delat med sig av och vi har varit delaktiga i allt som rör kliniken verksamhet, säger Minette Söderström.

Trots att Minette Söderström varit tydlig med att hon inte tänker stanna kvar i den nuvarande organisationsstrukturen beskriver hon vägen fram till beslutet som mödosam, inte minst för att hon vet vad det kommer att innebära för de kolleger som arbetar kvar. "Lojaliteten sitter djupt rotad", som hon uttrycker det.

Maria Thorén Örnberg som arbetat sida vid sida med Minette Söderström på kirurgi/ortopedkliniken i Lycksele i alla 25 år suckar tungt när hon pratar om hennes beslut.

"Vi har inte råd att förlora en enda medarbetare"

– Det är en katastrof för oss att Minette slutar. Vi är en så liten klinik att vi inte har råd att förlora en enda medarbetare. Den verksamhet vi har idag kan inte bedrivas utan en enda av oss. Vi har inga spelmarginaler. Inga avbytare. Alla är på planen hela tiden. Jag förstår inte hur vi ska lösa det – vi har hamnat i en återvändsgränd, säger Maria Thorén Örnberg.

Men Minette Söderström har redan börjat packa ihop sina saker i arbetsrummet och är bestämd med att den 1 januari 2018 blir hennes sista dag på kliniken.

– Det enda jag kan hoppas på är att mitt beslut kan driva på så att man fattar att det här är åt skogen. Det är den enda tröst jag kan ha, för jag vet vad jag ställer till med. Men jag hoppas ju att det här förändras och att jag kan komma tillbaka någon gång.

Maria Thorén Örnberg, försöker också finna hopp.

– Jag är optimist, en nästan obotligt sådan, och ganska godtrogen. Så jag tror att det på något sätt ska kunna ändras så att vi får tillbaka vår inneboende styrka som har varit vår kraftkälla. Jag vet inte hur det ska gå till, men på något vis måste man våga hoppas på det.

Anna Sofia Dahl

Ledande i Skandinavien på företagsutbildningar



LEDARSKAP FÖR LÄKARE



Här kan du utveckla din förmåga att leda tydligt och effektivt samtidigt som du synliggör din kunskap och expertis

STOCKHOLM
5–6 december 2017
19–20 mars 2018
17–18 maj 2018

GÖTEBORG
28–29 november 2017
22–23 maj 2018



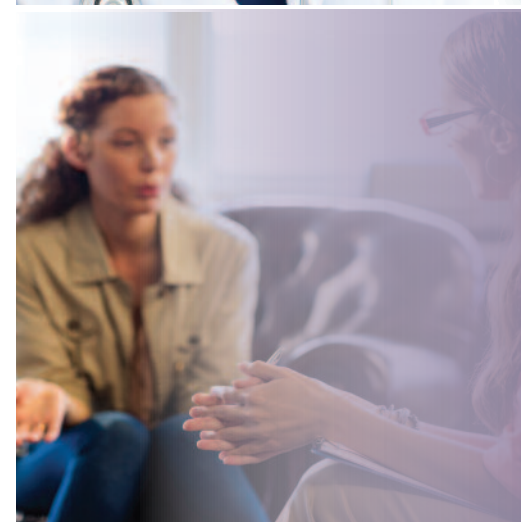
JURIDIK FÖR LÄKARE



Utbilda dig och bli trygg på regelverket kring bland annat remissvar, delegering, tystnadsplikt och den nya patientsäkerhetslagen

STOCKHOLM
6–7 december 2017
15–16 mars 2018
7–8 maj 2018

GÖTEBORG
23–24 november 2017
11–12 april 2018



PSYKIATRI FÖR ICKE-PSYKIATRIKER

Psykatrikurs som ger dig grundläggande kunskap om psykiska sjukdomar och lär dig hur du bäst bemöter personer med psykisk ohälsa

STOCKHOLM
21–22 november 2017
9–10 april 2018
4–5 maj 2018

GÖTEBORG
5–6 december 2017
14–15 maj 2018

Gör som **467 848** andra – säkra din kompetensutveckling hos Confex



www.confex.se

GYNEKOLOGEN GÖRAN INGEMAR
BACKMAM HAR SETT TECKNEN FÖRUT

”Det är mycket nära ett sammanbrott”

När kvinnokliniken i Sollefteå blev del av en läns-gemensam klinik i Västernorrland, packade Göran Ingemar Backman sina pinaler och flyttade till Lycksele. Men bara ett år senare infördes läns-gemensam kvinnoklinik även i Västerbotten. Nu ser han det som sin plikt att upplysa om de faror som kan komma – innan det är för sent.

▼ Det går inte att ta miste på att Göran Ingemar Backman, överläkare i gynekologi, har funderat en hel del på läns-kliniksorganisationer. Men det kanske inte är så underligt med tanke på att han varit med om omställningen två gånger.

Från 1997 och fram till våren 2016 arbetade Backman på kvinnokliniken vid Sollefteå sjukhus. Ganska snart efter länsklinikens införande förstod han att en hel del skulle förändras och inte till det bättre.

– Jag trodde inte längre på verksamheten. Så jag gjorde som råttorna som inte längre tror på ett skepps sjövärdighet – jag lämnade. Min bedömning var då, våren 2016, att det var kört – jag såg inget hopp längre. De hade förstört verksamheten och det var bara en tidsfråga innan allt skulle falla sönder.

Början på slutet menar han kom sommaren 2015 med planerna på att lägga ner vitala delar av Örnsköldsvik sjukhus och Sollefteå sjukhus – och som bland annat ledde till den stora demonstrationen i Kramfors. Det skapade bland personalen en oro som satte stenen i rullning.

– Folk började se om sitt hus och söka

efter annat. Det var så det började och det är därför jag är rädd för utvecklingen här. Här har man fortfarande chansen, eftersom det har hänt så pass nyligen. Men de som har tagit beslutet har inte förstått de faror som finns, säger han.

Göran Ingemar Backman pekar på ledarskapet som en avgörande faktor till en fungerande verksamhet, vilket raseras i en läns-gemensam klinik. Han menar att ett bra ledarskap kräver tre saker – närvaro, kunskap om verksamheten och att man som chef kan ställas till svars.

– Chefen måste vara på plats och veta vad som händer. På samma sätt som att en kapten på ett skepp måste vara ombord, det kan inte vara en hamnkaptan som åker lotskutter ut till fartyget och gör besök. Just nu är det högsta styret ofta på distans – chefen är definitionsmässigt mer frånvarande än närvarande om chefens tid ska delas på tre enheter. Hur ska en chef som inte är närvarande kunna veta vad som pågår på kliniken och ha fingertoppskänsla för vad som händer?

Han säger också att det inte heller räcker att personen som ska leda enbart är en bra ledare – utan att man också måste kunna det man leder.

– Det är uppenbart att jag som har hållit på i 30 år med gynekologi inte är till någon jättestor hjälp på ögonkliniken och jag skulle tro att en ögonläkare skulle känna sig lite bortkommen i förlossningssalen. Det är naturligt att en ögonläkare och en ögonsjuksköterska är på ögonkliniken och en barnmorska och en förlossningsläkare är på kvinnokliniken.

En av de saker som han framhåller är att det måste finnas ett system som säkerställer att ”de med maktbefogenheter också måste kunna ställas till svars för den maktutövning de har” och att ”makt och ansvarsutkrävande måste gå hand i hand”. Men också att det inte handlar om att det är fel på mänskorna, utan om ett systemfel som måste rättas till. Och det innan befolkningen tappar förtroendet för den landstingsdrivna sjukvården.

– Det finns tre parter i landstinget. Den första är befolkningen – de som betalar för kalaset. Folket förväntar sig att få något i gengäld, nämligen sjukvård när de blir sjuka. Men de är

inte garanterade detta, eftersom sjukvården kan ändras från den ena dagen till den andra utan att befolkningen kan göra någonting. Och detta i ett land där vi pratar om patientens rättigheter. Men det är bara tomt prat – det är vad du gör som räknas, inte vad du säger.

– Den andra parten är de anställda som i landstingsliturgin kallas för medarbetare, underförstått att de skulle ha något att säga till om. Alla som jobbar vet att det inte är så, tvärtom vågar en del människor i offentligt finansierad verksamhet inte säga vad de tycker på jobbet. Det enda sättet som personalen kan reagera på är att rösta med fötterna och det är det som har hänt på många håll. De har ett meddelande att lämna till de som bestämmer: systemet är fel.

– Den tredje gruppen är de höga tjänstemännen inom landstingsbyråkratin och de höga landstingspolitikerna. De åker på möten med likasinnade på

SKL i Stockholm och bygger sina visioner. De är helt övertygade om att de har rätt. Men facit visar ju att det inte går så bra – den svenska sjukvården är i kris.

Nu ser han det som ”sin plikt att försöka informera om den faror som finns” – att Lycksele lasarett kan gå samma väg som Sollefteå sjukhus om ingenting förändras.

– Det kanske inte går lika fort, men det är samma mekanismer. När man inför en läns-klinik får man ett sämre ledarskap, där de här tre komponenterna som jag nämnde inte längre finns. Det leder till mindre arbetstillfredsställelse hos personalen, som i större utsträckning kommer att sluta. Vi kommer då att få vakanser som ska täckas med vikariatsfirmor och som opererar på den fria marknadens villkor, vilket betyder att det kommer att bli mycket dyrare. Vi får då sämre kontinuitet och dyrare vård. Det gör att

”Ekonomi är en bra tjänare, men en dålig herre – precis som eld. Den är bra när den värmer, men det blir inte bra om den släpps loss och bränner ner hela kåken”

”Det är lite samma sak som när Titanic åkte in i isberget. De hade med konstruktören som gick ner och inspekterade skadorna. Med kylig matematik kunde han räkna ut att man tog in mer vatten än vad man pumpade ut, de klarade helt enkelt inte av att läns-pumpa längre. Besättningen blev chockad för de hade svårt att tro på det – båten flöt ju, orkestern spelade och festen fortgick. Men det var matematik och så sjönk ju fartyget också. På samma sätt gjorde jag klart för mina kolleger i Sollefteå att min bedömning var att loppet var kört, och det var det också”, säger Göran Ingemar Backman, överläkare i gynekologi, som varit med om omställningen till läns-klinik både i Sollefteå och Lycksele, medan han blir porträtterad.

Foto: Rebecka Uhlin

ekonomin kommer att hamna i en nedåtgående spiral där det bara blir sämre och sämre. Om man då har folk som styr och som inte förstår vad som händer, kommer de att förordra ännu mer neddragningar eftersom ekonomin är så dålig. Detta leder till ännu sämre tillfredsställelse och så fortsätter det. Till slut kommer man att hamna i ett läge där man tvingas lägga ner verksamheten. Du hamnar i en ond spiral för att du har kört båten fel.

– Nu är det mycket nära ett sammanbrott här. Det som skulle kunna hända är att Västerbotten tar ut en annan kurs, tar ett steg tillbaka, lyssnar på fotfolket och lägger ner den gemensamma läns-klinikorganisationen. När man har egna kliniker och egna sjukhusdirektörer kan man börja samarbeta utifrån det. Ett sant samarbete kan bara utgå från fria individer som har något att ge varandra, det bygger på ömsesidighet. Man kan inte beordra samarbeten.

Anna Sofia Dahl

Frågan kvarstår: Varför?



"Upproret har lagt sig. Egentligen hade vi ju inget val och kunde inte ens bestrida det. Det var nästan så att man undrar om det var planerat att informationen skulle komma ut så att man skulle ha tid att protestera", säger Nina Söderström.

Varför? Den frågan ställer man sig på ögonkliniken vid Lycksele lasarett efter att ännu en gång tvingats bli länsklirik.

▼ Då Sjukhusläkaren besökte ögonkliniken på Lycksele lasarett för ett år sedan präglades stämningen av besvikelse och frustration. Landstinget hade precis fattat beslut om att ännu en gång omvandla den till länsklirik – trots att det förra gången resulterade i betydande försämringar – och inte längre låta den drivas på intraprenad.

