

Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 18.000 SJUKHUSSPECIALISTER • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARNA

NR 2/2018



Möt kvinnan som fått sjukvårds-sveriges tuffaste jobb

• Sidorna 16-19

Krönikören Lars Rocksén får inte ihop bilden av stafettläkare och verkligheten

• Sidorna 6-7



Han dömer ut världens hantering av risker

• Sidorna 20-23



Se upp för fallgroparna i Läkemedelsförsäkringen

• Sidorna 24-27



FRAMTIDENS SPECIALISTLÄKARE



**FORTBILDNING ÄR LIKA
SJÄLVKLART SOM UTBILDNING.
TILLSAMMANS FORMAR VI
FRAMTIDENS SJUKVÅRD!**

**VÄLKOMMEN TILL MALMÖ ARENA
4-7 SEPTEMBER**

**SÖDRA
REGIONVÅRDSNÄMNDEN**



WWW.FRAMTIDENSLAKARE.SE

www.sjukhuslakaren.se

LEDARE

Sjukhusläkaren 2/2018

Tryggare kan ingen vara än Guds lilla barnaskara

Nu när vi under en osedvanligt lång vinter med våfflor påmint om Vår Fru undrar männe vän av ordning vad våfflor och den Reenstiernska malmgården har att göra med patientsäkerhet.

Jo, det var så att Stockholms Stads Sundhetsnämnd 1876 i Maria församling på Söder i Stockholm öppnade Maria sjukhus som långt senare fick ge namn åt Lex Maria. Det var skärsår och stukning som blev upprinnelsen till en tragisk vårdskada med dödlig utgång och orsakerna var en lång rad oberoende fel.

Den 20 augusti 1936 skadade den 15-årige springpojken Stig Tärnholm sitt ena finger i en skärmaskin i familjens charkuteributik. Samma dag krockade 25-årige svetsaren Karl Eriksson sin cykel med en forärgare och stukade olyckligt sin fot. Båda sökte hjälp på Maria akutsjukhus på Wollmar Yxkullsgatan. De fick 1 procent etokainlösning som lokalbedövning, behandlades och skickades hem. Ytterligare två patienter behandlades i samma rum med lokalbedövning och alla utvecklade inom ett par dagar kräkningar, följt av njursvikt och död inom en dryg vecka.

Det visade sig att en sjuksköterskelev efter att ha spätt desinfektionsmedlet kvicksilveroxycyanid sannolikt ställt tillbaka stamlösningen på fel hyllplan och att apoteket dessutom glömt att giftmarkera just den flaskan.

En annan sjuksköterska tog av misstag flaskan som hamnat på fel hyllplan med desinfektionsmedel i stället för etokain när hon beredde de med metallbricka noggrant märkta Erlenmeyerkolvarna.



Bevismaterial i rättegången som förorsakade Lex Maria. Bilden publicerad med tillstånd av Stockholms stadsarkiv.

Tidigare hade Professorn ansett att man trots direktiv från Medicinalstyrelsen inte behövde ha separata skåp för läkemedel och gift.

Inom ett halvår kom kungörelsen att styresmannen ofördröjligen skulle anmäla till Medicinalstyrelsen och polismyndigheten om någon tillfogas skada eller sjukdom av allvarlig beskaffenhet. Namnet Lex Maria lever vidare än idag fast den egentligen heter 3 kap 5 § Patientsäkerhetslagen.

Glädjande nog har enligt Socialstyrelsen inom vuxensomatiken mellan 2013 och 2016 andelen vårdtillfällen med vårdskador minskat från 9,0 till 7,5 procent. Glädjen solkas av att det ändå är ungefär 100 000 patienter som varje år drabbas av en vårdskada i Sverige.

Under samma tidsperiod ökade antalet Lex Maria ärenden från 2 226 till 2 680 och antalet anmälningar till IVO enligt Patientsäkerhetslagen från 6 488 till 8 354.

IVO kände sig tyngda av detta ok och från den 1 januari gäller Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården och klagomål ska riktas till verksamheten

med stöd av Patientnämnden och IVO's åtagande begränsas till allvarliga skador.

Patientsäkerhet har fått ökad fokus och en lång rad av insatser med olika inriktning har initierats. En av dessa är exempelvis trenden att snarare söka orsaker än skyldiga och bland annat Socialstyrelsen har fått extra resurser för att kunna dra slutsatser och föreslå åtgärder från en lång rad olika rapporteringssystem.

Men i vårdplatsbristens kölvatten har årsgenomsnittet för överbeläggningar och utlokaliseringar stadigt ökat kraftigt och tyvärr är det ju så att utlokaliserade patienter har dubbelt så hög andel vårdtillfällen med vårdskador. Läkemedel står för 10 procent av de skador som patienterna drabbas av och nu äntligen tycks den Nationella läkemedelslistan med sin snigelfart rört sig mot startfällan. I väntan på fler vårdplatser och bättre IT-system får vi nog stämma in i första versen i psalm 248 med orden:

*Tryggare kan ingen vara
än Guds lilla barnaskara,
stjärnan ej på himlafästet,
fågeln ej i kända nästet,
patienten ej i landstingsfästet.*



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

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
Redaktionschef, reporter
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.

Ebba Blume
Reporter/webbredaktör
ebba.blume@sjukhuslakaren.se



▼ Ebba Blume är reporter med mångårig erfarenhet som journalist. Hon har arbetat som reporter på bland annat Svenska Dagbladet, TT, DN, Dagens Medicin samt som fast anställd journalist vid flera lokaltidningar, däribland Katrineholms-Kuriren och Sydöstran. En av hennes drivkrafter är att med grundlig research bevaka, belysa och granska värden, helst genom att i mesta möjliga mån vara på plats ute på fältet.

Övrigt

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

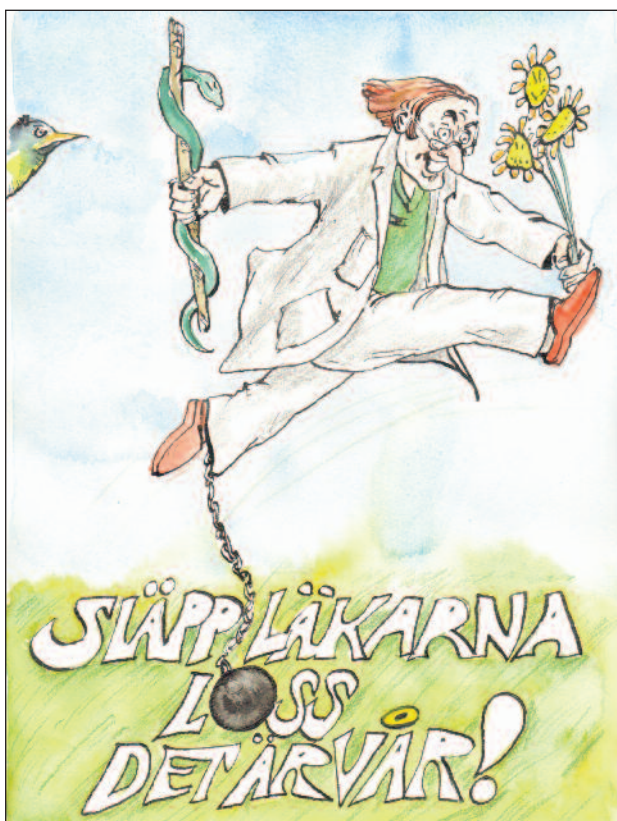
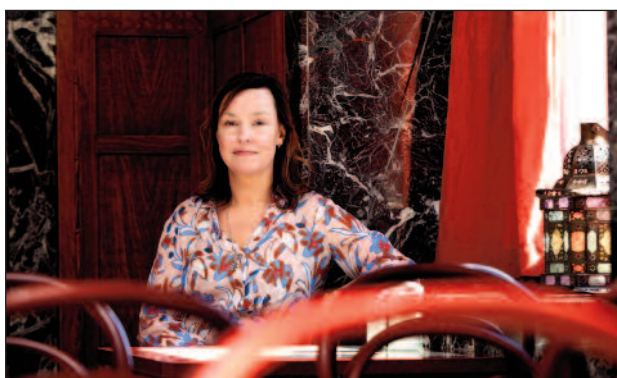
Riskera inte att bli utan Sjukhusläkaren – anmäl din nya adress när du flyttar!

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

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/

I DETTA NUMMER:

**ARBETSMILJÖ****12-15****PORTRÄTTET | Anna Nergårdh****16-19**

ÖVRIGT

- **TEMA VALET** | Vad tycker landstingspolitikerna?..... 30-37
- **Ledaren** | Om Lex Maria och vårdskador..... 3
- **Krönika** | Lars Rocksén om stafettläkare..... 6-7
- **Krönika** | Björn Ekman om populism..... 8
- **Krönika** | Per Björgell om politiker..... 9
- **Krönika** | Christine Takami Lagerborn om AT..... 10
- **Patientsäkerhet** | Riskhantering..... 20-23
- **Läkemedelsförsäkringens fallgropar**..... 24-27
- **Vårdplatsbrist** | Utskrivningsklara patienter..... 28-29
- **Krönika** | Nicholas Aujalay om akutsjukvård..... 38-39
- **Debatt** | Bo Hallin om landstingen..... 40
- **Debatt** | Manifest för lämplig styrning..... 41
- **Debatt** | Personlig assistans..... 42

MERCK

MAVENCLAD® nu inom
läkemedelsförmånen

MAVENCLAD®
cladribine tablets

NY ORAL KORTTIDSBEHANDLING MOT MS MED EFFEKT* UPP TILL 4 ÅR¹



Ingen ytterligare behandling efter vecka 5, år 1 och år 2.

Ingen ytterligare behandling.



MAVENCLAD®
kladribin tabletter

* Effekten vad avser minskad skovfrekvens och förlängd tid till progression av funktionsnedsättning.

REFERENS: 1. MAVENCLAD® SPC 12/2017

MAVENCLAD® (kladribin), Rx, F, ATC-kod L04AA40, 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. Datum för översyn av produktresumén december 2017.

Merck AB, Box 3033, 169 03 Solna | Tel. 08-562 445 00 | www.merck.se

På morgonen finns de där, **de samarbetsvilliga, intresserade, ideskapande stafettläkarna** som utmålās som **de giriga utsugarna av vårdapparaten**



AV LARS ROCKSÉN
• ST-LÄKARE I ANESTESI
OCH INTENSIVVÅRD.

När jag kommer på morgonen finns de där. Ett hurtigt "Hej!" eller "Välkommen!" gör att de blir inkluderade i gruppen. Med ett "Självklart gör jag det!" tar de sig an inte bara de enkla uppgifterna utan även de svåra eller de mindre populära, men nödvändiga.

Under dagen är de samarbetsvilliga och intresserade, bidrar ofta med en vinkling på problem och ger lösningsförslag som ibland är besvärliga för en statisk organisation.

De rubbar cirklar och tvingar ibland personalen till att tänka om och se nya lösningsförslag på gamla problem. När jag går på kvällen har det bytts ut mot nya ansikten, men fortfarande finns de där. Den inhyrda personalen. De som ibland pekas ut som skälet till att vården i Sverige havererar.

I pressen blir de utmålade som giriga utsugare av vårdapparaten, lycksökare som skär guld med täljkniv och den enda anledningen till att den offentliga vården inte klarar budget. Deras kontrakt utmålās som serverade på silverbricka med ett glas champagne och signerade med en guldpena. De tjänar

långt mycket mer än de fast anställda, men utför samma arbetsuppgifter. Bestämmer själva sin arbetstid och hur mycket resurs som avsätts till kompetensutveckling. De lägger själva ett schema som gör det möjligt för dem att få återhämtning mellan arbetspass.

Är meningen med retoriken i debatten att jag ska tycka illa om inhyrd personal för att ersättningen sprungit iväg och blivit uppblåst till orimlighet eller ska jag tycka att de är räddande änglar som får verksamheten att gå runt?

Är budskapet att jag ska jag förakta dem för att de får mycket ledigt eller ska jag tacka dem för att de tar på sig arbetspass som få andra vill ha i en arbetsmiljö där de flesta inte klarar av att vara under en längre period?

I debatten får jag ibland intrycket av att politiker och chefer menar att stafettproblemet handlar om att vårdpersonal väljer att flytta runt istället för att ta fasta anställningar. Sanningen är att de flesta som arbetar som inhyrd personal redan har en fast anställning någonstans i Sverige. Det finns nämligen inte ett stort överskott av vare sig specialistläkare eller specialistsjuk-

sköterskor – snarare råder det en brist på erfaren och välutbildad personal.

Trots att alla kurvor på antalet läkare och sköterskor som är tillgängliga för arbetsmarknaden stadigt pekar uppåt är listan på vakanta tjänster lång. Så lång att arbetsgivarna inte längre vill annonsera ut alla, eftersom det då ser ut som om arbetsplatsen är oattraktiv.

Ändå bör kännedomen om att Sverige stod inför en stor generationsväxling från 2005 till 2015 ha varit vida spridd hos alla de som kan räkna bakåt 65 år i tiden. Det borde inte ha kommit som en överraskning.

Men detta till trots har vi under de senaste åren gång på gång mötts av chefer som kallsveetas ett halvår innan personen ifråga ska gå i pension och mer eller mindre tar för givet att denne kommer att arbeta vidare efter sin pensionsålder för att på extremt kort tid skola in sin ersättare.

Resultatet av ett stort antal vakanser inom de flesta verksamheter och en spridd användning av inhyrd personal är att både arbetsmiljö och ekonomi blir lidande. Bland de första aktiviteterna som får stryka på foten när både tid och

pengar saknas är den egna kompetensutvecklingen. Dessutom stagnerar verksamhetens utveckling, vilket leder till att det tillsätts externa "verksamhetsutvecklare" för att driva utvecklingen framåt – något som egentligen borde rymmas inom ramen för den ordinarie bemanningen. Resultatet blir desillusionerad personal som inte känner uppskattning, får utvecklas eller ens återhämta sig efter arbetspass.

För det kanske är det som är den verkliga kostnaden. Bristen på kontinuitet, förankring och utveckling blir symptom på en bristande arbetsmiljö som skapats efter brist på personal till följd av en personalpolitik utan långsiktighet och kompetensförsörjning.

Frågan är om inte arbetsgivarna enbart har sig själva att skylla för en arbetsmiljö som inom många delar är allt tyngre och där kostnaderna skjuter i höjden.

Det finns naturligtvis öar av verksamheter med välfungerande personalpolitik – där en kontinuerlig rekrytering och utbildning av personal över tid gör att erfaren personal stannar och utvecklar nyanställd personal. Kollegor tar tillsammans ansvar och organisationen

hanterar generationsväxlingar strukturerat. Men det är inte en regel, utan snarare undantag. Kanske är det dags för ett större mått av självrannsakan.

I nuvarande situation är den inhyrda personalen fullständigt nödvändig för att verksamheten ska gå runt. Arbetsgivarna har själva försatt sig i den situationen att de är absolut beroende av extern personal – och det på grund av en sviktande personalpolitik.

Lösningen är självklart att rekrytera, men bristen på personal med 10-20 års erfarenhet är stor och därför måste utbildning i större omfattning ske. Där är de växande köerna till AT och ST ett problem och återväxten av specialistläkare tar allt för lång tid. För läkare är AT eller kanske kommande BT rekryteringsbasen – därifrån ska man hämta sina blivande kollegor och sedan vårda dem ömt under specialistutbildning för att de ska få de kunskaper och erfarenheter som krävs.

Men fram till dess finns de där när jag kommer på morgonen. De som ibland pekas ut som skälet till att vården i Sverige havererar. Och det kommer de att göra under lång tid framöver.



ExamVision

MARKNADENS SÄKRASTE LUPP

Din syn utgör ett av dina mest värdefulla redskap. Att arbeta i en högexponerad LED-ljusbild utsätter dina ögon för skadligt blå- och ultraviolett ljus. Med tiden kan det skadliga ljuset innebära en ökad risk för ögonsjukdomar som grå starr och åldersrelaterad makuladegeneration (AMD). Skydda dina ögon med marknadens mest effektiva lupp.

Bendent AB | tel: 0769 452 722 | www.bendent.se





INSTITUTET FÖR MEDICINSK RÄTT

ERBJUDER FÖLJANDE UTBILDNINGAR 2018

Juridik för ST-läkare och handledare - för tillgodoseende av delmål A 6 i nya SOSFS 2015:8
Två kursdagar: 9 - 10 april, 4 - 5 oktober, 18 - 19 december

Juridik för AT-läkare och handledare
Två kursdagar: 13 - 14 juni, 28 - 29 november

Verksamhetschefens ledningsansvar - grundkurs
Två kursdagar: 17 - 18 april, 10 - 11 september, 13 - 14 december




Anmäl dig på www.imrab.se
Ditt juridiska stöd i medicinsk verksamhet

UTAN POLITISKT ANSVAR – VI ÄR ALLA POPULISTER NU!

Att vi gått in i ett valår blev uppenbart häromveckan när statsminister Stefan Löfven körde upp hela huvudet i armhålan och ragglade rätt in i den fälla som SD gillrat. Att i riksdagen inte göra fullständigt glasklart att 91:an och 87:an inte ska marschera runt i förorterna utan att ansvaret för lag och ordning vilar på Kling och Klang var en skam för vår parlamentariska demokrati. Vad är det Stefan har tänkt sig att beväringarna ska göra därute? Lägga an?!

Annars var det lätt att missa upptakten när sjukvårdsministern härförleden lagade valfläsk. Lagom till löftessångens start hade utredningen om primärvårdens framtid ombetts inkomma med ett delrecept.

Bland andra ingredienser så vill regeringen skärpa den s.k. "vårdgarantin". Det är alltså samma osmakligt generösa garanti som inte ett enda landsting idag klarar av att leva upp till. Olämpligheten med ett sådant förslag har många redan påpekat och det vore nog inte fel av regeringen att spetsa öronen här då förslaget genomföran endast kan sluta på ett sätt.

Man skulle annars kunna tro att regeringen ville vara försiktig med att lova för mycket när det gäller vården. Speciellt med tanke på hur lite den har kommit med och hur högt priset faktiskt kan bli för ännu ett misslyckande.

Men varför skulle regeringen det egentligen? Ingen sådan har någonsin behövt ta ansvar för något av alla de förslag och reformer som lagts fram genom åren. Så här har det t ex låtit: Hälso- och sjukvårdens grundläggande struktur och inriktning skall utvecklas enligt följande:

” • Landstingens primärvård utvecklas till en väl fungerande bas i



AV BJÖRN EKMAN • Hälsoekonom

hälso- och sjukvården genom förbättrad kontinuitet och tillgänglighet.

- Hälso- och sjukvårdsinsatserna för äldre förbättras genom ökad läkarmedverkan, förbättrad samverkan och i övrigt utvecklad kvalitet av medicinska insatser i den kommunala primärvården.

- Insatser till barn, ungdomar och äldre med psykisk ohälsa förbättras och stödet till personer med psykiska funktionshinder stärks.

- Mångfalden av vårdgivare inom vården och omsorgen ökar genom att fler privata, kooperativa och ideella vårdgivare ges möjlighet att sluta avtal med sjukvårdshuvudmännen.

Känns det bekant? Det borde det göra, även om det skrevs av stopplags-Engqvist för snart 20 år sedan.

Det här kan tyckas småaktigt och att det är självklart att regeringar lägger fram förslag för att vinna val. Och att det är så vi också ska se på Löfvens löfte när han var ute och sladdade i Uppsala-trakten härom veckan om 14 000 nya vårdtjänster.

Det är möjligt, men det kan också

vara så att väljarna faktiskt vill kunna utkräva ansvar och att avsaknad därav gör att en röst hellre läggs på populismen än på socialismen eller liberalismen.

Men politik är mer än bara retorik. I dess bästa utförande utgör den verkligt ledarskap och faktisk handling, också på kort sikt impopulär sådan. Tänk om Stefan Löfven istället för att komma med tomma löften hade sagt något i stil med:

” Vi ser nu att situationen inom vården är ohållbar. Alltför många patienter får illa, anhöriga tvingas samordna en vård som inte hänger samman och personalen utsätts för orimliga bördor.

Även om mer personal behövs så vet vi samtidigt att vi helt enkelt inte har folk för att fylla behoven inom vården, skolan, polisen, försvaret...

Landstingen har misslyckats med sina uppdrag och vi kommer att föreslå att vi inleder diskussioner över blockgränserna för att komma fram till en långsiktigt hållbar lösning på hur vi ska kunna leverera våra välfärdstjänster. Och vi räknar med att riksdagens ledamöter också inser allvaret i situationen och är beredda att ta ansvar för omfattande förändringar i hur vi organiserar vår välfärd och var ansvaret för vården ska ligga i framtiden.

Vi ser att staten måste få ett huvudansvar för finansieringen av vården. Vi ser också att parterna själva – vårdgivarna och patienterna – behöver få utökade möjligheter och ett större ansvar för utformningen av vården, då det inte är en regionalpolitisk fråga utan en grundläggande förutsättning för att vården blir av god kvalitet och rättvis till rimliga kostnader.

I natt jag drömde något som...

HUR FÅR MAN VIKTIGA POLITIKER ATT FÖRSTÅ SJUKVÅRDEN?

Vårt svenska sjukvårdssystem befinner sig i djup kris. Mycket av verksamheten styrs och drivs av inkompetenta chefer. Ekonomin skenar, väntetiderna ökar, kvaliteten minskar, vårdplatser saknas, personal saknas.

