

FIKRU MARU
FRISLÄPPT

• 18-19



DET KOM ETT BREV
FRÅN DANMARK...

• 8-9



Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 18.000 SJUKHUSSPECIALISTER • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARNA • NR 3/2018

"Patienter har dött på grund av vårdkö"

Neurokirurger slår larm om ovärdiga väntetider

• 10-17



Foto: Ebba Blume

TEMA |

Robotkirurgi

**Robotar
lockar till
sig både
patienter
och läkare**

• 22-28

TEMA | VALET 2018



KD i Blekinge: Så styrs svensk sjukvård

• 47

LEDAREN

**Se till
kvalitet, inte
bara volym**

• 3

**Läkare tvingas
avvisa patienter
som behöver
slutenvård**

• 30-34

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 15-16 oktober 2018 26-27 november 2018
GÖTEBORG 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 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 20-21 november 2018
GÖTEBORG 28-29 november 2018
MALMÖ 4-5 december 2018

Dra i handbromsen

Centralisering av sjukvård måste grundas på kvalitet - inte bara volym

Måns Rosens utredning om den högspecialiserade vården: "Träning ger färdighet" diskuteras mycket efter SvT:s dokumentär. Den redan tidigare ifrågasatta uppgiften om 500 dödsfall visade sig vara extrapolerad och baserat på tveksamt underlag.

I utredningen angavs vidare en centrering av cirka 5 procent och att runt 300-400 diagnoser skulle falla inom definitionen sällsynt, krävande multiprofessionell kompetens och/eller stora investeringar. 5 procent är en enorm mängd sjukvård. Ansvariga på Socialstyrelsen har nu insett att det är oralistiskt i detta skede och man siktar istället på 1-1,5 procent och drygt 100 - 150 diagnoser. Det är klokt. Många av diagnoserna är å andra sidan så sällsynta att de bör centraliseras i ett nordiskt samarbete, inte bara med våra 10 miljoner invånare.

Utredningsgången i Rosens utredning är bra. Sakkunniggrupper som identifiera dels diagnoser och dels hur många olika platser som kommer att krävas, därefter ansökan från intresserade landsting och sedan beslut i en nationell sammansatt nämnd. Men det kräver dels att specialitetsföreningarna är en självklar del i arbetet med urvalet och dels en snabb process eftersom en viss kohandel måste ske mellan politikerna, och det då är bra att ha lite val på bordet. Risken för bypolitik då man bara värnar sina egna sjukhus är annars en risk som framförs av vissa ledamöter i den nuvarande risk-sjukvårdsnämnden.

Parallellt med detta arbete, skrämda av det stora antalet dödsfall, har den regionala omställningen av cancerkirurgi till färre platser skett. Här räknar man enbart volym i enlighet med "Träning ger färdighet" och inte alls tidigare kvalitet. Detta trots att forskare hävdar att 10-15 operationer per år räcker för god kvalitet förutsatt att man har hög aktivitet på andra kirurgiskt närliggande ingrepp, är en skicklig kirurg med kompetenta medarbetare.

RCC (regionala cancercentra) har åstadkommit en bra utveckling med standardiserade vårdförlopp även om kritik finns om undanträngningseffekter och att tid till åtgärd ofta borde vara kortare för patientens skull. Men när vi nu ser längre väntetider till canceroperationer är det dags att dra i handbromsen. Att starta med långa köer inför sommaren är förfärligt. Man bör återgå till att utnyttja de mindre sjukhus som redovisat bra kvalitet innan den kompetensen försvinner och skingras. Med redovisning av faktiska väntetider öppet, och inte bara som nu inom eller utanför vårdgarantin, så skulle beslutande politi-

ker få underlag att ändra ett beslut som nu ser ut att gå ut över patienterna.

När det gäller akutsjukhusens framtid måste det planeras med ett nationellt perspektiv. Det kan inte styras av landsgränser, lokal ekonomi eller politik. Målet är ju att alla medborgare ska ha rimligt jämlik åtkomst till ett fungerande akutsjukhus. Den sk Golden hour gäller för trauma (även om inte 60 minuter är hugget i sten så är tiden kort som man har på sig) och det gäller också för många andra medicinska diagnoser. Helikoptrar kan inte flyga i dimma eller storm, då många olyckor sker. Även ambulanser har svårt och kan inte upprätthålla säkerhet vid långa transporter. Enligt dagspress har fyra dödsfall anmälts till IVO efter nedläggning av akutkirurgi och akutortopedi i Sollefteå och flera läkare hävdar att ytterligare ett antal dödsfall har skett.

Sjukhusläkarna har hela tiden påpekat risken med Måns Rosens utredning - att inte kasta ut barnet med badvattnet och centralisera för mycket så att kompetens och kapacitet inte blir tillräckligt lokalt. Vi vill inte heller att en självklar och bra nationell ambition att centrera det mest sällsynta och mest resurskrävande förhindrar en bra vård av det som drabbar flest, dvs mer vanliga sjukdomar och trauman.

Myndigheten för Vårdanalys har i uppdrag fram till december 2018 att utreda "Akutsjukvårdens organisation och planering" som ska presenteras i december 2018. Även Anna Nergårdh har i tillgänglighetsuppdrag fått med akutsjukhusens framtid. Vi ser fram emot båda dess utredningar och sedan en bra och evidensbaserad diskussion.



KARIN BÅTELSON
ORDFÖRANDE
I SJUKHUSLÄKARNA

Detta bör göras - snarast

1. Minska ambitionen för antalet diagnoser på vad som vad som ska anses högspecialiserat. Specialitetsföreningarna ska ingå i arbetet. Dessutom bör vi för de mest sällsynta diagnoserna utveckla samarbete inom Norden.
2. Redovisa faktiska väntetider och kvalitets/utfallsmått på olika sjukhus så att vi skapar ordentligt medborgar- och patienttryck. Ett sätt är att inrätta en nationell myndighet med det uppdraget.
3. För de cancerdiagnoser där man nu ser att köerna bli längre så ska de kliniker som har vana och haft goda kvalitetsresultat kunna återuppta verksamheten
4. Utreda hur risken för dödsfall och skador ökar med ökat avstånd till fungerande akutmottagning
5. Se till att regeringsutredare för den framtida akutsjukvården inte får uppdrag med specificerade förutbestämda resultat, utan avkrävs objektiva resultat som är vetenskapligt publicerbara.

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 tidsningsdesigner.



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 sjukhusläkaren.se och våra konton på sociala medier. Brinner för fackliga frågor och vill gärna komma ut i verkligheten så ofta som möjligt.



Ebba Blume
Webbredaktör/reporter
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 vården, 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!

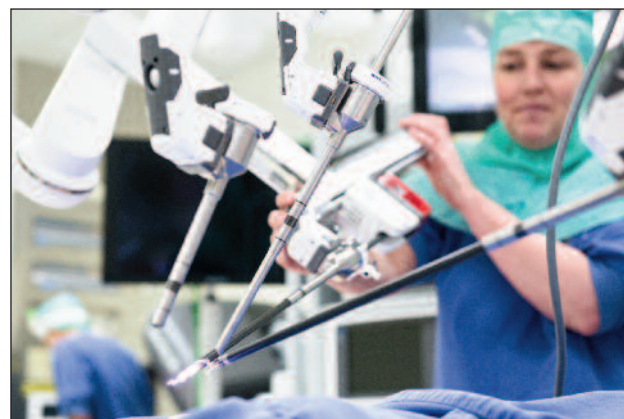
Enklast gör du det genom att skicka ett e-mail till: medlem@slf.se Du kan också skicka ett vanligt brev med din nya adress till Medlemsadministrationen, Box 5610, 114 86 Stockholm eller ringa Läkarförbundets medlemsregister. Tel: 08-790 35 70. Fax: 08-790 33 25

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 samhälleligt perspektiv.
- Sjukhusläkaren i tryckt form och på webbplatser har publicistisk självständighet.
- Se hela policyn på: sjukhuslakaren.se/kontakta-oss/om-oss/

I DETTA NUMMER:

- Ledaren | 3
- Krönika | Björn Ekman..... 8-9
- Väsentider | Kris på Sahlgrenska Neurokirurg 10-17
- Mänskliga rättigheter | Läkaren Fikru Maru fri..... 18-19
- Krönika | Christine Takami Lageborn..... 20
- Krönika | Lars Rocksén..... 20-21



TEMA ROBOTIKURIGI | Vad betyder den för vården? 22-28

- Sjukvårdspolitik | Vårdpersonal bildar parti för att rädda akutsjukhusen..... 29
- Psykiatri | Läkare i slutenvården måste avvisa patienter som behöver vård..... 30-34
- Psykiatri | Regeringens och SKL:s miljardsatsningar har varit verkningslösa..... 32
- Arbetsmiljö | Läkarrummen glömdes bort..... 42
- Valet 2018 | Del 3 i enkät till landstingspolitikerna.... 44-51

PORTRÄTTET | Stephan Stenmark 36-41

**Merck**

MAVENCLAD® nu inom läkemedelsförmånen

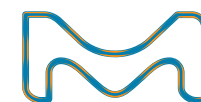
MAVENCLAD®
cladribine tablets

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.

Möt Sjukhusläkarna i Almedalen

Hur kan vi tillsammans bidra till att minska läkemedel i miljön?

**3
juli**

kl 13:00 - 13:50

Plats: Läkartidningens tält,
Slottsterrassen 6.

Evenemang:
Seminarium

Arrangör:
Sjukhusläkarna



Moderator

Elin Karlsson

Vice ordförande i
Sjukhusläkarna
och ledamot i
Läkarförbundets
centralstyrelse

**Hot och våld på sjukhusen allt vanligare
– hur kan vi bäst förebygga det?**

**3
juli**

kl 14:10 - 15:00

Plats: Läkartidningens tält,
Slottsterrassen 6.

Evenemang:
Seminarium

Arrangör:
Sjukhusläkarna

• Innan seminariet bjuder Sjukhusläkarna på fika med bulle



Moderator

**Andreas
Fischer**

Ledamot i
Sjukhusläkarnas
styrelse

Organdonation en fråga om liv och död

**5
juli**

kl 11:00 - 11:50

Plats: Läkartidningens tält,
Slottsterrassen 6.

Evenemang: Seminarium

*Arrangör: Sjukhusläkarna, Svensk
Transplantationsförening, Njurförbundet, MOD
– Mer, OrganDonation, Riksförbundet - Hjärt-
Lung*



Brev från Danmark

I bland händer det att folk börjar berätta om sina krämpor när jag säger att jag är hälsoekonom. Det är som om de bara hör "hälso-" och sen vill att jag diagnostiserar och ordinerar något kurerande.

Senast var det min frisör som berättade att han sedan en tid haft problem med magen. Jag frågade om han inte varit hos en riktig läkare och fått några goda råd. Han såg då bara uppgiven ut och sade att det hade han, flera gånger, men det hade inte hjälpt och varje gång han gick dit så var det en ny läkare där som han måste dra hela historien för igen – "Ja, du vet hur det är" avslutade han.

Jo, jag vet hur det är, men jag sa att det vet jag faktiskt inte, för jag bor i Danmark och där går jag alltid till min egna läkare som jag haft i många år.

I den svenska debatten förs ibland fram förslag om att vi bör göra som de

gör i andra länder. Just nu verkar det norska systemet med en fast läkare vara populärt.

Under de senaste åren har både Norge och Danmark genomfört relativt omfattande reformer, betydligt mer genomgripande än vad Sverige klarat av. Det finns flera likheter mellan Norge och Danmark, men det finns också viktiga skillnader. Och deras reformer ska absolut inte tas som argument för att Sverige bör göra likadant. Hälso- och sjukvårdsreformer handlar inte om att hitta någon lösning på en hylla i ett grannland. De handlar om att utgå ifrån vad man har och se hur det kan förbättras med hjälp av genomtänkta förändringar.

I Danmark genomfördes en omfattande reform 2007 då antalet regioner gick från tolv till fem (och från 275 till 98 kommuner). Det fanns de som ville göra hela landet till en enda sjukvårdsregion. Det hade nog varit det bästa,

men det gick inte politiskt.

Men vad man också gjorde var att centralisera finansieringen av vården. Sjukhusvården drivs av de fem regionerna som på så sätt liknar svenska landsting. Vad många inte tycks fundera över eller ens känna till är att primärvården i både Norge och Danmark är i det närmaste helt privat. I Danmark är det de fem regionernas

ansvar att kontraktera med de privata klinikerna. I Norge är det kommunernas.

Det finns givetvis många fördelar med en fast läkare. När jag för ett tag sedan gjorde en hälsoundersökning tog det mindre än en vecka från det att jag tog proverna till vi satt och gick igenom resultaten. För det betalade jag noll kronor. Det är alltså mer än vad nåt svenskt landsting skulle klara av, både praktiskt och finansiellt. Någon kallelse per brev har jag inte fått på länge och alla mina sjukvårdsdata ligger förstås på mitt eget konto på www.sundhed.dk sen flera år tillbaka.

Men jag tycker också att min läkare gör saker som en sjuksköterska mycket

väl skulle klara av lika bra eller bättre. När vi vid ett tillfälle skulle få några resevaccinationer till barnen fick min fru stoppa honom då han var på väg att ge dem en vuxendos. Det är sånt som kan hända när det "allmänna" får dominera i läkeriet.

Hur mycket jag än uppskattar min fasta läkare, så har jag svårt att se att det skulle finnas majoritet i den svenska riksdagen för att privatisera hela primärvården. Och man ska också komma ihåg att det finns fördelar med vårdcentraler. På dem finns en i många stycken unik samling medicinsk expertis. Det förutsätter förstås att de kan bemannas med kompetent personal. Att de allt för ofta inte kan det och att

det ser likadant ut i hela landet är förstås ett underbetyg åt landstingen.

Men varken Norge eller Danmark tror jag är på rätt väg när det gäller primärvården. En bra sådan innehåller många olika typer av vårdkanaler, både fysiska och digitala. Men att det kommer något innovativt och framtidssäkert ut ur den Nergårdhska utredning som är på gång ser jag som uteslutet.