Nu har ett halvår gått sedan den 1 april då länskliniken blev ett faktum. Men någon större skillnad än på pappret har ögonläkarna Åsa Nygårdh, Nina Söderström och Lars T Johansson egentligen inte märkt av. Det är fortfarande tre enheter och patienterna vårdas i länet där de önskar. Fritt vårdval råder sedan flera år och gäller fortfarande – det är patientens önskemål som styr.



De korta beslutsvägarna som kliniken tidigare hade har blivit längre och krångligare. Nu ska besluten vara långsammare och "dras därför i långbänk", eller helt rinner ut i sanden, säger Åsa Nygårdh

Foto: Rebecka Uhlin

– Det är också därför man ställer sig frågan "vad var det här nödvändigt för?". Vi hade en väldigt välfungerande verksamhet tidigare och då är det svårt att komma med förslag på förbättringar – vi hade ju redan de kortaste köerna och väntetiderna. Dessutom har det redan tidigare visats att vi inte blir effektivare när vi blir länsklirik, den resan har vi ju gjort förut, säger Lars T Johansson.

– Någon förbättring har vi absolut inte sett, det är helt klart, även om de säger att målet är att skapa kortare väntetider och en mer jämlik vård i länet, säger Åsa Nygårdh.

Däremot tycker de att omställningen gått betydligt bättre den här gången än för sju år sedan. Mycket tack vare att de av den tidigare erfarenheten visste vad de skulle kräva.

– Det är så väldigt viktigt med en chef på plats för den dagliga styrningen och att den chefen också har mandat. Förra gången blev det kaos när Umeå skulle bestämma vad vi skulle göra varje dag. Det är viktigt för oss att få ha kvar samma arbetsledare – att vi fick ha det

är anledningen till att det fungerar så bra på det lokala planet, säger Åsa Nygårdh, som tillägger att den största skillnaden ligger i avdelningschefens mandat – att hon har personalansvar utan budgetansvar.

De tre läkarna är också eniga om att det snarare handlar om en personbunden stabilitet snarare än en välfungerande organisation.

– Att det inte är katastrof nu handlar om personerna i verksamheten – om vår chef här försvinner känns det som om det skulle kunna hända vad som helst. Det är inte organisationen som är trygg, det är personen, säger Nina Söderström.

De menar att de hittills klarat sig bra i omställningen, men att de bland annat känner oro för kollegerna sjukhusets andra kliniker.

– De har det riktigt mycket tuffare än vi. Det här sjukhusets överlevnad är beroende av att vi har våra kirurger och ortopedier, narkosen och medicin. Försvinner de så rasslar det nog fort iväg, säger Nina Söderström.

Anna Sofia Dahl

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSREKTÖREN:

” Jag har inte hört från cheferna att de tycker att beslut har fördröjts på grund av att någon av dem inte har kunnat fatta egna beslut ”



Ann-Christin Sundberg, hälso- och sjukvårdsdirektör, verksamhetsområde Sjukhusvård, i Västerbottens läns landsting, tycker att införandet av de sex senaste läns-klinikerna gått ungefär som förväntat.

▼ Däremot säger hon också att förberedelsearbetet under hösten 2016 för en del var en "smärtsam process", medan den för andra gick betydligt enklare.

– Det här är ingenting som händer över en natt. När man gör en förändring i organisationen är det ett bygge som ska göras runt både nya roller, nya personer och kanske till och med nya uppdrag – där man inte längre har ett enskilt uppdrag för en befolkning inom ett ganska begränsat område. Det är en fråga som kräver både diskussioner och kanske förändrade arbetssätt.

Enligt henne handlar en del av läns-klinikfrågan väldigt mycket om att "ha en struktur för sjukvården i Västerbotten där man tillsammans bär hela uppdraget".

– Sjukhusen är inte isolerade öar som bara ska jobba isolerat inom sitt område – hela sjukvården i länet och regionen hänger ihop. Jag ser det som att det är en styrka/förutsättning för sjukvården och patienterna i Västerbotten och Norrland om vi försöker, så långt det är möjligt, att samordna våra resurser. Det är ju ingen annan som kan stötta oss och hjälpa oss. Vi behöver en stark läkar-

utbildning här för att vi ska kunna försörja oss på kompetens och vi vet ändå att den här kompetensen kommer att vara svår fångad, säger hon.

De första läns-klinikerna i Västerbotten bildades 2004 och innan den 1 januari 2017 fanns det totalt 13 stycken inom landstinget. Nu återstår enbart medicin- och geriatriskområdet, vilket Ann-Christin Sundberg menar kommer att "sparas till vi vet vad som kommer att hända med området som handlar om nära vård, primärvård och sjukhusvård". Inom området jobbar man ändå med länssamordning inom alla medicinska specialiteter och med specifika uppdrag.

När det gäller anledningarna till att det kirurgiska området blev länsklirik pekar hon på ett flertal saker.

– Det handlar bland annat om att få till jämlik vård och då kan man ju säga "är det jämlikt dålig vård" eller "jämlikt att man ska vänta lika länge överallt". För politiken tror jag att det har handlat väldigt mycket om jämlikt utifrån både att det gäller samma kriterier för om man ska opereras eller inte, men också att väntetiderna är likvärdiga i länet. Det kan inte vara så att man ska vänta ett år i Skellefteå och tre månader i Lycksele – befolkningen ställer inte upp på det.

Ann-Christin Sundberg säger att de beskrivningar hon får från verksamhetsföreträdarna pekar på "ett mycket bättre samtalsklimat runt en del svåra frågor av innehållskaraktär som aldrig gick att ta tag i tidigare". Men hon är också medveten om att man på "enskild individ-

nivå kan tycka och känna annorlunda".

– Jag har inte fått någon samlad signal om att det är jättestruligt, men det finns ju någon eller några som tycker att det är jättejobbigt att vi måste vara inom ett annat hägn, alltså länsklirik. Vi måste ha starka enheter, men också ett tydligt lokalt mandat att sköta hurfrågorna, så att de frågorna inte ska skötas långt bort ifrån. För det fungerar inte heller, säger hon och fortsätter:

– Vi har ett lokalt ledarskap överallt även om det ser olika ut inom de olika enheterna. De har absolut fullt mandat, men är ju också en del av en helhet. Jag har inte hört från cheferna att de tycker att det är långt till beslut eller att beslut har fördröjts på grund av att någon av dem inte har kunnat fatta egna beslut.

– Att det skulle bli en momentan förbättring av tillgängligheten bara för att vi sa "nu är ni länsklirik" trodde vi inte. Men jag har goda förhoppningar om att vi ska kunna börja presentera goda resultat under nästa år. Det syns redan nu att man hjälper varandra mycket bättre än tidigare, och utan diskussion. Nu kan en ortopist åka upp från Umeå till Skellefteå och ta ett antal pass, eller en operationssköterska hjälpa till där för att man har två som är långtidssjuk-skrivna. Det hade harvat veckor eller månader av diskussion i den gamla organisationen och kanske aldrig blivit av – det blir mycket lättare inom organisationen att ta den diskussionen. Det händer precis det vi vill ska hända, men det går i olika takt.

Anna Sofia Dahl

ATT TVÅNGSPLACERA ST-LÄKARE I PRIMÄRVÅRD ÄR FEL VÄG ATT GÅ

**KARIN BÅTELSON
ORDFÖRANDE
I SJUKHUSLÄKARNA**



I regeringens utredning Effektiv Vård finns ett förslag om obligatorisk placering i primärvården för alla ST-läkare. Nu börjar lands-ting och regioner titta på hur och om det ska göras. Frågan är brännande med å ena sidan en primärvård med bristande bemanning som bör stärkas och å andra sidan blivande sjukhusspecialister och deras handledare som anser att ST-tiden redan är för uppsplittrad för att se tillräckligt av de egna patienterna för utbildning till specialist.

I Läkarförbundets svar till utredningen har vi avstyrkt en obligatorisk placering. Vi håller med i den generella tanken att det är viktigt att stärka primärvården och att samverkan mellan olika verksamheter behöver öka. Därför kan det finnas fördelar med att vissa ST-läkare får tjänstgöring inom primärvården. Vi anser det däremot inte tillämpligt för alla specialiteter och att det är olämpligt med ett skarpt tidskrav. En sådan tjänstgöring bör istället utformas som en rekommendation och inte som ett krav. Vidareutbildningen måste ses i en helhet.

Krafterna är starka för att fler ST-läkare ska ha del av sin tjänstgöring i primärvård. Det handlar både om ökat samarbete, men också om ett hopp om ökad rekrytering. På Läkarförbundets fullmäktige i våras så beslöt till exempel delegaterna att förbundet ska titta igenom vilka av ST-målen som kan uppfyllas i primärvården. Här behöver vi förstås ha specialitetsföreningarnas hjälp och det kommer att diskuteras på vårt nästa gemensamma möte nu i november. Läkarförbundet träffar alla specialitetsföreningar två gånger per år för diskussion och input om aktuella frågor.

Obligatorisk primärvårdsplacering under ST diskuteras också i termer av att "syftet är att avlasta primärvården" vilket ju är helt befängt. ST-tjänstgöring är en vidareutbildning med tydliga mål för individen och även en kort placering kräver mycket handledning och planering för att det ska bli meningsfullt. Primärvården kämpar redan idag med att tillgodose fullgod handledning på plats av sina egna ST-läkare. Och om vi verkligen vill stärka och höja statusen och attraktionskraften hos primärvården framöver så är nog att tvångsplacera ST-läkare i primärvård fel väg att gå.

FÖLJ VÅRA KRÖNIKÖRER PÅ WEBBEN



Då och då ser du dom här i Sjukhusläkaren, men alla krönikor publiceras inte i tidningen. Så vill du följa våra tankvärda krönikörer oftare och även läsa gästkrönikor så ska du gå till Sjukhusläkaren.se där utrymmet är obegränsat.

Från den 1 november får Sjukhusläka-

ren.se nytt utseende och uppbyggnad, något som innebär att vi kommer att kunna lyfta fram våra krönikörer på ett tydligare och lättillgängligare sätt för dig som läsare.

Nya Sjukhusläkaren.se kommer också att satsa ännu mer på att synliggöra våra fördjupande artiklar och innehålla

"Sjukvårdssvepet" – en daglig omvärldsbevakning av debatt och nyheter inom sjukvårdssverige.

Så välkommen till vår nya webb!

Men först ett axplock av några krönikor här i tidningen – som ett smakprov.

Sidorna 30-41

JAG ÄLSKAR MITT SJUKHUS

Från det sjukhus jag arbetar på ser man skogen och med en vacker utsikt över staden ser man havsfjärden. Vi har varit ett av de mindre sjukhusen, men som trots det varit fullt utrustat för att ta hand om en stor del av de problem som patienterna söker för. För något decennium eller två sedan opererades även stor kirurgi på operationsavdelningen, men det har nu helt riktigt flyttat till större sjukhus med större volymer.

Den verksamhet som bedrivs på sjukhuset handlar i stor utsträckning om de vanliga problem som uppstår under livets gång – med möjlighet att utföra livräddande stabiliserande åtgärder.

De sjukaste patienterna är välkända och har ofta en dedicerad läkare som tar hand om deras problem och samordnar kontakter med andra kliniker. Inom sjukhuset finns fortfarande en mycket stark samhörighet och om problem uppstår hjälps vi åt för att hitta den bästa lösningen för patienten långt över klinikgränserna.

LARS ROCKSÉN

YRKE: ST-läkare i anestesi och intensivvård.

BOR: Örnsköldsvik.

BRINNER FÖR: En bättre vård för både personal och patienter.

Matsalen är fortfarande ett nav där en stor del av läkarpersonalen äter tillsammans. Där löser man problem över lunchbrickan och snabba kontakter upprättas för svåra fall som behöver konsultationer av annan expertis. Det är en fantastisk arbetsplats med fantastiska människor. Vi tar hand om mammor och nyförlösta barn, även när det inte går som planerat. Vi tar hand om ungdomar och ger dem trygghet i närhet av deras föräldrar. Vi tar hand om äldre och gamla som behöver familjens stöd och om det är möjligt samlas familjen för att ta farväl vid livets slut.

Det är en underbar känsla att få arbeta i den typen av organisation som ser till människan – och då inte som en diagnos utan som en individ i ett socialt sammanhang som betyder så mycket för alla som berörs.