Jag har sett ganska många patienter dö i onödan – varje dag, varje vecka, varje år. Det beror på inkompetensen i de högre leden. Förvaltningsledningen. Politikerna. De vill inte att något negativt om sjukhusen ska komma ut. Man säger: ”Vi kan erbjuda allmänheten en trygg och säker vård”, eller också ”Jag kan av sekretesskäl inte uttala mig i det enskilda fallet”.

Jag undrar: ”Hur får man en politiker att tänka om? Eller att börja tänka?”

Själv har jag indirekt eller direkt kontaktat en del politiker, men det är svårt att nå dem. Med ett enda undantag saknar sjukvårdsministrarna under de senaste 100 åren sjukvårdsbakgrund (Sjukhusläkaren 1/2018). Då måste man gömma sig, så klart. Andra får tänka.

Det går alltid att tillsätta enmansutredningar för att tysta aktuella frågor, och vid riktigt stora frågor kan man alltid bjuda in andra partier för diskussion. Men något väsentligt händer sällan. Vill man träffa politiker finns det alltid statssekreterare eller andra tjänstemän som kan skydda dem.

Men vem är det som dör? Jo, det är våra patienter, våra besökare, som vi har utbildat oss för att ta hand om. Som akutläkare ser man en hel del. Jag tänker exempelvis på en man i 50-årsåldern som sökte vården på grund av en



AV PER BJÖRGELL • Akutläkare

” Jag har sett ganska många patienter dö i onödan – varje dag, varje vecka, varje år. Det beror på inkompetensen i de högre leden. Förvaltningsledningen. Politikerna. ”

urinvägsinfektion. Han hade feber och frossa och fick ligga i ett rum mittemot sjuksköterskeexpeditionen. Men de var inte många i tjänst på akuten. Det fanns inga ekonomiska medel till att ha fler än fem i personalen under nätterna. Patienten var klassad som ”gul prioritet” (näst lägsta prioritet), men skulle som sådan ha tillsyn med vissa mellanrum. Men det var ingen som hade tid med det, personalen räckte inte till. Akutmottagningen var proppfull. Han dog

på sitt rum, ensam och osedd i sin sepsis (blodförgiftning).

Alla dör naturligtvis inte på en akutmottagning. Man kan dö i väntrummet också, eller på avdelningen. Om man hittas medvetslös i väntrummet, det vill säga säckas ihop bland de andra väntande, får man ofta en god och adekvat vård strax efter. Men ofta är det sjuka organet då redan förstört, exempelvis av en hjärtinfarkt. Överlever man, så har man i fortsättningen ett skruvtigt hjärta utan pumpförmåga. Inte kommer sådant ut, vi lever ju i en tystnads-kultur. Men jag kan skriva nu, som inte är där!

Många dör istället på sin vårdavdelning. Det blödande magsåret, där blodvärdet skulle kontrolleras varannan timme, hanns inte med på avdelningen. Istället blev patienten allt blekare och dog i en sista blodkräkning. Dessa exempel är direkta konsekvenser av dålig politisk och administrativ sjukhusledning. Det är inte personalens fel. Alla gör så gott de kan.

Hela konstruktionen av den svenska sjukvården behöver göras om. Vi har sedan 30-35 år plågats av NPM (New Public Management). Det innebär att ett administrativt styre har tagit över den medicinska kompetensen, som gradvis suddas ut och tvingas bort. Från dessa amatörer upp till högsta politiska nivå saknas den reella sjukvårdskompetensen.

Hur får man politikerna att tänka om? Jag undrar uppriktigt om det är möjligt. Men vi blir ständigt allt fler i ”Nätverket mot olämplig styrning av hälso- och sjukvården”. Förr eller senare ska vi lyckas! Hippokrates etiska regler och medicinsk kompetens måste få råda.



**AV CHRISTINE
TAKAMI LAGERBORN**
• Doktorand, underläkare

DET BLEV VINST I AT-LOTTERIET

Nu är vårens omgång av AT-tillsättningen klar i hela eller åtminstone nästan hela landet. I Stockholm är vi knappt 100 lyckliga underläkare som nu kan blicka ett steg längre framåt. Ja, jag var en av dem som hade tur denna gång.

Jag fick en forskar-AT-tjänst. Visserligen är vi färre som konkurrerar om de platserna men när jag i beslutet fick se förteckningen över de 21 sökande inser jag vilka otroligt meriterade personer det är som har sökt. Och det var små marginaler i poängsättningen mellan kandidaterna.

Jag har hittills bara hört om en person till i min klass som fått AT i Stockholm. Men det är säkert några fler. Jag vet att några som valt att lämna storstaden redan gör AT på andra orter. Men flera fantastiskt begåvade och hårt jobbande underläkare som jag känner har inte fått AT än. Varför vissa kallats till intervju och andra inte, trots till synes identiska meriter, ter sig för många som ett mysterium. "De lottar nog", sade en kompis som jag pratat med.

Jag förstår att det måste finnas en logisk tanke bakom att AT kan sökas endast två gånger om året. Och till att alla, eller åtminstone de flesta, verkar rekrytera under samma tidsperioder. Men vore det inte rimligare om olika sjukhus hade olika

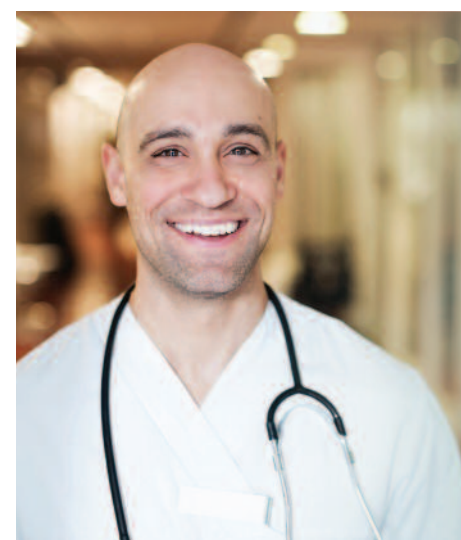
ansökningsperioder, spritt över året? Då skulle dessutom sjukhusen slippa kalla en och samma kandidat till flera olika intervjuer, kanske i onödan. Dessutom skulle det lätta på den strategiska stress som jag tror många känner inför det halvår som ska passera innan de får en ny chans att söka. Ska de stanna på samma vik eller byta? Och i så fall till vad?

På läkarprogrammet var vi så härligt befriade från konkurrens med varandra. Alla hjälptes åt, pluggade tillsammans, tipsade och stöttade varandra. Nu när det är så många som ska igenom det smala AT-nålsögat är det annorlunda. Jag hade turen att vara den enda i såväl min forskargrupp som på min kliniska arbetsplats som sökte AT och har därför bara mött lyckönskningar och gratulationer. Men jag kan tänka mig att det är svårare att öppet glädjas åt sin AT-tjänst på de arbetsplatser där flera underläkare hoppas få AT på samma sjukhus och bara vissa får.

Jag hoppas att det blir bättre tillgång på platser när BT ersätter AT. Men fram till dess kanske det åtminstone kunde ges fler chanser än två per år att söka. Och i Stockholm kunde det, av flera skäl, verkligen behövas ett till akutsjukhus som i så fall skulle kunna erbjuda ännu lite fler AT-platser. Var de pengarna skulle komma ifrån är ju däremot en gåta.

Ledande i Skandinavien på företagsutbildningar

Nu släpper vi höstens kursdatum!



LEDARSKAP FÖR LÄKARE



Alla läkare är ledare - rollen och det ansvaret följer med ditt yrke. Utveckla din förmåga att leda tydligt och effektivt samtidigt som du synliggör din kunskap och expertis.

STOCKHOLM 17-18 maj 2018 15-16 oktober 2018 26-27 november 2018
GÖTEBORG 22-23 maj 2018 3-4 december 2018



JURIDIK FÖR LÄKARE



Under två kursdagar sätter vi fokus på de juridiska frågor som påverkar ditt dagliga arbete som läkare. Bli trygg på regelverket kring remissvar, delegering, tystnadsplikt och den nya patientsäkerhetslagen.

STOCKHOLM 7-8 maj 2018 28-29 november 2018
GÖTEBORG 21-22 november 2018



PSYKIATRI FÖR ICKE-PSYKIATRIKER

Trygghet i alla möten - lär dig att hitta balansen mellan professionalitet och medmänsklighet samtidigt som du skapar en god relation med patienten.

STOCKHOLM 4-5 juni 2018 20-21 november 2018
GÖTEBORG 14-15 maj 2018 28-29 november 2018
MALMÖ 4-5 december 2018

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.

SLÄPP LÄKARNA LOSS – DET ÄR VÅR!

KRISTINA GLISE
OM RÄDSLAN
ATT BESTÄMMA:

”Doktorer tar ibland ett steg tillbaka och vågar inte stå upp för sin kunskap, eftersom man då blir stämplad som en som vill bestämma, det är oerhört känsligt med hierarkier bland sjukvårdspersonal. Det här blir helt fel. Vi måste våga prata om vad vi håller på med i sjukvården – det är en medicinsk verksamhet där vi behandlar sjuka människor. Och det ska vi göra på det bästa och mest kostnadseffektiva sättet. Doktorerna måste därför våga stå upp för sin kompetens.”

Fotnot: Rubriken ovan är en travesti på Tage Danielssons film "Släpp fångarna loss – det är vår!" från 1970-talet.

Filmen fick lysande recensioner. Så här skrev Monika Tunbäck-Hanson i Göteborgsposten: "Filmen handlar om samhällsapparaten och individen. Tage Danielsson har alltid gjort roliga filmer, som oavsett formen skjutit in sig på det samhälle vi lever i. Gemensamt för dessa attacker mot äldreomsorg, miljövard och fängsvård har varit att han efterlyst människovård. Den maktar inte apparaten ge, den måste du och jag och vi ge."

Låt läkare slippa orimliga överbyggnader och tvingande organisationer. Men läkarna måste också ta sitt ansvar och kliva fram på ledande poster. Det menar Kristina Glise, medicine doktor och överläkare vid Institutet för stressmedicin i Göteborg,

▼ I 25 år har överläkaren Kristina Glise intresserat sig för stressrelaterad psykisk ohälsa och i synnerhet utmattningssyndrom. Genom åren har hon mött många utmattade läkare och sett hur sjukdomen blivit allt mer vanligt förekommande.

– Det man många gånger mår dåligt av är de organisatoriska faktorerna. Man hamnar i kläm och får inte möjligheter till professionell utveckling eller inflytande i paritet med den kunskap och erfarenhet man bär med sig in i vården. Och då protesterar man på olika sätt.

Hon pekar på forskningen som visar att höga arbetskrav, låg kontroll i arbetet och låg social support generellt ökar



"Forskare i andra länder har studerat burnout bland läkare, där man konstaterar förekomst av mer burnout och depression jämfört med befolkningen och andra professionella grupper", säger Kristina Glise, medicine doktor och överläkare vid Institutet för stressmedicin i Göteborg.

risken för sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa – i synnerhet utvecklingen av symptom på utbrändhet eller den medicinska termen utmattningssyndrom som vi har i Sverige. Och eftersom doktorn idag har mindre möjligheter till initiativ och styrning och att påverka sjukvårdens organisering på ett

Fortsättning nästa uppslag >>>



Illustration: Kerstin Petterson

” Det är naturligt att det måste finnas en hierarkisk ordning inom det medicinska området där den som besitter mest kompetens också har det största inflytandet ”

tydligt sätt menar hon att det inte är konstigt att man mår dåligt.

– Man måste få tillräckligt med inflytande utifrån det ansvar och den kompetens man har, annars haltar det. Det blir oerhört frustrerande att försöka påverka någon som är min chef om den personen inte till fullo förstår vad det handlar om, eftersom chefen inte har den kunskapsbakgrund som krävs, säger hon och fortsätter:

– Vi betjänar ju patienterna och då blir det konstigt om den som har mest kunskap och erfarenhet inte är den som tar besluten fullt ut. Det riskerar att bli en maktkamp i det vardagliga arbetet. Det är naturligt att det måste finnas en hierarkisk ordning inom det medicinska området, där den som besitter mest kompetens också har det största inflytandet. Problemet är att man kan vinkla detta på ett sätt som gör att det låter väldigt negativt och det måste vi komma ifrån. Vi sliter med denna diskussion i Sverige, eftersom det blir så politiskt färgat. Det är så tabubelagt.

Den psykiska ohälsan ökar nu även bland männen

Enligt Försäkringskassan är psykiska diagnoser den vanligaste anledningen till sjukskrivning hos både män och kvinnor i Sverige – antalet nya fall ökade från 16 fall per 1 000 anställda 2010 till 28 fall per 1 000 fall 2016. Och enligt Kristina Glise är över hälften av de läkare som är långtidssjukskrivna, sjukskrivna för just psykiatriska diagnoser.

Men något har förändrats de senaste åren. Den ökning som tidigare främst sågs hos kvinnliga läkare ses nu också bland manliga.

– Det här är en signal som är lite svår att tolka, men vad jag skulle kunna tänka mig är att de organisatoriska förändringarna och försämringarna i arbetsmiljön är så påtagliga att det nu drabbar alla. Tidigare drabbades de

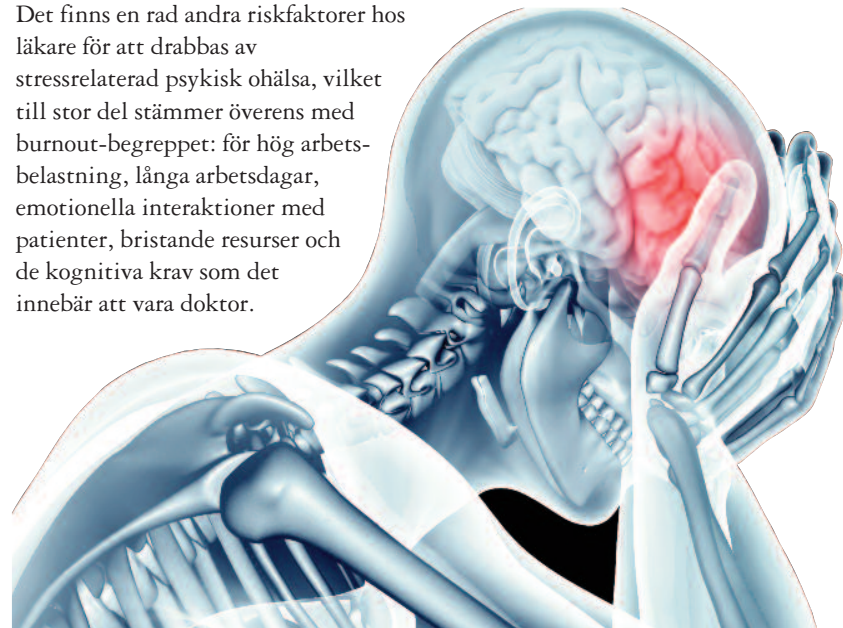
kvinnliga läkarna i högre grad, men nu är arbetsförhållandena tillräckligt dåliga för att inkludera hela läkarkåren. Och där tror jag att en del av problemet kan skyllas på New public management.

Att kvinnor tidigare drabbats i högre utsträckning förklarar hon delvis med att män och kvinnor med samma tjänster ändå får olika arbetsuppgifter – där männens tenderar att få mer övergripande arbetsuppgifter och kvinnor mer marknära. När man dessutom får lägre lön blir det uppenbart att kvinnans arbete är värt mindre än mannens.

– Det är klart att man då blir frustrerad.

Många riskfaktorer

Det finns en rad andra riskfaktorer hos läkare för att drabbas av stressrelaterad psykisk ohälsa, vilket till stor del stämmer överens med burnout-begreppet: för hög arbetsbelastning, långa arbetsdagar, emotionella interaktioner med patienter, bristande resurser och de kognitiva krav som det innebär att vara doktor.



– Du måste vara skärpt och vass, du måste hela tiden använda hjärnan för att lösa problem, vilket för den trötte doktorn med allt för mycket att göra kan vara väldigt påfrestande. Och om det dessutom är svårt för mig att utföra mitt arbete på ett bra sätt eller få tid att utveckla mig på grund av tuffa strukturella förändringar i vården, så kan det naturligtvis göra att jag blir oerhört frustrerad och mår dåligt.

Kostnaden för den stressrelaterade ohälsan menar Kristina Glise, finns på alla nivåer – från att sjukskrivningen är kostsam för den enskilde, produktiviteten för den som fortfarande är i jobb sjunker, en hög sjukfrånvaro och ökad turn over (att personen byter jobb) på arbetsplatsen, ja, såväl den enskilde, vården och socialförsäkringssystemet drabbas.

– Jag förstår inte att doktorer idag accepterar den situation som råder på många arbetsplatser. Att vi har så många stafettläkare och att doktorer frekvent byter jobb är tydliga tecken på att något allvarligt är fel, säger hon och fortsätter:

Stressrelaterad psykisk ohälsa hos

läkare är inget svenskt fenomen. Det satsas mycket på forskning och på olika åtgärder för att stävja detta problem, inte minst i USA.

– Vissa forskare rapporterar att man satt en prislapp på vad det kostar om en doktor går ner i tid eller byter jobb, byter specialitet eller går i pension tidigare på grund av psykisk ohälsa. Kostnaderna är enorma. Detta ser man som ett stort och viktigt problem i USA

Kristina Glise om arbetsmiljöforskningen:

” Det finns oerhört mycket arbetsmiljöforskning som tyvärr bara är hyllvärmare för att man inte tar till sig kunskapen och använder den. Man vet mycket, men man har inte gjort arbetsmiljön till en viktig fråga. Man måste lyfta arbetsmiljöfrågorna och lösa det som krävs för att kunna påverka den ohälsa vi ser idag. Eftersom arbetslivet har blivit så mycket mer intensivt så är det lättare att slå ut människor. ”

Fakta | Termer

- **Burnout:** en psykologisk term som initialt beskrev människors reaktioner på en ogynnsam arbetssituation där patienter/klienter var inblandade. Burnout mäts med hjälp av olika skattningsskalor.
- **Utbrändhet:** svenska termen för burnout
- **Utmattningssyndrom:** en medicinsk kriteriebaserad diagnos för utmattning på grund av långvarig för hög stressbelastning. Diagnosen accepterades av Socialstyrelsen 2005. Utmattningssyndrom har liknande symtombild som "clinical burnout" men är den medicinska motsvarigheten.

inte minst. I Sverige får man snarast en känsla av att man tycker att doktorerna är lite besvärliga och borde anpassa sig. Läkare bör snarare ses som en yrkeskategori som tidigare alltid har jobbat hårt och producerat mycket, men att ohälsotalen säger att någonting inte är bra och då måste man fundera på hur det kan komma sig. Och göra något åt det.

För att komma till rätta med delar av problematiken inom primärvården tror Kristina Glise att man måste snegla mot

vårt grannland i väst.

”Det tvingande systemet tror jag är ytterst olyckligt”

– Låt doktorerna själva bestämma över hur de vill lägga upp sitt arbete. Det är du som doktor som bör bestämma vilka kompetenser du behöver ha runt dig för att kunna göra ett bra jobb. När det behövs finns det vanligtvis tillgång till andra specialitetsläkare eller annan yrkeskategori att remittera till, det gäller bara att arbeta upp olika kanaler. Den norska modellen kanske inte är bra för alla, men jag menar att den möjligheten ska finnas. Att man borde släppa den fri, så kan samhället ha vårdcentraler som de ser ut idag, men också en möjlighet för doktorn som vill starta en mottagning tillsammans med exempelvis en undersköterska, det räcker långt. Det är det tvingande systemet som jag tror är ytterst olyckligt.

”Teamkonstellationen ska vara situationsbetingad”

För enligt henne måste man analysera teamens betydelse i sjukvården, särskilt i öppenvården.

– Teamen har fått en fullständig otrolig impact och team kan vara bra, särskilt inom slutenvården, men teamkonstellationen ska vara situationsbetingad – när en situation kräver fler kompetenser för att lösa ett problem då är teamet utmärkt förutsatt att de som finns i teamet verkligen har något väsentligt att bidra med. Var och en måste ha något att tillföra, annars ska man inte vara med i teamet, det är

resursslöseri! Att vara tvungen att ha en hel grupp runt sig för att kunna ta ett beslut är inte rimligt, förutom när det gäller alldeles speciella frågor. Läkaren som bör vara den naturliga teamledaren när det rör frågor som handlar om medicin, ska vara den som utser vilka som behövs när ett problem ska lösas. Detta skulle sannolikt frigöra en hel del personal som istället skulle kunna göra nytta där det finns patienter som behöver deras kompetens.

Det viktigaste i nuläget är dock att ta tillbaka kontrollen över det egna arbetet, menar hon.

– Det skulle sannolikt öka kraften och lusten i läkarkåren. Men där har läkarna också sig själva att skylla. Man måste ta på sig chefskap i vården och delta i utbildningar och aktiviteter som rör ledarskap. Vi doktorer är viktiga aktörer i vården och detta går inte att förminska. Vi ser idag en reaktion på något som måste förändras. Får doktorn rätt stöd och hjälp att sköta sitt arbete bidrar det till att skapa fler resurser. Läkare kan och vill göra stor nytta gentemot befolkningen utifrån sina olika professionella kunnanden.

– Det finns en hel del internationell kunskap om läkare och läkares arbetsvillkor och jag tycker att det är viktigt att man tar till sig den för att kunna förbättra situationen i Sverige. Att lyfta arbetsmiljöfrågorna och göra dem till viktiga – det tror jag är A och O för framtiden om vi ska få ut mer av vården och våra skattekonor.