Precis som tidigare drapor så kommer den att föreslå att däcksmöblemang flyttas runt ännu ett varv. Allt för att politikerna ska slippa fatta jobbiga beslut som faktiskt kan göra skillnad. Under tiden hyggas jag mig vid behov med min egna läkare.



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!



Läs mer och anmäl dig på www.sim.nu

www.sim.nu

NEUROKIRURGER PÅ
SAHLGRENKA SLÅR LARM

"Situationen för de patienter som väntar på en operation är ovärdig"

”Patienter har dött på grund av vårdkön”



Ina Skagervik, en av de neurokirurger som slår larm, menar att patienter behandlas ovärdigt. "Patientsäkerheten är verkligen hotad och inte bara lite grann. Den är usel för dem som får vänta. Patienter har dött på grund av vårdkön."

Läget är akut på Sahlgrenska Neurokirurg.

– Kliniken har landets längsta vårdkö och patientsäkerheten är hotad, säger frustrerade neurokirurger som nu slår larm.

▼ Göteborg toppar statistiken i landet beträffande antal patienter som väntat över tre månader på en neurokirurgisk åtgärd.

Neurokirurgerna Daniel Nilsson, Ina Skagervik, Mats Johansson-Högfeldt och Magnus Tisell är bekymrade över situationen. Redan i januari lämnade de över en rapport till sin närmaste chef, där de beskrev det allvarliga läget och förklarade att de inte längre kunde garantera patientsäkerheten.

– Rapporten skickades vidare en nivå uppåt i linjen, men någon annan respons än att "vi känner till situationen" har vi inte fått. Vi tycker inte att problemet tas på allvar och saknar konkreta lösningar från sjukhusledningen, säger de unisont.

Daniel Nilsson, som är vårdenhetsöverläkare på operation på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU), ger en

konkret beskrivning av förhållandena på Neurokirurg.

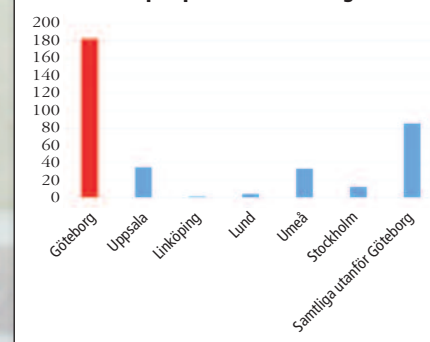
– Jag träffar patienten som har ett problem. Vi har en neurokirurgisk lösning som innebär att vi utför en operation. För att kunna göra detta, måste patienten vara sövd och kunna garanteras vård efter operationen. Eftersom personal saknas, har en av våra tre operationssalar "försvunnit". Men behovet är ju detsamma och en kö bildas.

Varje år utförs här cirka 900 elektiva ingrepp samt cirka 600 akuta. De senare måste göras inom 24 timmar.

• Fortsättning nästa uppslag >>>

Bilden till höger:
– Ifall någon blir sjuk faller allt.
Marginalerna är oerhört små,
säger Daniel Nilsson.
Foto: Julia Sjöberg

Antal neurokirurgiska patienter som väntat över tre mån på operation i Göteborg vs Riket



I mars 2018 var antalet patienter, som väntat över tre månader på en neurokirurgisk operation i Göteborg mer än det dubbla jämfört med hela övriga riket sammantaget. Måluppfyllnaden var landets sämsta på endast 39 procent.



INA SKAGERVIK, NEUROKIRURG:

” En kvinna i 60-årsåldern hade en stor tumör i spinalkanal, som visade tecken på tillväxt. Tillståndet kan leda till förlamning och urininkontinens. I ett civiliserat land borde man göra bedömningen att ”den tar vi bort så fort som möjligt”. I stället fick jag be patienten höra av sig ifall hon skulle få förlamningssymtom eller börja kissa på sig. Det är ju helt absurt för en utomstående. ”

De elektiva delas in i tre prioriteringsgrupper. I prio ett ska ingreppen ske inom två veckor, i prio två inom sex veckor och i prio tre inom tre månader; det vill säga inom vårdgarantin.

För att lösa situationen har enklare operationer, exempelvis shuntar och ryggmärgsstimulering mot smärta, flyttats till Carlanderska och Angereds Närsjukhus.

– Trots det har vi en kö på 350 patienter som måste opereras här. Eftersom vi har brist på operationspersonal, främst operationssköterskor, kan vi bara operera i två salar. Vi har blivit lovade fler, men ledningen har inte hållit det löftet, vilket innebär att kön byggs upp. Det blir vi som sitter med problemet. Att inte kunna påverka det är oerhört frustrerande, säger Daniel Nilsson.

Det finns också mer komplicerade förklaringar till varför situationen ser ut som den gör.

– Vid en neurokirurgisk operation är tre verksamhetsområden inblandade, vilket försvårar en lösning. Vi måste övertyga de andra två om att det är helt nödvändigt med en tredje operationssal för våra patienter, säger Daniel Nilsson och jämför med Thoraxkliniken, där en enhet äger både problemet och lösningarna.

– Den som inte sitter med problemet är inte lika motiverad att lösa det. Vi på neurokirurgen måste göra de medicinska bedömningarna. Det är bara vi som kan det, säger han.

De fyra neurokirurgerna menar att det saknas stabilitet i verksamheten. Det är brist på främst operationssköters-

kor, men även på undersköterskor. Tidigare saknades också narkosläkare, men det problemet har delvis lösts med stafettläkare.

– Ifall någon blir sjuk, faller allt. Marginalerna är oerhört små. Att Mölndals sjukhus införde sex timmars arbetsdag innebar en katastrof för vår avdelning, eftersom två operationssköterskor valde att flytta dit, säger Daniel Nilsson.

Hypermodern MR-kamera kan bara användas en eller två dagar i veckan

På SU finns Sveriges första rörliga MR-kamera i operationsmiljö. Den är inrymd i det nybyggda Bild- och interventionscentrum, som invigdes för ett halvår sedan, till en kostnad av två miljarder.

Sjukhusdirektör Ann-Marie Wennberg konstaterade då stolt att SU och Västra Götalandsregionen fått ett av Europas främsta centrum för diagnostik och behandling av bland annat cancer- och neurologiska sjukdomar. ”Det ger oss också förutsättningar för ett intensifierat forskningssamarbete mellan SU, Sahlgrenska akademien och Chalmers. Redan i dag kan vi erbjuda vård som vi bara hade kunnat drömma om för tio år sedan”, säger sjukhusdirektören i en artikel publicerad på SU:s hemsida, i samband med invigningen den fjärde december 2017.

Daniel Nilsson satt med i den grupp som ledde projektet med den nya MR-kameran och såg fram emot att få använda den.



Neurokirurgerna Magnus Tisell, Ina Skagervik och Mats Johansson är enormt frustrerade att ingen lösning kommit till stånd. ”Det är bedrövligt att all risk läggs på patienten, som får betala priset med lidande, oro och försämrad vård. Sjukhuset tar ingen risk!” säger Magnus Tisell.

– Den maximerar våra chanser att få bort hela tumören direkt. Hittills har vi varit tvungna att vänta till efter operationen för att se hur det har gått, säger han.

Men den svåra personalbristen på den operationsavdelning där neurokirurgi utförs har inneburit att MR-kameran endast används en eller två dagar i veckan. Att operera med den tar längre tid och minst en extra person behövs för att sköta den; antingen en operationssköterska eller en undersköterska.

– I den salen kan vi bara operera en hjärntumör per dag mot två i andra salar, säger Daniel Nilsson och tillägger att driften inte var planerad att kosta

mer än den gjorde innan.

– Det är ju högst oralistiskt! Valet står nu mellan att operera mer i Bild- och interventionssalen eller fler i vanliga salar.

Saknas system för att hantera långa väntetider

De långa väntetiderna innebär stora risker för patienterna.

– I värsta fall får de hjärnskador. Tumörer hinner växa och bli större, vilket gör operationer svårare och mer riskfyllda. Pulsåderbräck kan hinna spricka. Det är medicinskt riskabelt att vänta. Vad är försvarbart? Vi kan inte ta ansvar för att det är patientsäkert att

vänta dubbelt så lång tid som normalt på en operation, säger Daniel Nilsson.

Han berättar också att det inte finns något system för att hantera långa väntetider. Varje kirurg tvingas prioritera och omprioritera på sin väntelista.

– Ledningen har inte insett allvaret i situationen. Patienter på en väntelista kostar inget. De kostar först när man skickar dem vidare.

Kollegan Ina Skagervik är vårdenhetsöverläkare på avdelning 10/23, Neurokirurgi.

– Situationen för de patienter som väntar på operation är ovärdig. Tillsammans med annan viktig högspecialiserad vård gör vi livsviktiga ingrepp. Vi kan

inte stå för den uppkomna situationen och inte heller påverka den. Det är extremt frustrerande, säger hon och ger några konkreta exempel.

En kvinna i 60-årsåldern hade en stor tumör i spinalkanal, som visade tecken på tillväxt. Tillståndet kan leda till förlamning och urininkontinens.

– I ett civiliserat land borde man göra bedömningen att ”den tar vi bort så fort som möjligt”. I stället fick jag be patienten höra av sig ifall hon skulle få förlamningssymtom eller börja kissa på sig. Det är ju helt absurt för en utomstående, säger Ina Skagervik.

• Fortsättning nästa uppslag >>>

MATS JOHANSSON - HÖGFELDT, NEUROKIRURG:

”Sjukhuset är sönderadministrerat. Förr sa man att SU var ”center of excellence” Nu är det i stället ”center of excel”.

En man i 40-årsåldern som genomgått kraniektomi efter en stroke, ville ha tillbaka sitt skallben för att kunna träna och återgå till vardagen. Eftersom ingen operationstid fanns att få, valde vi till slut att ta in honom på en helg och operera akut.

– Tänk dig själv att vara tvungen att bära hjälm i ett halvår och leva familjeliv utan skallben helt i onödan! Det är förnedrande!



MATS JOHANSSON - HÖGFELDT:

”Det svåra och jobbiga, det som tar knäcken på oss är extraarbetet runt omkring, som är konstruerat av sjukhusets och sjukvårdens organisation.

Oroliga anhöriga ringer och gråter och operationskoordinatörerna som får ta de samtalen blir förtvivlad över att inte kunna erbjuda någon lösning. Resultatet blir många lappar som dagligen ligger i ens fack. Att administrera varje sådan lapp tar mycket tid och resurser i anspråk.

Ina Skagervik berättar också om spastiska barn med CP-skador som fått vänta i ett och ett halvt år på att få en läkemedelspump inopererad.

– Vem av oss skulle acceptera en sådan handläggning? Vårdkon skapar enorma klyftor i vården. Resursstarka patienter och anhöriga kan ibland lyckas ta sig fram i kön och kräva en operation inom rimlig tid. Att de som kan prata för sig går före i kön, är inget som vare sjukhusledning eller politiker vill tala högt om. Så vem ska berätta om det ifall vi inte gör det? Vi är närmast patienten, säger hon.

Ina Skagervik förstår inte hur man som chef för ett område eller ett sjukhus, kan acceptera de långa väntetiderna med tanke på de allvarliga konsekvenserna.

– Patientsäkerheten är verkligen hotad; och inte bara lite grann. Den är usel för dem som får vänta. Patienter har dött på grund av vårdkon, säger hon.

Lösningen på problemet är att med extraordinära insatser återanställa den personal som försvunnit från SU.

– Vilket resursslöseri det var att låta dem sluta! När man snackar med dem, säger de att de allra helst vill vara hos oss. SU har inte velat överanställa, men om vi hade haft lite luft i systemet så hade arbetet rullat på och vi hade sluppit köerna.

Osmakligt sätt att se på människor och deras problem

Ina Skagervik tycker att situationen med väntelistan och den extrema beläggningen på sjukhuset framkallar något ”ytterst osmakligt” beträffande sättet att se på människor och deras problem.

– Jag tror inte att någon tycker att det är ok att få höra att ”du har en hjärntumör som behöver opereras, men vi vet inte när vi kan göra det. Hör av dig om

det blir problem!”. Det här synsättet gör mig väldigt ledsen; särskilt när det gäller utsatta patienter som har svårt att ta sig fram i en krånglig vårdapparat, säger hon.

Mats Johansson-Högfeldt är överläkare med ansvar för kärlsjukdomar i hjärnan. Han har jobbat på SU sedan 1997 och beskriver sjukhuset som ”sönderadministrerat”, där fokus har flyttat från kärnverksamheten.

– Sjukvården styrs numera av HR och ekonomiavdelningen. Förr sa man att SU var ”center of excellence”. Nu är det i stället ”center of excel”; man räknar pinnar. Ekonomin är viktigare än vårdgarantin.

Många av hans patienter har fått diagnosen cerebralt aneurysm som kan resultera i en subaraknoidalblödning, där cirka en tredjedel dör och en tredjedel får bestående neurologiska men. Vissa patienter behöver opereras omedelbart, medan de som står på väntelista har hamnat där på grund av att aneurysmet upptäckts när de röntgats av en annan anledning.

– Problemet är att det inte går att i förväg säga vilka aneurysm som kommer att spricka och ge blödningar i framtiden. Vi måste kolla risker och väga för och emot. Därför vill vi självklart operera så fort som möjligt. Prioritet är inte superakut, men det går ju inte att vänta hur länge som helst, säger Mats Johansson-Högfeldt.

Det finns patienter med aneurysm som fått vänta i över ett år på operation. Vissa upplever att det är som att ha ”en tickande bomb” i huvudet.

– Det bör man inte säga som läkare. I stället brukar jag säga ”lev som vanligt, men undvik tunga lyft, lyft inte pianon!” Och så rekommenderar vi så klart blodtrycksbehandling.