Under flera år har strävan gått över landet mot uppdelning av sjukhus och kliniker i allt mindre diagnosgrupper. Istället för att tas om hand nära sin familj skickas nu barn och äldre långa resor bort från sitt sammanhang, över stora avstånd på mörka vägar i skakiga ambulanser. Det handlar om "koncentration" för att öka "patientsäkerhet" och för att nå "synergieffekter" och "stordriftsfördelar".

I strävan att nå ekonomisk vinning strömlinjeformas behandlingslinjerna och det handlar inte om vård utan produktion. Den lilla människan med sin börda som livet givit dem blir reducerad till en diagnos som ska hanteras så effektivt som möjligt. I strävan att öka produktionen tvingas personalen separera familjer från varandra och skicka iväg patienten till ett osäkert öde i deras kanske svåraste stund i livet.

Det här går personalen sönder av. Vi är många som valt att arbeta med vård för att hjälpa och för att använda vår förmåga att stödja, ta hand om och

vårda den utsatta människan. Men att fatta dessa beslut blir en allt mer orimlig börda.

Överbeläggningarna hopar sig på allt fler sjukhus och läkare tvingas lämna besked att livräddande ingrepp tyvärr måste ställas in, enbart för att det saknas en säng att ligga i efter ingreppet. Samtidigt berättar chefer och ledning som sitter vid skrivbord allt längre från patientrummen att vården fungerar bra och att sommaren inte inneburit umbäranden med det slitna uttrycket "patientsäkerheten var aldrig hotad". Ibland prisas personalen för att de gör det lilla extra för att uppnå det mål man strävar mot; nämligen produktion och ekonomisk balans. En uppskattning som upplevs allt annat än ärlig efter en lång journatt.

Under denna process försvinner människan. Den rädda patienten med smärta eller ångest som behöver sin familj nära i sitt livs kanske svåraste stund. Går det att hoppas på att pendeln snart nått sitt yttersta läge? Finns det en önskan att återfå en närhet för att se människan i sitt sammanhang?

Från mitt sjukhus vill jag se skogen och havet. Från mitt sjukhus vill jag se hela samhället och människan. På mitt sjukhus vill jag att alla ska mötas av värme och vårdas i sitt sammanhang från den dagen då man välkomnas till världen till dess att familjen samlas för att ta farväl.

Kommer vi någonsin få den möjligheten igen?

▼ Läs mer på sidorna 42-46 där Sjukhusläkarens reporter Anna Sofia Dahl har mött Lars Rocksén i vår serie "Porträttet" – på den plats på jorden där han trivs bäst.

HENRIK WIDEGREN



▼ Henrik Widegren uttrycker inte sitt engagemang med skriven text, utan med sång och gitarr. Hans humoristiska musikvideor har gång efter annan hamnat i den sjukvårdspolitiska hetluften.

Nu kan du lyssna till "Säg inte cancer" på sjukhuslakaren.se

DR SNAKE



▼ Dr Snake har under många år använt sin giftiga tunga i Sjukhusläkaren.

För den som som inte varit med från början, eller vill läsa om någon krönika som fallit i glömska, så är det bara att gå in på sjukhuslakaren.se. Där finns alla Dr Snakes giftigheter samlade i Dr Snakes aldrig sinande giftbägare.

OM INTE OM VARIT...

HADE JAG VARIT SKJUTEN NU?

Att träffa en läkare när man är sjuk är en självklar möjlighet som kan få stora och viktiga konsekvenser, på många sätt, inte bara få behandlingar och bli frisk, eller må bättre. Man kan också möta förståelse för sina eventuella funktionshinder och därmed på olika vägar få möjligheter till rätt stöd och hjälp. Efter ett liv av tillkortakommanden kan man plötsligt klara av ett arbete sedan man fått anpassade arbetsförhållanden eller kanske rätt insatser för att bryta ett destruktivt missbruk. En läkare kan vara vägen till nya möjligheter med stora attraktionsvärden även för den som inte är berättigad till dem. Många

med problem som kräver helt andra insatser, men inte vill eller klarar av att leva upp till villkoren, söker sig till läkaren för att det är en så kravlös relation där man som patient ofta får vara en passiv mottagare. Psykiatri är extra attraktiv för sådana syften. Den saknar ett vetenskapligt ramverk, kvalitetskraven är lösa och personalen har ofta ansvar som övergår deras kompetens och blir därför lättare att manipulera.

För några år sedan fick jag ett inbokat nybesök, en remiss från primärvården. Av den framgick att patienten, en ung man, hade flyttat från en annan större stad och ville nu få hjälp med sin Stesolidbehandling, vilket primärvården inte kunde bistå med. Han hade tidigare varit kriminell.

Jag läste remissen bara en stund innan besöket, några andra handlingar fanns inte tillgängliga. Besöket var inbokat av remissteamet vars uppgift var att bedöma relevans och ta emot så

många som möjligt. Men personalens säkerhet låg utanför ramen.

Jag har alltid sett till att fatta etiskt väl underbyggda beslut i arbetet, särskilt i direkt relation till patienterna. Jag bemödar mig om att vara in-kännande, tydlig och begriplig i argumenten och det brukar vara tillräckliga för att i de flesta fall få patienter som vill något annat, att byta riktning under samtalet. Men jag har tvingats neka många missbrukare narkotikaklassade preparat – trots deras larmande hot och våldsamma missnöjesmarkeringar. Dörrar har gått sönder och möbler välts under deras väg ut ur lokalerna efter att ha vägrat andra insatser.

Jag har hittills klart mig oskadd. Många kolleger brukar, när problemen diskuteras, luta sig bakåt och lättjefullt säga att det enklaste är att "vara flexibel". Det ska man vara, men denna typ av "flexibilitet" är ju precis det som gör psykiatri så attraktiv – man får alltid det man vill. Man kan tycka att alla mina "skadefria år" är ren tur, men jag hävdar att det är en nödvändig yrkesskicklighet, en intuition som bygger på omfattande erfarenheter av alla sorters patienter och sammanhang, under många år.

Med denna remiss kände jag mig både rädd och sviken. Hela ärendet krävde säkerhetsförberedelser. Nu fick jag inte ens tag i någon som kunde vara med på samtalet. Lättnaden blev därför stor när han uteblev.

Redan nästa dag blev jag uppringd av en man som påstod sig vara kontaktperson till mannen, som nu förklarades ha uteblivit för att han glömt bort tiden, men därför var i akut behov av recept på sina "ordinationer". Jag fick kort information om en kriminell

bakgrund som han nu var på väg att lämna, men jag kände mig inte alls tillfreds.

Jag fick prata med mannen som behövde Stesolid. Jag sa det han säkert visste – att det var förenat med restriktioner. Mannen ignorerade detta och krävde att få recept omgående, han var ju ordinerad preparatet och nu var de slut. Han ryade irriterat att det var en helt oproblematisk läkarordination. Jag föreslog kontakt med tidigare läkare som hade kvar ansvaret tills någon annan tagit över. Det gick inte sa han, eftersom han själv flyttat och därför blivit nekad fortsatt hjälp där.

Jag sa att ingen ansvarsfull läkare skriver ut recept till en okänd person, särskilt inte detta preparat. Jag rådde honom att snarast uppsöka en akut-mottagning om han var rädd att få abstinens. Det tyckte han inte, skrek nu och anklagade mig för tjänstefel. Så där höll det på ett tag, vi kom inte längre. Jag fick bekräftat att han var alldeles för målinriktad och potentiellt farlig för att tas emot på en vanlig mottagning.

Plötsligt dämpade han sig och sa mycket övertygande, att om han inte fick recept nu, så skulle han komma upp på mottagningen och skjuta mig, eller komma hem till min bostad och göra det där. Jag sa att jag polisanmälade honom, då hänskrattade han uppenbart road, konstaterande att "ord står mot ord". Då slängde jag på luren. Jag blev sittande en stund som med en falllucka under fötterna. Hjärtat dunkade och tankarna snurrade.

Jag tog mig samman. Chefen ringde polisen. Vi behövde veta mer om honom, hur rädd skulle man vara? Jag var så otroligt tacksam för att karlen aldrig kom på besöket dagen innan. Vad

hade han ställt till med då, hade jag i så fall varit skjuten redan? Nu visste han inte säkert hur jag såg ut och jag var oändligt tacksam för att jag avstått från sociala medier. Polisen hade tystnadsplikt, men poängterade med stor enfaset att mordhotet var "mycket, mycket allvarligt" och att det var väldigt viktigt att jag gjorde en polisanmälan. De gav sig inte på den punkten. Budskapet mellan raderna var glasklart, han kunde vara mycket farlig.

Jaha, så stod man där och såg framför sig hur man öga mot öga, lämnar ut hela sin existens, hela sin uppsyn med adress och allt, fy fan och – nee tack!

Aldrig i livet, trots att jag tyckte det varit lika viktigt som polisen. För vem skulle kompensera mig för denna uppoffring? Räddare än någonsin, kanske en flytt till okänd ort med en ny skyddad identitet, ett adjö och goodbye, det är ingen tack för hjälpen utan bara ett stort lidande!

Chefen erbjöd väktare och hotellrum några nätter. Jag funderade men avböjde till slut, dels för att han aldrig sett mig – en fantastisk slump, dels för att han sannolikt redan hade fullt upp med att leta nya läkare, vilket polisen också trodde. Men säker var jag inte. Han kanske skulle spara det till senare när allt lagt sig och han har mer tid..?

Så: Det bästa för mig hade varit ett fungerande och genomtänkt personalskydd!

Och: Sverige måste införa vittnesanonymitet om vi verkligen vill komma åt den grova brottsligheten.

CARINA HELLSTRÖM

YRKE: Psykiater och leg. psykoterapeut med kognitiv inriktning.
BOR: Stockholm.

BRINER FÖR: Brinner gör jag inte längre, men jag glöder en hel del för psykiatripatienters rätt till en logisk förklaring till sitt lidande – inte med en påklistrad diagnosetikett utan med en helhetssyn, grundad på individens erfarenheter och inre förutsättningar.

HOPPAS PÅ: Psykiatri är hopplös, så det jag önskar är att humanismen ska ges en synligare plats i världen.

DEN FÖRSTA SPIKEN ÄR ISLAGEN...

Högspecutredningen kan bli första steget i bygget av ett nationellt sjukvårdssystem

För en knapp månad sedan lade regeringen fram ett förslag om ny beslutsordning för den högspecialiserade vården. Det är en lagrådsremiss som om den antas kommer att innebära ändringar i hälso- och sjukvårdslagen. Nu är det ju inte givet – som väl är – att regeringen får igenom sina förslag när det gäller hälso- och sjukvården i lagrådet. Men i det här fallet tror jag faktiskt att vi ska försöka vara lite positiva.

Förslaget bygger på den utredning som leddes av Måns Rosén och som med ovanlig skärpa bland annat visade på att i runda tal 500 människor per år dör därför att svenska kirurger inte får tillräcklig träning på de ingrepp de ska utföra. Om man istället koncentrerar vissa operationer på färre ställen så uppnås sådana volymer att hantverket blir av bättre kvalitet, något som den primära kundgruppen säkert skulle uppskatta.

Av någon för mig oklar anledning så drog Rosén et al ganska hårt på att Sverige skulle införa sex storregioner. Att regeringen går vidare trots det misslyckandet visar på både mod och insikt.

Många har uttryckt missnöje med att det inte blev någon ny regionindelning. Personligen välkomnade jag haveriet med stor glädje. Dels byggde det på en felaktig uppfattning om att sjukvården blir bättre bara vi får sex regioner, istället för 21 landsting.

Själv tror jag att Sverige ska ha en regional indelning, de ska bara inte

syssla med sjukvård. Men framförallt så hade ett genomförande tagit död på all diskussion om det stora behovet av en nationell modell för den svenska sjukhusvården. Den diskussionen lever nu i allra högsta grad vidare.

Att det har kommit att bli på det vis som utredningen visade är givetvis bedrövligt på många sätt. Men det är faktiskt priset vi får betala för hur vi valt att organisera och sköta vår hälso- och sjukvård.

21system i ett litet land leder till osund konkurrens om inte minst personalresurser.