Anna Sofia Dahl

Inbjudan till SIM-veckan 2018

den 24-28 september på Scandic Hotel Triangeln i Malmö.

Välkommen till SIM-veckan, 5-dagars fortbildning inom internmedicin för ST-läkare och specialister i internmedicin. Årets ämnen är bl.a. blödning, HLR, gikt, feberutredning, lungemboli och andnöd, vårdskador och prioriteringar i vården, intoxikationer, infektioner, njur- och leversvikt, anemi och järnbehandling, huvudvärk och yrsel. Kom och var med!

Vi har även satellitsymposier, parallella sessioner för specialister, Young Internists och studierektor. Ultraljudskurs och EKG-quiz! Dessutom företagsutställning, årsmöte, högtidsföreläsningar samt möjlighet för ST-läkare att presentera sitt vetenskapliga arbete och vinna priser. Vi erbjuder också ST-läkare att på plats i Malmö skriva en skrivning i internmedicin måndag kväll 24/9.

All information och anmälan finns på www.sim.nu Välkommen till SIM-veckan 2018!

www.sim.nu



Läs mer och anmäl dig på www.sim.nu

Anna Nergårdh om
sitt tuffa uppdrag:

"Saker ska hända på riktigt"

Läkaren Anna Nergårdh befinner sig just nu mitt i arbetet med att utreda hur den svenska hälso- och sjukvården ska ställa om – ett uppdrag av modell större och framförallt ett oemotståndligt dito för någon med ett genuint intresse för människor.

Planeringen i hennes kalender är just nu nere på timnivå. När Sjukhusläkaren träffar henne i en lucka mellan möten på Socialdepartementet och den yngsta dotterns födelsedagsplanering stundar påskhelgen. Hela hösten befann hon sig mer eller mindre på resande fot runt om i landet och nu ska otaliga möten och dialoger med sjukvårdssystemets olika aktörer analyseras och sammanställas. För om drygt två månader ska nämligen den andra delredovisningen av utredningen "Samordnad utveckling för god och nära vård" presenteras för ansvarig minister.

Att just inkludera så många perspektiv som möjligt i arbetsprocessen är

något som Anna Nergårdh brinner för. Också för att saker "ska hända på riktigt".

– För mig är det en stark drivkraft att förbättra och göra bra saker för andra människor – både när det gäller patientperspektivet och medarbetarperspektivet – och jag är nog med att saker ska göras på ett väl genomtänkt och respektfullt sätt. En del tycker säkert att jag är *vil* bra på att problematisera utifrån olika perspektiv och det kanske är lite påfrestande för omgivningen, men jag tror att det är bra. Inte minst när man jobbar med hälso- och sjukvården eller mellanmännsliga relationer där det ju väldigt sällan är etta eller nolla, säger hon och fortsätter:

– Om man verkligen ska få saker att hända på riktigt behöver man ha analyserat dem ur olika perspektiv – att först lägga förslagen, sen vrida och vända på det och då upptäcka att man helt har glömt bort ett perspektiv ser inte jag som något framgångsrikt arbetssätt. Ibland kan man höra argumentet om att



OM VALET ATT BLI LÄKARE: "Det var länge det sista jag skulle bli. Min mamma var sjuksköterska och min pappa läkare, och de hade båda jobbat hårt för att göra sina yrkesval. Det gjorde att vi pratade mycket om hälso- och sjukvårdsutbildningar och då, som en reaktion, blir det såklart att jag ville göra något annat. Jag trodde länge att jag skulle jobba med ord och skrivande istället – jag läste till exempel litteraturvetenskap och tänkte ett tag att jag skulle bli kulturvetare. Samtidigt jobbade jag parallellt med det med barn, det ledde till att jag kände att jag ville jobba med människor och kom till slut på att det skulle vara inom hälso- och sjukvården. Och det som lockade med läkaryrket var blandningen av att det både är ett teoretiskt och analytiskt arbete, men också har ett väldigt starkt inslag av praktiska moment. Jag insåg nog också rätt tidigt att man kan göra väldigt många olika saker som läkare och det finns stora valmöjligheter till variation under ett långt arbetsliv. Det lockade mig."

det bara blir urvattnade kompromissförslag om man lyssnar på alla, men så ser inte jag det alls. Min uppfattning är att man absolut kan ta hänsyn till olika perspektiv och att det finns en poäng i att först ha den diskussionen. Men sen betyder ju inte det att alla förslag passar alla. Jag tror ändå att det ökar förståelsen för förslagen, och det är viktigt.

För många olika delar måste falla på plats för att utredningen och förslagen inte enbart ska förbli en utredning och ett antal förslag.

– Om man tillåter sig att titta på en fråga ur bara ett perspektiv tänker jag

att det skulle kännas jättebra att som utredare kunna komma med ett tydligt statement i just den frågan. Men om effekten blir att den ståpunkten inte fungerar ur alla de perspektiv som måste beaktas – alltså patientperspektivet, medarbetarperspektivet, forskning och utveckling, ekonomi, det juridiska perspektivet – och att de orden som man skrivit på ett papper inte händer i verkligheten har man ju faktiskt inte bidragit på det sätt man skulle kunna. Jag tänker mycket på just den här övergången mellan olika logiker.

Att det är många som vill vara med

och säga sitt när chansen att påverka framtidens hälso- och sjukvårdssystem ges är tydligt. Och Anna Nergårdh berättar att just engagemanget är en av de delar som varit extra roliga i arbetet med utredningen. Även om det ibland också yttrar sig efter arbetstid.

– Det är såklart att det kan hända i mataffären och på middagar, men det har jag inte så mycket emot. Jag har aldrig varit sådan att det finns en yrkesperson och en privat person – jag är på riktigt intresserad av de här frågorna och då gör det mig inget att folk vill diskutera. Ibland markerar jag att det

räcker. Då brukar det också respekteras.

Utgångspunkten för arbetet är det som finns nedtecknat i utredningen "Effektiv vård", vilken i mångt och mycket handlar om hur många aktörer ser på behovet av utveckling av den svenska hälso- och sjukvården. Att de förslagen nu ska få en form för att sen bli till verklighet är ett uppdrag av modell större, minst sagt. Men för Anna Nergårdh behövdes inte mycket fundrande innan hon bestämde sig för att det var rätt för henne.

Fortsättning nästa uppslag >>>

”Man måste förstå att när dagens hälso- och sjukvårds-system kom till såg behoven helt annorlunda ut. Då var de av akut kortvarig karaktär, medan det mesta vi har att hantera idag är av långvarig och kronisk karaktär. Och då måste sjukvårdsstrukturen anpassas till det.”

– Det var ett oemotståndligt uppdrag. Jag har alltid varit intresserad av organisation och förbättringsarbete, vilket har gjort att jag har valt att ägna mig åt den typen av uppdrag. På senare år, när jag har arbetat i tjänstemannaledningen i Stockholms läns landsting, har det också gett en möjlighet att vara med i en rad olika nationella sammanhang. Där blev det tydligt för mig att det pågick många olika initiativ och utredningar som i grunden hade samma syfte: en förändring av hälso- och sjukvårdssystemets struktur mot en mer modern sjukvård som motsvarar befolkningens behov och förväntningar idag. Däremot kunde jag inte riktigt se hur de här olika initiativen hängde ihop.

Utan den tydligheten blir svårt för både invånarna och vårdens medarbetare att förstå vad det är för förändring och varför den behöver genomföras, menar hon och beskriver det som fantastiskt att nu få möjligheten att ta ett helhetsgrepp istället för en fråga åt gången.

– Utifrån de sammanhang som jag har befunnit mig i så har jag haft en god kunskap om svensk hälso- och sjukvård ur olika perspektiv. Men det är klart att det senaste året har gett en ytterligare ”på riktigt nivå” därför att vi verkligen har varit ute i så många verksamheter i hela landet. Även om de goda exemplen och berättelserna kanske inte har överraskat mig, för man har ju vetat att de finns där, har man tidigare hanterat en



Anna Nergårdh pekar på vikten av att skapa ett system som ger förutsättningar för en hållbar arbetsmiljö där också kreativiteten och viljan att göra bra saker för människor tas vara på. ”Patientperspektivet är alltid överordnat för mig, men det är självklart så att det inte blir någon vård och omsorg överhuvudtaget om man inte har medarbetarna med sig.”

fråga åt gången. Att mer kunna tänka hur man skulle kunna förändra i strukturerna för att förbättra många av de här frågeställningarna på samma gång, det är en skillnad från tidigare uppdrag.

Utredningens arbete har också stärkt henne i behovet av att samordning av olika instanser måste förbättras och att insatserna måste utgå från den individ det handlar om – patienten.

– Också behovet av att faktiskt förändra föråldrade strukturer för att

möjliggöra goda arbetsmiljöer. Jag pratade redan tidigt i utredningen, och den uppfattningen har nu stärkts, om att väldigt många situationer som vi sätter enskilda medarbetare i att hantera i sin vardag egentligen handlar om att vi inte har löst det i strukturen. Man måste förstå att när dagens hälso- och sjukvårdssystem kom till såg behoven helt annorlunda ut. Då var de av akut kortvarig karaktär, medan det mesta vi har att hantera idag är av långvarig och

kronisk karaktär. Och då måste sjukvårdsstrukturen anpassas till det.

Under ganska många år har Anna Nergårdh haft uppdrag som inneburit både hög arbetsbelastning och periodvis hög intensitet. Det har gjort att hon tidigt lärde sig öva på strategier för att hantera det och hitta balansen i det man ger och det man får tillbaka. Något som hon beskriver som ett aktivt arbete varje person måste göra själv och utifrån sina förutsättningar

– Sådana frågor funderar jag mycket på och har alltid gjort. Ett sätt för mig att koppla av är genom musik och läsning. Ett annat sätt är förstås att röra på sig. Det är självklara saker som alla vet, men det är viktigt att man själv hittar formerna för det här, säger hon och fortsätter:

– Jag tror också att en viktig del i det är att aktivt fundera över hur omgivningens förväntningar ser ut – inte minst när man ska kombinera yrkesliv, karriär och familjeliv – och hur mycket man ska låta sig påverkas av det. Jag tror att det har varit en styrka för mig att ha människor runt mig som jag kan tänka tillsammans med i den här typen av frågor. Ha stöd av varandra. Men jag har också ett stort behov av att vara själv, kunna se inåt och känna balans. Reflektera. Ett av mina bästa andningshål finns i stillheten och tystnaden på södra Gotland, där jag tillbringar en del av min tid.

I intresset för kultur har funnits med henne hela livet – hon gick både musikklasser i grundskola och gymnasium på Adolf Fredrik och länge trodde hon att hon skulle arbeta med ord och skrivande.

– Men vilken musik det blir beror på dagsform och sinnesstämning, det kan lika gärna vara klassisk musik som det senaste från Frank Ocean. Däremot är det inget slumpmässigt val – det är väldigt viktigt att det känns rätt för dagen, även om det ser väldigt olika ut.

Det var längesedan Anna Nergårdh kunde beskriva ”en vanlig arbetsdag”. Och just variationen menar hon är något som driver henne framåt.

– Att det är omväxlande är en viktig del för mig och det är nog så att jag

söker mig till uppdrag som innehåller variation. Jag är nog generellt rätt dålig på att göra saker som jag tycker är tråkiga, och jag förstår att det inte är någon som tycker om att göra sånt man tycker är tråkigt, men jag jobbar bäst när jag verkligen känner att det finns ett engagemang.

Hon tvekade länge på om det var just läkare hon skulle bli, men lockades till slut av de breda möjligheterna som yrket för med sig. En sak har hon dock varit säker på redan från dag ett – hon vill ägna sig åt ledarskap. Redan som tolvåring ledde hon sina första barngrupper i föreningslivet och har alltid intresserat sig för grupper och gruppdynamik.

– Jag har ett genuint intresse för människor och hur människor fungerar. Det här fantastiska som kan hända när man arbetar mot samma mål eller arbetar många tillsammans och bidrar med sina olika kompetenser och synsätt. Jag gillar den grejen överhuvudtaget. Och då blir det i nästa steg rätt naturligt att ta det vidare till ett mer formellt chefskap och ledarskap. Det hade jag nog gjort oavsett yrkesinriktning.

Hon påpekar också att hon inte har svårt att inordna sig i en annan roll än ledaren.

– Däremot jag ser nog gärna till att det finns en struktur och en ordning i sammanhanget. Det är intressant att många säger att det blir rörigt och oordnat när man arbetar många tillsammans eller i team, men jag ser inte alls att det skulle vara något motsatsförhållande. Så länge rollerna är tydliga, säger hon och fortsätter:

– För mig är det inte så svårt att se att man kan arbeta med både en hög grad av samarbete och involvering, och ändå kunna lägga förslag som faktiskt innehåller förändringar på riktigt. Precis som att det för mig inte finns någon motsättning i att ha ett inkluderande arbetssätt och att vara tydlig. Eller att ha en genuint respektfull inställning till de man arbetar med. Att vara snäll betyder inte att man är mesig.

Anna Sofia Dahl

ANNA NERGÅRDH OM...

... ATT LÄMNA ÖVER UTREDNINGEN OM ETT ÅR

”Eftersom vi lämnar delbetänkande, och har en så transparent process och dialog, kommer det inte att bli någon överraskning vilka förslag vi kommer med. Och så blir det ju när så många har varit delaktiga i processen. Däremot känner jag en stor ödmjukhet inför alla de berättelser som vi får ta emot. Det är helt fantastiskt hur många som har drivit vissa frågor under lång tid och jag ser att det finns en stor frustration och tillitsbrist i att det faktiskt är någon som lyssnar på det man har att berätta. Det känner jag ett stort ansvar inför nu – att förvalta det på ett klokt sätt och utifrån vetskapen att inte alla inspel som kommer blir förslag. Vi ska ju få ihop det här till en helhet och då är det jätteviktigt att kunna motivera de förslag som man lägger.”

... ATT VARA SAMMA PERSON HEMMA OCH PÅ JOBBET

”Det är en av de saker som är riktigt viktiga för mig: att vara sig själv. Och att faktiskt på riktigt kunna stå för det man säger. Det hänger kanske ihop med, vilket kan låta lite paradoxalt, att också kunna lyssna på och ha dialog med många, och kunna ändra sin uppfattning. Men för att kunna göra det måste man ha en rätt hög integritet och en bra känsla för var man själv står och tycker. Det är viktigt för mig att vara samma person.”

... ATT SYNAS I MEDIA

”Jag har ofta haft rollen som talesperson i sjukvårdsfrågor i de sammanhang där jag har befunnit mig. Som chefläkare på Södersjukhuset var de såklart av en mer operativ typ, medan det idag handlar mer om strategiska frågor och utvecklingsfrågor. Men oavsett vem det är som frågar, om det är intern kommunikation eller media, tycker jag att det är väldigt viktigt. Att kunna beskriva och förklara på ett pedagogiskt och begripligt sätt varför man gör vissa saker och varför vissa saker blir på ett visst sätt ser jag som en möjlighet. Kommunikation är ju ett teoretiskt kunskapsområde i sig som intresserar mig och genom åren har jag fått lära mig av och bolla med kunniga personer inom det området. För det är ju ingen självklarhet att kunna kommunicera på ett bra sätt, det är mycket en träningsfråga, men det är viktigt – inte minst i dagens samhälle med den transparens och den hastighet i informationsflödet som är.”

LÄKAREN OCH FORSKAREN JONAS WRIGSTAD
DÖMER UT SJUKVÅRDENS SYSTEM ATT HANTERA
AVVIKELSER OCH FARLIGA SITUATIONER

Risk- analyserna leder fel

Jonas Wrigstad blev nyfiken på hur väl den svenska sjukvårdens system för att hantera och lära av avvikelser fungerar. Efter att ha undersökt saken kan han bland annat konstatera att utredningarna leder fel, att åtgärderna är missriktade och att det organisatoriska minnet är alldeles för kort.

▼ Då Jonas Wrigstad i slutet av januari blev klar med sin avhandling uppmärksammades den på många håll, inte minst i media. Han har föreläst på en rad ställen och fått en inbjudan att komma och prata för den grupp hos IVO som håller i lex Maria-utredningarna.

Till vardags är han barnnarkosöverläkare på Skånes Universitetssjukhus i Lund, en relativt snäv och teknikintensiv inriktning, och att ge sig in i forskningen var absolut ingen självklarhet.

– Under pappaledigheten med min yngsta dotter insåg jag att jag kanske skulle bli en bättre läkare om jag kom in mer i ett vetenskapligt tänkande. Men jag var också helt på det klara med att det då måste vara något som jag är väldigt nyfiken på.

Svaret visade sig finnas i den händelse- och riskanalysutbildning som han påbörjat strax innan föräldraledigheten. Det som främst väckte hans nyfikenhet var frågan om hur det system som är byggt runt att sjukvården ska

lära av sina egna misstag egentligen fungerar. Och vad som egentligen kommer ut av det.

– När jag gick vidare med de tankarna insåg jag att det inte finns någon akademisk plattform för de här frågorna. Det är ingen som tittar på just det här och det finns inte något pågående projekt. Det gjorde att uppstartssträckan från idé till starten var ganska lång.

I tre år sökte han människor som också hade ett intresse för samma typ av frågor, konkretiserade projektet och fick det accepterat som ett doktorandprojekt. En sak som varit viktig för arbetet var att både han och hans handledare var överens om att låta varje delarbete visa

• Fortsättning nästa uppslag >>>

”

Jag tror att det var Einstein som sa något i stil med att det är helt okej att misslyckas, men när man upprepar samma misstag gång på gång är det definitionen på idioti.

”



vägen för nästa steg i projektets riktning. På så sätt kunde han utforska de allra mest intressanta fynden vidare.

– Det finns fortfarande ett antal spår som jag vill gå vidare med och granska närmare, trots att min avhandling är klar. Jag är absolut inte färdig med detta och har skickat in en ansökan för att få nya forskningsanslag.

Vill du berätta vilka spår det handlar om?

– Jag är väldigt nyfiken på de delar av systemet där det har skett en avvikelse som har gått hela det formella spåret, men där det också verkar hända någonting på den aktuella vårdavdelningen eller i en verksamhet som lever sitt eget liv – man drar egna lärdomar och försöker ändra saker utifrån det som händer. I väldigt många fall inträffar detta av sig själv och har inte alls något att göra med vad man hittar i den formella utredningen. Jag undrar vad det är som triggar den typen av förändring och vad det är för saker som man gör lokalt som den formella utredningen inte lyckas fånga upp. Är det här något som fortlever och som blir hållbart? Är det en skillnad mellan de här två processerna? Har man mer att vinna på att titta på de sakerna?

– Sen är jag också väldigt intresserad av det här med ”close calls”, när det är väldigt nära att det inträffar en allvarlig vårdskada eller annan avvikelse, men där något i systemet gör att det inte sker. Jag undrar vad det är som gör att det fångas upp. Är systemet ändå säkert? Har vi sådana spärrar och väggar? Eller är det mänskliga faktorer som gör att vi ändå lyckas bromsa? Om man kan förstå detaljerna runt det inbillar jag mig att man också kan skapa ett säkrare system genom att bygga in den anpassningsförmågan.

Jonas Wrigstad berättar att hans personliga tanke är att det är just personalen och individerna i sjukvården som räddar systemet. Att säkerhet inte kommer per automatik efter att man har byggt ett sjukhus, delat upp det i ett antal avdelningar och anställt en massa människor med rätt utbildning.

– Det handlar om hur personalen, tillsammans med den medicinska



” Utredningarna har blivit en byråkratisk process som lever sitt eget liv, där det är viktigare att avsluta utredningen och gå vidare än att följa upp och se vad man kan göra mer. ”

tekniken, interagerar och löser problemen. Det är det som i 99 fall av 100 blir säkert, men vi fokuserar väldigt mycket på det som blivit galet i det där sista fallet. Jag tror istället att vi har väldigt mycket att lära oss av systemet där det fungerar och hur människor hela tiden är medvetna om att man varje dag på sitt arbete anpassar sig och tar höjd för konstigheter i organisationen. Man har gjort det så mycket och i så många år att det är ett normaltillstånd.

Hur tror du att en hög personalomsättning påverkar lärandet?

– I den bästa av världar landar tidigare lärdomar även hos ny personal, men jag har sett att det snarare är så, i alla fall på chefsnivå, att lärandet från tidigare utredningar inte alls finns kvar när man byter ut personer. Det verkar saknas någon pusselbit om hur man får lärdomar från tidigare misstag att leva

vidare. Tekniskt sett finns det arkiveringsfunktioner, system som det går att bläddra sig fram till gamla utredningar i, men det är just arkiv och inget som finns hos personalen som en rutin. Och därför kan många misstag upprepas gång på gång, även väldigt nära det inträffade förra gången.

I avhandlingen har han också funnit att utredningarna till stor del landar i att det är personalen som måste ”rättas till, regleras, styras och kontrolleras ännu mer”, detta genom fler PM och riktlinjer.

– Jag tror att väldigt många inom vårdpersonalen är ganska ”fed up” med att de får stämpeln som syndabockar och att det är de som ska rätta till systemets brister. För tyvärr har jag lyckats hitta att mycket av lösningarna och de bakomliggande orsakerna i väldigt stor utsträckning hamnar väldigt långt ner i organisationen. Antingen finns det en teknisk bakomliggande orsak eller en mänsklig bakomliggande orsak – och när man har utslutit att det var en teknisk åtgärd som behövdes hamnar det på individnivå. Utan att man pekar ut en enskild individ, det har vi ju kommit ifrån.