Arbetet på neurokirurgen betyder långa pass, riskfyllda och nattliga operationer, ond bråd död, unga människor

och barn med hjärntumörer, svåra skallskador, anhörigsamtal.

– Allt det där har man under åren lärt sig hantera. Det utgör inga problem, det är ju det som är neurokirurgi! Det svåra och jobbiga, det som tar knäcken på oss är extraarbetet runt omkring, som är konstruerat av sjukhusets och sjukvårdens organisation. Oroliga anhöriga ringer och gråter och operationskoordinatörerna som får ta de samtalen, blir förtvivlad över att inte kunna erbjuda någon lösning. Resultatet blir många lappar som dagligen ligger i ens fack. Att administrera varje sådan lapp tar mycket tid och resurser i anspråk, säger Mats Johansson-Högfeldt och fortsätter:

– Att neurokirurgi är beroende av andra verksamheter, som inte på samma sätt som vi värnar om våra patienter, är ett stort problem. Det leder ständigt till slitsamma konflikter med andra specialiteter. Men det är våra patienter som står på väntelistan och tar skada. Det är vår klinik som håller på att nedmonteras till följd av bristande operationsresurser. Fortsätter detta har vi inte mycket kvalificerad neurokirurgi kvar här om fem till tio år.

Han tycker inte att SU är en attraktiv arbetsplats längre.

– Ledningen har inte lyckats särskilt bra de senaste åren och det ser vi resultatet av nu. Personalen orkar inte, utan flyttar på sig. Det gör mig ledsen. Jag har varit ganska stolt över att jobba på det här stället. Men inte i dag, när jag ser att vilket håll det utvecklas, säger han.

”Välfärdsbygget knakar rejält i fogarna”

Magnus Tisell är ordförande i Svensk Neurokirurgisk Förening (SNF) och har bra koll på statistiken.

– Ifall allmänheten fick reda på hur illa det är ställt på Neurokirurgen jämfört med övriga landet, så skulle den bli förskräckt. Välfärdsbygget knakar rejält i fogarna. Men vi som jobbar här känner ändå stolthet över vad vi lyckas åstadkomma med de resurser vi har, säger han.

Regeringens mål är en jämlik vård i landet. För att ta reda på hur det är



MAGNUS TISELL, NEUROKIRURG:

”Vi ser dagligen svarta rubriker i tidningarna om Karolinska, men situationen för patienterna här är ju mycket värre.”

ställt med den saken gällande svensk neurokirurgi, har SNF låtit en oberoende person, Professor Nicolas de Tribolet i Schweiz, göra en utredning som kommer att presenteras till föreningen under våren. Sjukhusläkaren har redan nu fått ta del av den, som bland annat visar att SU ligger i nivå med andra kliniker i landet, avseende antalet neurokirurger. Gällande antalet publicerade vetenskapliga artiklar ligger Sahlgrenska i topp.

Men utredningen visar också att SU har den lägsta operationskapaciteten med mer än 700 000 patienter per neurokirurgisk operationssal jämfört med exempelvis Linköping som bara har 250 000.

När det gäller antal opererade patienter inom vårdgarantin, ligger Neurokirurgen i Göteborg långt under övriga svenska kliniker. I mars 2018 var

antalet patienter, som väntat över tre månader på en neurokirurgisk operation här, mer än det dubbla jämfört med hela övriga riket sammantaget. Måluppfyllnaden var landets sämsta på endast 39 procent.

Magnus Tisell är förvånad över de dystra siffrorna.

– Vi ser dagligen svarta rubriker i tidningarna om Karolinska, men situationen för patienterna här är ju mycket värre, säger han.

Han är överens med sina kolleger om att problemen bottnar i en splittrad organisation beträffande ansvar.

Operationer kan ställas in för att en undersköterska saknas

– Produktionsenheten har i grunden brist på sköterskor och narkosläkare. Operationer kan ställas in för att en undersköterska saknas. Det blir en ond spiral som skapar en dålig arbetsmiljö, vilket resulterar i att ännu fler slutar.

Magnus Tisell menar att alla sjukhus i dag har bemanningsproblem, men att andra lyckats lösa dem bättre än SU.

– Det är bedrägligt att all risk läggs på patienten, som får betala priset med lidande, oro och försämrad vård. Sjukhuset tar ingen risk!

Han tycker att det är ”extremt frustrerande” att ingen lösning ännu kommit till stånd.

– Det här är ju inte rocket science precis. Det handlar inte om att starta någon ny verksamhet; bara om att få igång en till operationssal. Nu kommer sommaren och då blir det ännu värre. Vi kommer att få svårt att ens ge prioett - patienter vård i tid.

Tillsammans med sina kolleger är Magnus Tisell trots allt hoppfull.

– Vi vet att vi har en klinik med hög kompetens för alla typer av neurokirurgiska ingrepp. Om vi bara får tillräckligt med operationsutrymme, så finns det goda förutsättningar för att på något års sikt komma tillrätta med våra väntetider till operation.

Ingemo Orstadius

Sjukhusledningens kommentar nästa uppslag >>>

OMRÅDESCHEFEN PÅ SAHLGRENSKA TILLBAKAVISAR KRITIKEN:

”Mycket bekymmersamt, men patientsäkerheten inte hotad”



– Att patientsäkerheten skulle vara hotad stämmer inte, säger Per Albertsson som är områdeschef för Område 6. Den som ska opereras kan fråga hur farligt det är att vänta i kön. Ifall svaret är att det innebär en ökad risk, så kan patienten begära att få bli opererad någon annanstans.

Foto: Maria Ullnert

Såväl ledning som politiker finner situationen på Sahlgrenska Neurokirurg bekymmersam. De är rörande överens om att vårdköen beror på personalbrist, men varför personalen flytt sjukhuset finns det delade meningar om. Förhoppningsvis kan en utredning ge fler svar i höst.

▼ Per Albertsson är områdeschef för område 6, som bland annat omfattar hela neurosjukvården på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Han ”bejakar siffrorna” beträffande vårdköen till neurokirurgiska operationer och finner läget mycket bekymmersamt.

– Det beror på brist på operations-

sköterskor och narkospersonal; något som för övrigt gäller hela SU, säger han.

Vad gör ni för att lösa situationen?

– Allt för att rekrytera! Vi ser över arbetstidsmodeller. Vi undersöker ifall andra yrkeskategorier, till exempel läkare under utbildning, skulle kunna gå in och assistera vid vissa typer av ingrepp. Dessutom genomför vi operationer på andra kliniker, exempelvis Angereds Närsjukhus. Vi sänder också patienter till andra sjukhus, vilket kostar mycket mer än om vi skulle ha gjort det själva, säger Per Albertsson.

Han menar att personalbristen på Neurokirurgen beror på att personal valt att arbeta på sjukhus som enbart har dagverksamhet.

– Men SU har ett uppdrag att tillhandahålla kirurgi 24 timmar om dygnet 365 dagar om året.

Hur förklarar du då varför andra storsjukhus lyckas behålla sin

personal i större utsträckning och därför har mycket kortare köer än SU?

– Vi är väldigt hårt konkurrensutsatta av andra sjukhus; framförallt av privata aktörer som har expanderat kraftigt de senaste åren. Arbetar man på Sahlgrenska blir man väldigt kompetent och erfaren och sålunda attraktiv på arbetsmarknaden, säger Per Albertsson.

Att patientsäkerheten skulle vara hotad stämmer inte, menar han. Den som har störst behov prioriteras alltid först. Det är läkarnas uppgift att informera om vårdgarantin och den som ska opereras kan fråga hur farligt det är att vänta i kön. Ifall svaret är att det innebär en ökad risk, så kan patienten begära att få bli opererad någon annanstans.

– Om vi finner att det är farligt att vänta gör vi en omprioritering och opererar den patienten så snart som möjligt.

Per Albertsson värjer sig mot påståendet att sjukhusledningen inte lyssnat på de frustrerade neurokirurgerna.

– Vi har träffat dem förstås. Vi har tillsatt en utredning, som ska se över hela processen gällande all kirurgi på SU. Den blir förhoppningsvis klar i september. Och vi hade en heldagsdiskussion i går om hur vi ska kunna öka operationskapaciteten. Det här är den absolut viktigaste frågan på SU just nu, säger han.

Johnny Bröndt (M) är arvoderad ordförande i Sahlgrenska universitetssjukhusets styrelse. Han saknar detaljkännedom om situationen på Neurokirurgen, men ska ta upp den till diskussion med sjukhusdirektören på nästkommande styrelsemöte.

Att neurokirurgerna redan i januari i en skrivelse larmade om en hotad patientsäkerhet, är en nyhet för honom.

– Det är allvarligt om de upplever situationen så. Jag har pratat med områdeschef Per Albertsson och han är inte lika pessimistisk. Jag har svårt att överpröva vad han säger, säger Johnny Bröndt.

Liksom Per Albertsson anser han att det är bristen på narkospersonal och



Att neurokirurgerna larmade redan i januari om en hotad patientsäkerhet är en nyhet för ordföranden i Sahlgrenska universitetssjukhusets styrelse, Johnny Bröndt.

Foto: Peter Wahlström

operationssköterskor som orsakat den långa vårdköen på neurologen.

– Personalen som jobbar på operation är attraktiv på arbetsmarknaden. De går till vårdgivare som betalar bättre; exempelvis privata. Andra sjukhus i Västra Götalandsregionen lockar också med högre löner och bättre arbetsvillkor, bland annat dagtjänstgöring.

Johnny Bröndt förklarar att detta inte är något som SU:s styrelse kan påverka; det är en fråga för ”regionens centralstyrda lönepolitik”.

Några konkreta förslag till lösningar har han inte, utan återkommer i intervjun till att han ska diskutera situationen med sjukhusledningen.



Cecilia Dalman Eek (S) menar att den moderata ledningen inte givit SU långsiktiga förutsättningar att klara verksamheten.

Cecilia Dalman Eek (S) är arvoderad vice ordförande i Sahlgrenska Universitetssjukhusets styrelse. Liksom Johnny Bröndt saknar hon detaljkännedom om situationen på Neurokirurgen och förklarar att politikerna inte kan gå in och lösa problemen i det akuta läget.

– Men jag är oerhört orolig.

Exemplet med barnen som fått vänta på sina läkemedelspumpar visar hur fel det har gått. Så kan vi faktiskt inte ha det, säger Cecilia Dalman Eek.

Hon håller med om att personalflykten från SU är ett stort problem.

– Den moderatledda ledningen i Västra Götalandsregionen har misslyckats. De har inte givit långsiktiga och rimliga förutsättningar för SU:s verksamhet. De har exempelvis gjort upphandlingar av katarakter hos stora privata aktörer med fasta flerårsbudgetar, medan sjukhusen bara fått ettårsbudgetar. Ingen tar ansvar för helheten i regionen. Ledningen skjuter in nya besparingsuppdrag under innevarande budgetår i mångmiljonklassen. De lovar pengar till anställningar, men sedan kommer det inga pengar, säger Cecilia Dalman Eek.

Bristen på kontinuitet leder till en uppgivenhet hos cheferna.

– De får svårt att skapa motivation hos medarbetarna, att få dem att känna att deras kompetens utnyttjas på bästa sätt. Det spelar ingen roll vad man gör; det är ingen idé att vara kvar, säger hon.

– Runt hörnet lockar nya privata aktörer med högre löner och arbete på dagtid. För att hejda personalflykten måste vi skapa långsiktiga förutsättningar så att personalen kan lita på att det som är sagt gäller. Vi socialdemokrater vill ha tillbaka den jämställdhetspott på 50 miljoner för bristyrken som moderaterna tagit bort. Vi tror att det är viktigt att höja grundlönerna för exempelvis operationssköterskor för att höja statusen, säger Cecilia Dalman Eek.

Ingemo Orstadius

Läkare är Du livet ut!

Välkommen som medlem i Seniors Läkare

– en intresseförening inom Sveriges Läkarförbund.

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



Besök oss gärna på www.slf.se/senior.

Hjärtläkaren Fikru Maru fri efter regimskifte i Etiopien



Foto: Stefan Nilsson.

Nästan på dagen fem år hann passera innan den svenske läkaren Fikru Maru åter kunde sätta fötterna på svensk mark. Efter att gång på gång ha slängts mellan hopp och förtvivlan blev äntligen beskedet om frisläppande verklighet.

▼ Fredagen den 18 maj landade Fikru Maru åter på svensk mark, efter fem år i fångenskap i Etiopien och vad som av många kallats en "Kafkaliknande process".

Hans Bagner, hans svenske advokat, som varit engagerad i fallet sedan 2013 kan nu se tillbaka på alla de turer som varit. Men inte heller den



Hans Bagner.

här gången vågade han lita på beskedet om att Fikru Maru skulle släppas fri innan det verkligen hänt. Även om han beskriver det som att det den här gången fanns "större hopp än tidigare".

Vad det var som gjorde att det faktiskt den här gången höll hela vägen till ett frisläppande tror Hans Bagner är delat i olika pusselbitar som samtidigt föll på plats.

Precis som Fikru Maru själv framhöll under den presskonferens som hölls efter att han landat på svensk mark pekar Hans Bagner på det regimskifte som för ett par månader sedan gjordes i Etiopien.

– Landet fick en ny premiärminister som ville släppa loss en massa politiska fångar och överhuvudtaget försöker demokratisera landet. Jag skulle till och med kunna tänka mig att han har sänt signaler till

domstolen att Fikrus fall snarast borde avslutas, säger han.

Och just domstolens beslut att ogilla åtalet mot Fikru Maru om att han skulle ha varit delaktig i terroristaktiviteter tror Hans Bagner är den andra viktiga pusselbiten som föll på plats. Han nämner också att det massiva mediala tryck under de senaste månaderna kan ha påverkat såväl de etiopiska som de svenska myndigheterna som då funnit det opportunt att agera.

Under processen har bland andra Hans Bagner riktat skarp kritik mot den svenska regeringens hantering av Fikru Marus ärende. Nu, när ett frisläppande är ett faktum, står han fast vid att UD borde ha agerat kraftfullare och tidigare för att Fikru skulle ha frigivits.