När vi dessutom håller oss med en allmän kultur av att smeta ut allt så tunt som möjligt så att ingen ska känna sig förbisedd, men heller ingen som ska känna att de har ansvar för någonting, ja, då blir priset högt, också i människoliv.

Hur okorrekt det än kan låta så är det ett tydligt tecken på den svenska samverkansmodellens klara begränsningar.

På senare tid är det allt fler som tycks ha kommit till insikt om dessa tillkortakommanden. Från Göran Greider till Skänemoderaterna är det politiska spannet så långt man kan nå, åtminstone om man ska hålla sig inom normalskalan. Men faktum är att den regionala vårdmodellens brister framstår som den fråga som har bredare politiskt stöd än de flesta frågor idag.

Vilka är då fördelarna med en nationell (notera att jag inte säger 'statlig') hälso- och sjukvårdsmodell?

I korthet handlar det om stordriftsfördelar, både ekonomiska och kompetensmässiga. Jag tror också att information och kunskap skulle få bättre förutsättningar att spridas genom ett enhetligt system byggt på moderna IT-system. Det finns alltså ingen anledning att begränsa den nationella styrningen av vården till det som administrativt ska definieras som högspecialiserad.

Här är det intressant att notera att regeringens definition inte innehåller sådan vård som "bedrivs av landstingen".

Och riskerna då? Det finns två risker med en sådan modell. Den ena är väl känd och kan kallas "risken med att lägga alla ägg i samma korg". Det är här jag tror att den nationella modellen samtidigt måste bli en professionsintressentmodell, inte en politikerbyråkratmodell som den vi har idag. Den andra risken är implementeringsrisken. Alla goda idéer kan misslyckas om de genomförs fel.

Om förslaget går igenom har regeringen på allvar slagit in på en väg mot mer nationell styrning av vården. Att huvudsyftet är säkrare vård av bättre kvalitet är givetvis gott nog i sig. Men oavsett effekterna på patientsäkerheten kan man alltså hoppas att förslaget blir den första spiken i den regionala vårdmodellens kista. Och att det inte går alltför många år till dess att vi kan slå in den sista.

Björn Ekman



BJÖRN EKMAN

YRKE: Forskare i hälsoekonomi.

BOR: Roskilde, Danmark.

BRINER FÖR: Varmare samhällsliv.
HOPPAS PÅ: Näst-nästa generation.

LÄSTIPS PÅ SJUKHUSLÄKAREN.SE

• SKL och makten i nådens år 2017.

En krönika om en oklar sörja av överenskommer, direkta bidrag och förordningar där Socialstyrelsen ställs offside.

• Sånt är livet!

En framtidskrönika om Sverige 2025 där mycket lite har hänt de senaste 10 åren.

NÄR LÄKARNA FICK GÅ

PER BJÖRGELL

YRKE: Akutläkare.
BOR: På Råå (Helsingborg).
BRINNER FÖR: Min sajt akutasjukdomar.se
HOPPAS PÅ: Ett nytt sjukvårdssystem byggt på medicinsk kompetens (utan administratörer).

LÄSTIPS PÅ SJUKHUSLÄKAREN.SE
 • Med Ivo på grund
 • Förutsättningar för en fungerande akutmottagning

Sjukhusdirektör Malte Erwinander var mycket nöjd. Hans båda medarbetare Persson och Jönsson hade just avrapporterat deras interna projekt "Översyn RL, arbetsmaterial". Med RL avsågs "Reduktion av Läkare".

Region Medelland (RML) hade tagit beslut om hårda nedskärningar av vårdkostnaderna inför kommande år. Nu var det oktober 2022 och direktör Erwinander skulle lämna ett nytt budgetförslag från Centralsjukhuset i Medelland (CSM). Det krävdes radikala åtgärder.

Persson och Jönsson, Maltes bästa medarbetare, låg bakom Översyn RL. De tre kom från andra verksamheter. Malte hade varit chef på en möbelfabrik, och brukade säga "Jag vet var skåpen ska stå!". Dan Persson hade varit revisorsassistent och Fredrik Jönsson kom från bilindustrin som självlärd chefsutvecklare. Tillsammans var de oöverträffade, ansåg Erwinander.

De skulle behålla bara några läkare, som kunde uppfylla de formella kraven. En chefläkare, en medicinare och en kirurg, samt två problemlöpare gentemot avdelningarna. Dessutom en receptöverläkare som undertecknade sköterskornas ordinationer. De skulle alla som överlöpare få mycket goda löner, och ledningen hade valt sina kandidater.

Sagt och gjort! Direktören presenterade sin nya modell för politiker och högre administratörer, som alla smackade gott. Beslut togs om ett försöksprojekt i tio år. (Sedan var modellen etablerad och kunde permanentas). Det blev naturligtvis ett enda "Hallå!!" på CSM, men Regionen bestämmer, och fackföreningarna spelade ut varandra.

I detta läge kom Eva Dykert, 40 år, till akutmottagningen med buksmärtor.

Utvecklingspersonal från administrationen serverade kaffe och hälsade välkomna. Patientkonsulten tog snart emot, Lena, tidigare undersköterska. Socialministern hade nyligen sagt att undersköterskorna kan få legitimation och att "Personalen är ryggraden i den svenska hälso- och sjukvården". Lena kände sitt ansvar.

Detta var perfekt för direktör Erwinander. Läkarna hade flyttat till andra sjukhus. CSM erbjöd befolkningen ett basutbud, lika för alla. "Det är rätt och riktigt" sa direktören. Eftersom läkarna ställer diagnos hade man övergått till symtom istället. Chefsutvecklare Jönsson skrev att "Symtom ska användas istället för diagnos! Det blir lättare för patienterna!" och han coachade personalen på sina möten.

Patientkonsulten kände på Evas mage och konstaterade att hon hade "Buksmärtor" och måste bli inlagd. Då kom Britta, tidigare läkarsekreterare, numera "Inskrivningskonsult". Hon satte fast namnbandet och skrev samman anamnes och aktuell medicineri i journalen.

När Britta var klar kom Syster Mats, som skulle ta status på Eva. Mats var Akutspecialist och antecknade vikt, längd, saturation, temperatur, puls, blodtryck och andning. "Du ska få lite Morfin", sa Mats, "men sedan blir det röntgen och operation". Dan Persson, utvecklaren, hade tagit bort det mesta ur läkemedelssortimentet, åtminstone allt som var dyrt. Eva Dykert fick i alla fall sitt morfin och ett natriumklorid-dropp.

Röntgen gjordes liberalt och bilderna tolkades av röntgensköterskan om hon kunde. Appendicit, sa hon, så rullade britsen vidare till operation. Utvecklingspersonal, två tidigare lean-lärare,

hälsade Eva välkommen. Sedan tog Patientkonsulten Arne emot, tidigare undersköterska, kände på magen och bekräftade operationsbehovet.

Operationskonsulten Maria, tidigare operationssköterska, dukade upp. Hon utförde flera standardoperationer, om än inte de flesta. Men, man kunde ju alltid öppna buken och se om något såg skumt ut. Skulle det bli stopp där sydde man ihop och använde det nya begreppet "Diagnos ej möjlig, UNS R24.9" som de problemlösande överläkarna införde.

Någon dag senare sände Patientkonsulten uppe på avdelningen hem Eva, allt hade gått bra. Men ibland blev det svårt, eftersom personalen inte kunde göra den övergripande utvärdering som läkarna hade gjort. De enda labprover som användes var Hb, glukos och CRP, resten kunde inte tolkas av särskilt många.

Kostnaderna minskade därför både här och där. Det enda som blev lite dyrare var all CT-röntgen. Mer symtom och mindre diagnos var en perfekt lösning, precis som diagnosen R24.9. När någon blev förbannad tog de tre kompetensläkarna emot och sa något bestämt och lugnande.

På detta sätt löpte verksamheten vidare. Till slut visste ingen vad de andra gjorde, och knappt vad de gjorde själva, men produktionen var hög, servicen var god, och mycket gick att avskaffa, även om det mesta av sjukvården blev en katastrof. Direktör Malte Erwinander blev så småningom socialminister, och levde lycklig i alla sina dagar.

Per Björgell

PERSONCENTRERAD VÅRD

TULIPANAROS PÅ OMÖJLIGT UPPDRAG?

GÄSTKRÖNIKÖREN

BRITT-MARIE
AHRNELL

YRKE: Egenföretagare.
BOR: Täby.
BRINNER FÖR: Perspektivbyten.
HOPPAS PÅ: Ökad medmänsklighet.

**LÄSTIPS PÅ
 SJUKHUSLÄKAREN.SE**
 • Öppet brev till sjukvården: Vem i
 vårdapparaten tar ansvar för min
 mans cancer?

En krönika om Britt-Marie Ahrnells och hennes cancersjukes makes upplevelser av en sjukvård som inte tar ansvar i brist på kontinuitet och personligt engagemang. Krönikan skapade stor debatt 2013.

• "Vi önskar personligt
 sammanhållet ansvar"

• Muren på väg att
 falla

Stora ord flyger genom luften i debatten. Vården ska vara *personcentrerad*, *nära* eller *värdebaserad*.



S om anhörig och språknörd gläds jag åt försöken att fånga en intention att utgå från patientens perspektiv, villkor och värden. Eftersom dessa är så många och skiftande bär tanken och språket uppåt, mot stora ord som kan rymma alla olikheter. Mot det metaforiska och symboliska alltså.

Några av oss njuter. Äntligen utgångspunkter, perspektiv och förhållningssätt som tar tillbaka själva kärnan i vården; att göra gott för andra människor, utifrån deras horisont.

Andra förstår verkligen inte. Deras hjärnor

går vilse i de stora ordens rymd och de uppfattar orden som tomma, floskelartade, modeord, konsultprosa och icke evidensbaserade. De söker efter fortläste med repliker som:

– Och hur *definierar* du det?

– Då måste *vi själva* få definiera det!

Allt förklaras med något annat.

Hur kan vi se så olika på ord? Så att vi blir osams om dem?

(Och nu talar vi om själva orden, inte om de modeller för arbetssätt som några valt och menar är uttolkningen av dem.)

Kanske för att språket har egenheten att allt förklaras med något annat. Och för att vi begriper världen på flera sätt. Ta den där febern din patient har och som du kan förstå på olika vis.

Med egna *sinnestryck* genom att känna på pannan. Genom hens *metaforiska* uttryck "det känns som jag kokar". Eller genom termometerns *abstraktion* med siffror på en skala.

Till vardags blandar vi glatt dessa sätt att förstå världen. Vi ser, hör, känner, och upplever via vår kropp. Vi tänker, gestaltar och tar del av bilder, symboler och konst; språkliga eller påtagliga. Vi tränar vår förmåga att tänka och förstå det abstrakta.

Men i debatter väljer vi ofta enbart ett av sätten och slår det i huvudet på de andra.

"Vad vi än gör verkar vi aldrig se ankan som en anka utan som något annat. Human- och samhällsvetarna vill se ankan som en konstruktion, en meningsbärande form, en berättelse, en bild. Naturvetaren bryter istället ner den i dess beståndsdelar, beteendemönster, interaktion med omgivningen osv."

Så skrev docent Mats Björkin* i en

artikel där han pekar på att vi gör saker *större* genom språkliga konstruktioner (human- och samhällsvetare) och *mindre* genom att dela upp som i atomer och processer (naturvetare).

För mycket *träning* i att dela upp?

I mitt möte med vården blev jag först ställd inför säkerheten i att det uppdelade och abstrakta – framforskat på gruppnivå – är det sanna sättet att förstå vård och värld.

Nu är jag mer ödmjuk inför en bransch som hårt präglas av att alla skolats i och premieras för det sättet att tänka.

Dessvärre gör det mig ofta djupt pessimistisk.

Då brukar jag undra om ord som *personcentrerad*, *nära* eller *värde* har någon större chans till överlevnad.

Eller om de riskerar att att smulas sönder i en värld upptagen av att definiera, dela upp och avgränsa nya begrepp och tankar? För att sedan avkrävas exakthet i ansvar och ersättningar för dessa små delars användning via lag, policy, program, riktlinjer och instruktioner.