En annan slutsats som Jonas Wrigstad landat i är att man inom sjukvården ”håller på att göra saker i skarpt läge alldeles för mycket”. Tålmodet att nöta in rutiner och lärdomar saknas och istället ska de ”in i det verkliga dagliga livet omedelbarts”.

– Man tror att alla ska känna till en åtgärd som en sanning bara för att det finns skrivet på ett dokument eller har spridits som ett massutskick av ett mejl. Vi tränar alldeles för lite simuleringar inom sjukvården, speciellt om man jämför med till exempel räddningstjänst, polis, militär, flyg och rymdforskningen. Där använder man tidigare incidenter i övningar för att folk ska lära sig – man försöker bena ut vad det var som inträffade och bygga in det i olika scenarioövningar som gör att man tuggar in de här sakerna. Vi gör oerhört lite sådant inom sjukvården, tyvärr. Det är som att vi jobbar med det som står framför ögonen på oss varenda dag, säger han och fortsätter:

– Det finns så mycket som brister i sjukvårdens förmåga att tänka steget före när det gäller säkerhet – det känns ofta som om vi försöker att agera i efterhand. Och inte ens då lyckas vi ta hand om det som lärdomar som lever kvar. Det försvinner i något arkiv.

Därför tror han att chefläkarna skulle behöva få samma tyngd som de personer som är ansvariga för säkerheten inom andra riskfyllda branscher.

– Inom sjukvården tycks vi ha organiserat oss så att ansvaret för att reda ut och lösa de här problemen slutar på en väldigt låg verksamhetsnivå. Ur mitt perspektiv hade jag önskat att chefläkaren hade en mycket tydligare roll i organisationen och ett mandat att agera eller åtgärda saker i organisationen på ett helt annat sätt än vad det är idag.

Han menar också att själva sättet att se på hur olyckor uppstår och hur man skapar säkerhet i mångt och mycket inom sjukvården är baserat på ett ålderdomligt tänkande – ”ett klassiskt sätt från den industriella revolutionens tid när man tittade på olyckor på löpande band”.

– Man konstruerar bakomliggande orsaker utifrån vilken idé man har om säkerhet och risker i ett system. För det är inte så att de bakomliggande orsakerna bara ligger inne på en operationssal och att vem som än går in där kommer att hitta dem. Det handlar ju om hur man letar och vad man har för utbildning och idéer om säkerhet – och de metoderna som vi använder och har använt i svensk sjukvård gör så att vi hela tiden hamnar väldigt nära där olyckan inträffat, även på individnivå.

Och om man då åter jämför med andra organisationer, så som flyg, kärnkraften eller rymdforskningen, pekar Jonas Wrigstad på att man där har en helt annan ingångspunkt för utredningar efter katastrofer eller allvarliga händelser.

– Visst, det finns kanske en tekniker som inte hade lyckats sätta dit värmesköldarna som det var tänkt, men det är mer den trigande faktorn till varför olyckan hände. De bakomliggande orsakerna är istället långt därifrån. Till exempel kan det ha att göra med den

politiska utvecklingen mellan Sovjet och USA under vissa år, vilket i sin tur gjorde att det blev en rymdkapplöpning, som gjorde att man från ledningshåll på NASA kände sig pressad och såg mellan fingrarna med olika saker. Så spred sig ett sådant tänkande ner i organisationen som gjorde att man sen blundade för vissa saker, vilket ledde till att olyckan inträffade. Om man hade haft ett annat sätt att se på det hade man istället kunnat fastna i att det var den där teknikern som inte hade åtgärdat värmeskölden och isoleringen tillräckligt bra.

I avhandlingen har Jonas Wrigstad gått igenom lex Maria-utredningar mellan åren 1995 och 2014. Men han har inte sett några förändringar över tid när det gäller lärandet och inte heller vilken typ av åtgärdsförslag eller bakomliggande orsaker som man presenterar i utredningarna.

En skillnad, som också oroar honom, är dock att det verkar finnas en trend i att ärenden avslutas allt snabbare.

– Man gör sina utredningar, både hos vårdgivaren och hos myndigheten, men nästan bara för att se till att få det gjort. En av mina sista slutsatser är att vi befinner oss i ett slags paradigm där det har blivit en byråkratisk process som lever sitt eget liv och där det är viktigare att avsluta utredningen och gå vidare än att stanna upp och följa upp för att se vad man kan göra mer. Man gör utredningarna för att man behöver visa att någon tar ansvar och för att man behöver skapa en trovärdighet.

För även om en del av de bakomliggande orsakerna varken är lätta eller snabba att åtgärda menar han att man måste komma runt det korta perspektivet.

– Det är i det långa perspektivet som man behöver skapa säkerhet på organisationsnivå och om man börjar försöka åtgärda de problemen kommer vinsterna att komma så småningom. Jag tror att det var Einstein som sa något i stil med att det är helt okej att misslyckas, men när man upprepar samma misstag gång på gång är det definitionen på idioti.

Anna Sofia Dahl

OM DE
VIKTIGASTE FYNDEN
I AVHANDLINGEN:

– Vi bör ställa oss frågan om vi är nöjda eller om vi vill något bättre

” Det är alltid svårt att peka ut det viktigaste, då blir det som om det andra är mindre viktigt. Men jag känner nog att det viktigaste är att synliggöra



att det är såhär det ser ut och samtidigt ställa frågan: ”är vi nöjda med detta eller vill vi något bättre?” Det är lite det jag skriver mellan raderna i avhandlingen. Det är det här vi får efter att ha jobbat på ett visst sätt och det finns en historisk förklaring till varför vi har hamnat där vi har hamnat. Men nu är det dags för hälso- och sjukvården att reflektera över om vi har kommit dit vi vill eller om vi vill något annat.

LÄS MER

”Sluta rapportera”

Föreläsning av KTH:s tidigare patientsäkerhetsprofessor, Richard Cook, på Sjukhusläkarnas fullmäktigemöte 2013.

▼ Richard Cooks budskap var att under 1900-talet försökte man ta reda på varför olyckor händer, men att man under 2000-talet insett att det är viktigare att förstå varför olyckor **inte** händer.

Han menade att alla som arbetat i skarpt läge på ett sjukhus vet att det överraskande är inte varför vi har så många olyckor utan varför vi har så få. Richard Cook kritiserade det rådande synsättet inom sjukvården att bara man får mer data och regler så blir vården bättre och säkrare.

– Alla dessa saker är magiska böner. De är alla nonsens, men vi använder dem rutinmässigt i våra sjukvårdssystem. Det är de anställdas kunskap och förmåga att samarbeta och agera minut för minut i kaotiska situationer som är avgörande för säkerheten. Det är där dynamiken finns.

• Föreläsningen går att läsa på: sjukhuslakaren.se/sluta-rapportera/

Fallgroparna som kan göra att du som patient inte ersätts vid vårdskada

■ Apoteken byter ut till oförsäkrad generika och off label-förskrivning en risk



Robert Ström, vd för Läkemedelsförsäkringen: "Just nu jobbar vi på att läkare ska kunna få information automatiskt om läkemedlet ingår i Läkemedelsförsäkringen via något annat medium än FASS".

När en patient skadas av ett läkemedel omfattas hen i 99 fall av 100 av den så kallade Läkemedelsförsäkringen. För det där sista fallet kan konsekvenserna dock bli ödesdigra.

▼ Robert Ström, vd för Läkemedelsförsäkringen, menar att det är viktigt att informera både patienter och läkare om vad som kan hända.

Försäkringen, som kom till 1978 i efterdyningarna av neurosedynskandalen på 50- och 60-talet, syftar enkelt uttryckt till att förenkla processen för den enskilde individen att få ersättning efter en läkemedelsskada. Många av de neurosedyndrabbade barnen hade just haft svårt att få ersättning och en statlig utredningen slog 1976 fast behovet av ett bra sätt som inte innebär att individen själv får ta ärendet till domstol.

– Det kom som ett initiativ från industrin och startades av 30 bolag. Idag är det sammanlagt 250 bolag som står bakom den, till störst del läkemedelsföretag men också andra, säger Robert Ström..

Idag har 99 procent av de läkemedelsbolag som har omsättning i Sverige tecknat försäkringen och alla branschföreningar, så som LIF och Läkeme-

delshandlarna, har den som krav för att få vara med. Men Robert Ström menar att det fortfarande finns en litet antal bolag som han tycker borde gå med – 38 stycken för att vara exakt.

– Även om nästan alla har tecknat försäkring hos oss lämnas det varje år ut några hundratusen förpackningar som inte inkluderas. Och det kan bli ett problem för patienterna, säger han.

För trots att läkaren vid förskrivningen väljer ett läkemedel som omfattas av försäkringen kan patienten, helt ovetandes, ändå lämna apoteket med ett som inte inkluderas. Anledningen är att "månadens vara" inte tar hänsyn till om läkemedlet omfattas av försäkringen eller inte. Och just försäkringskostnaden skulle kunna vara det som också blir avgörande i hur lågt priset kan sättas.

– Ja, det kan spela in. Hos oss baseras premien på omsättning – för 2018 kostar det 0,25 procent av omsättningen att vara med – men det är klart att det är pengar på små marginaler, säger Robert Ström.

Med jämna mellanrum händer det också att läkemedelsbolag som får en ny vd eller köps upp av ett utländskt bolag väljer att gå ur försäkringen. Robert Ström tycker sig dock se att de flesta väljer att gå med igen efter att de informerats om försäkringens innebörd.

– De flesta läkemedelskommittéer säger till exempel att man måste vara med i försäkringen för att få vara med i en upphandling, vilket är väldigt bra. Det innebär att de allra flesta rekvisitionsläkemedel omfattas av Läkemedelsförsäkringen.

Frågan om hur patienter kan skyddas

från att ovetandes få ett läkemedel som inte omfattas av läkemedelsförsäkringen har utretts flera gånger, men hittills har man inte kommit fram till någon lösning. 2011 lämnades förslaget att den skulle vara ett krav för att få ingå i läkemedelsförmånen, men då höjde många jurister på justitiedepartementet ett varningens finger.

– De tyckte att det skulle vara att utmana EU-rätten och konkurrenslagstiftningen, så därför genomfördes aldrig det. Men egentligen har man inte riktigt testat det, säger Robert Ström.

2013 las ett nytt förslag fram. Det handlade istället om att farmaceuten skulle vara skyldig att informera patienten vid ett byte till läkemedel som saknade försäkring.

– Men det gick inte heller igenom eftersom flera instanser tyckte att det skulle bli väldigt jobbigt och besvärligt. Nästan alla vet om att det är ett problem, men det är svårt att göra något åt det. Jag jobbar själv väldigt mycket mot politiker och jag skulle säga att det inte finns någon politiker i utskottet som inte känner till det här, säger Robert Ström.

Inte läkarens ansvar

Läkarens roll menar han till störst del helt enkelt handlar om att ha koll på om ett läkemedel har försäkring eller inte. Men tillägger också att läkarkåren egentligen inte är de som ska lösa problemet.

– Man kan se det i FASS, men läkare har så mycket annat att syssla med att det kan bli svårt att få in det i vardagen. Just nu jobbar vi på att läkare ska kunna få den här informationen automatiskt via något annat medium än FASS, säger han och fortsätter:

– Framförallt tror jag att det är viktigt att man förstår vad det kan innebära för patienten att inte ha läkemedelsförsäkringen. Det enda alternativet för en patient som då får en skada är att stämma läkemedelsföretaget på egen hand. Och det är inte en lätt historia. Just nu har vi inte skador som inte blir ersatta på grund

av att försäkring saknas, men det skulle kunna bli väldigt allvarligt. I normalfallet handlar det inte om speciellt många fall per år, kanske en handfull, men skulle det uppstå en serieskada skulle det bli väldigt illa, säger Robert Ström.

Off label och fri förskrivningsrätt

Däremot nämner han ett annat växande problem som på ett tydligare sätt är kopplat till läkarens roll – off label-förskrivning.

– Alla försäkringsbolag gör riskutvärderingar och vi gör egentligen bara en: Läkemedelsverkets godkännande. Men vi har också accepterat fall som är utanför indikation – till exempel när det handlar om barn, eftersom inga läkemedel har barnindikation från början, säger han och fortsätter:

– Likadant har det varit när det handlar om den fria förskrivningsrätten. Men de senaste åren har vissa huvudmän börjat ge generella rekommendationer om att använda ett läkemedel fast att det inte har indikation och då handlar det inte längre om den traditionella fria förskrivningsrätten. Då blir det en annan sak. Vi kommer alltså inte att ersätta sådana skador eftersom en verklig risk/nyttavärdering inte har gjorts.

Anledningen är helt enkelt att läkemedelsförsäkringen inte är någon regulatorisk myndighet och inte har möjligheten att bedöma vad som är tillräcklig vetenskap och erfarenhet, menar Robert Ström och tillägger att Läkemedelsverket är den enda myndighet som har den uppgiften.

– Och därför behöver vi ha deras åsikt om risk-nytta-balansen. Vi vill ju vara generösa och ersätta det som traditionellt är fri förskrivningsrätt, inte tvingas till en mer restriktiv hållning för att man börjar med de här allmänna rekommendationer.

Anna Sofia Dahl

Robert Ström:

Nya komplicerade läkemedel en utmaning för försäkringen

” Vi får nya komplicerade läkemedel. Idag försäkrar vi bara läkemedel och inte medicinteknik, men nu kommer det en del nya produkter som är både två och frågan är hur man ska hantera dem. Samma sak gäller nya biologiska läkemedel som också kan vara utvecklade från en patient, att man odlar celler. Just nu för vi sådana diskussioner. ”

Cirka 400 personer drabbade av narkolepsi har beviljats ersättning

” Totalt har vi 550 anmälda och ungefär 400 av dem har blivit godkända. Men vi får fortfarande in mellan ett och fyra nya fall per månad, där de flesta är relevanta anmälningar. Preskriptionen infaller år 2020. Det är den svåraste och mest resurskrävande frågan vi har. De flesta drabbade är barn, vilket gör att det både är svårt att bedöma och känslomässigt svårt. Det är väldigt utredningar och många gånger kan du inte fastställa ersättning för barnen innan de är vuxna, då du vet hur det ska bli och hamna någonstans. Och om de inte kan jobba ska man bedöma inkomstbortfall. ”

Utanför Norden får patienter stämna bolagen i domstol

” Finland har en kopia av vår försäkring, Norge har en ungefär likadan fast obligatorisk och Danmark har den tillsammans med patientförsäkringen, så det är statens. Men den här typen av försäkring är inte så vanlig utanför Norden. Där får patienten istället stämna i domstol.

Vi får ibland trevare från exempelvis England och Frankrike som tycker att det verkar intressant och det är möjligt att det blir en vanligare företeelse i framtiden. Trots det har vi ändå inte svårt att få acceptans hos internationella företag och de flesta tycker att det verkar bra när man förklarar vad det är.

Försäkringen är också ett sätt för industrin att visa att man tar ett ansvar om det blir fel och är en riktig, seriös och långsiktig partner i värden. ”

Läs mer hur Läkemedelsförsäkringen fungerar på nästa uppslag

Fasta premier gör att läkemedelsbolagen inte tjänar på att försöka förhindra ersättningar

Försäkringen ägs av de läkemedelsbolag som tecknat den. Alla bolag som köper försäkringen har en aktie var, men ingen har två. Både stora och små bolag har alltså samma antal röster och inget enskilt bolag har mer inflytande än något annat.

▼ – Men framförallt har enskilda bolag inget intresse av att försöka påverka försäkringen – de har redan betalat sin premie och det spelar ingen roll för dem om skadan blir godkänd eller inte. De lägger sig inte i, för det kostar vad det kostar, säger Robert Ström.

Utöver läkemedelsbolag har bland annat ett antal landsting

och regioner tecknat försäkringen. Även kliniska prövningar kan försäkras och staten har en försäkring som täcker akademiska prövningar på alla universitetssjukhus.

Varje år tar de emot mellan 600 och 700 anmälningar. Och i snitt beviljas 30 till 40 procent av dem ersättning. I samband med pandemix-vaccinationen och narkolepsiskadan, vilken är den största skadan genom försäkringens historia, steg antalet ärenden till mellan 1 000 och 1 200 per år.

Det finns ett tak i försäkringen som gör att en serieskada får kosta högst 150 miljoner. Det finns också ett tak för hela försäkringen på 250 miljoner per

år, men ett vanligt år betalar man ut betydligt mindre än så. En och samma skada får kosta högst tio miljoner kronor.

Försäkringen är inte vinstdrivande och inga pengar delas ut till aktieägarna. Ett eventuellt överskott avsätts istället i säkerhetsreserver. Ingen av de som arbetar på Läkemedelsförsäkringen har någon form av bonus. Också de medicinska rådgivarna har fasta arvoden per timme, helt oberoende av om en ersättning godkänns eller inte.

Alla skador, oavsett om de godkänns eller inte, rapporteras till det aktuella bolaget.

Anna Sofia Dahl

Lättare beviskrav för att få ersättning än i vanliga domstolsprocesser

Det är kostnadsfritt att anmäla en skada till Läkemedelsförsäkringen.

▼ Jämfört med att ta ärendet till domstol gäller en bevislättning – det vill säga att det ska vara övervägande sannolikt att skadan orsakats av läkemedlet. Med ”övervägande sannolikt” syftar man till att det inte finns någon annan anledning som är mer sannolik till skadan än just läkemedlet.

Även skäligheten bedöms – det vill säga hur skadan är i förhållande till den sjukdom som behandlas. Om läkemedlet behandlar en väldigt allvarlig sjukdom, där konsekvenserna av att inte ta läkemedlet är mer

dramatiska än skadan som uppstått, får patienten ingen ersättning.

Om patienten står på flera olika läkemedel, som alla täcks av försäkringen, spelar det i försäkringens ögon ingen roll vilket av dem som orsakat skadan. Homeopatiska- eller naturläkemedel (om de inte är registrerade) omfattas inte av försäkringen. Patienten får inte heller ersättning om det inte är hans egna läkemedel som orsakat skadan.

Preskription infaller tio år efter att patienten slutade ta läkemedlet.

Patienter kan få ersättning för sveda och värk, för omkostnader som kan kopplas till skadan,

samt för invaliditetsgrad. Störst andel av utbetalningarna rör inkomstbortfall, det vill säga mellanskillnaden mellan det socialförsäkringen betalar ut och den inkomst patienten hade innan skadan. Bedömningarna av ersättningar görs enligt skadeståndslagen och de tabellverk som finns – det vill säga på samma grunder som en domstol.

För den patient som inte är nöjd med skadereglerarnas bedömning finns möjligheten att överklaga till läkemedelsskadenämnden – vilken består av sammanlagt sju ledamöter varav två utses av läkemedelsförsäkringen och fem av regeringen.

Anna Sofia Dahl

”OBEGRIPLIGT ATT EN FÖRSÄKRAD OCH OFÖRSÄKRAD VARA KAN VARA LIKVÄRDIGA”

Tänk dig att du bokat en vit hyrbil, med självrisk-reducering och helförsäkring. När du kommer till uthyraren så erbjuds du istället en blå bil, villkoren ska vara exakt desamma, men kostnaden för dig blir någon krona mindre. När du glatt kör fram i din blåa hyrbil är olyckan framme, du får sladd och krockar med ett träd. I efterdyningarna inser du att den blåa bilen inte hade försäkring, och kostnaden blir därefter.

Otänkbart resonemang när det gäller bilar, men om vi övergår till att prata läkemedel och byter hyrbilsfirma mot apotek så är händelseförloppet plötsligt möjligt.

Läkemedelsförsäkringen tillkom efter önskemål från en statlig utredning, i efterdyningarna till neurosedynskandalen. Det som gör försäkringen unik är att den är enkel och kostnadsfri att använda för drabbade patienter.

För att få ersättning ska det vara övervägande troligt att patienten har fått en skada av läkemedel, men står patienten på flera läkemedel som skulle kunna vara orsak så behöver patienten inte bevisa av vilket skadan uppkommit. Detta gäller så länge samtliga för skadan möjliga läkemedel ingår i läkemedelsförsäkringen.

Denna möjlighet att få ersättning riskerar att försvinna om ett av patientens läkemedel står utanför försäkringen. Om patienten istället utlämnas till en rättsprocess innebär det en tung bevisbörda. Patienten måste då både kunna bevisa att skadan är uppkommen av läkemedel, och vilket läkemedel som orsakat skadan.

Vad är då vår roll vid förskrivning av läkemedel? Vi läkare har som uppgift att göra medicinska bedömningar, ge råd och behandla patienter för att hjälpa dem att uppnå bästa möjliga hälsa och livskvalitet. Utöver det har vi en admi-

nistrativ börda som många gånger är betungande, och inte alltid gagnar våra patienter.

Korrekt information är ofta svår att hitta i tveksamt konstruerade journal-system, vilket leder till en ökad stress.

När vi förskriver läkemedel har vi en möjlighet att se om det valda alternativet ingår i läkemedelsförsäkringen, men kännedomen om försäkringen är i många fall låg. Vi skulle därför behöva hjälp av våra journalsystem, exempelvis skulle en tydlig varning kunna komma upp, som visar att vi valt ett preparat utanför försäkringen. Finns likvärdiga alternativ inom försäkringen skulle självfallet alla välja att ge patienten den trygghet ett försäkrat preparat innebär.

Det vore helt orimligt att lägga ett krav på att vi läkare aktivt ska eftersöka om preparatet ingår i försäkringen. Vi behöver verktyg för att göra rätt från början, inte fler krav på att leta efter information i tveksamt utformade system.