– Jag vet inte vad UD har gjort, eftersom de aldrig ger någon konkret redovisning av vidtagna åtgärder. Vi har bara kunnat konstatera att inget resultat uppnåddes under fem långa år.

Under ovan nämnda presskonferens berättade Fikru Maru också om hur det varit att sitta fängslad och om hur varje dag följde ett strikt schema. Att få besök var höjdpunkten på dagen och för att få resterande tid att gå brukade han promenera, läsa eller skriva. Han berättar också att samtliga var tvungna att under tystnad titta på nyheterna varje dag klockan 20:00 och att man därefter gick och la sig bland rätterna för att sova.

– Jag har inte fått den här frihets känslan än, jag har inte vant mig, sa Fikru Maru under presskonferensen.

Han passade också på att hylla dottern Emy Maru, som under hela processen kämpat för att få honom fri, och säger att han inte skulle ha klarat det utan henne. Också att stödet utifrån också har betytt väldigt mycket.

Anna Sofia Dahl

VI MÅSTE VISA PATHOS BARA FAKTA BITER INTE

Jag backar bandet till 2006. Det var valår då också. Jag var ganska ny i journalistyrket och skulle bevaka landstingsvalet i Västmanland. Socialdemokraterna styrde landstinget sedan lång tid tillbaka med stöd av Vänsterpartiet. De övriga partierna förde lite av en skuggtillvaro.

Jag minns mitt första landstingsfullmäktigemöte. Jag satt längst bak i den ståtliga salen och lyssnade på talare efter talare. Jag kommer så väl i håg känslan av att det inte handlade om sjukvård. Det var politik, retorik, metaforer, slagord och käbbel. Så långt från något konkret att jag inte visste vad jag skulle skriva i tidningen nästa dag.

Jag har följt debatten om införande av skiftarbete (ursprungligen kallat "ökad schemaläggning") för läkare i Stockholm. Jag läste bland annat en intressant reflektion av upphovsmannen till debattartikeln i Svenska Dagbladet som skrevs under av 653 läkare. Han skrev att sakargument från oss läkare inte biter i debatten. Det fick mig att tänka tillbaka på landstingsfullmäktigemötena. Nej, särskilt mycket fakta var det, som jag minns saken, inte tal om där.

Vid ett tillfälle stod jag i egenskap av valreporter utanför Central-lasarettet i Västerås med en representant för (C) i landstingsvalet. Hon hade gett ett vallöfte där hon lovade att alla ambulanser i

länet skulle utrustas med hjärt-kompressionsapparaten LUCAS. Då skulle det bli mer rättvist för alla med hjärtstopp. Problemet var bara, som den irriterade klinikchefen som kom förbi oss påpekade, att det just då pågick en randomiserad studie av LUCAS jämfört med manuell HLR. För att se om LUCAS ens var bättre.

En annan uppmärksam fråga i landstingsvalet i Västmanland 2006 gällde primärvården. Det hade genomförts en mycket ifrågasatt upphandling av de privata aktörerna inom primärvården. Den hade resulterat i att de som drev vårdcentralerna, bland annat via Praktikertjänst, förlorade. Vårdbolaget Carema, som inte hade någon verksamhet i länet sedan tidigare, vann och skulle ta över. Många väljare var oroliga att de skulle bli av med sin fasta läkar-kontakt.

Det blev maktskifte i Västmanlands läns landsting 2006. En nybliven, optimistisk politiker från Moderaterna blev landstingsråd. Han lovade att lyssna mer på personalen inom sjukvården och få ordning på många problem. Det blev inte som han hade tänkt sig. Han avgick efter mindre än halva mandatperioden.

Sjukvården ligger väljarna varmt om hjärtat. Men politikerna, journalisterna och många av väljarna står så långt ifrån vår verklighet att de kanske inte ens har möjlighet att fullt ut förstå den. Ska vi som läkare lyckas påverka väljare och politiker behöver vi nog fortsättningsvis använda mer av det som kallas pathos i retoriken. Fakta så klart, men presenterat på ett sätt som berör. Till exempel såsom kollegan Christian Unge som just gett ut boken "Har jag en dålig dag kanske någon dör" har gjort. Illa genomtänkta politiska beslut, liksom bristen på genomtänkta sådana, ökar risken för att vi läkare upplever allt fler dåliga dagar. Och ja, då kanske människor dör.

OM GLASHUS OCH MÖTET MELLAN BIOLOGISKT KOMPLEXA MÄNNISKOR

Vården är i grunden ett möte mellan två människor. Ofta handlar det om en rädd och orolig människa, kanske lidande av smärta eller obehag, i möte med en annan människa som efter många års studier försökt samla på sig så mycket kunskap om människor som möjligt. Möjligheten att trösta oro, lindra smärta eller kanske ibland till och med bota det problem som patienten lider av gör att människor kan gå till jobbet varje dag för att göra sitt bästa i varje möte.

Vården är också en viktig fråga för samhället i stort – vilken tillgång till vård som finns har stor påverkan på människors liv och den trygghet en välfungerande vård kan ha på omgivande samhälle. Det finns naturligtvis stora ekonomiska medel i något så grundläggande och omfattande som en nationell vårdorganisation med verksamhet ut i varje del av landet. Därför väcker vården känslor och skapar debatt, både vid köksbord och ända upp i landets högsta beslutande organ.

Vi ser också hur stora prestigebyggen, både i abstrakta organisationsformer och fysiska hus, byggs som lösning på de problem som finns runt en komplex fråga. Glashus i ordets båda bemärkelser reser sig som monument över beslut gällande något så grundläggande som ett möte mellan människor.

I ett fysiskt glashus, där väggarna inte döljer något, blottläggs varje möte. Den stora sorg föräldrar har när deras barn lider sker inför allas ögon till öppen beskådan. Det lidande en människa känner i livets svåraste

ögonblick sker inför en öppen publik som gör allt för att vända bort blicken och inte inkräkta på det privata. De människor som varje dag arbetar i mötet mellan människor försöker skapa förutsättningarna för god vård i en inte ändamålsenlig miljö. Eftersom jag arbetat i en sådan miljö vet jag att det görs underverk varje dag.

Samtidigt som byggnadsarkitekter skapar fysiska glashus arbetar organisatoriska arkitekter på att skapa mer abstrakta former av glashus.

Mötet mellan två människor är omöjligt att förutsäga. I varje sekund, i varje moment, samlar vi in information och anpassar till den människa vi möter. Även om vi aldrig mött människan tidigare och inte har några skäl att ha en förutfattad mening adapterar vi omedelbart till de intryck vi

får och försöker skapa oss en uppfattning. Många processer sker ofta helt omedvetet. I vården är varje möte dessutom ofta asymmetriskt. Båda människorna inblandade i mötet kommer med sina ryggsäckar – av kunskap om medicinska teorier i det ena fallet och kunskap om den egna kroppen och hela livet man levt i det andra.

Vården handlar om ett möte mellan människor, där man dessutom diskuterar en människa – en biologisk livsform

som är ett underverk av komplexitet och variation. Utöver den biologiska variationen är människan dessutom drabbad av en variation av biologiska tillstånd vi har valt att kalla för sjukdomar eller diagnoser. Ofta är

det helt naturligt förekommande variationer som i vår verklighet orsakar oro och lidande.

Men trots att både mötet är oändligt i sin komplexitet och att diskussionen handlar om en biologisk varelse med all sin komplexitet försöker dessa organisatoriska arkitekter att skapa struktur. Mötet mellan människor delas upp i sina beståndsdelar och en så subjektiv upplevelse

som smärta kvantifieras med en visuell skala för att få en siffra det går att räkna på. Den biologiska mångfalden av tillstånd delas upp i organsystem och varje problem som kan tillskrivas varje organsystem kvantifieras i allvarlighetsgrad och slutsatser dras om konsekvenserna för livslängd och fortsatt lidande.

I ett organisatoriskt abstrakt glashus som byggs så skört att det inte finns någon koppling till mötet mellan människor skapar varje utmaning sprickor.

Organisationen byggs med stor precision och exakthet baserat på en tydlig specifikation om vad exakt varje diagnos utgör och exakt på vilket sätt den betar sig under behandlingen. Varje diagnos har en organisatorisk enhet där den ska befinna sig och med precision behandlas för att nå det slutgiltiga resultatet. I denna precisionsstruktur, där varje hörn är vinkelrätt och varje linje knivskarp, ska människan pressas in med alla sina fel, brister och mjuka former. Genom strukturen pressas människan och hela tiden skapas sprickor i fasaden på den sköra strukturen när biologi möter precision och ordning.

Ett exempel är den senaste diskussionen kring utredningen "Träning ger Färdighet". Mötet mellan människor har kvantifierats, resultatet har utan grundläggande förståelse för komplexiteten tröskats genom en statistisk modell och ut har en förvanskad sanning kommit. Inget är kvar av mötet och det saknas helt en förståelse för människor i allmänhet, och det medicinska mötet i synnerhet. Relativt okomplicerade diagnoser på friska människor har använts för att visa att det man gör ofta går bra och extremt komplexa förhållanden har förenklats till slutsatsen att om man gör något sällan går det dåligt.

Fysiska glashus är både extremt kostsamma och försvårar det komplexa mötet mellan människor. På samma sätt ger de organisatoriska glashusen inga förutsättningar för en miljö där möten mellan människor kan ske. Biologi lämpar sig helt enkelt inte i fyrkantiga lådor eller sköra strukturer.

Kvar står människorna och gör sitt bästa för att trösta, lindra och ibland bota.



AV LARS ROCKSÉN

• ST-läkare i anestesi och intensivvård.

**AV CHRISTINE
TAKAMI LAGEBORN**

Robotkirurgin ger kortare vårdtider

■ Robotkirurgin är numera etablerad i Sverige och vid ett flertal sjukhus vittnar man nu om att resultatet är kortare vårdtider. Men det har också hänt att gyncancerpatienter har behövt läggas in på tillägsoperation efter robotkirurgi. ■ På vissa sjukhus planerar man nu att utöka robotkirurgin till fler diagnoser.

D en sövda patientens buk häver sig långsamt upp och ned i Blekinge-sjukhusets operationssal medan kirurgerna Denis Mesinovic och Jambor Istvan försiktigt syr ihop de små hålen efter operationsrobotens portar i huden. Genom ett av hålen har en kamera under operationen förts in och filmat ingreppet inifrån. En kirurg har i sin tur med hjälp av en tredimensionell bild av operationsfältet i en konsol kunnat styra robotens armar ovanför patienten. Efter dagens första operation förs roboten nu in i ett hörn av rummet, där undersköterskan Therese Fredriksson desinficerar den för att göra den redo för nästa patient.

Operationsrobot blev räddningen för Blekingesjukhuset

Vid Blekingesjukhuset utförs maximalt två prostataoperationer alternativt en colorektaloperation dagligen med hjälp av operationsrobot. På gyn hinner man ofta med två benigna robotoperationer dagligen. Vid sjukhuset används roboten för operation av cancer-sjukdomar i buken, som prostata och livmoderhalscancer samt för tjocktarmscancer.

Vid urologin har robotkirurgin visat sig leda till kortare vårdtider och till att man successivt kunnat dra ned på vårdplatser utan att få högre belastning på de vårdplatser som finns. Färre patienter

skickas också på remiss för svåra inkontinensbesvär efter operationen.

Urolog Amer Mousa har erfarenhet av både öppen kirurgi och robotkirurgi och uppger att skillnaden är avsevärd för såväl kirurg som patient.

– Vid öppen kirurgi kunde patienter blöda två liter och kunna komma hem först tre, fyra dagar efter operation. Nu blöder de omkring 20 till 50 milliliter och kan komma hem dagen efter, säger han medan de andra kirurgerna stejplar patientens hud och märker och väger den bortopererade prostatan.

Beslutet om att investera i en operationsrobot för drygt 15 miljoner kronor vid Blekinge-sjukhuset för knappt fem år

föregicks av stor skepsis och infekterade politiska diskussioner. Kritiker menade att patienterna var för få för att en robot skulle löna sig.

Men när roboten inte kom till patienterna, sökte sig patienterna till roboten, det vill säga utomläns. Innan Blekinge-sjukhuset hade roboten opererades de flesta av länets patienter med prostatacancer i Skåne.

– Vi betalade omkring 125 000 kronor för varje patient som skickades utomläns. Vi stod alltså kvar med kostnaderna och förlorade miljoner till Skåne. Och det som hände när vi



Vid slutet av en prostataoperation med operationsrobot vid Blekingesjukhuset. En datorskärm vid robotens "hjärna", processorn, visar en närbild av ingreppet.

Foto: Ebba Blume

skickade våra patienter till Skåne var att våra urologer flyttade till sjukhus där det fanns robot, berättar Linus Axelsson, verksamhetschef vid kirurgkliniken, Blekingesjukhuset.

Till slut fanns nästan bara Amer Mousa kvar.

– Vi hade inget val. Patienterna krävde operationsrobot, säger Amer Mousa.

Men trots att landstinget till slut ändå investerade i en operationsrobot på sjukhuset uppstod i början problem med att

använda robotens hela kapacitet.

Numera går roboten däremot på högvarv och på senare år har i i stället konkurrens uppstått mellan klinikerna om att få använda den. Fokus på att korta kötiden för prostatapatienter fick till följd att njurcancerpatienter fick vänta längre. Medan väntetiden för prostatacanceroperationer endast ligger på 4-5 veckor, visade sig endast en av sju njurcancerpatienter tidigare i år få vård inom sex veckor. Sedan dess har en styrgrupp

tillsatts som ska göra användningen av roboten mer effektiv.

Finns ändå risk att vissa patienter får stå tillbaka? Får alla som behöver robotoperation?