Som vore även storheter som utgångspunkter, perspektiv och förhållningssätt en substans eller ett kirurgiskt snitt. När de mer närmar sig områden som etik, moral och filosofi.

Kraven på naturvetenskaplig exakthet drivs därtill gärna med tesen att gemensamma och fastslagna definitioner krävs för en *jämlig vård*. Och – hand upp om du är med så långt – ordet *jämlig* är förstås... metaforiskt.

Fast mest funderar jag över paradoxen i att vården själv vill definiera ordet personcentrering.

För att prata metaforiska: när dis-

kussionen kör fast om ensade definitioner, modeller och metoder – pröva *en annan väg*, gå istället *ett par steg i andras skor* så kanske *nya dörrar öppnar sig*.

Eller fråga den du har framför dig. Om det nu var att utgå från patientens perspektiv och värden det hela handlar om?

Britt-Marie Ahrnell

* Mats Björkin, SvD 11/8, 2012.
 "Svår konst att se saker för vad de är."

Vill du
bli
gäst-
krönikör?

▼ Är du intresserad av sjukvårdspolitik och känner att du har något du vill säga, eller är det något du vill risa eller rosa?

Hör av dig med ett mejl till redaktionen@ sjukhuslakaren.se

I DE FLESTA ANDRA LÄNDER HADE MIN RESA VARIT OMÖJLIG

Anrika och vackra Eugeniahemmet ligger lite gömt bakom Karolinska sjukhusets äldre byggnader och de alldeles nya som utgör NKS. Här har jag haft flera föreläsningar på läkarprogrammet de senaste åren. Allt är sig likt förutom att jag nu inte är läkarstudent längre – jag är examinerad läkare och doktorand.

Jag har precis gått klart den första perioden av en forskarskola för kliniskt verksam inom psykiatri. Vi läser många delar tillsammans med en forskarskola i epidemiologi. Totalt är vi 40 blivande forskare som i fyra veckor i höst suttit i skolbänken på Eugeniahemmet och lärt oss grunderna i vetenskapsteori, epidemiologi, biostatistik och medicinsk etik. Vi kommer att ses igen ett par veckor varje gång i ytterligare tre terminer.

Som underläkare före AT känner jag mig som en lite udda fågel bland läkarna på forskarskolan. De flesta andra är en bra bit in i ST eller redan färdiga specialister. "Åh, så du är alldeles ny!" kommenterade en kursare glatt när jag berättade. Så jag började fundera på om det finns fördelar med att vara alldeles "ny" läkare när man börjar forska. Och det tror jag att det gör. Mina framtida kliniska val kommer påverkas av min forskningsbana snarare än tvärtom. Även om det lutar åt barn- eller vuxenpsykiatri för mig i framtiden framstår många andra specialiteter fortfarande som intressanta möjliga kombinationer.

På forskarskolan har jag haft glädjen att lära känna många olika slags specialister och ST-läkare på god väg dit; en radiolog, en reumatolog, en onkolog, urologer, internmedicinare med inriktning mot endokrinologi, gastroenterologi och hematologi, kardiologer, barn- och vuxenpsykiatriker, infektionsläkare,

pediatriker, neonatologer och gynekologer. Dessutom en sjuksköterska, en socionom, en beteendevetare och en tandläkare. Tänk vilka intressanta forskningssamarbeten vi skulle kunna få till i framtiden.

"Du vet väl att du kan bli överläkare i psykiatri utan att vara disputerad", har jag hört flera säga. Jo, jag vet. Det kanske inte är så karriärstrategiskt gynnsamt för just mig att forska. Men det är vad jag vill göra. Och varför vill jag forska? Det bästa svar jag kan ge är att jag är så obotligt nyfiken. Jag ser olösta frågor överallt och jag funderar över möjliga samband och förklaringar.

Jag älskar att skriva, flytta omkring stycken och redigera tills jag är nöjd. I forskningen kan jag kombinera grävandet som jag gillade med mitt tidigare yrkesliv som journalist med mitt stora medicinska intresse. Och vid sidan om det får jag jobba kliniskt som läkare och konkret försöka hjälpa individer.

Jag minns när jag för tio år sedan blev ombedd av nyhetschefen på tidningen att ringa upp en nydisputerad person och skriva en mindre artikel. Min första fråga var: "Kan du kort sammanfatta vad din avhandling handlar om?" Svaret jag fick var: "Du kan väl läsa den själv!". När jag hade fått min första vetenskapliga artikel publicerad i våras var det i stället jag som blev uppringd av några journalister. Det kändes märkligt att stå på andra

sidan. Jag gjorde mitt bästa för att förklara resultaten från studien så tydligt som möjligt och berätta vilka slutsatser som gick att dra och vad som bara var spekulationer. Ändå blev någonting mer eller mindre fel i flera av artiklarna. Och det var rätt förståeligt. Jag är inte säker på att jag hade förstått hur man tolkar incidence rate ratio när jag var reporter. Jag hörde av mig till journalisterna, bad om ursäkt för att jag varit otydlig och föreslog alternativa formuleringar. Det blev bra och rätt till slut.

Jag är tacksam över att jag har fått möjligheten att skola om mig. I de flesta länder i världen hade min resa varit omöjlig. Jag kommer sannolikt att vilja forska parallellt med klinisk verksamhet yrkeslivet ut. Jag har förstått att det tidvis är tufft och att konkurrensen är hög om anslag. Man måste lära sig att hantera motgångar, resa sig och kämpa vidare. Men det tunga uppvägs av att det är fantastiskt kreativt och intellektuellt stimulerande att forska och i rätt miljöer finns en härlig gemenskap. Lycka till alla ni som redan forskar och jag rekommenderar alla er som är det minsta nyfikna att börja.

CHRISTINE TAKAMI LAGEBORN

YRKE: Doktorand, underläkare före AT och krönikör. Tidigare journalist.

BOR: Stockholm.

BRINNER FÖR: Jag känner starkt för suicidfrågan som också är det jag forskar om. Är även intresserad av hälso- och sjukvårdens organisation och patientsäkerhetsfrågor.

LÄSTIPS PÅ SJUKHUSLÄKARENS.SE

Christine Takami Lageborn har bloggat sedan 2010 om sin läkarutbildning från termin 1 till färdig läkare.



NATIONELL SJUKVÅRDSFÖRSÄKRING GÖR SJUKVÅRD LÖNSAMT

När media skriver om problem inom sjukvården påtalas ofta bristen på läkare och sköterskor. Det är en simplistisk bild som behöver ett förtydligande. Det strukturella problemet inom svensk sjukvård är framför allt hög skatt på utbildning och arbete, samt en avsaknad av incitament för sjukvården att behandla patienter.

I slutet av 60-talet hade Sverige cirka 7000 läkare. Dessa arbetade i stor utsträckning som egna företagare. Statsskatt och marginaleffekter var relativt låga. En god del av läkarna var allmänpraktiserande. 1950 var de cirka 34 procent av läkarkåren, 1970 var de två procent och inte smalt specialiserade, vilket gjorde att befolkningen hade relativt god tillgänglighet till läkare.

Många specialister arbetade ofta kvällstid på akutmottagningen då de fick betalt för varje enskild patient, vilket bidrog till läkarnas vilja att arbeta jourtid.

1970 lades förutsättningarna för läkarna om, då de motvilligt tvingades bli anställda istället för egna företagare och lönevillkoren ändrades så man fick en fast månadslön oavsett produktion, dvs antalet patienter man behandlade. Från och med 1970 har också skattertrycket på arbete och utbildning ökat till bland de högsta i världen. Kvalitetskrav om specialistkompetens vid patientbehandling har också försvunnit såsom Försäkringskassan tidigare krävde för att få ersättning.

I sammanhanget bör man förtydliga skillnaden mellan sjukvård och sjukdom i ekonomisk mening. Sjukdom är kostsamt. De allra flesta åtgärder vi gör inom sjukvården är belagda med god vetenskap och även lönsamma. Med detta följer att om vi producerar för lite sjukvård eller sjukvård av för dålig kvalitet kostar det samhället genom minskade skatteintäkter och/eller ökade offentliga utgifter.

En starkt bidragande orsak till den låga produktiviteten inom svensk sjukvård är förmodligen omläggningen av ersättningsystemet 1970. Det är sedan 1970 i praktiken inte lönsamt för läkare att bedriva sjukvård. Därmed produceras betydligt mindre sjukvård jämfört med de resurser man tillför via skattemedel.

Problemet med detta är att patienterna drabbas, både för att de får betala mer skatt samtidigt som de får mindre vård.

Som en följd av nästan obefintliga incitament har vi en rad strukturella problem inom svensk sjukvård. Ett exempel är att endast ca 14 procent av läkarkåren är allmänläkare. Som specialist är allmänläkare mycket produktiva då det kan handha en rad olika och vanliga sjukdomar. Många anglosaxiska länder har allmänläkare i storleksordningen 30-40 procent av läkarkåren. Hade produktiviteten varit nödvändig för sjukvården hade sannolikt en större andel läkare varit allmänpraktiserande.

Sverige har en stor tyngdpunkt på sjukhusbundna specialiteter vilket medför att, trots att läkarna är många till antalet, endast behandlar en liten del av patienterna utifrån sin specifika kompetens. Dessutom tar de oftast inget primärvårdsansvar, dvs de behandlar inte patienterna för andra åkommor som de har utan hänvisar till andra specialistkollegor eller åter till primärvården.

Sverige har 44 specialiteter plus ett antal grenspecialiteter samtidigt som exempelvis USA har 25 specialiteter plus grenspecialiteter. Denna utveckling av många specialiteter har till viss del kunnat drivas då produktiviteten inte premierats inom sjukvården.

Specialisterna försvann från akutmottagningarna en bit in på 70-talet, istället skickar man sedan dess ned de minst erfarna läkarna då incitamentet för både kvalitet och produktivitet försvann. Just omställningen 1970 är antagligen en bidragande faktor till att Sverige ligger efter många andra länder i utvecklandet av specialister i akutsjukvård. I säkerhetsbälts land borde vi ha varit de första som utvecklat denna specialitet.

Omläggningen 1970 har sannolikt bidragit till en neddragning på stödfunktioner. Neddragningen ses ofta av landstingen som en "besparing" då landstingen inte är ekonomiskt ansvariga för dålig, fördröjd eller utebliven vård. Istället har man rekryterat fler byråkrater som inte sysslar med patientrelaterad vård. I tillägg har byråkrater en egen karriärväg bland annat inom SKL som mig veterligen inte kvalificerar in i kategorin evidence based medicine.

Det andra stora problemet är skatt på arbete och utbildning. Sverige har sedan 1970-talet höga marginalskatter (75 procent) på akademiker och arbete. Detta betyder att om en läkare, specialistsjuksköterska eller barnmorska skall arbeta övertid två timmar får de behålla en fjärdedel i ekonomisk ersättning av de extra timmarna. Problemet ur samhällsekonomisk synvinkel är att de flesta väljer att ta ut dessa extra inkomster i ledig tid. Arbetar man alltså extra 8 timmar en lördag kan man kompenseras med två vardagar ledigt följande vecka. Om man istället tar ut dessa extra inkomster i pengar får man alltså 75procent skatt på denna extra inkomst plus att man inte får ledigt de två dagarna följande vecka.

Detta gör att man behöver anställa fler läkare i Sverige för att uppnå samma produktion jämfört med andra länder med lägre marginalskatt.

Med ovanstående i beaktande tycker jag att man ska överväga att införa en nationell sjukförsäkring obligatorisk för alla medborgare.

• Fotnot. Detta är en förkortad version, gjord av redaktionen, av en längre krönika.

Läs Nicholas Aujalays förslag på en nationell obligatorisk sjukförsäkring på Sjukhusläkaren.se

NICHOLAS AUJALAY

YRKE: Specialist Akutsjukvård, och medicinsk ledningsansvarig på Mälarsjukhuset Eskilstuna

BOR: Luthagen, Uppsala.

BRINNER FÖR: Sedan 2015 är akutsjukvårdsspecialiteten godkänd av Socialstyrelsen, men fortfarande fattas uppdraget och dess finansiering.