Men oavsett hur noga vi väljer att vara kan det förskrivna läkemedlet raskt bytas ut mot ett likvärdigt preparat på apoteket, det som kallas månadens vara. Månadens vara är den för stunden billigaste varianten av ett preparat, och här finns inga krav på huruvida läkemedlet ska vara försäkrat eller inte.

För mig är det obegripligt att en försäkrad och en oförsäkrad vara skulle vara likvärdiga. Tidigare utredningar har kommit fram till att det inte är förenligt med EU:s konkurrenslagstiftning att kräva att månadens vara skulle vara ett försäkrat alternativ.

Vägen är inte prövad, och min personliga övertygelse är att det självklart går att hitta kryphål som regelverket stöttar, som motiverar att en försäkring faktiskt leder till att en produkt kan förordas före en oförsäkrad. Vidare borde ett krav för

subventionering vara att läkemedlet ingår i läkemedelsförsäkringen.

Så länge regelverket tillåter preparat utanför läkemedelsförsäkringen så borde det vara en självklarhet att på apoteket informera om utbytet står utanför försäkringen, så att patienten själv får ett korrekt underlag att fatta sitt beslut på. Den informationsplikten har också utretts, och det har funnits ett motstånd mot att införa det kravet.

Det är obegripligt, det är endast vid ett erbjudande om utbyte som frågan är relevant att lyfta. För att göra det ännu tydligare för patienten skulle en varningsmärkning av läkemedlet vara på sin plats, ”obs, jag är oförsäkrad”. Det är förstås inte troligt att det fåtalet läkemedelsbolag som väljer att stå utanför försäkringen skulle acceptera att varningsmärka sina produkter, så en enklare variant skulle vara att införa en ok-stämpel med innebörden jag är en schysst vara med adekvat försäkring.

Det finns tyvärr inga garantier för att läkemedelsföretagen fortsätter att ha en hög anslutningsgrad till läkemedelsförsäkringen. Min förhoppning är att det inte ska behövas en ny läkemedels-skandal där ett oförsäkrat läkemedel är inblandat för att få regelverket att ändras.



ELIN KARLSSON
VICE ORDFÖRANDE
I SJUKHUSLÄKARNA

Uddevalla har inte behövt betala för en enda utskrivningsklar patient under 2018

På bara ett år har Uddevalla kommun drastiskt lyckats sänka antalet onödiga sjukhusdygn för utskrivningsklara patienter. Hemligheten är att alltid jobba på samma sätt som under sommarsäsongen, avslöjar Christer Fransson, avdelningschef för hälso- och sjukvården i Uddevalla kommun. Men det arbetet har inte lättat trycket på NU-sjukvårdens sjukhus. Här är var tionde patient utskrivningsklar.

▼ På ett år tycks Uddevalla kommun ha fått bukt med problemet med onödiga sjukhusdagar.

Från att under 2015 ha haft nästan 1500 "onödiga" sjukhusdagar, vilket för kommunen innebar en årskostnad på omkring sex miljoner kronor, var man i slutet av 2017 nere i 19 betaldagar.

Hittills i år har kommunen inte haft någon enda betaldag.

Det började med att den då nyttillträdde socialchefen för två år sedan gav ett tydligt uppdrag att minska betaldagarna. Nyckeln till de lyckade resultaten är att arbeta på samma sätt som man gör under de ansträngda somarmånaderna, fast året runt, berättar Christer Fransson, avdelningschef för hälso- och sjukvården i Uddevalla kommun, för Sjukhusläkaren.

På sommaren gör vi allt på två tredjedels personal. Då finns inte det revirtänkande som vanligtvis kan präglar arbetet mellan de anställda inom vården. Så sommarläget bör gälla året runt, säger han.

— men inom NU-sjukvården har problemet inte minskat

Tidigare tog kommunen ansvar även för utskrivningsklara patienter som egentligen skulle till primärvården, enligt Christer Fransson.

Numera går kommunens biståndsbedömare in i ett tidigare skede i vårdplaneringen och prioriterar utskrivningsklara patienter för att se till att de får rätt hjälp. Då utkristalliserar det sig också snabbare vilka patienter som tillhör kommunen och vilka som primärvården bör ta hand om direkt när patienten kommer från sjukhuset, menar Christer Fransson.

Dessutom är personalen i akutgruppen vid kommunens hemtjänst numera utbildade i rehabilitering och

kan lättare hjälpa den utskrivna patienten att komma till rätta i hemmet och vid behov få kontakt med fysioterapeut.

I samarbetet med att lotsa de utskrivningsklara patienterna till rätt stöd har vårdpersonal inom NU-sjukvården och kommunen också i allt högre grad börjat använda sig av Skype. På sjukhusen låter man exempelvis en patient eller anhörig koppla upp sig mot en dator och på så sätt samtala med kommunens biståndsbedömare och legitimerad personal i kommunen. Under 2018 kommer även primärvården att delta.

På så sätt kan man genom treparts-samtal få en snabbare vårdplanering, säger Christer Fransson.

Känner sig patienterna bekväma med detta?

— Ja, vi har inte mött något motstånd från vare sig patienter eller anhöriga i att använda detta, förutom att det varit en del strul med mikrofoner.

Uddevalla kommun har också arbetat aktivt för att frigöra akutplatser på sina korttidsboenden för utskrivningsklara patienter, som inte har möjlighet att komma hem efter sjukhusbehandling.

Men några fasta rutiner för sitt nya sätt att jobba har Uddevalla kommun ännu inte.

— Vi började med att agera. Först nu i efterhand ska vi komma med en rutinbeskrivning, säger Christer Fransson.

För sjukhusen inom Nu-sjukvården har Uddevallas nya sätt att arbeta dock inte gjort någon större skillnad, även

om det inneburit en viss förbättring. Antalet utskrivningsklara patienter på sjukhuset är detsamma som under tidigare år, enligt Henrik Olsson (bilden), chefläkare och utvecklingschef i Nu-sjukvården. Det beror på flera faktorer, ett skäl är ett ökat antal utskrivningsklara patienter från andra kommuner.



Av Nu-sjukvårdens 600-700 vårdplatser upptas var tionde av en färdigbehandlad, utskrivningsklar patient. Vid Nu-sjukvårdens sjukhus finns konstant omkring 40-70 patienter som är färdigbehandlade.

— Detta är en viktig bidragande orsak till överbeläggningar, som i sig innebär en ökad risk för bland annat vårdrelaterade infektioner. Men framför allt innebär det att personer som inte längre är i behov av slutenvård får vänta på att komma till sin hemmiljö, säger Henrik Olsson, som menar att ett bättre samar-

bete behövs mellan alla parter, såväl slutenvård, kommun och primärvård.

För att komma åt problemet har Västra Götalandsregionen nu en lokal överenskommelse om tidigare vårdplanering. Det innebär att sjukvården redan samtidigt som patienten skrivs in på sjukhuset börjar planera för patientens hemgång.

Men ibland kan kommunen ha lite för bråttom med att ta hem patienter från sjukhusen, anser Anders Olsson, chef för Skogslyckans vårdcentral i Uddevalla, som upplevt en något ökad belastning på vårdcentralen i samband med kommunens förändrade arbetssätt.

— Visst är det bra att kommuner tar hem patienter så att de inte tar upp plats på sjukhus. Men ibland går det lite väl snabbt, säger Anders Olsson, som också tycker att kommunikationen mellan sjukhus och hemsjukvård ofta lämnar en del att önska.

— Vi kan få samtal från hemsjukvården, hemtjänst, anhöriga eller patienter när patienten precis har

kommit hem från sjukhuset. De frågar oss om sådant som vilken medicinlista som är aktuell och om vad som gjorts på sjukhuset, säger han.

Ebba Blume

Färdigbehandlade låg kvar på sjukhus i drygt 100.000 dygn 2017

▼ Västra Götaland toppar värstingligan när det gäller antalet patienter som ligger kvar på sjukhus, men är utskrivningsklara. Åtminstone då det gäller patienter som är 65 år och äldre. 2017 var antalet vårddygn för dessa 319 dygn per 1000 invånare enligt SKL:s statistik.

Det betyder enligt Sjukhusläkarens uträkning att färdigbehandlade låg kvar på sjukhus i 100.000 dygn under 2017.

Som jämförelse var antalet vårddygn på sjukhus för utskrivningsklara patienter som är 65 år och äldre 104 per 1000 invånare i Stockholm, som därmed är tredje bästa region/landsting. Bäst är Västerbotten. **Fotnot:** Antal invånare i Västra Götaland 2017: 1.686.000. Av dessa var 19,3 procent 65 år och äldre. Källa SCB.

Pradaxa®
dabigatranetexilat

Praxbind®
idarucizumab

PRADAXA® (dabigatranetexilat)
– den enda NOAK som har en specifik antidot



PRADAXA® 150 mg x 2 minskar signifikant risken för ischemisk stroke jämfört med warfarin hos patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer^{3,4}

PRADAXA® – lika många patienter studerade i de två godkända doserna, 150 mg och 110 mg³



PRAXBIND® (idarucizumab) häver omedelbart och fullständigt den antikoagulerande effekten av PRADAXA®²



Boehringer Ingelheim AB Box 92008 120 06 Stockholm
Telefon 08-721 21 00 www.boehringer-ingelheim.se

Fakta | Ny lag ska få kommunerna att ta hem patienterna tidigare

Efter tre onödiga sjukhusdagar får kommunen enligt den nya lagen betala kostnaden för en vårdplats på sjukhuset. För Uddevalla kommun innebär det en avgift på omkring 7.100 kr per dygn.

▼ Den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård trädde i kraft vid årsskiftet. Dessförinnan

övergick betalningsansvaret till kommunen för en utskrivningsklar patient först efter fem dagar.

Utskrivning från slutenvård ska nu kunna ske även på helger och röda dagar. Lagen ställer också tydligare krav på parterna att gemensamt upprätta en samordnad individuell plan för patientens fortsatta vård och omsorg.

Tanken är också att en fast vårdkontakt i öppenvården ska ansvara för att samordna planeringen kring personens fortsatta vård och stöd.

Slutenvården får också ett större ansvar för att skicka tillräcklig information till berörda parter redan vid inskrivning av en person, för att underlätta övergången mellan olika instanser

DEL 2 | VAD TYCKER LANDSTINGSPOLITIKERNA?

Oro för bemanning, centralisering och de små sjukhusens framtid

■ Sjukhusläkaren drog i förra numret igång årets valbevakning.

I det här numret fortsätter vi med vår stora enkät till landstingspolitikerna. Läs hur politikerna i Region Gävleborg, Region Jönköpings län, Kalmar läns landsting, Region Uppsala, Landstinget i Värmland, Västerbottens läns landsting och Region Östergötland vill lösa de problem och hot som finns mot sjukvården i det egna landstinget.

• Sammanställt av Anna Sofia Dahl



Gävleborg

Socialdemokraterna

1. Tveklöst viktigaste är att ta väsentliga steg i riktning mot en jämlik hälsa. Som ett led i detta kommer arbetet med att utveckla den nära vården vara helt avgörande.

2. En socialdemokratiskt ledd regering! I övrigt kommer det att behövas stödande insatser och satsningar som stöder en jämlik hälsa och utveckling av den nära vården.

3. Det viktigaste är att de breda satsningarna och inriktningen på nära vård, professionsstyrning och jämlik hälsa får fortsätta utan förändring och ingrepp från politiker på nationell nivå.

Moderaterna

1. Bemanningsproblematiken – hur ska vi göra regionen till en mer attraktiv arbetsgivare? En annan stor fråga är de växande vårdköerna. Allt fler får vänta alldeles för länge för att få komma till sjukvården – såväl specialistvården som primärvården.

2. Återinför kömiljarden, d.v.s. att staten använder de riktade statsbidragen som tidigare där man premierade de landsting som visade upp bra resultat. Det gjorde skillnad då och kan göra det igen.

3. Om man begränsar möjligheten för privata aktörer inom vården. Det skulle innebära att 30 procent av primärvården i Gävleborg skulle få lägga ned och ett av våra tre sjukhus i Gävleborg inte skulle drivas vidare som idag.

Sverigedemokraterna

1. Vi ser en oroande trend att vårdköerna ökar i Gävleborg, och det är av stor vikt att snabbt agera så att patientsäkerheten inte hotas, vilket hänger ihop med att vi måste arbeta med att locka fler att jobba inom hälso- och sjukvården i Gävleborg och på sikt kunna hålla alla vårdavdelningar öppna. Kostnaderna för hyrläkare måste minska genom att göra det attraktivare att vara anställd hos Region Gävleborg genom att främst förbättra styrning och arbetsmiljö.

2. Riktade statliga anslag för att åtgärda bristen på vårdplatser, vilket finns i Sverigedemokraternas skuggbudget.

3. Det finns en oroande debatt huruvida vinster i välfärden kommer att bli verklighet. Varav det finns en oro för hur våra privata vårdgivare i länet kommer regera på ett sådant förslag och deras framtid i Gävleborg.

Centerpartiet

1. Kompetensförsörjningen och tillgängligheten. Det är även viktigt att vi lyckas med att få till utvecklingen av den nära vården. För att göra det behöver vi inte minst säkerställa fasta vårdkontakter för att förbättra samverkansmöjligheterna mellan sjukhusvård, primärvård och hemsjukvård.

2. Att alla landsting och regioner verkligen genomför SKL:s överenskommelse om oberoende av hyrläkare. Vi behöver även få till ett nationellt sammanhållet journalsystem och läkemedelslista, samt jobba tillsammans kring digitaliseringen.

3. Mer detaljstyrning genom till exempel fler (miss)riktade statsbidrag, vinstförbud och färre utbildningsplatser på läkarutbildningen.

Vi ställde tre frågor

1. Vilka anser du är de viktigaste sjukvårdsfrågorna, avseende ditt landsting/din region, under nästa mandatperiod?
2. Vilka insatser/åtgärder/beslut på riksnivå skulle underlätta ert arbete i landstinget/regionen?
3. Vilka insatser/åtgärder/beslut på riksnivå skulle försvåra ert arbete i landstinget/regionen?

Sjukvårdspartiet Gävleborg

1. Få ner köer till operation, få upp sjukvårdsproduktionen och fler sjukvårdspersonal anställd hos oss – bristen på viktig personal måste lösas. Tillgängligheten måste bli bättre.

2. Landstingen/regionerna ska ha samma system i hela landet där patienter och sjukvården registreras. Läkarna måste träffa fler patienter varje dag. Sjukvården måste kunna ge lika vård i hela landet. Hälso- och sjukvårdslagen måste vara tydlig och med skallkrav på landstingen. Nationella inköp av mediciner som sedan fördelas från staten skulle kunna få ner läkemedelskostnaden enormt. Utbildningsplatserna måste bli fler till vårdyrken. Titta på hur Norge kan ge så bra sjukvård som de kan.

3. Att fortsatt ge ut pengar som statsbidrag underminerar regionernas ansvar att producera sjukvård. Centralisering försvårar möjligheten till att få små sjukhus att blomstra samt gör att tillgängligheten blir sämre och patienten får för långt till sin sjukvård.

Vänsterpartiet

1. Arbetsmiljön avgörande för att kunna behålla personal. Nyrekrytering tar tid och det går åt mycket resurser åt introduktion av ny personal. Medarbetare som stannar och trivs är en förutsättning för kvalitet och utveckling av vården. Större möjlighet för medarbetarna att påverka sin arbetsmiljö, till exempel genom arbetstidsförkortning.

2. Vinstbegränsning i välfärden och stopp för total etableringsfrihet. Trots ökade statsbidrag till hälso- och sjukvården – vården är kostnadskrävande och med dagens teknik kan vi göra otroligt mycket för patienterna, men för det krävs resurser.

Några förslag i korthet

- **Sjukvårdspartiet i Gävleborg** vill ha nationella inköp av medicin och fler utbildningsplatser.
- **Vänsterpartiet** kräver stopp för total etableringsfrihet och vill genomföra vinstbegränsningar.
- **Centerpartiet** vill säkerställa fasta vårdkontakter för att skapa bättre samarbeten mellan sjukhusvård, primärvård och hemsjukvård.
- **Liberalerna** föreslår eget rum vid nybyggnad och tillbyggnad av sjukhus. Partiet vill också ha äldrevårdscentraler där patienten ska kunna få en medicinsk bedömning på en dag.
- **Miljöpartiet** vill värna de små sjukhusen och satsa mer på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.
- **Moderaterna** föreslår ett återinförande av kömiljarden.
- **Sverigedemokraterna** vill arbeta för att fler lockas till att vilja jobba inom sjukvården.
- **Socialdemokraterna** vill utveckla den nära vården för att åstadkomma en jämlik hälsa.
- **Kristdemokraterna** föreslår att sjukvården förstatligas.

3. Alla beslut som ökar de ekonomiska klyftorna är av ondo för sjukvården eftersom de har en direkt påverkan på folkhälsan. Vi har inte heller något behov av fler detaljregleringar och onödiga byråkrati och riktade statsbidrag till specifika områden.

Miljöpartiet

1. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Behövs fortsatt fokus på en omställning till en vård som utgår från det som gör människor friska och som måste innebära att patienter i större utsträckning känner sig trygga och delaktiga i vården. Den naturliga basen för det förändringsarbetet är primärvården, som behöver få ett större uppdrag och mer resurser.

2. Satsning på ett nationellt IT-system för journalföring och all dokumentation som hör till denna. En nationell primärvårdsreform som ger primärvården ett ökat uppdrag.



Illustration: Myran

Att få ner köerna och insatser för att rekrytera personal står högt på alla partiers prioriteringslista.

3. Om alltför mycket av specialistsjukvården centraliseras. Visst skall ovanliga sällsynta operationer/ behandlingar handhas av ett mindre antal specialister på stora sjukhus, men gränsen till vad som kan skötas på mindre sjukhus får inte bli för snäv. Viktigt att utformningen av specialistvården inkluderar tillgänglighet och delaktighet för patienter och anhöriga.

Liberalerna

1. Vid om- och nybyggnation av sjukhus i Gävleborg bör grundstandarden vara att patienterna ska ha tillgång till eget rum. Väntetider på en akutmottagning ska inte överstiga fyra timmar. För att äldre patienter med många och komplicerade vårdbehov ska få en individuellt anpassad vård vill vi inrätta särskilda Äldrevårdscentraler. Målet ska vara att varje patient i regionen ska få en medicinsk bedömning samma dag som man vänder sig till primärvården. En första bedömning ska göras av sjuksköterska. Läkarens tid ska användas till uppgifter som kräver en hög medicinsk kompetens. Med stärkt primärvård minskar också behovet av sjukhusvård.

2. Tillgänglighet är största utmaningen och

den tidigare så effektiva kömiljarden behöver återinföras i utvecklad form. En reformerad kömiljard ska ha fokus på kortare väntetider i hela vårdkedjan, inklusive diagnostik och återbesök, men också ha fokus på samordning och kontinuitet.

3. Att inte återinföra den av S & MP-regeringen borttagna kömiljarden försvårar och försämrar våra möjligheter att korta vårdköerna i Gävleborg.

Kristdemokraterna

1. Öka tillgängligheten till sjukvården för medborgarna. Idag är köer till vården ett allt större problem igen. Personalförsörjningen är en stor utmaning som regionen som arbetsgivare måste ta sitt ansvar för.

2. Förstatliga sjukhusvården. Det kan inte fortsättningsvis vara så att beroende på var man bor i landet är avgörande för vilken vård man bäst kan få.

3. Ett begränsande av vinstuttaget för privata vårdgivare. Detta kommer att utestänga många privata aktörer att fortsätta bedriva en bra sjukvård, vilket inte är bra för kvaliteten på verksamheten i stort.



Privata alternativ den stora stridsfrågan

Jönköping



Socialdemokraterna

1. Den största utmaningen är att rekrytera personal med rätt kompetens. Utan personal har vi ingen sjukvård och det slår direkt mot tillgängligheten där patienten riskerar få vänta för länge. Vi behöver vända utvecklingen där bemanningsföretag tar allt större plats och resurser, bland annat genom att förbättra arbetsmiljön på våra arbetsplatser. Omställning med att flytta vård från sjukhuset ut till bland annat vårdcentraler närmare medborgarna kommer att vara en utmaning.

2. Att alla regioner och landsting har samma journalsystem där vi kan kommunicera och samverka med kommunerna på ett säkert och effektivt sätt. Vi behöver även nationellt ett fortsatt arbete mot målet att bli oberoende av bemanningsföretag.

3. Ytterligare lagförslag som reglerar hur regioner och landsting ska införa vårdval (privatisera) inom bland annat den specialiserade sjukvården. Det skulle leda till segmentering av den offentligt finansierade sjukvården och på sikt göra vården ännu mer ojämlig.

Moderaterna

1. Bibehålla mycket god tillgänglighet. Personcentrering eller co-production/samskapande med patienten. Fokus på medicinska resultat. Kunskapsstyrning, kvalitetsregister och öppna jämförelser är viktiga delar i arbetet. Omställning där primärvård och hälsofrämjande arbete tar allt större plats i systemet. Utveckla samarbetet mellan primärvård och specialistsjukvård ytterligare så att det blir så sammanhängande vårdkedjor som möjligt. God samverkan med kommunerna för säker och trygg vård. Utveckla samarbetet med universitetssjukhusen så att de klarar av att hantera de ökade volymerna högspecialiserad vård som kommer av nivåstruktureringen. Utveckla användandet av digital teknik och ha tillräckligt med resurser för att tillvarata den medicinska utveckling som hela tiden sker.