– Urologen har ingen kapacitetsbrist och alla som bedöms lämpliga för robotkirurgi får det. Vad gäller tarmcancer har vi inte den kapacitet vi behöver bland operatörerna och måste utbilda fler. Och det har hänt att patienter som varit planerade för robotkirurgi inte har fått det

eftersom det inte har kunnat ges i rimlig tid, säger Linus Axelsson.

Orsaken har varit att det saknats utbildad personal. Men då har patienterna i stället fått öppen kirurgi.

– Så det är inte robot till varje pris som gäller. Den onkologiska säkerheten går före, betonar Linus Axelsson, som beskriver nöjda patienter som den största förändringen han upplevt i samband med

• Fortsättning nästa uppslag >>>

att roboten infördes på sjukhuset.

Och Göran Lundh, prostatapatient som bor i Olofström, uppger sig bara ha fått lite ont i magpartiet kort efter att han opererats med roboten för några år sedan.

– Jag åkte in klockan sju på morgonen, och kunde åka hem dagen efter operation. De gjorde fem hål, som läkte på nolltid, berättar Göran Lundh för Sjukhusläkaren.

Numera har han två metastaser kvar som man inte kan stråla och han äter hormontabletter för att hålla PSA-värdet nere.

Med de sämre villkor som råder på mindre sjukhus till följd av centraliseringen av vård är det tveksamt om kirurkliniken hade överlevt utan robotkirurgin, resonerar Amer Mousa.

Blekingesjukhuset har tvingats släppa ifrån sig annan kirurgi, som den för urinblåscancer, som centraliserats till Skånes universitetssjukhus i Malmö. Inte utifrån argument som

kvalitet, utan enbart på grund av volym; patienterna var för få. För dessa patienter ligger väntetiden nu därför kring tre månader. (Landstingspolitikernas beslut att flytta den kirurgin utgick i sin tur från den statliga utredaren Måns Roséns resultat, som enligt SVT:s Dokument inifrån till stor del har visat sig vara felaktigt – se sidan 29).

Men sjukhusets operationsrobot används däremot flitigt, med knappt 190 operationer om året. Än så länge kan sjukhuset hantera alla robotoperationer, men det tillståndet är inte statiskt, konstaterar Linus Axelsson. Skulle behovet stiga till 250 operationer om året, skulle man inte klara det på endast en robot.

– Ökar inflödet nu blir det politisk huvudvärk, säger han.

Amer Mousa gör i dagsläget över hälften av prostataoperationerna och det kan vara svårt att skraddarsy ett schema som inte stupar på att han är ledig en vecka. Men inför sommarens minskade bemanning hjälper företaget bakom roboten sjukhuset med att ta in en ”proktor”, det vill säga en erfaren lärare, i detta fall en robotkirurg, som instruerar

och lär upp andra läkare.

Det är också företaget som genom ett antal validerade lärare kommer ut och utbildar kirurger att hantera roboten, först genom att kirurgerna får operera i ett simuleringssystem ett 40-tal timmar, sedan genom att testa sin färdighet genom grisoperationer. Sedan de ”släppt” kirurgerna fortsätter lärarna att kontinuerligt följa upp kirurgernas arbete vid sjukhuset. Kritiker har menat att sjukvården på detta sätt i allt för hög grad hamnar i händerna på företaget bakom roboten.

Finns risk för att det blir företaget som styr vårdens innehåll?

– På sätt och vis kunde man känna sig styrd av företaget, medger Linus Axelsson.

Men företaget och landstinget har gemensamt intresse i att roboten inte ska resultera i dålig kirurgi, menar han.

– De styr med det gemensamma intresset

att detta inte får gå fel.

Och robotkirurgin kan mycket väl komma att användas på fler diagnoser framöver, som exempelvis bräckkirurgi, enligt Linus Axelsson. Allt beror på vad patienterna efterfrågar, resonerar han.

– Om man i Lund köper in en robot till en helt ny typ av operationer, som gallkirurgi, ja, då kommer patienten att kräva detta, vare sig vi vill eller inte. Annars väljer de ett annat landsting.

Vården är konkurrensutsatt och måste följa efterfrågan, menar Linus Axelsson, som däremot tvivlar på att det någonsin blir aktuellt för sjukhuset att operera lapgalla med robot.

Men Amer Mousa uppe i operationssalen är inte säker.

– Tänk om kostnadseffekten blir noll, invänder han provande.

Och det är inte bara vid Blekingesjukhuset som eftervården har visat sig bli kortare i samband med robotkirurgin. Även om randomiserade långtidsstudier än så länge saknas på nationell nivå uppger de flesta landsting som infört operationsrobot för Sjukhusläkaren att robotkirurgin har kortat eftervården

och därmed frigjort vårdplatser, om än på marginalen.

Vid Universitetssjukhuset i Linköping har kirurkliniken generellt sett en halvering av vårdtider med titthålsteknik och i snitt något dygns kortare vårdtider för prostatapatienter. Även vid Örebro Universitetssjukhus, Norrlands Universitetssjukhus och Akademiska sjukhuset i Uppsala län har vårdtiden kortats till följd av robotkirurgin.

Däremot har skador och komplikationer efter kirurgin inte förändrats jämfört med före införandet av operationsroboten, uppger man både vid Akademiska sjukhuset i Uppsala och vid Universitetssjukhuset Örebro.

Det är också vanligt att konkurrens råder om operationsroboten mellan de olika klinikerna och på flera sjukhus överväger man att investera i fler robotar.

Vid de större sjukhusen pågår diskussioner om att börja använda robotkirurgi på fler diagnoser, som tungbascancer vid Akademiska sjukhuset i Uppsala och tumörkirurgi inom öron- näsa- hals vid Norrlands universitetssjukhus, enligt uppgift till Sjukhusläkaren.

Vid Universitetssjukhuset i Örebro och Blekingesjukhuset försöker man i sin tur se över möjligheten att trimma verksamheten och utöka antalet operationer per dag.

Karolinska Universitetssjukhuset har redan investerat i fler operationsrobotar och Akademiska sjukhuset i Uppsala har begärt resurser för ännu en.

Vid Norrlands universitetssjukhus säger man sig i sin tur behöva ytterligare en robot för tarmcancerkirurgin och även vid Universitetssjukhuset i Linköping förs diskussioner om att utöka sin robotpark.

Conny Wallon, verksamhetschef vid Kirurgen på Universitetssjukhuset i Linköping, hoppas att man gör slag i saken. Urologen har inte tillräckligt mycket operationstid i roboten, inte gynekologen heller, uppger han. Roboten är fullbelagd.

– Vi på kirurgiska kliniken vill utveckla tekniken för bukspottskörtel och matstrupe- eller magsäckskirurgi, men begränsas av tillgänglig tid i roboten, säger Conny Wallon, och fram-



Undersköterskan Therese Fredriksson desinficerar robotens "armar" inför nästa operation på Blekingesjukhuset. Foto: Ebba Blume

håller att Japan, USA, Sydkorea och flera europeiska länder ligger före Sverige i denna utveckling.

Finns tillräckligt med personal för att det ska löna sig att investera i ännu en robot?

– Man kan undra om det finns personal för något i vården numera, blir Conny Wallons svar.

Ska man satsa på ännu en robot när personal saknas?

– En robot kan locka till sig personal, resonerar Conny Wallon, som i likhet med Linus Axelsson betonar att det är efterfrågan från patienterna som avgör om robotkirurgin i framtiden kommer att omfatta fler diagnoser.

– Patienterna kommer att kräva det, säger Conny Wallon.

Även vid Norrlands universitetssjukhus går operationsroboten

numera på högvarv, enligt Ulrika Ottander, specialistläkare i gynekologi vid Norrlands Universitetssjukhus.

– Just nu har vi ett enormt tryck på roboten och en anhopning cervexcancer som lämpar sig väl för robotkirurgi, säger hon.

Här har man även börjat förbereda för att använda robot till operation av bland annat tungbascancer, där det annars är trångt och besvärligt att komma åt. Enligt Ulrika Ottander är även en utökning av antalet robotar en naturlig utveckling vid sjukhusen.

En operationsrobot är dyr – har man råd att investera i fler?

– Det är en väldigt viktig fråga. Men smakar det så kostar det, säger Ulrika Ottander, som dock betonar att man inte ska utvidga robotkirurgin till fler områden bara för att det går.

Många enklare gynekologiska ingrepp går utmärkt att utföra med konventionell titthålsteknik som är billigare, framhåller hon.

Bör man inte satsa på mer personal i stället för på fler maskiner?

– Absolut. Sjukvården klarar sig inte utan personal, säger Ulrika Ottander.

Det handlar om skattepengar, därför bör robotar användas exklusivt på avancerad kirurgi, anser hon.

I USA och Europa är operationsrobot business på många andra områden, något som är möjligt även här, konstaterar Ulrika Ottander, men tillägger: – Möjligt, men inte vettigt.

Det talas mycket om kortare vårdtider efter robotkirurgi vid just urologin. Hur ser resultatet ut när det gäller gyncancer?

– Vi ser en stor skillnad, säger Ulrika Ottander.

Även här kan patienter gå hem tidigare efter robotens titthålsoperation, som lett till kortare vårdförlopp och mindre blödningar, berättar hon.

Här har robotkirurgin dock också visat sig ha bieffekter med längre vårdtid som följd.

– I enstaka fall har patienter drabbats av vaginalrupturer där den söm man gjort i slidan med hjälp av robot har

spruckit upp igen, berättar Ulrika Ottander för Sjukhusläkaren.

Följden blir att patienten blir sjuk igen och måste läggas in för tilläggsoperation för att sy till det efteråt.

– Det är inte svårt att åtgärda, men det är förstås obehagligt och smärtsamt för patienten, säger Ulrika Ottander.

En orsak bakom dessa skador kan vara att man när man bränner av kärl med robot får en sämre läkning vid slidtoppen, menar hon.

– Det kan bero på att stygnen ser större ut i roboten och det ser ut som om man tar större tag än man i själva verket gör. Då syr man kanske inte på bästa sätt, och måste göra om i en tilläggsoperation, säger hon.

Trots operationsrobotarnas expansion runtom i landet finns fortfarande landssting, som Sörmland, som ännu inte har investerat i någon operationsrobot. Här har diskussion dock förts om att införa en, meddelar Elisabeth Lundevall, som är divisionschef för kirurgi i Landstinget Sörmland, i ett mailsvar.

Även om man kom fram till att roboten skulle bli mycket dyr i förhållande till den nytta man fick av den, ligger en robot nu i landstingets investeringsplaner, berättar hon.

Till skillnad från de lovord som på andra håll omger robotkirurgin, är Elisabeth Lundevalls svar mer tveksamt.

”Kvalitetsskillnaderna är näst intill omätbara i randomiserade studier, så ja, det går väsentligen lika bra utan robot” uppger hon, men tillägger att fördelarna med robot på sikt kommer att förstärkas och kostnaderna förmodligen att minska.

Behöver ni i dagsläget hänvisa patienter utomläns för robotkirurgi?

”Det är mycket få patienter som väljer fritt vårdval enbart för att bli opererade med robot”, meddelar Elisabeth Lundevall, men betonar att hon tror på robottekniken och att enda nackdelen är kostnaden.

”Vår bedömning är att de allra flesta opererande sjukhus kommer att ha robot inom några år.”

Ebba Blume

Läs mer på nästa uppslag >>>

✓ Mindre sjukhus får lättare att behålla läkare och patienter

✓ Kortare vårdtider för patienterna

✓ Behovet av avancerad smärtlindring har minskat

Så har robotkirurgin påverkat sjukvården

Av Ebba Blume

Vad har robotkirurgin inneburit för vården? Sjukhusläkaren ställde sex frågor till tio sjukhus runt om i landet som satsat på att införa operationsrobotar.

Akademiska sjukhuset i Uppsala

Fick operationsrobot 2013

Kortare vårdtid – men bytestiden längre mellan robotoperationer

1. Robotkirurgin är dyrare. För engångsmaterial skiljer det sig inte mycket, däremot när det gäller investeringskostnad.
2. Använder roboten för prostatectomi, njursektion, cystectomy (cancerkirurgi), kolokteral cancerkirurgi, ändtarmsoperation och operation för rektal prolaps.

Konkurrens råder mellan kvinnoklinik och kirurgiklini. Kolorektalsektionen har tillgång till roboten en dag i veckan under februari till maj, sen från september till jul. Under dessa perioder bokas roboten varje vecka. Det är inte operationstid som är begränsande utan snarare tid för operationsstart och bytestid mellan operationer. Själva bytestiden är längre mellan robotoperationer. Vid urologen har man för det mesta problem med att använda robot till full kapacitet, exempelvis under sommaren.
3. Vårdtiderna i genomsnitt ett dygn kortare efter minimalinvasiv kirurgi (robot eller laparoskopi) jämfört med öppen kirurgi.
4. Skador/komplikationer efter operation är oförändrade.
5. Robotcystectomy drar remisser från andra län, men delvis på grund av nivåstrukturer i allmänhet.
6. I en framtid med modern robot skulle upp till 70 procent av den kolorektala kirurgin kunna göras med robotteknik.