Akutsjukvård är en form av öppenvård som behöver en hållbar ekonomisk konstruktion som följer uppdragsbeskrivningen; screening för och initial behandling av akut sjukdom och olycksfall med fokus på tidskritiska processer.





Lars Rocksén

**LÄKAREN SOM
HITTADE SIN
PLATS PÅ JORDEN
I DET NÄRA
OCH FAMILJÄRA**



"Mitt jobb är ganska enkelt: luft – in/ut, blod – runt/runt. Vi ska se till att patienten tolererar det vi ska utsätta dem för och mitt mål är att alla ska må bra och att ingen ska ha ont", säger anesthesi/IVA-läkaren Lars Rocksén. Här visar han en av Örnsköldsviks äldre operationssalar.
Foto: Rebecka Uhlin

Eftermiddagssolen bryter igenom det gråa molntäcket över Örnsköldsvik. Inne i Paradisbadet är luften fuktig och varm. På ett par av banorna rör sig motionssimmare genom vattnet och i ena änden av

bassängen tränar ungdomar fjärilssim. I den andra simmar Lars Rocksén lugnt och metodiskt de 25 meterna – fram och tillbaka, fram och tillbaka. När han vänt för fjärde gången stannar han upp, vilar sig mot stegen och tömmer ut lite vatten ur simglasögonen.
– Det var ganska tufft idag, men

redan nu känns det mycket bättre. Han dyker ner under vattnet igen, tar spjärn mot kaklet och skjuter ifrån. När han kommer upp till ytan igen tar han sig fram med samma metodiska och lugna rörelser. Att simma är hans sätt att rensa tankarna efter jobbet. Koncentrationen som krävs för att få till

rörelserna tar över och "då finns det inte plats för andra tankar i huvudet".

– Är du vaken? Orkar du öppna ögonen?

Lars Rocksén lutar sig svagt över den nyopererade patienten – försöker försik-

tigt få kontakt genom den övergående narkosen. Plötsligt piper larmet i fickan hos Lars Rockséns och hans kollega.
– Förlossningen. Jag tar det!

Han springer ut genom operationssalens dörr, genom korridoren, in i trapphuset och en våning upp. En stund senare är han tillbaka på avdelningen –

sticker in huvudet hos kollegan och patienten i operationssalen som han lämnade, tar en sväng in på avdelningen för att stämma av och kikar in på IVA för att se hur kollegerna har det där.

2010 började han sin AT här och i

Fortsättning nästa uppslag >>>

” När man inte gör det basala överallt utan måste skicka även det innebär det en väldigt stor kostnad ”

dagarna har han precis gjort klart sin ST. Efter att han arbetat vid ett antal större sjukhus runt om i landet blev det tydligt för honom att han trivs i en mindre verksamhet.

– Ju större sjukhuset är, desto mer opersonligt upplever jag att det blir. Här känner jag all personal, jag vet vad alla kan, jag vet vem jag ska gå till om jag ska lösa ett problem och de blir lösta omedelbart. Det handlar inte om att man skriver en remiss och lämnar den i en remisslåda – jag lyfter på luren och får ett svar av den som är bäst på det tillståndet omedelbart. Det är en väldigt stimulerande miljö att jobba på ett litet sjukhus med korta kontaktvägar.

– Det blir bra för patienten också. Vi kan vara familjära på ett sätt som man kanske inte kan på ett större sjukhus, där man mer blir en kugge i maskineriet. Här kan vi ta hand om hela patienten på ett väldigt stimulerande sätt. Vi är jätteduktiga på ”det vanliga”, men är det något väldigt ovanligt kan man behöva stöd som man kanske inte kan få här.

Även om han framhåller det lilla sjukhusets förtjänster, kan han också peka på ett par av baksidorna. På en liten ort som Örnsköldsvik, där just ”alla känner alla”, sticker ett ovanligt efternamn som Rocksén ut. Så visst kan den där närheten, som han i övrigt håller högt, ibland komma lite väl nära.

– Om patienten är någon som jag eller familjen känner väldigt väl kan jag be någon annan ta den patienten – om det handlar om en vanlig arbetsdag. Är det en kväll eller en natt kan jag inte backa, då finns det ingen annan. Man får helt enkelt lära sig att hantera det, säger han och fortsätter:

– Sen är ju vi, precis som alla andra,

människor och kan också reagera. Men man får hantera de reaktionerna på ett professionellt sätt och man måste vara beredd på att det kan hända. Ibland kan det till och med vara en fördel att de känner till mig och att jag kan hela deras bakgrund. Då behöver man inte bygga det förtroendet som behövs.

Den ena väggen i korridoren till operationssalarna är täckt med fönster. Utanför breder en vidunderlig utsikt ut sig. Sex kilometer längre bort, där skogen möter havet, syns den udde där Lars Rocksén växte upp. För honom är Örnsköldsvik platsen han aldrig borde ha lämnat.

– Jag flyttade till Uppsala 1994 för att plugga matte och data, sen bodde jag där i 15 år. Men varje gång som jag åkte hit och började komma upp mot Höga kusten tänkte jag ”varför bor jag inte här?”. Uppsala är en jättevacker stad, men det är fortfarande en stad på en åker med en å i mitten. Här har vi berg, skogar och hav – vi har en natur och en horisont där det händer saker. Det är en otrolig befielse.

Livskvaliteten i att bokstavligt talat ha naturen precis intill knuten säger han är ovärderlig och det lugn skogen ger en viktig pusselbit i att hitta en balans i tillvaron. Naturintresset har han fått från sina föräldrar och det har följt honom genom hela livet.

– Det är otroligt vilsamt att komma ut i naturen och bara få uppleva den. Det är sällan jag är så avslappnad som när jag följer med min pappa upp i fjällen och går i Sarek. Det är fantastiskt. Då hamnar man tillbaka i det där att man inte kan göra så mycket mer än gå, äta, sova.



Lars Rocksén visar gärna upp Örnsköldsviks vyer. Strax efter att han flyttat tillbaka åkte han bil med sin pappa från det villaområde som han vuxit upp. ”Då sa jag ’det är så vackert här’. Han tittade bara konstigt på mig och sa ’ja, det kanske det är’. Man kan bli hemmablind, men det är viktigt för mig att ha den här livskvaliteten och att det är så vackert.”
Foto: Rebecka Uhlin

Och plats för återhämtning har behövts de senaste åren. Som vice ordförande i Ångermanlands läkarförening har arbetet runt Västernorrlands läns-kliniksorganisation slukat Lars Rockséns tid. Även om han menar att hans jobb ”varit ganska enkelt” – från fackligt håll har man konsekvent stått fast vid samma analys och ståndpunkt – har det ändå varit en lång kamp.

– Den prognos som vi gjorde för tre år sedan håller än idag. Det vi sa skulle hända, har hänt.

Och han menar att analysen egentligen inte är särskilt svår att göra – ett ledarskap som flyttas från de små

sjukhusen skulle innebära en sämre arbetsmiljö där. En länskliniksorganisation skulle också innebära att verksamheten delas upp i en mängd stuprör och utan ett lokalt och starkt chefskap skapas kommunikationssvårigheter.

– Om man centraliserar allt till ett sjukhus, som redan är överlastat, så kommer det att bli ännu tyngre. Och kostnaderna försvinner inte – vi vårdar lika många patienter. För att få effekt av koncentration av vård måste man bygga upp mer i den mottagande enheten och det kostar mer än vad man sparar om man drar ner en fungerande verksamhet. Precis som man från fackligt håll

förutspådde har situationen hamnat i en negativ spiral – arbetsmiljön har blivit sämre och kostnaden för stafettläkare och transporter av patienter har ökat explosionsartat.

– När man inte gör det basala överallt, utan man måste skicka även det, innebär det en väldigt stor kostnad. Det pratade vi redan om 2014. Det går att bemöta alla kostnadsökningar och det går att hantera neddragningar, men då måste man planera för det. Och man måste mäta vad det är för effekter man får – hur många måste transporteras, i vilket skick är de och vilka diagnoser – och det måste finnas med i bakgrunds-

materialet. Det gjorde det inte här och då fattar man ett beslut som man inte har inblick i.

Hur har du orkat?

– Stop go – att arbeta intensivt med det under någon eller några veckor och sen släppa det för att göra något annat. Det här har varit en process som har löpt under flera år, där situationen i land-tinget successivt har förvärrats. Det är långsamma processer och som facklig har man inte mandat över någonting egentligen – jag kan utöva påverkansarbete, men jag kan inte fatta några

Fortsättning nästa uppslag >>>



” Det finns så otroligt många kloka idéer och förbättringsförslag som skulle göra det bättre för patienten, billigare och effektivare som aldrig kommer fram – om man ska lägga det i en förslagslåda och det därifrån ska bubbla upp genom systemet kommer det aldrig bli verkstad av det ”

beslut. Man skulle ju bränna ut sig omedelbart om man arbetade 100 procent med att försöka påverka i en situation som man inte alls har kontroll över. Frustrationen skulle bli för stor. Det här är inte ett maratonlopp, det är inte heller en långsprint, utan det är en lång serie av sprintlopp som man behöver springa.

Lösningen som Lars Rocksén och hans kolleger från fackligt håll pekade på redan 2014 stavades bland annat: utbilda fler ST-läkare. Det skulle innebära att ”de får en bättre situation, vilket gör att de mår bättre, de stannar kvar och man får en bättre fungerande verksamhet”. Då blir patienterna friskare, de behöver mindre vård och då är man i en positiv spiral istället.

– Men det är väldigt svårt att övertyga arbetsgivaren om att ta en kostnad för utbildning för att få en vinst senare, när de tror att de vinner något på en nedskärning. Den investeringen som man gör i personal är svår att hålla kontroll på och lita på att den ger avkastning, säger han och fortsätter:

– Men vård är personal, det är inte sjukhus, operationssalar eller röntgen. Det är personalen som är vårderna och då måste man investera i personalen för att få avkastning. Precis som fabriker måste investera både i fabriken och i personalen. Det finns ett scorecard med fyra delar – patientens perspektiv, processperspektiv, personalens perspektiv och ekonomin. Och om man löser de tre första kommer även det ekonomiska att lösa sig – för då har man en väl-fungerande och sund organisation. Nu har vi allt fokus på ekonomin och då används fel måttvärden för att styra verksamheten.

Redan som sjuåring fick Lars Rocksén sin första dator, om än en ”väldigt enkel sådan”, och när 90-talet kom var det datorer och enbart datorer

som gällde. Efter lumpen sökte han sig till universitetet och hamnade på en matte/datautbildning, därefter på ett kemitekniskt företag som mjukvaru-utvecklare, kvalitetssäkrare och verksamhetsutvecklare. När han efter fem år tagit sig till en tjänst som sektionschef – ”ett jättespännande jobb med mycket kontakter med utlandet” – fick han i uppgift att halvera arbetslaget.

” Det är väldigt svårt att övertyga arbetsgivaren om att ta en kostnad för utbildning när de tror att de vinner något på nedskärning ”

– Vi hade en hel del superspännande projekt, men de där riskmiljarderna tog slut i den branschen. Så de ville skala ner verksamheten. 2002 var jag på en ledarskapskurs och under den fick jag veta att jag skulle avskeda hälften av min sektion. De märkte ju på mig att jag inte hade fullt fokus på chefskursen och då var det en mycket klok kvinna som sa ”men Lars, du vill ju egentligen inte hålla på med det här. Vad är det du vill göra egentligen?” Jag svarade att jag ville bli läkare. Och då frågade hon den där frågan som man inte vill höra just då: ”Och vad är det som stoppar dig?”, säger han.

För det var egentligen ingenting som stoppade honom. Drömmen om att bli läkare hade han haft med sig sedan högstadiet och det var dags att göra verklighet av den.

– Det var det bästa jag någonsin gjort. När man är så väldigt motiverad som jag var då finns det ingenting som är jobbigt. Allt är bara kul och så känns det fortfarande 13 år senare. Att hela tiden bli utmanad och utvecklas är

otroligt inspirerande – och att dessutom hjälpa folk. Det är det bästa jobbet jag kan tänka mig.

Och han tror att hans tidigare arbetslivserfarenhet ligger till grund för det fackliga engagemanget.