2. Icke detaljstyrda initiativ från regeringen. Landsting/regioner måste få frihet att utforma vården efter sina invånares behov. Med den demografiska utveckling vi ser finns dock behov av ökat statligt stöd. Förändrad lagstiftning avseende hantering av patientuppgifter i syfte att underlätta användandet av digital teknik.

3. Detaljreglering av sjukvården med snävt riktade statsbidrag. Oförmåga att hantera lagstiftning för att underlätta användande av digital teknik.

Kristdemokraterna

1. Att kunna erbjuda en vård av högsta kvalitet och god tillgänglighet. Detta förutsätter att vi klarar av kompetensförsörjningen.

2. Mindre detaljstyrning genom riktade statliga bidrag.

3. Ökad detaljstyrning och beslut som inte ser helheten. Exempelvis nivåstrukturerings av högspecialiserad vård kontra möjligheten att klara akutuppdraget på ett mindre sjukhus

Sverigedemokraterna

1. Ge erfarna specialistsjuksköterskor större ansvar och högre lön, minska onödig dokumentation i vården och ha flexibla öppettider i primärvården.

2. Strama upp asylvården, låt statsbidrag vara generella utan örnmärkning och skapa fler utbildningsplatser till vårdutbildningar.

3. Fortsatt invandring med oförändrat regelverk, samt regler som minskar valfriheten för patienterna.

Centerpartiet

1. Stärkt primärvård – där alla patienter har möjlighet till fast läkarkontakt/vårdkontakt och team med hög kompetens. Personcentrerad vård som samverkar i hela vårdkedjan, framförallt kring äldre och multisjuka. Ökad kompetensförsörjning inom psykisk ohälsa på alla nivåer. Specialistrekrytering och effektiva IT-system som ökar kvaliteten och avlastar. Vill behålla tre akutsjukhus och hög specialistkompetens inom de olika verksamhetsområdena för att kunna säkra en jämlik vård i hela länet.

2. Mer generella statsbidrag där beslut om fördelning tas lokalt utifrån behov. Utveckla LOV bland hälsoaktörer och förebyggande lokala insatser. Vi behöver flera privata och ideella utförare för att klara demografin. Fler utbildningsplatser på alla nivåer och mer primärvård i läkarutbildningen. Ändra lagar som hämmar digital samverkan mellan olika nivåer och huvudmän.

3. Statligt övertagande och styrning av delar av vården skulle försvåra förändringsarbetet och minska det lokala engagemanget. Detaljstyrda och specialdestinerade statsbidrag hamnar inte där de bäst behövs. Att införa förbud mot vinster i välfärden skulle lägga locket på för alla privata initiativ.

Miljöpartiet

1. Vill bevara tre akutsjukhus i regionen. Säkerställa kompetensförsörjningen.

2. Fortsätta riktade statsbidrag till personal-satsningar. Tillräcklig dimensionering av vårdutbildningar. Lagstiftning som underlättar praktiska digitala lösningar som exempelvis tillåter gemensam journal eller i varje fall att hemsjukvård och landstingsdriven sjukvård får tillgång till varandras journaler.

3. För mycket krav på detaljnivå hur statsbidragen får användas. Minskade statsbidrag. Krav på vårdval inom specialistsjukvård.

Vänsterpartiet

1. Kompetensförsörjningen (tandläkare, tandsköterskor, undersköterskor, sjuksköterskor, läkare). Inga fler nedskärningar av vårdplatser, tillskjuta medel för mer personal och bemanning av nya vårdplatser. Inga hyrläkare i vården – överdimensionera (övertalig) grundbemanning istället för att klara av semester och minska sjukskrivningar. Inga fler privatiseringar.

2. Höjda statsbidrag. Nationellt förbud mot bemanningsföretag i vården. Ett bra högkostnadsskydd för tandvård.

3. Lagar innehållande privatiseringstvång. Sänkta statsbidrag. För många riktade statsbidrag (vi vill ha fler generella).

Liberalerna

1. Det handlar om att skjuta andel av resurser från slutet vård till mer öppna och förebyggande insatser. Därtill behöver det vara attraktivt att arbeta inom sjukvården – karriärtjänster exempelvis för sjuksköterskor med flera och hållbara lösningar för arbete obekvämt tid med rimlig veckoarbetstid eller extra ersättningar. Dessutom måste sjukvården ta ett digitalt språng för att utnyttja digitaliseringens möjligheter.

2. Tillräckliga utbildningsplatser för yrken i vården, mindre detaljstyrning i statsbidragen, nationellt sammanhållen strategi för digitalisering inom sjukvården med lagstiftning och nationell standard som röjer väg för regionala och lokala utvecklingsarbeten.

3. Mer av statligt huvudmannaskap och styrning för regional eller lokal sjukvård, kortsiktiga reformer och utspel istället för långsiktiga reformer som tar sikte på hur vi klarar välfärden med minskande andel i sysselsättning.



Kalmar

Våra frågor:

1. Vilka är de viktigaste frågorna i ert landsting?
2. Vilka beslut på riksnivå skulle vara bra för er?
3. Vilka beslut på riksnivå vill ni inte se?

Socialdemokraterna

1. Förbättrad tillgänglighet till hälso- och sjukvården är den stora utmaningen. Åldersstrukturen inom landstinget skiljer sig en del från landet i övrigt – vi har en högre andel äldre än nationellt. Viktigt att låta hälso- och sjukvården flytta närmare invånarna. En annan utmaning är att implementera lagen om samverkan vid utskrivning från hälso- och sjukvården. Vi måste klara kompetensförsörjningen i hela länet.

2. Kostnaderna ökar samtidigt som intäkterna minskar. Regeringen har under de senaste åren skjutit till stora resurser i form av ökade statsbidrag. Däremot har vi varit kritiska till att statsbidragen tenderat bli mer riktade.

3. Att exempelvis statsbidragen tenderar bli mer riktade vilket kommer innebära att de blir mindre användbara för oss.

Moderaterna

1. Att skapa långsiktighet gällande hur sjukhusen och primärvården ska se ut för att ge medarbetarna en tryggare arbetssituation. Att genomföra digitaliseringen så att den stöttar vårdprocesser och till exempel ta bort onödig dubbelokumentation. Att utveckla den nära vården, upprätthålla och utveckla kompetensen även i de små landstingen. Ge personalen tid för patienterna.

2. En utvecklad kömiljard som kan jobba bort flaskhalsarna i sjukvårdssystemet. Se över lagstiftningen kring digitaliseringen så att vi lättare kan kommunicera mellan landsting och med till exempel kommuner.

3. Allt som minskar landstingens självbestämmande. Minska alla små riktade statsbidrag som ökar den statliga styrningen och satsa på några få statsbidrag som i första hand kan öka bemanningen, kvaliteten och tillgängligheten.

Centerpartiet

1. En stor andel av patienterna saknar en möjlighet till fast läkarkontakt, därför är det en av de absolut viktigaste frågorna för att skapa nära vård. Den andra stora frågan är bemanning och kompetensförsörjning. Landstinget behöver bli en än mer attraktiv arbetsgivare.

2. Staten måste ta sitt ansvar för utbildningarna i de olika yrkena i vården. Tillgång till utbildningar saknas och det finns för få platser. Landstingen står inför stora utmaningar med finansiering de kommande tio åren och där måste staten ta sin del av

ansvaret utan att komma med riktade statsbidrag i ökad utsträckning. Den tredje frågan är att förändra lagstiftningen inom områden som berör digitaliseringen så att den underlättas istället för att försvåras som det görs idag.

3. Ett stopp för privata vårdföretag skulle vara förödande för utvecklingen och möjligheterna att bedriva vård. Utökad detaljstyrning på olika områden skulle göra det svårare att bedriva vård i vårt län med tanke på dess förutsättningar.

Sverigedemokraterna

1. Att möjliggöra och säkerställa rekrytering av vårdpersonal. Att få slut på beroendet av hyrpersonal och de stora kostnaderna, samt ökade risker för patientsäkerheten som detta för med sig. Detta måste dock ske stegvis. Frigöra och omfördela resurser genom en översyn av den våldsamt svällande ökningen av administratörer och handläggare som inte arbetar direkt i vården. Att primärvården har sammanhållande funktion i sjukvården och att patienten alltid har en fast ansvarig läkarkontakt.

2. En annan prioritering inom sjukvården så att medborgarskapets betydelse blir tydligare. En grundlig översyn av den ökade administrationen inom sjukvården. En mer restriktiv invandring. Ett system med bättre koordinering av resurser mellan olika landsting när resurser och vårdplatser inte räcker till.

3. Det stora hotet är att de finansiella resurser som måste riktas in på kärnverksamheten, den vårdande personalen, inte räcker till, liksom att den administrativa bördan ökar ytterligare.

Kristdemokraterna

1. Bemanning och kompetensförsörjning är grundläggande frågor för att vården överhuvud taget ska fungera. Målmedvetet arbete för att förbättra arbetsmiljö och arbetsvillkor krävs och att varje professions kompetens tas tillvara på bästa sätt, så att man kan rekrytera och behålla medarbetarna. Tillräckligt med vårdplatser på sjukhusen.

2. Utbildningsplatser motsvarande det långsiktiga rekryteringsbehovet med marginal för naturlig omsättning. Statsbidrag som motsvarar det ökande sjukvårdsbehovet kopplat till demografin. Ökad statlig styrning av sjukhusvården, för att minska ojämlikheterna i landet.

3. Ryckighet och tvära kast – lång tid behövs för att förändra strukturerna.

Vänsterpartiet

1. Behovet av att behålla och rekrytera medarbetare mest centralt och ett led i det är att minska arbetstiden. Att arbeta mot en mer jämlik vård och där är processen med god och nära vård samt att förstärka vårdkedjan för personer med kroniska sjukdomar också högt prioriterat.

2. För att verkligen kunna tillgodose en jämlik vård efter behov så är ett borttagande av etableringsfriheten och vinst som drivkraft nödvändig. Också att ha en huvudman för missbruks- och beroendevården, istället för två huvudmän som lyder under olika lagar.

3. Minskade resurser skulle definitivt försvåra möjligheterna till att ge en jämlik och jämställd vård.

Miljöpartiet

1. Att en tydlig förskjutning av vården sker från sjukhusvård till en nära vård i primärvård och i hemmet. Dels kan detta bli möjligt genom en annan resursfördelning och att man på ett bättre sätt utnyttjar de digitala möjligheterna.

2. Tydligare riktlinjer om jämlik vård för alla – vad det innebär och hur det ska nås, och icke detaljstyrda statsbidrag för att kunna genomföra det.

3. Att statsbidragen minskar och/eller blir allt för detaljstyrda, vilket försvårar att styra resurserna utifrån de speciella regionala förutsättningarna.

Liberalerna

1. Utan tvekan tillgängligheten till vård, det vill säga att få vård med god kvalitet i rimlig tid utan långa köer. Speciellt i arbetet med den psykiska ohälsan som ökar lättnad i samhället. Bättre samverkan mellan kommuner och landsting är också viktig i syfte att skapa en sömlös vård.

2. Ett enhetligt beslut om rikstäckande patientdatajournalsystem så att det blir lättare att utbyta information mellan landstingen respektive mellan landsting och kommun. Viktig patientsäkerhetsfråga att alla har rätt information och beslutsunderlag i olika vårdssituationer.

3. En alltför stor detaljstyrning av vården från statens sida. Vi måste vara medvetna om att villkoren att bedriva vård ser väldigt olika ut runt om i landet. Här ska staten göra förutsättningar mer likvärdiga. Vilken vård man har rätt till ska inte avgöras av var man bor.



Uppsala

Socialdemokraterna

1. Under lång tid har det satsas för lite på medarbetarna i vården och nu råder en stor personalbrist vilket syns på väntetiderna. Vi behöver satsa på personalen och anställa fler i vården. Det är det effektivaste sättet att korta väntetiderna.

2. Fortsätta statsbidrag till regioner och landsting som gör att vi kan anställa fler sjuksköterskor, undersköterskor och läkare samt satsa på att förbättra villkoren för medarbetarna.

3. Stora skattesänkningar som omöjliggör fortsatta investeringar i sjukvården. Lagar som driver på privatisering av specialistsjukvården.

Moderaterna

1. Sjukvårdens mest brinnande fråga är givetvis vårdköerna. I regionen har dessa på ett mycket bekymrande sätt växt sedan 2014.

2. Vi vill återinföra den så kallade kömiljarden. Det var ett ersättningssystem som belönar landsting/regioner som lyckas korta vårdköerna.

3. Riktade statsbidrag. De är för många och saknar styreffekt.

Sverigedemokraterna

1. Hur regionen arbetar för att behålla och rekrytera personal. Ett av våra största problem är bristen av personal och personal med särskild specialistkompetens.

2. Vi presenterar en rad förslag på riksnivå som vi tror skulle underlätta vårt arbete lokalt. Till exempel: rätten till heltid, karriäryft för sjuksköterskor och undersköterskor, slopa delade turer, slopad karensdag och att regionen bör fokusera på att begränsa den administrativa belastningen för läkare och sjuksköterskor.

3. Fokus bör läggas på att lösa personalbristen och hur man kortar ner vårdköerna som blir allt större istället för debatt om vinster i välfärden.

Miljöpartiet

1. Mer resurser till den nära vården: en omfördelning där mer resurser går till primärvården för bättre tillgänglighet och tidiga insatser. Tidiga insatser mot psykisk ohälsa: stort behov av högre tillgänglighet till första bedömning och tidiga insatser. Fortsatt fokus på digitalisering: stor potential med digitalisering och e-hälsa med patienten som medskapare.

Några förslag i korthet

- **Socialdemokraterna:** Det behövs fler anställda inom vården för att korta väntetiderna.
- **Moderaterna:** Återinför kömiljarden.
- **Sverigedemokraterna:** Ge de anställda rätt till heltid, karriäryft för sjuksköterskor och begränsad administrativ belastning för läkare och sjuksköterskor.
- **Liberalerna:** Återinför sjukvårdsbiträden och låt Försäkringskassan medfinansiera behandling och rehabilitering.
- **Vänsterpartiet:** Viktigast att klara bemanningen.
- **Centerpartiet:** Att tillgängligheten förbättras och att patienten kan lista sig på läkare. Det måste bli lättare att starta egna mindre mottagningar.
- **Kristdemokraterna:** Ökad statlig styrning. Det är orimligt att det inte finns ett sammanhållet journalsystem för hela vården i hela landet.

2. Mer resurser till hälso- och sjukvården och på digitalisering och e-hälsa. Behov av statlig e-hälsomiljard som kan stimulera uppbyggnad av nationella plattformen. Behov av förändring av LOV – bl a möjlighet för sjukvårdshuvudmannen att styra var geografiskt en ny vårdcentral ska få etablera sig.

3. Ett ev vinstförbud skulle försvåra för inte minst de mindre vårdbolagen – som är viktiga för att vi ska klara välfärden. Viktigt med regelverk som ger trygghet för medborgarna, som premierar seriösa bolag och långsiktiga åtaganden, men som inte sker på bekostnad av de seriösa privata bolagen.

Liberalerna

1. Arbetsgivarpolitiken vår allra viktigaste fråga. Bristen på sjuksköterskor stort arbetsmiljöproblem, men brist på forskningstid och alltför få ST-läkare faller också krokben för morgondagens patienter. Återinför sjukvårdsbiträden.

2. Samordningen mellan sjukvård och FK behöver stärkas och kassan aktivt medfinansiera behandling och rehabilitering. Arbetsmiljöverket behöver granska mer. Ökad nationell kunskapsstyrning. Äldre, förvirrade patienter skulle vinna på att Läkemedelslagen ändrades så att läkemedel märks med substansnamn och företagsnamn skrivs i mindre stil. Kvacksalverilagen måste skärpas. Färre riktade statsbidrag, så att mindre energi behöver ägnas åt uppföljning, redovisning och annan administration. Upphandlingsregler anpassade efter sjukvården.

3. Alla tankar om vinstförbud i välfärden försvårar för sjukvården. Anställda måste kunna byta jobb, eldsjälarna måste kunna starta

Våra frågor:

1. Vilka är de viktigaste frågorna i ert landsting?
2. Vilka beslut på riksnivå skulle vara bra för er?
3. Vilka beslut på riksnivå vill ni inte se?

eget och patienten måste ha friheten att själv bestämma. Förslag om att stoppa privatisering av universitetssjukvård kan också slå hårt.

Vänsterpartiet

1. Att klara bemanningen för fler öppna vårdplatser, ökad stabilitet och kortare vårdköer.

2. Långsiktiga och högre generella statsbidrag.

3. Minskade statsbidrag.

Centerpartiet

1. Tillgänglighet till primärvården och specialistvården, bland annat inom barn- och ungdomspsykiatri. Att kunna ge människor den goda och nära vård de förväntar sig. Den största utmaningen är att behålla och rekrytera specialistutbildade sjuksköterskor och läkare inom allmänmedicin. Att ha kontroll på ekonomin är grundläggande för att kunna ge vården de långsiktiga stabila villkor som behövs.

2. Reformera primärvården i grunden. Rätt till en fast läkarkontakt och möjlighet att lista sig på läkare istället för mottagningar. Endast läkarlegitimation borde räcka för att kunna etablera sig i primärvården med eget patientansvar. Det måste även bli lättare att starta egna mindre mottagningar. En utvecklad tillgänglighetsmiljard för att kunna motivera landstingen och regionerna att kapa köerna i hela vårdkedjan. Gör det mer attraktivt att utbilda sig till sjuksköterska och stärk incitamenten att stanna kvar. Minska antalet och omfattningen av riktade statsbidrag. Också rejäl rensning i krav på rapporteringar och annan administration som läggs på vården.

3. Förbud mot vinster i välfärden. Minskad frihet för regionen att organisera sin verksamhet efter egna förutsättningar. Ständigt nya projekt och riktade satsningar och för låga uppräknings av de generella statsbidragen.

Kristdemokraterna

1. Öka vården i primärvården för att förhindra onödiga inläggningar på sjukhusen. Det ger en mer samordnad vård av äldre och kroniskt sjuka.

2. Ökad statlig styrning. Det är exempelvis orimligt att det inte finns ett sammanhållet journalsystem för hela vården i hela landet.

3. Det är för mycket riktade statsbidrag och de ökar hela tiden. De leder till tillfälliga projekt istället för mer och bättre vård.



Värmland

Socialdemokraterna

1. Den psykiska ohälsan, tillgängligheten och kompetensförsörjningen.

2. Långsiktigt stabila planeringsförutsättningar med fortsatta ekonomiska stöd.

3. Kortsiktiga, oförutsägbara och detaljstyrande statliga beslut.

Moderaterna

1. Fortsatta satsningar på utveckling utifrån värmlänningarnas behov av sjukvård. Medarbetarnas arbetsmiljö och förutsättningar att göra ett gott jobb.

2. En ny och utvecklad kömiljard. Utbildningssatsningar. Regelverksanpassningar för framtiden digitala informationshantering.

3. Eftersom skatteintäkterna betalar välfärden är en dålig jobbpolitik illa för sjukvården. Landstingen ser lite olika ut så det är försvårande med "öronmärkta pengar".

Centerpartiet

1. Tillgängligheten, att våra patienter snabbt och på ett bra sätt kan nå sjukvården eller att sjukvården kan nå patienterna genom ny teknik och mobila team. Tillgänglighet av rätt kompetens på rätt plats. Samarbete landsting kommun för en sömlös vård av våra inneboende.

2. Vi vill införa en tillgänglighetsmiljard och satsa 1,2 miljarder på snabbare hjälp vid psykisk ohälsa. Att alla legitimerade läkare ska kunna starta och driva egna vårdcentraler.

3. Skärpa Lagen om Valfrihet, LOV. Att man inte satsar på utbildningsplatser för vårdpersonal. Att man fortsätter att försvåra för de privata utförarna trots att de är avgörande för att öka tillgängligheten.

Sverigedemokraterna

1. Vårdköerna som i vissa fall är katastrofala. Personalens arbetsmiljö och arbetssituation. Att patienterna så tidigt som möjligt möter rätt kompetens i rätt tid. Att sjukvården kommer närmare patienten. Ännu bättre samarbete och dialog med kommunerna. Sjukhusen skall ha fokus på högspecialiserad vård.

2. Att beslut fattas om att hjälpa landstingen att ställa om från att bli mindre sjukhustunga till att få ut mer vård ut i landet genom t.ex. primärvården. Staten bör oftare och mer djuplodat se över om viss sjukvård kan skötas på statlig nivå. Satsa mer på att få hit utbildningar inom

sjukvård på universitetet. Även stöd med att kunna erbjuda attraktiva löner.

3. Att statsbidragen blir alltför detaljstyrda, vilket riskerar att göra det svårare att fatta beslut enligt våra egna förutsättningar. Kömiljarden är ett exempel på ett alltför statiskt statsbidrag. Att det satsas för lite på att återinföra och starta nya utbildningsplatser för sjukvårdspersonal. Att vi blir intvingade i storregioner.

Sjukvårdspartiet i Värmland

1. Tillgänglighet, patientinvolvering, hälsofrämjande insatser, rekrytering & arbetsmiljö. Att fortsätta leda pågående utvecklingsarbete så att sjukvården organiseras utifrån behov, med rätt andel vårdplatser, rätt patient på rätt vårdnivå, till rätt kompetens. God samordning samt reellt samarbete med andra huvudmän. Förstärkt öppenvård. Utvecklingen skall ske med hjälp av medarbetare och patientföreträdare.