Universitetssjukhuset i Linköping

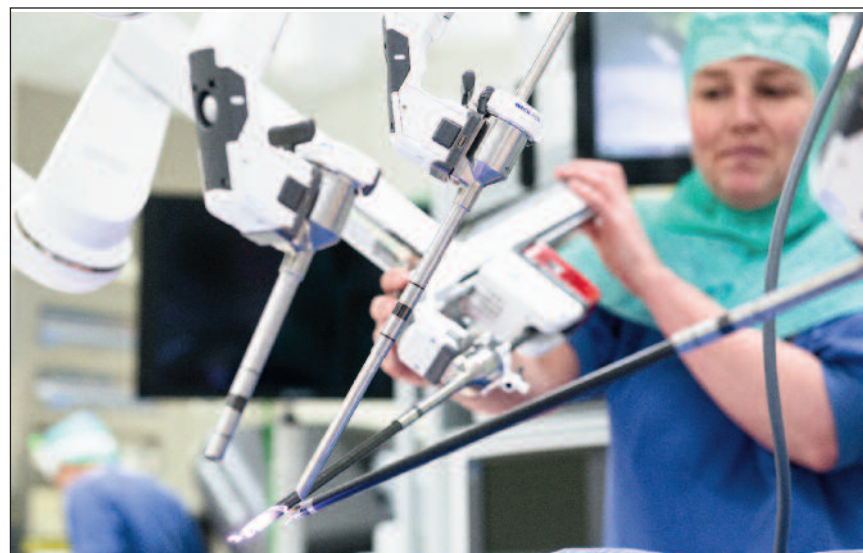
Fick operationsrobot 2007

Vill börja operera matstrupe och bukspottskörtel med robot

1. Större kostnader för sjukhuset.
2. Opererar prostatectancer, blåscancer (cystektomier), njurkirurgi, rektalcancer, cervixcancer, högrisk corpuscancer.
Har en nyttjandegrad på omkring 80 procent av roboten. Urologin har tillgång till

De här frågorna bad vi sjukhusen svara på:

- 1.** Påverkan i kostnad för sjukhuset.
- 2.** Områden där roboten används, eventuell konkurrens och kapacitet?
- 3.** Påverkan på vårdtider.
- 4.** Skador/komplikationer efter operation.
- 5.** Påverkan patientflöden från/till andra län.
- 6.** Kommer ni att utvidga robotkirurgin?



Operationsrobot på Falu lasarett.

Foto: Erik Bäckwall, Landstinget Dalarna.

robot cirka tre operationsdagar per vecka, kirurgi och gynekologi har en dag var. Konkurrens råder mellan klinikerna om utrymmet eftersom kapaciteten är för liten.
3. I grova drag har vårdtider för prostatectancer minskat med kanske 0,5-1 dygn, njurkirurgi med omkring 2-5 dygn, blåscancer med 3-4 dygn. Vårdtiden för cervixcancer har kortats med två dygn och för corpuscancer med 2-3 dygn. Kirurgikliniken ser en halvering av vårdtider med titthålsteknik.
Men skillnaderna beror inte bara på robotkirurgin, utan även på andra faktorer som ändrade indikationer både för utredning och kirurgi, olika former av fast-track i den postoperativa vården, nya kirurger, utvecklade tekniker och arbetssätt, etc.

4. –
5. Tar emot fler från andra län, framför allt när det gäller prostatectancer, men även på senare tid för blåscancer. Men detta framför allt beroende på att det har genomförts en nivåstrukturer av detta. Just nu görs ett 40-tal robotassisterade prostatectomier för utomlänspatienter, men detta förväntas minska då utomlänspatienters hemlandsting skaffar egen robot.
6. Kommer utvidga robotkirurgin för en del

operationer som i dag görs öppet, eftersom robotresurserna inte räcker till. Kirurgikliniken skulle behöva utveckla titthålsteknik även för operationer på matstrupe och bukspottskörtel

Skånes universitetssjukhus

Fick operationsrobot 2005

Sparar cirka 2 000 vårddygn per år på grund av kortare vårdtider

1. För avancerad kirurgi, som radikal hysterektomi och körtelutrymning är kostnaderna lägre för robotkirurgi än för alternativet öppen kirurgi. Detta är konstaterat, men förutsätter en volym av operationer på fler än 300 per robot och år. Kostnadsbesparingen är möjlig genom kortare operationstider och kortare vårdtid. Motsvarande kan anses möjligt att extrapolera för övrig cancerkirurgi samt för komplex benign kirurgi.
2. Roboten används för gynekologiska operationer, barnoperationer (mag-tarm och njurkirurgi), lungkirurgi, hjärtkirurgi, tarmkirurgi, urologiska operationer, öron-, näs- och hals-operationer, endokrina

tumörer. Har personal för att använda roboten till full kapacitet.
3. Vårdtiderna har kortats med 2-3 dagar. Behovet av smärtlindring är mindre. Sjukhuset beräknas spara omkring 2 000 vårddygn per år på grund av kortare vårdtider.
4. Antalet vårdskador har inte påverkats.
5. Inte haft någon påverkan på patientflöden från andra län.
6. Inga planer på att utvidga robotkirurgin.

Södersjukhuset i Stockholm

Fick operationsrobot 2013

Har utvidgat robotkirurgin genom att operera kvinnor med svår endometrios

1. Operationskostnaden blir högre, men vårdtiden kortare vid stora operationer. I takt med att inlärningskurvan blir bättre och

operationstiderna kortare minskar kostnaden per operation. Vid specialistvården har vårdtiderna halverats och patienterna hämtar sig snabbare efter operation.
2. Inom allmänkirurgi används roboten för kolorektal kirurgi, gall- och mjältkirurgi samt bukväggskirurgi som dominerar (bråck). På urologiska kliniken används robot för operation för prostatectancer, njurcancer, njurbäckencancer, urinledarcancer, skruvsnjure, samt enstaka patienter med hydronefros (Östlingnjure). Kvinnokliniken använder roboten till att operera bort livmodern vid godartade tillstånd, vid endometrioscirugi, att operera avancerade framfall, att operera bort muskelknutor (myom) från livmodern, att operera livmodermissbildningar och utomkvedshavandeskap med ovanlig lokalisering ("ärrgraviditet"). Roboten används till full kapacitet, men det råder ingen konkurrens. Uppdelningen mellan olika specialiteter är bra.

3. Kvinnorna som opereras med robot kan gå hem 1-2 dygn tidigare jämfört med öppen bukoperation.
4. Mindre blödningsmängd under operationen hos de kvinnor som opererats med robot.
5. Tidigare efterfrågade våra patienter robotoperation och vi remitterade många patienter. I dag kan vi omhänderta all urologisk kirurgi fränsett lymfkörtelutrymning vid prostatectancer. Dessa patienter skickas till KS, Solna och det rör sig om sett fåtal per år. Opererar patienter från Gotland samt enstaka andra utomlänspatienter.
6. Vi har redan en bredd, men vi utvecklar verksamheten hela tiden och gör fler komplexa njuringrepp i roboten. Vi arbetar för att fler kvinnor ska kunna erbjudas minimalinvasiv teknik när livmodern måste opereras bort. På Kvinnokliniken har vi på senare år utvidgat kirurgin genom att operera kvinnor med svår endometrios.

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

Referenser: 1. Pradaxa® produktresumé, fass.se. 2. Praxbind® produktresumé, fass.se. 3. Connolly SJ, et al. New Eng J Med 2009;361:1139–51 [Erratum: New Eng J Med 2010;363:1875–6 and New Eng J Med 2014;371(15):1464–5]. 4. Connolly SJ, et al. Circulation 2013;128(3): 237–43.

Pradaxa® (dabigatranetexilat), antikoagulantium, Rx, F. **Indikationer:** Prevention av stroke och systemisk embolism hos vuxna patienter med icke valvulärt förmaksflimmer (NVA), med en eller flera riskfaktorer, såsom tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA); ålder ≥ 75 år; hjärtsvikt (NYHA klass ≥ II); diabetes mellitus; hypertension. Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungemboli (LE), och förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna. Profylax av venös tromboembolisk sjukdom hos patienter som genomgått elektiv total protesoperation i höft- eller knäled. **Styrkor och förpackningar:** 60x1 samt multiförpackning 3x60x1, blister. Kapslar 110 mg resp 150 mg. **Varningar och försiktighet:** Njurfunktionen bör bedömas innan behandling påbörjas. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Patienter med svår njurfunktionsnedsättning (kreatininclearance < 30 ml/min). Pågående kliniskt signifikant blödning. Organskador med risk för blödning. Spontan eller farmakologisk nedsättning av hemostasen. Nedsatt leverfunktion eller leversjukdom som förväntas påverka överlevnaden. Samtidig systemisk behandling med ketokonazol, ciklosporin, itraconazol och dronedaron. Mekanisk hjärtaffluks. För senaste prisuppgift samt övrig information se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén 01/2018.

Praxbind® (idarucizumab), Rx, EF, ATC-kod V03AB. **Indikation:** För vuxna patienter behandlade med Pradaxa® (dabigatranetexilat) när snabb reversering av Pradaxas antikoagulerande effekt krävs: Inför akut kirurgi/brådskande procedurer; Vid livshotande eller okontrollerad blödning. **Styrkor och förpackningar:** 2 injektionsflaskor à 2,5 g/50 ml injektions-/infusionsvätska, lösning. **Varningar och försiktighet:** Känd överkänslighet (t ex anafylaktisk reaktion) mot idarucizumab eller något av hjälpämnena eller ärftlig fruktosintolerans är tillstånd som noga måste vägas mot den potentiella fördelen med behandlingen. Genom att reversera dabigatranbehandlingen utsätts patienterna för den risk för trombos som är knuten till deras underliggande sjukdom. För att minska denna risk skall återinsättning av behandling med blodförtunnande medel övervägas så snart det är medicinskt lämpligt. För fullständig beskrivningsinformation se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén 11/2017.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

Falu lasarett i Dalarna

Fick operationsrobot 2016

Gyn vill även göra sakrokolpopexier och mer avancerad endometriaskirurgi

1. –
2. Roboten används på Urologen: Prostatacancer, njurbäckencancer, uretärancer, uretärobstruktion (njurbäckenplastik). Gyn: Benigna hysterektomier, lågrisk corpuscancer, förväntat avancerad adnexkirurgi, till exempel endometrios.
3. Vårdtiderna har minskat. Med robot-opererade urologiska patienter krävs 1-3 dagar, med öppna operationer 5-7 dagars vård. Vid kolorektala verksamheten har vårdtiderna minskat med cirka tre vårddygn jämfört med öppen kirurgi. Vid gyn har vårdtiderna minskat rejält, men det sammanfaller även med andra förbättringar som gjorts.
4. –
5. Urologen tar emot patienter från Gävleborg för prostatacanceroperationer.
6. Gyn vill även göra sakrokolpopexier och mer avancerad endometriaskirurgi.

Universitetssjukhuset i Örebro

Fick operationsrobot 2013

Full kapacitet på roboten på alla kliniker

1. Ingen stor kostnadsökning för kvinnokliniken om man jämför med konventionell laparoskopi eller öppen kirurgi. Men i dagsläget innebär roboten större kostnader för kirurgen.
2. Roboten används på kvinnokliniken, kolorektalkirurgi, thorax, urologi. Urologiska kliniken använder robot vid prostatacancer, njurkirurgi, både benign och malign. Enstaka operationer görs avseende stenkirurgi, bräck, med mera.
Har önskemål om att kunna börja med kirurgi för muskelinvasiv blåscancer, men kan det inte i nuläget på grund av bristande tillgång till robot. I dag använder urologin roboten två gånger i veckan och har ändå svårt att följa ledtider för SVF. I viss utsträckning konkurrens. Kvinnokliniken använder roboten en gång i veckan och fram tills nu har det inte varit större konkurrens. Men nu när flera kliniker visar intresse och man ser fler regionala patienter på listan bör det uppstå önskemål som innebär att man behöver en andra robot.
Vi har full kapacitet på roboten på alla kliniker. Förutom att man på urologen under våren fick gå ned till en robotdag per vecka på grund av brist på operationssjuksköterskor.
3. Vårdtiderna har gått ner betydligt för njurkirurgin (från 5-6 dagar för öppen kirurgi till 2-3 dagar för robotkirurgi) och har kortats något för prostatakirurgin (från fyra

till två dagar). Vid Kvinnokliniken varierar vårdtiderna från ett dygn till två och ett halvt. För kolorektal kirurgi har tiderna inte påverkats.

- Gör fler operationer. Antalet radikala prostatektomier har ökat från 10-15 per år till 65 stycken år 2017.
4. Komplikationsprofiler inom våra operationer har inte ändrat sig. Vi har sett en övergående lätt ökning av uretärskador, men ligger numera inom vanlig komplikationsfrekvens.
 5. Opererar mellan 10-15 robotoperationer per år från andra län inom regionen. Varje sådan operation kostar i snitt 140 000 kronor. Urologen har gjort en mindre del benign njurkirurgi från andra landsting.
 6. På kvinnokliniken ser man en ständig utmaning att utöka antalet operationer per dag. Just nu matchar man tre normaloperationer, hysterektomier benign/malign per dag. Vi har relativt korta knivtider på robotverksamheten, ibland halva tiden av en konventionell laparoskopioperation av samma karaktär.

Hallands sjukhus

Fick operationsrobot 2008

Minskat behov av avancerad smärtlindring efter operation

1. Går inte att svara på om kostnaderna ökat eftersom kostnadsutvecklingen beror på så många olika faktorer. Vi betraktar det som en samhällsekonomisk vinst att patienter som opereras med tithålskirurgi i många fall har kortare vårdtider och rehabilitering, samt färre komplikationer.
2. Roboten används främst för prostataoperationer, njuoperationer, gynekologiska operationer samt tjock- och ändtarmsoperationer. Tillgången till tekniken är god i Halland och det finns ingen konkurrens kring utnyttjandet.
3. Under den tid vi haft tillgång till tekniken har vårdtiderna kortats.
4. Behovet av avancerad smärtlindring efter operationer har minskat.
5. Har inte tagit fram eller noterat förändringar i patientströmmar och kostnader kopplat till just robotteknik.
6. Kommer inte att utvidga robotkirurgin nämnvärt under överskådlig tid.

Länssjukhuset i Kalmar

Fick operationsrobot i september 2017

Skickar färre patienter utomläns

1. Med robot högre kostnader för själva operationen.
2. Roboten används för urologisk njur- och prostatakirurgi. Kolorektal kirurgi. Gynekologisk benign kirurgi. Ingen konkurrens mellan klinikerna. Vi har tillräcklig personal att använda roboten till full kapacitet – den används fyra dagar per vecka.