– Jag ser ju att det här är en verksamhet som inte har samma professionalism som en privat multinationell organisation. Ingenting att bli överraskad över kanske, men jag ser den stora skillnaden. Det är en skillnad i ledarskap, i framtidsstänk, i organisation och mötesstruktur. Det finns så många saker som en professionell organisation skulle göra annorlunda och sannolikt mycket bättre.

Han menar att drivkraften också finns i att analysen de gjorde stämde – ”om någon annan har en annan teori som de driver åt fel håll” så måste man arbeta för att ändra på det. Främst pekar han på vikten av delaktighet från medarbetarna.

– Det finns så otroligt många kloka idéer och förbättringsförslag som skulle göra det bättre för patienten, billigare och effektivare som aldrig kommer fram – om man ska lägga det i en förslagslåda och det därifrån ska bubbla upp genom systemet kommer det aldrig bli verkstad av det. En större möjlighet för folk att påverka sin vardag skulle göra att man fick mer motivation, vilja och driv som skulle bli en bättre och billigare vård – det är jag helt övertygad om, säger han och fortsätter:

– Ledarna och cheferna måste låta verksamheten växa under styrning och kontroll, så att man verkligen hittar rätt väg framåt. Och då måste man göra något som är väldigt läskigt, att släppa kontrollen. Men man måste ha förtroende för att verksamheten kommer att utvecklas i den riktning som är bra.

Anna Sofia Dahl

Sök medel ur Sjukhusläkarnas fonder



▼ Sjukhusläkarna förvaltar Stiftelsen Sjukhusläkarföreningens Understödsfond och Stiftelsen Lasarettsläkaren Gustaf Wennerströms donationsfond.

Fonderna delar ut medel till behövande medlemmar i Sjukhusläkarna eller till medlemmars efterlevande varje år.

Som behövande enligt Skatteverket anses en person om den sammanlagda inkomsten understiger fyra prisbasbelopp och förmögenheten understiger ett prisbasbelopp. Pris-

basbeloppet för 2017 är 44 800 kronor.

Som behövande enligt Skatteverket anses en person vars sammanlagda inkomst understiger fyra prisbasbelopp och förmögenheten understiger ett prisbasbelopp.

Från understödsfonden kan understöd vidare utgå till medlemmar som har särskilt behov.

Behovet av understöd bedöms från fall till fall utifrån den totala familjeekonomin.

Särskild ansökningsblankett samt

riktlinjer för fondutdelningen kan rekvideras från Sjukhusläkarna på telefon 08-790 34 50 eller per e-post till wendela.zetterberg@slf.se

Vi ber Dig att noggrant svara på uppgifterna i ansökningsblanketten. Observera att alla fält ska fyllas i. För att kunna göra rätt bedömning begär vi också att Du bifogar kopia av Din senaste slutskattsedel samt – om Du är studerande – en plan över utbildning och redovisning av studieresultat.

Vid frågor går det bra att

SJUKHUSLÄKAREN HAR PEJLAT LÄGET | DEL 2

Här är de viktigaste frågorna för sjukhusläkarna runt om i landet

Sjukhusläkaren ställde tre frågor till Sjukhusläkarnas lokala fackliga ordföranden.

- 1** Vilka är de viktigaste frågorna lokalt just nu?
- 2** Hur har 2017 varit när det gäller det fackliga arbetet?
- 3** Vad hoppas de på i framtiden?

▼ I förra numret fick vi svar från Lycksele/Skellefteå, Umeå, Ångermanland, Dalarna, Västmanland, Stockholm, Göteborg, Helsingborg, Lund, Kalmar och Blekinge. I det här numret fortsätter vår rundtur med del två.

ÄNGELHOLM

Per Hammarlund
Överläkare. Specialist
i invärtesmedicin och
gastroenterologi
37 år i yrket:



”Vi är nöjda och vill inte bli uppätta av en större sjukvårdsorganisation”

Vilka är de viktigaste frågorna lokalt just nu?

– Den delen på vårt sjukhus som jag arbetar på drivs i en projektform som heter HälsoStaden, vilket är en tidsbegränsad projekttid som varar fram till sommaren 2018 och har inneburit att vi försöker överbrygga landstings- och kommungränserna. Vi är väldigt angelägna om att det projektet fortsätter och att vårt sjukhus inte blir uppätet av en större sjukvårdsorganisation, för då kan vi inte utvecklas som vi vill.

Sen kan man säga att utbildningssituationen för våra AT- och ST-läkare också är väldigt viktig. Där har vi haft en gynnsam situation och lyckats ordna ett bra utbildningsklimat, vilket är viktigt att det kan



• Sammanställt av
Malin Gavelin | Anna Sofia Dahl

som ska jobba i verksamheten, utan istället bygger lokaler som är en matris gjord av en annan organisation.

Vad hoppas du för framtiden lokalt hos er?

– Vi har varit i en lyckosam situation och kunnat rekrytera personal, men bemanningsfrågor och arbetstidsfrågor är ändå viktiga. De unga kollegerna som kommer nu köper inte våra gamla arbetstider och gamla arbetssätt där man går till jobbet vid sju/halv åtta och kommer hem 17:30. Jag kan tänka mig att man måste se nya flexibla arbetstidsmodeller, andra sätt att jobba på, för de har ett helt nytt sätt att tänka kring hur man har sitt liv. Jag är 50-talist och vi jobbar på ett helt annat sätt. Vi har inte så stora problem här annars – vi har en väl fungerande bemanning med de flesta internmedicinska specialiteter och en bra personalledning. Så vi är rätt nöjda.

UPPSALA

Anna Rask-Andersen
Professor/överläkare
40 år i yrket:



Allt tuffare arbetsklimat Långtidssjukskrivningarna har ökat med 23 procent

Vilka är de viktigaste frågorna lokalt just nu?

– Bristen på vårdplatser, både den dåliga arbetsmiljö som det skapar och de katastrofala följder som vårdplatsbristen får för patientsäkerheten. Sjukhusledningen hade som mål lika många vårdplatser som förra året, men har inte lyckats rekrytera tillräckligt med sjuksköterskor som ska ersätta dem som slutat.

Ett nytt avtal som sänkt lönen och ökat arbetstiden för de specialistsjuksköterskor

som är svårast att rekrytera har gjort situationen än värre med ökad sjuksköterskeflykt.

Hur har 2017 varit när det gäller det fackliga arbetet?

– Det har varit många fler medlemmar som varit illa i olika konflikter än tidigare. Vi i facket har haft betydligt fler personären och det handlar om att det tuffare klimatet, arbetsbelastningen och den ökade stressen gör att folk lättare blir osams. Det gör också att man inte orkar med de påfrestningar som finns i livet utanför jobbet.

Vi kan också se att långtidssjukskrivningarna, på 60 dagar eller mer, har ökat med 23 procent bland läkarna från 2015 till 2016. Det är katastrofalt mycket.

Vad hoppas du för framtiden lokalt hos er?

– Jag hoppas på att vi kan öppna fler vårdplatser och att ledningen lyssnar mer på både läkarkåren och oss fackliga representeranter.

ÖREBRO

Paula Wallmon
Överläkare i
allmänkirurgi
20 år i yrket:



”Vi ska hjälpas åt sjukhus emellan men inte lätt när alla har vårdplatskris”

Vilka är de viktigaste frågorna lokalt just nu?

– Fortfarande vårdplatsfrågan och särskilt under sommaren då det fanns färre vårdplatser än förra året. Arbetsgivaren säger att vi istället för satelliter ska ha fler överbeläggningar på respektive avdelning. Man säger också att man ska hjälpas åt sjukhusvis, men det är inte så många platser att hjälpas åt med på respektive hus. En handlingsplan på hur man ska hantera situationen om det blir kris har gjorts.

– Den andra frågan, som på ett sätt hör ihop med vårdplatsbristen, är registreringen av övertid och flex som brinner inne. Vi jobbar för mycket. Där har vi egentligen inte kommit så väldigt långt, förutom att jag tror att medlemmarna är mycket mer uppmärksamma på sin arbetade tid.

Hur har 2017 varit när det gäller det fackliga arbetet?

– Vi tycker att vi har ett större engagemang från medlemmarna – det har blivit en lite högre medvetandegrad hos medlemmarna om facket existens, vad vi gör och vad vi kan göra. Det syns bland annat vid våra medlemsaktiviteter och medlemsluncher som blir mer och mer välbesökta.

– Vi har också fått en ny hälso- och sjukvårdsdirektör, så man kan säga att vi nu 2017 går in i en ny tid. Man kan säga att vi inte har haft någon ordinarie direktör sedan mitten på hösten, då han som varit under en längre tid gick i pension. Det gjorde att samverkan har varit i ett limboläge för oss i mer än ett halvår – business as usual, men inte så mycket att jobba emot. Erfarenheten av den nya direktören är däremot att han är väldigt angelägen om samverkansklimatet, så vi hyser gott hopp.

Vad hoppas du för framtiden lokalt hos er?

– Vi hoppas på att kunna göra mer parts-gemensamma arbeten i kärnfackliga frågor som lön, arbetsmiljö och arbetstid till exempel, vilket vi inte har haft tidigare. Men vi ser ett litet litet hopp om att det faktiskt kan bli verklighet med den nya hälso- och sjukvårdsdirektören.

JÖNKÖPING

Bengt Asking
Överläkare i kirurgi
35 år i yrket:



”Vår region har en budget på 8 miljarder kronor så platsbristen borde gå att lösa”

Vilka är de viktigaste frågorna lokalt just nu?

– Fokus för oss inom Sjukhusläkarna i Jönköping är på platsituationen inför varje jourpass. Där tittar vi på bakjourenas ansvar – att det inför varje jourpass måste finnas ett rimligt antal platser för att man under passets gång ska behöva lägga så lite tid som möjligt på att flytta patienter. Vår förhoppning är att försöka klargöra det här i möjligaste mån klinik för klinik – hur många platser måste det finnas inför passet och hur gör man om platsbrist uppstår.

Vi vet att situationen inte är bra och att arbetsmiljön, inte minst för sjuksköterskorna, är väldigt tuff i en situation där det redan är brist. Och vi vet också att det är farligt med patientflyttningar och överbeläggningar. Under året som har gått har man återigen inte lyckats lösa den här frågan riktigt. Därför måste vi ha en plan.

Egentligen borde man också ha en koordinator som finns på plats vardag som helgdag 24 timmar om dygnet – en person som har speciell kompetens på det här med att utnyttja sängarna på bästa tänkbara sätt.

Hur har 2017 varit när det gäller det fackliga arbetet?

– Det som är aktuellt är att vi precis har fått en länsklinik inom kirurgin där jag jobbar. Vi har gått från tre sjukhus till divisioner – en kirurgisk, en medicinsk och en med psykiatri/rehab/lab. Om det är bra eller inte vet vi inte riktigt än, men vi kan konstatera att det har blivit mer resande mellan sjukhusen för alla kategorier.

Det har också uppstått vissa samordningsproblem när man är en dryg timme ifrån varandra. Och så vitt jag vet så finns det ingen erfarenhet som talar för att den här typen av divisionssammanslagningar skulle vara bättre.

Vad hoppas du för framtiden lokalt hos er?

– Förhoppningen är att den här processen med platsneddragningen får ett slut. Den påverkar både vår och sjuksköterskornas arbetsmiljö i högsta grad. Det är ju inte brist på sjuksköterskor egentligen utan brist på sjuksköterskor som vill jobba här. Då måste man fråga sig varför vill de inte jobba här?

Tydligast är problemet inom akutverksamheten och det är ju märkligt att när människor kommer in akut och ibland med livshotande tillstånd – då finns det ingen säng att lägga dem i.

Vår region har en budget på åtta miljarder och sysslar med en mängd olika verksamheter – att då inte detta ska gå att lösa! Mitt jobb som jourdoktor är tillräckligt svårt medicinskt. Det är inte rimligt att också behöva organisera platssituationen jourtid.

KRONOBERG

Edvard Lekås
Överläkare urologi
18 år i yrket:

Tuff vårdplatssituation

Vilka är de viktigaste frågorna lokalt just nu?