2. Se hela människan. En större framförhållning samt förstärkt resursfördelning till landstingen för att främja utvecklingsarbete, arbetsmiljö och attraktivitet för vårddyrken. Klok reform utifrån regeringsuppdraget 2017:43 om "Ökat patientinflytande & patientsäkerhet inom annan vård". Ge patienter mer ökad jämlik tillgång till individanpassad vård som fungerar! Satsa resurser även på kvalitativ forskning som till exempel kan ta lärdom av patientberättelser. Stimulera mer egenvård genom till exempel BOT (Behandlings- och terapiavdrag, fungerar som RUT).

3. Centralisering av beslutsfattande över sådant som påverkar och bäst löses på lokal nivå.

Vänsterpartiet

1. Vårdens tillgänglighet måste förbättras radikalt. Psykiska ohälsan har blivit vår nya folksjukdom och vi måste kraftsamla kring att bryta den negativa utvecklingen. Vi vill prioritera resurser till BUP.

2. För att kunna arbeta strategisk rätt under längre perioder finns ett behov av långsiktiga planeringsförutsättningar för den regionala verksamheten. Resursfrågan måste säkerställas långsiktigt och finansieringen av den gemensamma välfärden prioriteras. LOV bör avskaffas. Slöseriet med skattemedel måste upphöra.

3. I princip det motsatta från föregående fråga. Vidare måste hela välfärdssektorn fungera i alla delar och därför måste resurser finnas på både riks-, regional- och lokal nivå för att säkerställa medborgares trygghet och en kvalitetssäkrad välfärd.

Kristdemokraterna

1. Att öka tillgängligheten och att ge vård på rätt nivå med hög kvalitet. Skapa fler mobila team inom äldreomsorg, palliativ vård och psykiatrisk vård. Större möjlighet att få hembesök. De patienter som har omfattande vårdbehov ska få en kontaktsjuksköterska. Vård ska ges så nära patienten som det är möjligt.

2. Förutsättningarna ser mycket olika ut i olika delar av landet och därför vill vi att staten på sikt ska ta huvudansvaret för den specialiserade sjukhusvården för att säkra en god, effektiv och jämlik sjukvård. Staten bör ta ansvar för specialistutbildningar för sjuksköterskor.

3. Prestationsbaserade ersättningar kan var bra men med alltför detaljerade kriterier kan de försvåra det utvecklingsarbete vi arbetar med. Förslag att reglera vinster i välfärden kan få stora negativa effekter och minska medborgarnas valfrihet.

Liberalerna

1. Att vi fullföljer den utvecklingsplan vi initierat i primärvården. Med bl a BEON – Bästa Effektiva Omhändertagande Nivå. Att vi får en ökning av bruket av kreativitet uttryckande terapier och grön rehabilitering.

2. Att man införde totalstopp för anlitande av hyrläkare. Att man radikalt minskar kravet på vårdokumentation i den sjukvårdsnära administrationen.

3. Om man inte införde ett totalstopp för anlitande av hyrläkare. Och att man begränsade de privata vårdgivarnas engagemang inom sjukvården.

Miljöpartiet

1. Vårdens tillgänglighet ur olika synvinklar, både att den som behöver vård lätt ska få kontakt med vården, och att vården ska finnas inom rimligt geografiskt avstånd för alla. Lika viktigt är förstås vård av hög kvalitet och grundförutsättningen för det är att vi klarar kompetensförsörjningen.

2. Bygg ut utbildningen av läkare – bland annat specialiseringarna allmänläkare och akutläkare – och andra nyckelkompetenser för sjukvården. Även utbildning av bland annat specialistsjuksköterskor, biomedicinska analytiker, läkarsekreterare och psykologer bör utökas för att tillgodose landstingens behov.

3. Neddragningar av viktiga utbildningar inom vårdområdet skulle i hög grad försvåra vårt arbete i landstinget. Stora påtvingade omorganisationer, exempelvis regionsammanslagningar eller omfattande förstatliganden av vården.



Västerbotten

Socialdemokraterna

1. Utveckla primärvården till en nära vård där också det förebyggande arbetet får en tydlig plats, samt arbeta för fortsatt utveckling av den specialiserade vården där en viktig fråga är att minska köerna till operation/åtgärd.

2. Vi behöver resurser för att klara nuvarande uppdrag så en satsning på statsbidragen som mera långsiktigt ger oss bra planeringsförutsättningar.

3. Kraftigt minskade resurser till hälso- och sjukvård.

Moderaterna

1. De fördubblade vårdköerna, vårdplatsbrist, stress bland vårdens medarbetare och en primärvård som inte har rätt förutsättningar.

2. En ny och utvecklad kömiljard, ökat statligt ansvar för vidareutbildningsplatser på universitetsnivå, en nationell primärvårdsreform som innebär listning på fast läkarkontakt i teamen med ett utvecklat vårdval, samt ett ökat intresse för vårdens informationssystem.

3. Ökad detaljstyrning på professionsnivå främst genom Socialstyrelsen, storregionsreform, en forcerad tidsplan för den nya rikssjukvården och en försämrad jobbpolitik som skulle innebära lägre skatteintäkter.

Vänsterpartiet

1. Jämlik vård i länet. Vi fortsätter arbeta för att behålla och utveckla en sjukvård med tillgång till akutkirurgi och förlossningsvård på alla tre sjukhusorten i länet. Bättre arbetsvillkor. Förkortad arbetstid med bibehållen lön och attraktiva arbetsplatser, tillsammans med bra löner, ökad personaltäthet, arbetsplatsdemokrati och möjligheter till utveckling i jobbet. Bättre tillgänglighet. Stopp för hyrpersonal – sjukvården är ingen marknad.

2. Ökade statsbidrag till kommuner och landsting. Skärpa lagstiftningen vid inhyrning från bemanningsföretag. Arbetsgivare måste se till att ha en tillräcklig bemanning. Stopp för vinster i sjukvården. Bort med Lagen om Valfrihetssystem (LOV) och den fria etableringsrätten.

3. Skattesänkningar och lägre statsbidrag. Fortsatta vinster i välfärden. Förstatligande av sjukhusen.

Centerpartiet

1. En under många år underfinansierad sjukvårdsbudget har inneburit att respekt för

Några förslag i korthet

• **Centern** svarar att man måste få stopp på de skenande kostnaderna för hyrpersonal.

• **Vänsterpartiet** vill gå ännu längre och sparka ut all hyrpersonal.

• **Miljöpartiet** föreslår ökade satsningar på arbetsmiljön och hälsofrämjande insatser, som att öka tillgängligheten för cyklisterna.

• **Samtliga partier** menar att problemen med brist på vårdplatser och långa köer måste åtgärdas.



budgethållning och effekten av sparpaket uteblir. Den skenande kostnaden för hyrpersonal, samt rekrytering av kvalificerad personal. Vårdköer är långa, psykiatri och BUP tillhör de som drabbas allra mest.

2. Ta intryck av de strukturförändringar som görs i Norge. Göran Stiernstedts utredning "Effektiv vård" och Anna Nergårds "Samordnad utveckling för en god och nära vård" innehåller många bra förslag som bara är att sätta i verket.

3. På alla sätt motverka att sjukvårdens resurser alltmer används till administrativa nyckelfullheter. Ge Försäkringskassan och flera andra myndigheter uppdraget att åter fokusera på främjaruppdraget, sjukvården ska inte behöva se dessa myndigheter som ett hot utan mera som partner. Alla enskilda initiativ via privata vårdgivare och olika organisationsformer bör belönas, stimuleras och uppskattas i stället för att hotas med vinstförbud.

Liberalerna

1. Personalfrågan är den absolut viktigaste. Det behövs fler sjuksköterskor och läkare, satsningar på AT och ST för läkare och AST (allmänspecialisttjänstgöring) för sjuksköterskor. Att komma tillräätta med bristande tillgänglighet och brist på vårdplatser.

2. Satsa på fler utbildningsplatser för läkare och sjuksköterskor och riktade pengar för AT, ST och AST. Styr upp ett nationellt journal-system i sjukvården. Med mer nationell samordning och styrning av vården kan vi öka både likvärdigheten och valfriheten och samtidigt förbättra vården i de delar av landet där det bor få människor.

Våra frågor:

1. Vilka är de viktigaste frågorna i ert landsting?
2. Vilka beslut på riksnivå skulle vara bra för er?
3. Vilka beslut på riksnivå vill ni inte se?

3. Att ta bort vinsterna i välfärden – vi behöver fler utförare inte färre. Att inte satsa på utbildningsplatser för sjukvårdspersonal. En alltför omfattande centralisering av specialiteter skulle undergräva underlaget för Norrlands universitetssjukhus.

Kristdemokraterna

1. Tillgänglighet till primärvården, bättre samarbete med kommunerna kring multisjuka äldre. Kapa långa vårdköer inom BUP och köer för operation och behandling. Ta e-hälsan till en högre nivå.

2. Förstatliga specialistsjukvården för en jämlik vård över hela landet. Absolut viktigast. Återinföra kömiljarden.

3. Tillfälliga riktade statliga medel försvårar långsiktig planering.

Miljöpartiet

1. Arbetsmiljön. Alla som arbetar inom landstinget ska ha en bra arbetsmiljö och vara stolta över och nöjda med sitt jobb. Jämlik vård. Västerbotten är ett stort län med ibland långt mellan människorna och fysisk vårdinstans. Korta vårdköerna – vi måste skaffa oss kapacitet att ta emot alla som behöver vård inom garantitiden. Men vi måste också ändra arbetssätt. Hälsofrämjande insatser. Öka tillgängligheten för cyklisterna, möjlighet till friskvård, social vård (skapa sociala sammanhang för att undvika social isolering och psykisk ohälsa).

2. Riktade pengar till utbildning av personal och anställningar av AT- och ST-läkare. Stöd för utveckling av digitalisering inom sjukvården.

3. Sänkta skatter. Kortsiktiga beslut.

Sverigedemokraterna

1. Vi behöver stärka tillgängligheten, i synnerhet för de som väntat på operation/åtgärd fler än nittio dagar. För att kunna göra detta krävs det också fler händer i vården. Äldre behöver också en bättre vård.

2. Stärkta statsbidrag, landstingen behöver ytterligare medel. Vi behöver revidera det kommunala utjämningsystemet, samt skärpa migrationen.

3. Sänkta statsbidrag. Storregionsbildande. Det senare är något som skulle vara tämligen skadligt för hela norra Sverige.



Östergötland

Socialdemokraterna

1. Tillgänglighet till hälso- och sjukvård. Jämlik vård och en mer nära vård (digitalisering, vård i hemmet, mobila läkarteam osv).

2. Ökade generella statsbidrag.

2. Sänkta statsbidrag.

Moderaterna

1. Att komma till rätta med de växande vårdköerna, vårdplatsbristen och att få en ekonomi i balans i sjukvården.

2. En ny och utvecklad kömiljard. Vi vill att den nya kömiljarden ska utökas till tre miljarder kronor och breddas till att också omfatta laborietester och röntgen. Kömiljarden ska dessutom ha ambitiösare tidsgränser och vara bättre samordnad.

3. Generellt ser vi att allt för riktade statsbidrag skapar problem i vårt arbete. De stämmer oftast inte med de behov vi har lokalt.

Sverigedemokraterna

1. Hälso- och sjukvårdspersonalens arbets-situation. Vi vill avlasta vårdpersonal och skapa förutsättningar för att befintlig kompetens används på ett effektivt sätt. Även arbeta för att psykisk ohälsa och suicidprevention blir en tydligt prioriterad fråga i regionen – både preventivt arbete och nya effektiva behandlingsmetoder är avgörande för att möta den oroväckande utvecklingen på ett slagkraftigt sätt.

2. Riktade anslag som skapar förutsättningar för oss på regional nivå att kunna förbättra både villkor och arbetsmiljö för hälso- och sjukvårdspersonalen. Där är anslag för slopad karensdag, vidareutbildning av sjuksköterskor på arbetstid och kompetenslyft för undersköterskor några goda exempel.

3. SD är det parti som tar den rådande situationen inom svensk hälso- och sjukvård på verkligt allvar. De insatser och åtgärder som vi presenterar på riksnivå är därför avgörande för att kunna hantera det befintliga tillståndet.

Miljöpartiet

1. Den övergripande strategiska frågan handlar om att kunna ställa om sjukvården så att den blir mer kostnadseffektiv. Tre särskilt viktiga områden: utbyggnaden av primärvården och den nära vården med större inslag av mobila och digitala lösningar, att i stort genomföra en digitalisering av vården samt

att vi hittar bra sätt för vården att ta hand om den ökade psykiska ohälsan.

2. Att så långt det är möjligt stödja hälso- och sjukvården genom generella statsbidrag och inte gå in och detaljstyra. Behövs också förändring av lagstiftningen så att många av de saker som en ökad digitalisering kan göra inte ska möta laghinder, exempelvis informationsöverföring när det gäller patientjournaler.

3. Att fortsätta med och kanske till och med öka benägenheten att ge detaljinriktade statsbidrag och att undvika att ta tag i de lagstiftningsproblem som digitaliseringen innebär.

Centerpartiet

1. Den för höga kostnaden för hyrpersonal. Rekrytering av kvalificerad personal exempelvis läkare och sjuksköterskor. Vårdköer är långa, psykiatri och BUP tillhör de som drabbas allra mest.

2. Skapa incitament till kortare köer – vi vill införa en "tillgänglighetsmiljard" för att stärka drivkrafterna för landsting och regioner att korta köerna i hela vårdkedjan.

3. Förbud mot vinster i välfärden. De fristående utförarna är avgörande för om vi ska klara av att leverera vård av hög kvalitet till en åldrande befolkning. Diskussionen om vinsttak har dragits i långbänk och skapar osäkerhet hos utförare och patienter.

Kristdemokraterna

1. Att stärka den nära vården – uppgifter behöver flyttas från sjukhusvård till primärvård. Primärvården behöver också bli mer tillgänglig med ökade öppettider på kvällar och helger. För att komma åt problemen med vårdrelaterade infektioner tror vi att ett nationellt kompetenscentrum, uppbyggt runt den kompetens som redan idag finns inom Region Östergötland, skulle kunna vara ett viktigt steg. Tillgängligheten också ett av de största problemen – låt fler aktörer vara med och ta ansvar för kötyngda sektorer. Vi vill även att sydöstra sjukvårdsregionen investerar i en egen ambulanshelikopter.

2. Ett återinförande av en kömiljardreform. Överföra ansvaret för elevhälsan till regionerna för att skapa en bättre kontinuitet.

3. Beslut om vinstbegränsning i välfärden. Utan våra välfärdsföretag skulle det offentliga stå sig slätt. Dessutom finns det flera alternativa arbetsgivare för exempelvis vårdpersonal.

Våra frågor:

1. Vilka är de viktigaste frågorna i ert landsting?
2. Vilka beslut på riksnivå skulle vara bra för er?
3. Vilka beslut på riksnivå vill ni inte se?

Liberalerna

1. Att värna, prioritera och utveckla sjukvårdens kärnverksamhet och basuppgifter, såsom att få ner vårdköerna och att kompetensförsörjningen och patientsäkerhet hålls hög. Att skapa en sammanhållen vårdkedja och omhändertagande för äldre med komplexa vårdbehov och multisjuka patienter. Att en större satsning kommer till stånd vad gäller psykisk ohälsa och att psykiatri resurssätts i enlighet med föreliggande behov.

2. Ett förstatligande av den högspecialiserade vården så att man oberoende var man bor i landet kan få tillgång till en god och jämlik vård. Då skulle landstingen/regionerna kunna lägga ett tydligare fokus på den övriga sjukvårdsverksamheten.

1. Öronmärkta statliga anslag som inte har flexibilitet för de lokala behoven.

Vänsterpartiet

1. Att få ordning på sjukvårdens ekonomi. Just nu går sjukvården med historiskt stora underskott och kraftiga nedskärningar väntas de kommande åren. Om man inte ser till att få ordning på ekonomin och skjuter till mer resurser kommer sjukvårdens kvalitet att minska drastiskt.

2. Stopp för vinstdrivande företag och ökade generella statsbidrag.

3. Fortsatt möjlighet för fri etablering av vinstdrivande företag i sjukvården.

Några förslag i korthet

- **Både Vänsterpartiet och Moderaterna** svarar att regionen måste prioritera att få ordning på ekonomin om inte vårdens kvalitet ska försämrats.
- **Kristdemokraterna** föreslår ökade öppettider inom primärvården.
- **Socialdemokraterna** vill satsa på mer jämlik och nära vård.
- **Sverigedemokraterna, Miljöpartiet och Liberalerna** svarar att man vill ha en större satsning för att möta problemen med ökad psykisk ohälsa.

”STATEN MÅSTE NOG TA ÖVER AKUTSJUKVÅRDEN”

De flesta vet instinktivt att akutsjukvård går före planerad vård. Behöver någon en akut operation fixar man detta och senare lägger den planerade operationen. Behöver någon en akut konsultation får man gå ifrån rondan för att sedan återuppta det planerade arbetet.

Historiskt har dock vårdens planering och ekonomi kretsat kring diagnoser och patientgrupper. De olika specialiteterna har uppstått kring organsystem och diagnoser. Man skapade hela sjukhus för exempelvis TBC eller malaria, byggde fristående kliniker baserade på patientgrupper och diagnoser.

Fram till mitten av 1900-talet hade ofta varje klinik sin egen akutmottagning som en logisk följd av klinikstruktur och diagnosgrupper. Detta syns fortfarande på stora sjukhus som till exempel Akademiska i Uppsala, som har ett antal olika akutmottagningar beroende på patientgrupp eller diagnosgrupp.

Den moderna akutsjukvårdens framväxt har viss militär bakgrund. Inom den amerikanska armén lärde man sig ända sedan andra världskriget att tidig behandling, ofta redan i fält, gav bättre resultat och drog mindre resurser totalt från krigsförmågan. Man insåg att man behövde inte vara läkare för att göra nytta utan stridssjukvårdare utbildades för att snabbt kunna verka i soldaternas miljö. Snabb behandling med kompetens närmare soldaterna var i många fall mer avgörande än stora fina militärsjukhus eller högspecialiserade läkare långt ifrån patienterna.

Den prehospitla sjukvården har varit föregångare i Sverige och växt sedan 70-talet. Från att ha haft helt utbildad personal som transporterar patienter (vanligt var taxichaufförer eller likbilsfirmor som hade bra plats i kombibilen) har vi ständigt ökat utbildning och kompetenskrav för prehospital



AV NICHOLAS AUJALAY
• Akutläkare

personal, som numera domineras av specialistutbildade sjuksköterskor. Även visst inslag finns av läkare i Sverige, främst med anestesilogi som ingång till den prehospitla vården. Ambulanter och helikoptrar blir ständigt bättre utrustade för fler tidiga behandlings och bättre tillgänglighet.

Sjukhusklinikerna har sedan 1970 som oftast valt att bemanna akutsjukvården med de minst erfarna läkarna. I takt med ökade möjligheter vad gäller diagnos och behandling av en rad akuta tillstånd har vissa sjukhus sett en fördel i mer kompetent initial handläggning och behandling, vilket har gett upphov till en rad olika akutläkarförsök. Även om de första akutläkarprojekten startade år 2000 har utvecklingen delvis haltat i brist på uppdragsbeskrivning, finansiering och politisk uthållighet samt internt motstånd inom läkarkåren. Vi har idag drygt 200 specialister när vi skulle behöva närmare 1000-1500.

Akutkliniker med akutläkare innebär inte bara fördelar för akutsjukvårdens patienter utan också på sikt för specialistklinikerna. Dessa har möjlighet att öka sin kompetens inom respektive

kärnområde och kommer att behöva färre läkare för att klara sitt klinikuppdrag. Fler operationer per kirurg leder till skickligare kirurger och bättre resultat. Fler komplicerade sövningar per anestesilog leder till säkrare vård. Akutläkardrivna akutkliniker är kostnadseffektiva (och levererar dessutom en bredare palett av akutsjukvård) och kan motivera att man behåller de minsta sjukhusen i landet.

En stor del av vården kan idag kvalitetsgranskas och utsättas för konkurrens. Är du i behov av en höftledsoperation kommer du säkerligen framöver att kunna välja kirurg, klinik eller ort beroende på vad som passar dig bäst (redan idag kan du kontakta kliniker i Europa och få din höft opererad, för att sedan ersättas av försäkringskassan).

Denna typ av planerad vård kan ha olika lösningar och driftformer, både offentliga och privata. Finansiering sker redan nu både från skattemedel och privata försäkringar. Fler data kommer att publiceras för öppna jämförelser och en blandekonomi inom denna sfär är säkerligen fördelaktigt för samhället på sikt.

Inom akutsjukvård är dock ett fritt val inte av grundläggande betydelse. Drabbas man av hög feber eller en olycka kan man knappast välja vilket ambulansföretag som skall komma eller vilken läkare man träffar. Akutsjukvården måste i stället styras av högt ställda kompetenskrav och logistik som säkerställer närhet och tillgänglighet dygnet runt.

Akutsjukvården liknar mer en samhällsservice som polis eller brandförsvaret. Den varierar oerhört i kvalitet och tillgänglighet. Vissa samhällen har närhet till prehospital sjukvård medan andra har timmars avstånd. En del helikoptrar flyger alltid, andra stannar hemma vid dåligt väder. Somliga akutmottagningar har kirurgisk kapacitet, andra inte. Ett fåtal sjukhus har specialister på akut-

mottagningen, medan många har olegitimerade läkare. Vissa landsting har flera akutmottagningar medan andra har remisstvång för besök till akutmottagning. Någon enhetlig standard går inte att skönja.