3. Vårdtiden för prostatacancer nu två dagar, jämfört med sex dagar innan vi hade robot. Njuncancer: 2-5 dagar jämfört med 7-10 dagar.
4. Skador och komplikationer är oförändrat, men kirurgin generellt mindre traumatisk.
5. Skickar färre patienter utomläns idag.
6. Planerar inte att utvidga robotkirurgin.

Östersunds sjukhus

Fick operationsrobot i mars i år

Ingreppen har tagit längre tid än öppet ingrepp

1. För tidigt att ge några siffror, men vi räknar med en högre kostnad initialt. På sikt räknar vi med vinst/nollsummespel eftersom vi tar hem kirurgi (urologi) som vi annars skickat för riks- och regionvård.
2. Roboten används för urologi, nedre GI och Gyn. Upplever ingen konkurrens.
- 3-4. För tidigt att säga något.
5. Ingen skickas för robotassisterad radikal prostatektomi efter införandet. År 2016 skickades 11 patienter för radikal prostatektomi till annat sjukhus vilket kostade sjukhuset 985 000 kronor. Räknar med att ha kapacitet att ta emot utomlänspatienter för robotkirurgi hösten 2018.
6. Avvaktar året ut innan utvärdering och eventuell expansion av robotkirurgi.

Danderyd, kolorektalsektionen

Fick operationsrobot 2014

Roboten har minskat antalet vård dagar och komplikationerna

1. Kostnaden per ingrepp har ökat, men vi ser den minskade vårdtid som roboten inneburit som en besparing för sjukhuset.
2. Robot används inom kirurgi (ffa rektalcancer, prolapsoperationer) gynekologi och urologi. Roboten används till full kapacitet fem dagar i veckan. Ingen konkurrens, det råder samsyn om roboten och vi prioriterar utifrån en casemix hur den ska användas.
3. När vi jämför åren 2014-2017 (då vi haft robot) med åren 2010-2013 (då vi använt konventionell tithålskirurgi) har vi minskat vårdtiden med fyra dagar. Den nya tekniken har även minskat andelen komplikationer efter kirurgi. Kliniken är ett så kallat ERAS (Enhanced recovery After Surgery) centre of excellence. Detta innebär att resultaten efter kirurgi jämförs internationellt med andra centra som registrerar det perioperativa vårdförloppet i en internationell databas. Robotkirurgin har medfört att vi står starkare i denna jämförelse.
4. Komplikationerna har minskat från 49 procent till 25 procent.
5. Ingen påverkan på patientflöden till/från länet.
6. Planerar större andel cancerkirurgi inom kolorektalcancer och utvärderar fördelar vid ärrbräckskirurgi.

Vårdpersonal bildar nytt parti för att rädda akutsjukhusen

Framtiden för akut-sjukhusen i Jönköpings län är hotad, enligt sjukvårdspersonal, som nu har bildat ett nytt parti för att föra vården mot vad de anser vara rätt riktning.

▼ Partiet har goda chanser att komma in i regionfullmäktige, enligt Martin Nedergaard-Hansen, ortoped vid Höglandssjukhuset.

För att Jönköpings län även i framtiden ska ha tre akutsjukhus, Höglandssjukhuset, Värnamo sjukhus och Länsjukhuset Ryhov, räcker det inte att som politiker vara välvillig till detta. Man måste också aktivt fatta de politiska beslut som krävs. Det anser företrädarna bakom det nya partiet "Bevara akutsjukhusen", som startats inför höstens regionval.

Bit för bit flyttar man den centrala verksamhet som behövs för att kunna driva akutsjukvård från de lokala sjukhusen i Eksjö och Värnamo till Länsjukhuset Ryhov i Jönköping, menar Martin Nedergaard-Hansen, ST-läkare och ortoped vid Höglandssjukhuset i Eksjö. Han är även ordförande för den ideella förening som i höstas blev startskottet för det nya partiet.

– Delar av kärllkirurgin, gastro och urologi har man flyttat till Jönköping.

Detta trots att man satsat på en hybrid-sal i Eksjö för kärllkirurgi och annan vård som kan kräva detta. Men sedan har man inte använt sig av de resurserna, trots att personal finns, säger Martin Nedergaard-Hansen till Sjukhusläkaren.

Felet är att politiker ofta tror att allt blir bättre av sig självt bara man centraliserar vården, anser han.

– Men man måste se konsekvenserna av vad man gör. Som att ett tätt samarbete mellan kärllkirurger och ortoped kan försämrats om patient eller läkare måste flytta sig sex-sju mil för bedömning. Visst kan man ha telefonkontakt, men detta påverkar ändå bedömningen, säger Martin Nedergaard-Hansen.

Vid Höglandssjukhuset i Eksjö och Värnamo sjukhus har man dragit ned på verksamheten så att man med nöd och näppe kan upprätthålla en akutkirurgi, menar han.

Det nya partiet som nu vill slå vakt om denna akutsjukvård består till största del av sjukvårdspersonal, och säger sig vara ett "hur"-parti; I stället för att ge enskilda löften eller stå för en ideologi säger man sig fokusera på hur önskvärda mål ska uppnås.

Hur många medlemmar partiet har kan Martin Nedergaard-Hansen ännu inte uppge, men de har omkring 500 följare på Facebook. Och sympatisörerna kommer inte bara från det egna Höglandssjukhuset, utan även från Värnamo och Jönköping.

– Även besluten om vården i Jönköping fattas på lösa grunder, säger han.

Partiets utgångspunkt är att politiker inte bör flytta en enskild del av en verksamhet utan att analysera konsekvenserna för resten. Politiker bör också innan de fattar enskilda beslut om vården förankra dessa genom en dialog med berörd vårdpersonal och verksamhet, tycker partiet.

– På rikspanet sker remissrundor för politiska beslut. Så borde de förankras även i landsting och regioner, säger Martin Nedergaard-Hansen, som menar att det krävs mer evidens och kunskap från vårdpersonal inom den politiska styrningen.

Riskerar inte det att bli omständligt, att förankra varje politiskt beslut hos vårdpersonalen?

– Det är fel att påstå att det blir bättre om man ror snabbt åt fel håll än att ro långsamt åt rätt håll, säger Martin Nedergaard-Hansen, som uppger att han förgäves på egen hand har försökt engagera sig och påverka landstingspolitikerna i frågor som rör vården.

Men nu är han inte ensam. Och det är inte bara sjukvårdspersonal utan människor i allmänhet som också engagerar sig i och berörs av dessa frågor, menar Martin Nedergaard-Hansen.

För att komma in i regionfullmäktige behöver partiet omkring 7000-8000 röster och enligt Martin Nedergaard-Hansen är chanserna goda.

Ebba Blume

Allvarliga fel i statlig utredning om den högspecialiserade vården

Regeringen och en enig riksdag har beslutat att högspecialiserad vård ska centraliseras och Socialstyrelsen har fått i uppdrag att skynda på denna centralisering.

Landstingen har även börjat ta bort en del vård från mindre sjukhus för att koncentrera den till färre sjukhus.

Det politikerna lutar sig mot i sitt beslut är den statliga utredaren Måns Roséns utredning, vars slutsats är att läkare på mindre sjukhus har för låg volym, alltså för få patienter för att prestera tillräckligt bra.

Enligt Rosén dör hundratals människor i onödan på grund av att kirurger alltför sällan utför komplicerade operationer. I utredningen hävdas att omkring 500 liv räddas om

vården i stället koncentrerades till färre sjukhus med högre volym.

En granskning som SVT Dokument Inifrån har gjort visar dock att utredningens beräkningar till stor del är felaktiga. I utredningen har exempelvis döda patienter räknats flera gånger, patienter i livets slutskede och kvinnor som inte ens var sjuka utan skulle föda barn räknades med.

■ På många håll i landet tvingar personalbrist i psykiatrisk slutenvård fram framgångsrika lösningar i den psykiatriska öppenvården, enligt Martin Rödholt, projektledare vid SKL.

■ Men de läkare som Sjukhusläkaren talat med ger en annan bild. Slutenvården räcker inte till för de patienter som behöver den och öppenvården mäktar inte med att täcka upp för dessa brister, menar de.

■ – Jag har fått skicka hem patienter som lever med svår psykiatrisk sjukdom, säger Sofia Rydgren Stale, överläkare vid psykiatriska kliniken, Kristianstad.

Läkare måste avvisa patienter som behöver slutenvård

– Jag har fått skicka hem patienter som är djupt deprimerade eller har en handikappande ångest och som har trötta anhöriga. Det känns inte rätt mot dem och deras anhöriga, säger Sofia Rydgren Stale.



▼ Antalet vårdplatser inom psykiatri har successivt minskat de senaste 20 åren, enligt siffror som Sjukhusläkaren har begärt ut från SKL.

Något som dock har tvingat vårdgivare att bygga ut öppenvården och hitta nya lösningar för att kompensera för ett minskat antal slutenvårdsplatser, framhåller Martin Rödholt, specialistläkare i psykiatri och projektledare för Bättre läkarbemanning i psykiatri, Uppdrag Psykisk Hälsa, SKL.

Som exempel nämner han specialistpsykiatri i Sollefteå, där vårdplatser har ersatts av mobila team som åker hem till patienten och även erbjuder



Hannes Salo, överläkare vid psykiatriska akutmottagningen i Stockholm, känner ibland att han på grund av platsbrist måste neka till att lägga in patienter i slutenvård, även om patienterna behöver det. Foto: Ebba Blume

läkarbedömning på distans genom samtal med specialistläkare på Ipad.

– En sådan lösning hade kanske inte utvecklats om man inte tvingats till den på grund av personalbrist i slutenvården, säger Martin Rödholt och uppger att en vårdplats i slutenvården kostnadsfritt kan motsvara 50 patienter i öppenvården.

Men de läkare inom psykiatri som Sjukhusläkaren har talat med vittnar om en slutenvård som brister i sömnarna och som ofta inte kan ta emot patienter som har behov av den.

Och om en öppenvård, som trots att den har byggts ut ofta inte mäktar med att fånga upp behoven från de patienter som tidigare vårdats i slutenvård.

Sofia Rydgren Stale, överläkare vid psykiatriska kliniken i Kristianstad, poängterar å ena sidan det positiva i att tiden för de stora mentalsjukhusen är förbi. Det var inte lyckosamt att folk bodde flera år på institutioner, betonar

• Fortsättning nästa uppslag >>>

LÄS MER

Hot om att ta bort jouravtal får läkare att fly psykiatrisk akutmottagning

Våldsamma patienter och en arbetsbelastning på smärigränsen är vardag för personalen vid Psykiatriska akutmottagningen i Stockholm. Här har antalet besök fördubblats på tio år. Men bemanningen har inte ökat i takt med detta och nu riskerar den att bli ännu glesare.

▼ Ett hot om försämrade villkor får läkare att "rösta med fötterna", det vill säga sluta i protest.

Den landstingsdrivna mottagningen, som ligger vid Capio Sankt Görans sjukvårdsområde har hela Stockholms län som upptagningsområde. I genomsnitt har mottagningen 60 besök per dag, ett tiotal av dem kommer med polis, berättar Hannes Salo, överläkare vid psykiatriska akutmottagningen. Här är våldsamma, hotfulla och väldigt sjuka patienter en del av vardagen.

– Det kan komma in en person med pistol och vi har haft incidenter när personer har försökt ta polisens pistol. I princip vad som helst kan hända, säger Hannes Salo.

Ett skäl till att Hannes Salo trots en stundtals kaotisk arbetssituation ändå inte har känt sig så otrygg i arbetet är att mottagningen ännu har tillgång till kompetent och erfaren personal. Bland dem finns ett team som består av både mottagningens egna fast anställda läkare, men till en tredjedel också av externa jourläkare som inte är en del av kliniken utan rycker in från annat håll.

– De är så erfarna och kunniga att de kan hantera märkliga situationer som inträffar rätt ofta, säger Hannes Salo.

Men i samband med ett förslag, som först kom från den politiska ledningen i Stockholms läns landsting, har jourläkare börjat lämna arbetsplatsen, delvis för att förslaget hotar att försämra jourersättningen, menar Hannes Salo.

I augusti ska Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och Läkarföreningen förhandla om frågan.

– Om jouravtalet sägs upp blir följden ett enormt haveri. Det är i stort sett likvärdigt med att bomba igen verksamheten, säger Hannes Salo.

• Detta är ett sammandrag. Läs hela artikeln på Sjukhusläkaren.se

HANNES SALO, ÖVERLÄKARE:

” Ibland är det hjärtskärande att skicka hem vissa personer ”

hon, och behandlingsmöjligheterna nu är bättre än tidigare.

– Men någonstans når man en smärtgräns. Och det finns många allvarliga psykotiska tillstånd som behöver få tillgång till slutenvård i perioder, säger hon.

Psykiatriska kliniken i Kristianstad ska ha 56 vårdplatser. Men det senaste året har man inte kunnat hålla alla högentensivplatser öppna och har nu därför bara 52. Särskilt patienter som lever med missbruk riskerar att bli undanträngda, liksom de som lever med depression och svår ångest, menar Sofia Rydgren Stale.

– Jag har fått skicka hem patienter som lever med svår psykiatrisk sjukdom, patienter som är djupt deprimerade eller har en handikappande ångest och som har trötta anhöriga. När platsläget är pressat måste vi ibland skicka hem dem. Det känns inte rätt

mot dem och deras anhöriga, säger Sofia Rydgren Stale.

Tvingas leta vårdplatser ända upp i Småland

Vissa dagar, i synnerhet om sommaren, har hon fått leta vårdplatser i hela södra sjukvårdsregionen och så långt upp som i Småland.

Att som vårdpersonal ofta behöva fatta rätt tuffa beslut skapar en samvetsstress, tycker Sofia Rydgren Stale.

– Det skapar en känsla av otillräcklighet att inte kunna erbjuda den vård patienten behöver och kan förvänta sig, säger hon.

Däremot är det positivt att en del patientgrupper, som tidigare brukade behandlas i slutenvård, i stället får stöd i öppenvården, tycker Sofia Rydgren Stale och syftar exempelvis på patienter med emotionellt instabil personlighetsstörning (tidigare kallad borderline).