– Just nu är det vårdplatser utan någon som helst tvekan. Situationen är riktigt besvärlig – vi har haft en kraftig nedgång det senaste halvåret. Framför allt på medicinsidan. Nu har även en del av akutvårdssavdelningen stängt och det har gjort att vi har fått det ännu mer besvärligt. Sedan är det brist på en del specialister här i Kronobergs också – inom gynekologi till exempel.

Hur har 2017 varit när det gäller det fackliga arbetet?

– Jag har själv inte varit aktiv i förhandlingarna, men det jag har fått till mig är att

Fortsättning nästa uppslag >>>

arbetsgivaren är bra på att lyssna.

Vad hoppas du för framtiden lokalt hos er?

– Jag hoppas att det blir en god tillströmning av nya läkare och sjuksköterskor. Jag pratade med vår sjukhusdirektör som trodde att det skulle bli arbetsgivarens marknad när det gäller framtida arbetskraft. Jag hoppas väl mest på det när det gäller sjuksköterskor och det jag önskar mig är att det går att rekrytera en oerhörd mängd sköterskor så att vi kan öppna upp alla de här stänga vårdplatserna och kunna komma igång med de planerade operationerna igen.

NU-SJUKVÅRDEN

Daniel Vestberg
Specialist i internmedicin
och ST-läkare i akutsjukvård
7 år i yrket:

”Vårdplatsbristen ökar pressen på läkarkåren att hålla nere vårdtiderna”

Vilka är de viktigaste frågorna lokalt just nu?

– Vårdplatserna är den absolut viktigaste frågan för oss just nu. Tyvärr är det ju så att vi inte riktigt äger frågan heller, eftersom det i grund och botten handlar om antalet tillgängliga sköterskor. Det är ett långsiktigt arbete från arbetsgivarens del som måste till för att åstadkomma en förbättring.

Vi läkare påverkas genom att vi får en ökad press på att hålla nere vårdtiderna och hålla nere inläggningarna och det är ju alltid en balansgång om någon kan gå hem eller vara kvar ett dygn till. Där är det ju upp till varje yrkesutövare att bestämma vad

man känner sig trygg med att göra.

Tidigare i år skickade vi inom läkarföreningen ett brev till våra medlemmar för att stödja dem i att det är de som har rätt att bestämma om en patient ska vara kvar ett dygn till eller inte – det är ett beslut som inte ska fattas utifrån platsläget. Jag tror att våra medlemmar upplevde det som positivt och även sjukhusledningen och cheferna fick något att relatera till.

Hur har 2017 varit när det gäller det fackliga arbetet?

– Jag tycker att vi på det stora hela har en bra kommunikation med arbetsgivaren.

SÖRMLAND

Marie Engman
Överläkare i kirurgi
14,5 år i yrket:



”Det känns mer hoppfullt idag”

Vilka är de viktigaste frågorna lokalt just nu?

– Man känner sig lite som en papegoja ibland, för det är klart att vårdplatserna är en av de viktigaste frågorna. Även om det ser lite ljusare ut nu än vad det har gjort tidigare. Nu ligger vi inte längre sämst till i statistiken.

Det är en del positiva grejer som har skett och som sattes igång efter förra sommaren som vi hoppas på. Bland annat har klinikerna fått tillbaka vårdplatserna från de vårdplatsenheter som vi hade tidigare, vilket vi på sikt tror kan leda till en bättre vård.

Man har också gjort en del satsningar på sjuksköterskegruppen för att få dem att stanna kvar och för att försöka locka fler att börja. Man har också precis beslutat att öka antalet AT-tjänster från 44 till 60, vilket vi tycker är positivt.

– Tillgängligheten i primärvården också en viktig fråga, även om den här i Sörmland inte är dålig på något sätt. Det är viktigt att skapa förutsättningar för att patienterna ska kunna handläggas i primärvården i större utsträckning än vad de gör idag, för att undvika onödiga inläggningar och akutbesök.

Hur har 2017 varit när det gäller det fackliga arbetet?

– Det känns som om landstingsledningen till slut har börjat förstå att det här med arbetsmiljö och personalpolitik är väldigt viktigt för att kunna rekrytera, och framförallt behålla, personal. Så nu känns det lite mer hoppfullt. Nu finns det någon form av framtidsstro.

Vad hoppas du för framtiden lokalt hos er?

– Vi hoppas att de här åtgärderna och nya tanket ska ge resultat och att det blir så bra som man hoppas – så att vi faktiskt får fullbemannade avdelningar, med folk som trivs på jobbet och som inte jobbar dubbel- eller trippelpass och varannan helg och som gör att vi kan öppna upp våra platser igen. Som det ser ut nu behöver vi skicka patienter utomlans, istället för att operera dem själva, eftersom vi inte har några platser att lägga dem på.

SÖDRA ÄLVSBERG

Richard Gunterberg
Överläkare, ortopedi
38 år i yrket:



”Sjukhuset lever inte upp till målet att vara en attraktiv arbetsplats”

Vilka är de viktigaste frågorna lokalt just nu?

– Den viktigaste frågan vi har lokalt i Borås är brist på parkeringar. Det råder stor upprördhet bland kollegor – flertalet bor i Göteborg som ligger cirka sex mil väster om Borås – att man inte hittar plats för parkering, trots att man betalar avgift som anställd. Detta strider starkt mot målet som sjukhusledningen har att ”vara den attraktivast arbetsplatsen i VG”.

Hur har 2017 varit när det gäller det fackliga arbetet?

– 2017 har varit ett år där vi fått flertalet signaler om att arbetsmiljön för läkarna har blivit sämre. Flertalet så kallade medlemsärenden har uppkommit, då många inte mår bra på arbetsplatsen av olika anledningar. Dessa ärenden är oftast tidskrävande för oss fackliga.

Vad hoppas du för framtiden lokalt hos er?

– Förhoppningen inför framtiden är att locka flera unga läkare att engagera sig i fackligt arbete.

Även godkänt för behandling av djup ventrombos (DVT) och lungemboli (LE) samt förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna²

Förebyggande av stroke/systemisk embolism vid icke-valvulärt förmaksflimmer

BÄTTRE
reduktion av
**STROKE/
SYSTEMISK
EMBOLISM**
jämfört med warfarin²

BÄTTRE
säkerhet avseende
**ALLVARLIG
BLÖDNING**
jämfört med
warfarin²

Eliquis®
apixaban

ENBART ELIQUIS® UPPVISAR BÅDA

Eliquis®, den **enda** faktor Xa-hämmare som uppvisat signifikant reduktion av stroke/systemisk embolism och färre allvarliga blödningar jämfört med warfarin vid icke-valvulärt förmaksflimmer.²

Eliquis® (apixaban) Rx, är ett antitrombotiskt medel, direkt faktor Xa-hämmare, ATC-kod: B01AF02, med indikationer 1. Profylax av venös tromboembolism (VTE) hos vuxna patienter som genomgått elektiv höft eller knäledsplastik. 2. Profylax av stroke och systemisk embolism (NVA) hos vuxna patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer: med en eller flera riskfaktorer, såsom tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA), ålder ≥ 75 år, hypertoni, diabetes mellitus, symtomatisk hjärtsvikt (NYHA-klass ≥ II). 3. Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungemboli (LE). Förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna. Eliquis® är kontraindicerat vid kliniskt signifikant pågående blödning och vid händelse eller tillstånd som ger betydande risk för större blödning. Försiktighet rekommenderas vid tillstånd med ökad blödningsrisk. Eliquis® rekommenderas inte som ett alternativ till ofraktionerat heparin hos patienter med lungemboli som är hemodynamiskt instabila eller som kan komma att genomgå trombolytisk eller pulmonell embolektomi. Samtidig behandling med Eliquis® och NSAID inklusive acetylsalicylsyra bör ske med försiktighet på grund av potentiellt högre blödningsrisk. Eliquis® rekommenderas inte till patienter med kreatininclearance < 15 mL/min, till patienter som genomgår dialys eller till patienter med mekanisk hjärtafforotes. Användning till patienter med kreatininclearance 15-29 mL/min bör ske med försiktighet. För patienter med NVAF och som uppfyller minst två av följande kriterier: ålder ≥ 80 år, kroppsvikt ≤ 60 kg eller serumkreatinin ≥ 1,5 mg/dL (133 µmol/L) samt för patienter med enbart allvarligt nedsatt njurfunktion (kreatininclearance 15-29 mL/min) rekommenderas en dosreduktion. Dosjustering är inte nödvändig hos patienter med lindrigt till måttligt nedsatt njurfunktion. Patienter kan fortsätta använda Eliquis® under konvertering (NVA). Eliquis® rekommenderas inte till patienter med allvarligt nedsatt leverfunktion. Om en livshotande blödning uppstår eller vid behov av akut kirurgi, hos patienter under Eliquis-behandling, kan administrering av protrombinkomplekxkoncentrat (PCC) eller rekombinant faktor VIIa övervägas. Eliquis® finns som filmdragerade tabletter i styrkan 2,5 mg och 5 mg. Texten är baserad på produktresumé 16 februari 2017.

Eliquis® är receptbelagt. Eliquis® 2,5 mg och 5 mg ingår i läkemedelsförmånen. För fullständig information och pris se www.fass.se.

Bristol-Myers Squibb AB, tel. 08-704 71 00, www.bms.se Pfizer AB, tel. 08-550 52 000, www.pfizer.se

Referenser: 1. Produktresumé för Eliquis® (apixaban), www.fass.se. 2. Granger CB et al. N Engl J Med 2011; 365: 981-992.

Publiceringsdatum: mars 2017 **Jobbkod:** EUAPI724, www.eliquis.se



Bristol-Myers Squibb



Eliquis®
apixaban

Sjukhusläkarna i Göteborg och Uppsala kallar till årsmöte

▼ **Sjukhusläkarna Göteborg** inbjuder till årsmöte den 25 januari 2018 med start kl 17.30 i aulan Hjärtat på Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Årsmötes talare Anne Haglund Olmarker, chefläkare på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, kommer att tala under rubriken: "Patientsäkerhetsarbete och vad gör egentligen en chefläkare".

I samband med årsmötet kommer styrelsen att lägga fram förslag på revidering av föreningens stadgar.

Efter årsmötet bjuds medlemmarna på

buffé. Anmälan för buffén senast 15 januari till karin.sillen@vgregion.se

Varmt välkomna!
Styrelsen för Göteborgs
Sjukhusläkarförening, Shokoufeh
Manouchehrpour, ordförande.

Sjukhusläkarna Uppsala kommer att hålla sitt årsmöte tisdagen den 30 januari kl. 17.30. Lokal: Gunnesalen, Akademiska sjukhuset, Ingång 10.

Efter årsmötet talar Nicholas Aujalay om "Bättre och effektivare akutsjukvård – Hur gör man?".



TA NÄSTA STEG MED REPATHA®

Repatha® subventioneras som tilläggsbehandling för patienter i sekundärprevention efter hjärtinfarkt som har ett kvarstående LDL-kolesterol ≥ 4 mmol/l trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib. Repatha® subventioneras också som tilläggsbehandling för patienter med homozygot familjär hyperkolesterolemi. Se www.fass.se

Repatha® (evolocumab) R_x, (F), ATC: C10AX13. 140 mg injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna för engångsbruk.

Indikation - Hyperkolesterolemi och blandad dyslipidemi:

Repatha® är avsett för behandling av primär hyperkolesterolemi (heterozygot familjär och icke-familjär) eller blandad dyslipidemi hos vuxna, som tilläggsbehandling till kostomläggning:

- i kombination med en statin eller statin i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar hos patienter som inte kan uppnå målet för LDL-C med den maximalt tolererade dosen av en statin eller,
- ensamt eller i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar hos patienter som är intoleranta mot statiner, eller för vilka statiner är kontra-indicerade.

Indikation - Homozygot familjär hyperkolesterolemi:

Repatha® är avsett för behandling av homozygot familjär hyperkolesterolemi hos vuxna och ungdomar 12 år och äldre, i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar.

Effekten av Repatha® på kardiovaskulär morbiditet och mortalitet har ännu inte fastställts. ▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. För fullständig information vid förskrivning samt produktresumé, Amgen feb 2017, se www.fass.se

*Maximal tolererbar dos statin + ezetimib