Det finns flera skäl till att denna situation uppstått. 1970 års sjukvårdsreform som tog bort incitamentet för läkare i Sverige att behandla patienter har bidragit till akutmottagningarnas förfall. Att Sverige har 20 landsting/regioner med varierande resurser, population

*”Akut sjukdom
behöver lyftas som en
av de mest prioriterade
folksjukdomarna likt
1800-talets malaria”*

och ambitionsnivå har också bidragit till en ojämlik vård. Akutsjukvården har dessutom ingen patientförening eller starkt stöd från läkarkollektivet likt andra vårdformer.

Sverige är dock inte unikt med att ha en eftersatt akutsjukvård. Även om de flesta anglosaxiska länder ligger årtionden före i utvecklingen finns flera västländer med liknande situation som Sverige. Grundproblemet ligger snarare i att vi ärvt ett medicinskt förhållningsätt som gör att vi delar upp patienter i kategorier utifrån diagnosgrupper, kliniker eller planerade behandlingsstrukturer etc. Detta lämpar sig dåligt för patienter med akuta symptom som snarare behöver möta en bred akut kompetens och ett snabbt strukturerat omhändertagande. Uppdraget behöver lösas dygnet runt vilket rimmar illa med verktyg som har planerat sjukvård som huvuduppdrag.

Akut sjukdom behöver lyftas som en av de mest prioriterade folksjukdomarna likt 1800-talets malaria eller

1900-talets tuberkulos, barnadödlighet eller mödrhälsovård. I 50 års tid har landstingen inte förmått att göra detta.

Frågan är om inte ett förstatligande av akutsjukvården måste till för att garantera alla medborgare en mer likvärdig akutsjukvård. Alarmering, prehospital akutsjukvård med ambulanser och helikoptrar, samt ett sjuttioal akutkliniker strategiskt fördelade över landet skulle kunna utgöra basen för akutsjukvård i statlig regi. Säkerligen kan en blandflora existera kring driftsformer och avtal. Huvudpoängen är att denna fråga hittills visat sig vara för komplex för att lämna ut till landsting, patientföreningar och specialistkliniker.

I förlängningen förespråkar jag en allmän patientförsäkring där exempelvis försäkringskassan återtar sin forna roll och finansierar sjukvården för alla medborgare. Detta skulle på sikt leda till en mer jämlik vård över landet. Detta kan säkerligen inte genomföras från en dag till en annan och olika delar av vården behöver sannolikt olika typer av finansiering och driftsformer. (Primärvården behöver sannolikt en reform liknande fastlegesystemet i Norge, där läkare är egna företagare i stor utsträckning).

Akutsjukvården är dock den mest eftersatta vården och kanske vore det rimligt att starta i denna ända. Genom att särskilja akutsjukvård från vårdformer som har större bas i vårdval och planerad vård gör man uppdraget mer hanterbart och realistiskt för staten att förverkliga i närtid.



Malmö Arena 23-24 oktober • 2018

Sveriges största tvärprofessionella kongress om likarätt med diskrimineringslagen i fokus. Femte nationella mötet med utbildning och fortbildning för alla yrkesgrupper och arbetsplatser.

Kursintyg till samtliga yrkesgrupper och deltagare. ST-kurs för delmål a2 enligt SOSFS 2015:8.

Diskrimineringslagen och aktiva åtgärder

Diskriminering utifrån sexuell läggning, kön, könsidentitet eller uttryck, funktionsnedsättning, religion och trosuppfattning, etnicitet samt ålder

#metoo, samtal och debatt kring jämställdhet

Strategier och strukturer mot diskriminering samt normkritiska metoder

Utdelning av Stora Lekarättspriset

Fika & lunch, mingel och nätverkande

Stora Lekarättsgalan, sång och musik för alla

Info och anmälan • www.likaratt.nu

Ett arrangemang under ledning av Ola Björgell, Karin Andersson, Susanne Ehn, Sahar Janfada-Baloo samt Jonas Ålebring i samarbete med Region Skånes Lekarättsambassadörer och Malmö stad.



Har landstingen som huvudmän för sjukvården kommit till vägs ände?

Sjukvård är enligt väljarna en av de viktigaste frågorna inför valet 2018. Det är en tydlig signal till politikerna att sjukvården behöver förbättras på flera sätt. Några av huvudproblemen i den svenska vården är betydande brister i tillgänglighet, jämlikhet och effektivitet. Vårdens förnyelse är för långsam.

Patienternas ställning i vården har inte stärkts trots en ny patientlag. Kompetensförsörjningen fungerar dessutom dåligt inom flera vårdområden. Dessa brister väcker frågor om hur vården kan förbättras både på kortare och längre sikt.

Ojämlig vård

En jämlik vård har varit ett centralt mål för hälso- och sjukvården under årtionden. Men erfarenheten visar att den landstingsbaserade hälso- och sjukvården skapar stora skillnader i tillgänglighet, medicinska resultat m m. Det finns ett flertal nationella uppföljningar som visar det, se bland annat den årliga uppföljningen som görs i Öppna jämförelser.

Prostatacancer är ett exempel. Varje år får cirka 10.000 män diagnosen prostatacancer och cirka 2.500 avlider av sjukdomen. Men väntetiderna till behandling är långa. En nationell rekommendation innebär att behandling ska startas inom 60 dagar. Jämförelser visar på stora variationer mellan landstingen. Andelen som får kirurgisk behandling inom 60 dagar varierar mellan tre upptill 50 procent av männen beroende på vilket landsting man bor i.

Genomsnittet för riket är 17 procent. (Se www.cancercentrum.se Väntetid SVF Prostatacancer 2017-11-18) Det är således knappt en av fem män som får kirurgisk behandling inom den rekommenderade tiden.

Prostatacancer har länge varit den dominerande cancerformen bland män och det arbete som landstingen gör visar endast på små förkortningar av väntetiden till behandling.

Väntetiderna är oacceptabelt långa och tillgången till behandling i tid kan avgöras av patientens bostadsort. Det är inte jämlik vård. Prioriteringar görs på minst tre olika nivåer i hälso- och sjukvården, nationellt, regionalt (landstingen) och på

kliniken/vårdcentralen. Många gånger görs prioriteringarna på olika sätt och med olika underlag. En konsekvens blir att vårdens förnyelse är för långsam. På många sjukhus och vårdcentraler tar det ofta för lång tid innan patienter får nytta av nya läkemedel och nya medicinska metoder. De olika prioriteringarna innebär i praktiken att jämlik vård är ett mål som aldrig uppnås.

Patientlag

En ny patientlag infördes 2015 för att stärka patientens ställning i vården. Mynligheten för Vårdanalys som följt upp införandet av lagen konstaterar i sin rapport Lag utan genomslag från 2017 att patientens ställning inte har förbättrats utan snarare är oförändrad eller försvagad. De insatser som landstingen genomfört för att stödja införandet av lagen i vården har varit begränsade. Det kan tolkas som om många landsting inte lägger någon större vikt vid att stärka patientens ställning i vården.

Vårdens infrastruktur

När 21 landsting var för sig tar beslut om vårdens infrastruktur och organisation blir resursanvändningen lätt ineffektiv. Ett exempel är den massiva investeringen i operationsrobotar även på mindre sjukhus. Från 2012 till 2016 har antalet robotar ökat från åtta till 27 stycken trots att vetenskapliga studier och medicinska experter ifrågasätter nyttan av robotarna. Varje robot beräknas kosta cirka 20 miljoner kronor plus kostnader för utbildning och implementering. Överinvesteringarna i operationsrobotar är ett exempel på att landstingen ofta konkurrerar med varandra i stället för att samarbeta.

Hyrpersonal

Landstingen använder hyrpersonal i allt större utsträckning i stället för egen anställd personal. Det skapar stora problem bland annat med tillgänglighet, kontinuitet, patientsäkerhet och trygghet för patienterna. Landstingen har flera gånger gått ut och pro-klamerat att nu ska hyrpersonalen minska och ersättas av egen anställd personal. Men det har blivit tvärtom. Från 2015 till 2016 ökade kostnaderna med 650 mkr till 4,6 miljarder (1) och utvecklingen under 2017 tyder på en

fortsatt ökning. Landstingen framstår som inkompetenta arbetsgivare som inte har kunnat vända denna utveckling trots att man har arbetat med att försöka minska andelen hyrpersonal under många år.

Ineffektiva IT-stöd

Detta är några områden där landstingen visar sin otillräcklighet. Men det finns fler områden. Ett exempel är oförmågan att tillhandahålla moderna IT-verktyg för medarbetarna i vården. Många miljoner har lagts ned på ineffektiva IT-stöd. Ett ytterligare exempel är upphandlingar där exemplet Nya Karolinska sjukhuset har fått epitetet "världens dyraste sjukhus". Trots det finns tung kritik mot byggnader och avtal med entreprenören.

Osäkerheten ökar

De stora brister som sjukvården visar drabbar i slutändan patienter och närstående. Att medborgarnas förtroende för sjukvården minskar är lätt att förstå. Enligt en undersökning 2016 (2) var det bara en knapp tredjedel (31 procent) av de svarande som ansåg att sjukvårdssystemet fungerar bra, en minskning med 13 procentenheter sedan 2010.

Flera gånger de senaste åren har regering och riksdag fått rycka ut och ekonomiskt stödja sviktande landsting. Osäkerheten ökar kring hur sjukvården kommer att utvecklas både på kortare och längre sikt. Klarar landstingen att leverera en god vård till invånarna? Har landstingen som huvudmän för sjukvården kommit till vägs ände?

Sverige är i ett internationellt perspektiv ett litet land. Behöver vi 21 huvudmän för sjukvården? Det är mycket som talar för att vi behöver skapa fler nationella strukturer för vården bland annat för IS/IT, sjukhusinvesteringar, kompetensförsörjning och finansiering av sjukvården. Bör staten överta huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården för att kunna skapa ett långsiktigt hållbart vårdssystem?

Bo Hallin, fd organisationsforskare och landstingsanställd

Fotnot:

(1) Hyrpersonal kostade 4,6 miljarder 2016. Lakartidningen.se 2017-02-02

(2) Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. PM 2016:5 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

"Sjukvårdens kärnvården måste bestämma framtiden"

Manifest för lämplig styrning av hälso- och sjukvården

Nätverket mot olämplig styrning av hälso- och sjukvården presenterar här fem grundläggande principer för lämplig styrning av hälso- och sjukvården.

1 Individualisering

▼ Sjukvårdens huvuduppgift är att i samråd med varje enskild patient hjälpa denne till en så god hälsa som möjligt över tid.

2 DBU-modellen

▼ All praktisk sjukvård består av tre grundläggande delar:
Diagnostik: Består av en kombination av två faktorer:

- Subjektivt = Patientens upplevelse av sina hälso-problem (symtom, besvär) i sitt sammanhang.
- Objektvt = Bedömning av aktuella diagnoser och patofysiologiska processer. Här ingår även en analys av risk- och frisk-faktorer (prevention).

Behandling: Alla aktuella medicinska behandlings/vårdåtgärder samt patientens eventuella egenbehandling.

Uppföljning: Fortlöpande analys av om avsedda behandlings/vård-effekter uppkommer samt att negativa effekter (biverkningar) minimeras.

▼ Bästa tillgängliga evidens ska integreras med klinikers erfarenhet och omdöme, samt patientens önskemål. Effekter av en viss typ av behandling/vård varierar ofta mycket för de enskilda patienterna, och det är i regel inte möjligt att före behandlingens start förutse vilken effekt den kommer att få hos en viss person. Detta innebär att varje patient måste följas förutsättningslöst över tid och detta gäller i särskilt hög grad vid kroniska sjukdomar.

3 Etik

▼ Riksdagen beslutade 1997 enhälligt om en etisk prioriteringsplattform för sjukvården baserad på tre principer i hierarkisk ordning:

- a) Människovärdesprincipen.
- b) Behovs - solidaritetsprincipen.
- c) Kostnadseffektivitetsprincipen.

4 Medicinskt ansvar

▼ Alla patienter bör ha rätt att fritt välja en läkare som har det övergripande medicinska ansvaret att integrera och koordinera all diagnostik och behandling inklusive vård och omsorg, såväl den som ges av olika huvudmän eller vårdenheter, som den som ges av olika vårddyrkesgrupper, i nära samarbete med dessa.

Som grundprincip bör alla patienter ha en patient-ansvarig läkare (PAL) inom primärvården. När patientens vårdbehov så motiverar, bör patienten även ha en PAL inom sjukhusspecialistvården. Ansvaret innebär en skyldighet som måste kopplas till motsvarande befogenheter.

5 Politiskt ansvar

▼ Den politiska styrningen av sjukvården handlar väsentligen om:

1. att fördela skattemedel baserat på transparent, horisontell prioritering mellan olika verksamhets-områden grundat på den etiska plattformen.
 2. att följa upp att prioriteringarna i stort sett följts samt att beslutad budget hållits.
- Liksom på individnivån bör vårdens organisation och styrsystem (gruppnivå) baseras på evidens och den etiska plattformen samt hänsyn till socioekonomi. Alla aspekter som avser den praktiska vårdverksamheten bör skötas av den medicinska professionen med minimalt inslag av politik, administration och byråkrati.

ligger på följande blog, www.aknerblog.wordpress.com.

För att kunna vända den negativa utvecklingen anser vi att det är nödvändigt att mycket tydligare än hittills betona sjukvårdens kärnvården. Nätverket har därför utformat ett "Manifest för lämplig styrning av hälso- och sjukvården" med fem grundläggande principer.

Vi tror att de flesta läkare (och många andra vårddyrkesgrupper, patienter, anhöriga och studerande) håller med om att dessa principer bör ligga till grund för

utformning av utbildning av läkare/vårdpersonal, uppläggning av det praktiska kliniska arbetet, utformningen av de medicinska journalerna samt vårdsystemets organisation och ledning. Nätverket har motionerat till Läkaresällskapets fullmäktigemöte 15 maj att Läkaresällskapet ska ställa sig bakom manifestet och att det ska genomsyra Sällskapets fortsatta arbete.

Alla läkare som vill delta i Nätverket är välkomna att kontakta undertecknad..

Gunnar Akner
akner.gunnar@gmail.com

Vem tar ansvar för följderna av indragen personlig assistans?

Under tecknade arbetar med barn, ungdomar och vuxna med utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar som t.ex. ADHD, autism, intellektuell funktionsnedsättning och Tourettes syndrom – oftast föreligger kombinationer av dessa. Många av de patienter vi kommer i kontakt med har omfattande svårigheter i vardagslivet och en del är i behov av stöd i form av personlig assistans.

Vi har tagit del av den ändring från myndigheternas sida som skett vad gäller vilka individer som nu kan få stöd i form av personlig assistans, beslut som fått stöd av domar i förvaltningsdomstolarna. Även om vi här särskilt vill fokusera på assistansfrågan, noterar vi att även handläggningen av ansökningar om t.ex. vårdbidrag och aktivitetsersättning blivit påtagligt mer restriktiv, på ett för alla inblandade problematiskt sätt.

De barn och ungdomar vi träffar inom barn- och ungdomspsykiatri, och som sedan vid 18 års ålder remitteras till vuxenpsykiatri – och som vi här fokuserar på – har en, på många sätt, "dold" funktionsnedsättning, d.v.s. vid kortvarig kontakt förstår man kanske inte att det rör sig om en person med ett stort hjälpbehov i vardagen.

Vissa behöver stöd av annan person för att klara de mest basala vardagliga funktionerna. Beteendemässiga yttringar av de kognitiva bristerna är vanliga och kan visa sig i svårigheter med "sunt-förnuft-tänkande", kommunikativa svårigheter, missförstånd, lösningar, problem med impulskontroll, svårigheter att klara en frustration och benägenhet för utbrott.

Vid den förändring av reglerna som nu skett avseende vilka som är berättigade till assistans, finns en risk att denna grupp kan uppfattas som alltför välfungerande för att vara i behov

av sådana insatser. Men utan tillräckligt stöd till dessa patienter finns en påtaglig risk för negativ utveckling med dålig anpassning i vardagen och ökad risk för allvarliga händelser såsom utslagning i samhället, olyckor, missbruk och självmord.

Vi förmodar att en aspekt bakom den åtstramning som skett vad gäller bidrag för assistans, är de ökade kostnaderna som, enligt vad media rapporterar, kan sammanhålla med det kriminella bidragsfusk som avslöjats. De svagaste i samhället får idag betala priset för denna brottsliga verksamhet.

Det är angeläget att neuropsykiatriska utredningar och behandlingar genomförs av välutbildade läkare i team där det finns tillgång till sjuksköterska och psykolog och att samarbete finns uppbyggt med skola, habilitering och socialtjänst. Från vår sida måste risken för såväl under- som överdiagnostik ständigt beaktas – utredningen är själva grunden för rätt insatser.

Vi lever i ett land med totalt sett goda resurser och vi vill ofta framhäva vårt långtgående arbete med jämlikhet och rättvisa. Vi är inte längre trovärdiga ifråga om dessa ideal i och med att en grupp i samhället, med små möjligheter att göra sin röst hörd, fråntas det stöd som är deras lagstadgade rätt (enligt LSS) – och som är livsavgörande för både dem själva och deras anhöriga.

Vi lägger ned mycket tid på att skriva omsorgsfulla läkarintyg för att ge underlag till beslutande myndigheter, kommun och Försäkringskassa, avseende våra patienters funktionsnedsättning, hur denna påverkar den dagliga livsföringen och vilket stöd som behövs. Vi får aldrig som läkare ett svar från kommunens LSS-ansvariga eller från Försäkringskassan utan får från våra patienter allt oftare höra att de inte

beviljats assistans eller sökt bidrag.

Vi bedömer det som rimligt att vi som läkare får besked om grunderna för den förändrade handläggning av våra intyg som nu sker. De saksäl som ligger till grund för våra läkarintyg, och som syftar till att ge stöd till beslutande myndighet beaktas numera inte på samma sätt som tidigare.

Hur kommer det sig att vi intygsskrivande läkare inte fått information om eller fått vara delaktiga i beslut om de nya riktlinjer som vi uppfattar har skapats? Hur beaktas den läkartid som läggs på intyg och som inte blir till någon som helst nytta för patienten? Men framförallt, vem är ansvarig för de följder som det uteblivna stödet – personlig assistans eller ekonomiskt – resulterar i för våra patienter med funktionsnedsättning och deras familjer?

■ Peik Gustafsson, överläkare, docent, Barn- och Ungdomspsykiatri, Malmö och Lunds universitet

■ Stefan Westergren, överläkare, Neuropsykiatrimottagning Gamlestaden, Psykiatri Affektiva, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

■ Elisabeth Fernell, överläkare, professor, Barnneuropsykiatriska kliniken, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg, och Gillbergcentrum, Göteborgs universitet

■ Carina Gillberg, överläkare, docent, Barnneuropsykiatriska kliniken, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg, och Gillbergcentrum, Göteborgs universitet

■ Christopher Gillberg, universitetssjukhusöverläkare, professor, Barnneuropsykiatriska kliniken, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg, och Gillbergcentrum, Göteborgs universitet

■ Björn Kadesjö, överläkare, medicine doktor, Barnneuropsykiatriska kliniken, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg, och Gillbergcentrum, Göteborgs universitet

■ Svenny Kopp, specialistläkare, medicine doktor, Kroksläts barn- och ungdomsmedicinska mottagning, Mölndal och Gillbergcentrum, Göteborgs universitet

■ Bo Söderpalm, universitetssjukhusöverläkare, professor, Beroendekliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg, och Göteborgs universitet.

VAD SKULLE DU SKRIVA UT TILL DIG SJÄLV?

ELIQUIS® är den **enda** faktor Xa-hämmaren som vid icke-valvulärt förmaksflimmer visat **både**:

- Bättre reduktion av **stroke/systemisk embolism** jämfört med warfarin¹
- Bättre säkerhet avseende **allvarlig blödning** jämfört med warfarin¹

Ref: 1. Granger CB et al. N Engl J Med 2011; 365: 981–992

Bristol-Myers Squibb

Pfizer

Elquis® (apixaban) Rx. F. B01AF02, Filmraderade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikationer hos vuxna: 1. Profylax av venös tromboembolism (VTE) efter elektiv höft eller knäledsplastik. 2. Profylax av stroke och systemisk embolism (NVA) vid icke-valvulärt förmaksflimmer med en eller flera riskfaktorer. 3. Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE). Förebyggande av återkommande DVT och LE. Elquis® är kontraindicerat vid kliniskt signifikant pågående blödning och vid händelse eller tillstånd som ger betydande risk för större blödning. Elquis® rekommenderas ej som ett alternativ till ofraktionerat heparin hos patienter med lungembolism som är hemodynamiskt instabila eller som kan komma att genomgå trombolytisk eller pulmonell embolektomi. Elquis® rekommenderas ej vid CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys eller med mekanisk hjärtklaffprotes. Elquis® rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt SPC 19 okt 2017. Fullständig information och pris se fass.se. Bristol-Myers Squibb www.bms.com/se Pfizer www.pfizer.se



TA NÄSTA STEG MED **REPATHA**®

Repatha® i tillägg till statin ger

- 55-75% ytterligare LDL-sänkning
- Upp till 95% av patienterna når LDL <1,8 mmol/L
- Full effekt efter första sprutan
 - EN dos **Repatha**® varannan vecka ger en effektiv och bibehållen LDL-C-sänkning

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 mars 2018, se www.fass.se

AMGEN®