De patienterna kan visserligen ha behov av korta krisinterventionsinläggningar och slutenvård i perioder. Men för dem kan slutenvård även trigga självskadebeteende, anser Sofia Rydgren Stale.

Det pressade platsläget i den psykiatriska slutenvården har dock eskalerat på senare år, menar hon, och ser ett samband med att trycket på den psykiatriska akutmottagningen har blivit mycket högre.

Hannes Salo, överläkare vid Psykiatriska akutmottagningen i Stockholm, ger en liknande bild av läget.

– Det är uppenbart att det saknas slutenvårdsplatser, säger han, och vid akutmottagningen märker vi av det.

En tendens som han tycker har ökat på senare tid är att patienter återkommer till psykiatrisk akutvård samma dag som de skrivs ut från psykiatriska slutenvården.

SOCIALSTYRELSEN OM REGERINGENS OCH SKL:S ÅTGÄRDSPAKET:

”Miljardsatsningar som nästan helt saknar konkreta resultat”

Regeringen och SKL har de senaste två åren satsat 1,5 miljarder kronor till kommuner och landsting för att öka tillgängligheten och stärka psykisk ohälsa. En satsning som nästan helt saknar konkreta resultat och varken lett till mer tillgänglighet, ökat vårdutbud eller mer personal, visar en granskning av Socialstyrelsen.

▼ I stället har pengarna till stor del gått till behovsanalyser och till att ta fram

handlingsplaner som ännu inte implementerats.

Analysen visar att det råder stora variationer i handlingsplanernas innehåll och att en relativt stor del av stimulansmedlen använts till att utveckla och ändra planerna, inte till att genomföra dem.

Enstaka exempel på konkreta resultat inom satsningen finns dock, som exempelvis en ökad bemanning och mer generösa öppettider vid ungdomsmottagningar.

Socialstyrelsen har även gjort en attitydundersökning inom området psykisk hälsa bland allmänheten, som visar att endast en av fyra anser att personer med psykiska problem får den hjälp de behöver inom sjukvården.

Socialstyrelsens statistik visar att de senaste tjugo åren har den psykiska ohälsan hos såväl unga som vuxna ökat drastiskt och att idag lider 190.000 barn och ungdomar av någon form av psykisk ohälsa, vilket är en fördubbling på tio år.

– Och i vissa fall framgår det inte varför patienten skrevs ut. Man anar att det har att göra med slutenvårdens behov av att frigöra vårdplatser, säger Hannes Salo.

Vid psykiatriska akutmottagningen fattar man i sin tur beslut om patienten ska läggas in i slutenvården igen.

Känner du själv att du måste vara restriktiv med att lägga in patienter som behöver slutenvård, just för att det saknas plats?

– Absolut! Ibland är det hjärtskärande att skicka hem vissa personer. Ibland får jag säga att jag bedömer att du behöver läggas in, men du måste gå hem för tyvärr finns inga platser och vi tvingas prioritera personer som är livsfarliga för omgivningen eller riskerar att dö inom några dygn, säger Hannes Salo.

Periodvist fullt på alla kliniker i hela länet

De senaste åren har det varit några perioder då det har varit helt fullt på alla kliniker i hela länet, berättar han.

– Då måste man lägga in patienten på fel klinik till att börja med, vilket innebär att vårdkedjan bryts och kommunikationen mellan öppenvård och slutenvård inte fungerar.

Då kan det dessutom bli så att de som ska sköta patienten inte alls känner patienten och tenderar att göra så lite som möjligt, säger Hannes Salo, som upplever att det på senare tid har blivit svårare att hitta vårdplatser.

Öppenvården, som tvingas bemanna med personal som inte alltid är optimalt utbildade, har inte heller alltid möjlighet att möta behovet från patienter som skrivs ut från slutenvården, enligt Hannes Salo, och akutmottagningen får även ta emot patienter som inte tycker sig ha fått tillräcklig hjälp i öppenvården.

– Akuten får avlasta öppenvården. Även patienter som redan har öppenvårdskontakt, men är missnöjd med den, eller har för glesa besök i öppenvården, kommer till oss, berättar Hannes Salo.

När det gäller den besvikelse och kritik som anhöriga till patienter ofta uttrycker gentemot psykiatrin, framhåller Hannes Salo vad han anser vara en

vanlig missuppfattning mellan anhöriga och psykiatripersonal.

– Vi har inte ansvar för alla våldssamma personer, även om deras anhöriga ofta tolkar deras beteende som ett uttryck för att de inte mår psykiskt bra. Det är lätt att glömma bort att det finns en stor grupp våldssamma personer som inte är psykiskt sjuka, utan snarare kriminella eller drogpåverkade. Ibland vädjar anhöriga om att vi ska tvångsskriva in sådana patienter, trots att det varken är psykiatriskt motiverat eller ens legalt, säger han.

Även polisen kan ibland ha en felaktig bild av vem som ska föras till psykiatriska akutmottagningen, menar Hannes Salo.

– Polisen kör väldigt många personer till oss som egentligen hör hemma i häktet, säger han.

Men liksom Sofia Rydgren Stale är även Hannes Salo positiv till att man numera satsar på korta vårdtider och så lite slutenvård som möjligt för patienter med emotionellt instabil personlighetsstörning.

– Det hör till deras sjukdomsbild att ständigt överväga eller hota med självmord. Därför vågade vårdpersonal för ett tiotal år sedan inte skriva ut dessa patienter, som i stället utsattes för tvångsvård under långa tider, berättar Hannes Salo.

Korta vårdtider för vissa diagnoser har varit lyckat

Numera satsar psykiatrin däremot på korta vårdtider, mindre tvång och ökat eget ansvar för dessa patienter, något som enligt Hannes Salo har visat sig vara lyckat.

– Det har gått jättebra. De ligger inne kortare tider, utan tecken på att de mår sämre av det, säger Hannes Salo.

BLEKINGE

Också på andra håll i landet vittnar läkare och vårdgivare om en psykiatrisk heldygnsvård nära smärtgränsen. I Blekinge har man de senaste tio åren successivt dragit ned på ett trettio-tal

FAKTA

Successiv minskning av vårdplatser i psykiatrisk slutenvård

Antal vårdplatser, specialiserad psykiatrisk vård: (allmän psykiatri, BUP och rättspsykiatri)

Genomsnittligt disponibla vårdplatser i riket:

1996:	7276
2000:	5565
2005:	4347
2010:	4457
2015:	4341

▼ Med genomsnittligt antal disponibla vårdplatser avses det antal vårdplatser i slutenvård som genomsnittligt under året varit tillgängliga (beläggningsbara) med hänsyn tagen till planerade och oplanerade stängningar samt att de krav som ställs på patientsäkerhet och arbetsmiljö för disponibla vårdplatser ska ha varit uppfyllda. Källa: SKL.

Nya regler för lex Maria-anmälningar

▼ Från september 2017 har Lex Maria-föreskriften delats upp i två, en från IVO och en från Socialstyrelsen. IVO:s föreskrift reglerar hur allvarliga vårdskador ska anmälas och Socialstyrelsens föreskrift gäller arbetet med patientsäkerhet, samt ansvaret att utreda och göra händelseanalyser.

Kravet på att Lex Maria-anmälan ska göras inom två månader efter händelsen har tagits bort.

Anmälan efter självmord behöver numera endast göras om fel i vården kan ha orsakat självmordet.

Fler lex Maria-anmälningar

▼ Under 2017 inkom totalt 2680 lex Maria-anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Detta är en ökning jämfört med 2016, då motsvarande antal anmälningar var 2470.

Flest lex Maria-beslut förra året gällde psykiatrisk specialistsjukvård (557 beslut). Motsvarande siffra för 2016 var (488 beslut). Källa: IVO

• Fortsättning nästa uppslag >>>

platser i den psykiatriska slutenvården. Tanken var att kompensera de borttagna vårdplatserna med satsningar inom dagpsykiatri, öppenvård och akutsjukvård.

Nu tittar man på om man på sikt kan utveckla dagpsykiatri även på kvällstid, berättar Mari Söderström, verksamhetschef för länsgemensam psykiatri, Blekinge.

– Det gör vi för att vi har behov av heldygnsvård. Vi ligger på höga beläggingsprocent på de vårdplatser vi har. För de patienter som skulle behöva utökat stöd nattetid har vi inget att erbjuda, säger hon.

Inom psykiatri i länet fanns planer på ett mobilt team som kan åka hem till patienten, som på sätt inte skulle behöva läggas in.

– Vi gjorde ett försök, men lyckades inte rekrytera personal till mobilt akutteam, säger Mari Söderström.

Nästa år kommer Blekinge dock att utöka den psykiatriska heldygnsvården med tre vårdplatser.

Liksom Hannes Salo ser Mari Söderström ett samband mellan hög beläggning på den psykiatriska slutenvården och ett ökat tryck på psykiatriska akutmottagningen.

– Är det stopp på allvårdsavdelningar kan man inte flytta patienten från akuten, där patienten ju bara ska vara ett till tre dygn, säger Mari Söderström.

För Blekinge är inte personalbrist det stora dilemmat, menar hon.

– Problemet är att resurser har fördelats om från heldygnsvård till dagpsykiatri och mellanvård. Där vill vi också ha våra resurser, så att vi kan jobba proaktivt, säger Mari Söderström, som framhåller ett samarbete mellan psykiatripersonal i Olofström som ett gott exempel.

Där samarbetar kommun och psykiatri när det gäller kroniskt sjuka patienter med exempelvis bipolär sjukdom, och bedriver vad Mari Söderström kallar "cage management", det vill säga att man har en person som hela tiden jobbar nära patienten.

– Det fungerar. Men patienterna får inte vara för svårt sjuka, säger Mari Söderström.

Ing-Marie Wieselgren, psykiatri-samordnare, specialist i psykiatri och



Man har inte lyckats bygga ut öppenvården i takt med efterfrågan. Tvärtom har det blivit svårare med tillgängligheten, menar psykiatri-samordnaren Ing-Marie Wieselgren.

projektchef, Uppdrag Psykisk Hälsa, SKL, håller med om att risken finns att patienter som egentligen behöver slutenvård nekas det eller får fel slags vård i öppenvården.

I samband med den stora psykiatri-reformen, som genomfördes 1995, tog kommunerna över ansvaret för den psykiatriska öppenvården och antalet slutenvårdsplatser inom psykiatri drog successivt ned. Tanken bakom reformen sades vara att förbättra situationen för människor med psykiska funktionshinder och öka deras möjlighet till delaktighet i samhället.

På senare år har minskningen av slutenvårdsplatser dock börjar plana ut en aning.

– Nu är det svårt att pressa ned fler platser, konstaterar Ing-Marie Wieselgren.

Medan minskningen av slutenvårdsplatser tidigare i högre grad berott på neddragningsbeting och besparing, har den på senare år mer kommit att handla om ren personalbrist, enligt Ing-Marie Wieselgren.

För att kompensera för den avsmalnande slutenvården, har man på många håll satt in andra insatser och byggt ut den psykiatriska öppenvården.

– Men man har inte lyckats bygga ut i takt med efterfrågan. Tvärtom har det blivit svårare med tillgängligheten, uppger Ing-Marie Wieselgren.

Och när man minskar tillgängligheten i vårdinsatsen, ökar risken för att

människor går länge innan de får hjälp, vilket i sin tur kan leda till tvångsvård och mer sjukskrivning, påpekar hon. Ambitionsnivån är lägre för psykiatri än för kroppsliga tillstånd, och i sin tur lägre för barn och unga än för vuxna, menar Ing-Marie Wieselgren.

En del barn och unga hamnar till exempel på SiS (Statens Institutionsstyrelse), trots att de borde ha psykiatrisk vård, uppger hon.

En rapport från Socialstyrelsen visade nyligen att SKL trots miljardsatsning nått få konkreta resultat. Vad har egentligen gjorts för miljarderna?

Det kan exempelvis handla om utbildningsmaterial kring insatser till asylsökande och nyanlända som finns att använda av landsting och kommuner, svarar Ing-Marie Wieselgren.

– Vi utbildade 2000 personer i Stockholm och de utbildade i sin tur omkring 20 000 personer ute i landet, framhåller hon.

Under de senaste två åren är innehållet i överenskommelsen mellan SKL och regeringen formulerat så att huvudparten av medlen går direkt ut till landsting och kommuner endast med krav på att en analys och handlingsplan ska tas fram, betonar Ing-Marie Wieselgren.

– Eftersom det från statens sida inte varit krav på redovisning av vad pengarna använts till, finns inte så tydliga beskrivningar. Socialstyrelsen kom igång sent med sitt uppföljningsarbete, så inte heller de har varit tydliga i vad de vill följa upp, poängterar hon.

Hennes bild är att det trots allt hänt mycket ute i kommuner och landsting.

– Men det skulle behöva hända ännu mer. En anledning till bristande tillgänglighet beror ju just på att så många vill ha psykiatrins hjälp, uppger hon.

Personligen tror Ing-Marie Wieselgren att det behövs ett fortsatt intensivt utvecklingsarbete, och sammanhållande nationella aktiviteter. Därför tycker hon att det är synd att regeringen i överenskommelsen för 2018 minskade medlen till utvecklingsarbete på SKL. Det är också oroväckande att det inte finns planer för fortsatt stöd 2019, menar hon.

Ebba Blume



FRAMTIDENS SPECIALISTLÄKARE

10-ÅRSJUBILEUM



ANMÄL DIG INNAN 31/7
FÖR LÄGRE PRIS!

2008 - 2018

SVERIGES VIKTIGASTE MÖTESPLATS FÖR ST
FYLLER 10 ÅR, FIRA MED OSS!
VÄLKOMMEN TILL MALMÖ ARENA
4-7 SEPTEMBER 2018



SÖDRA
REGIONVÅRDSNÄMNDEN

#FRAMTIDENSLAKARE

WWW.FRAMTIDENSLAKARE.SE



Stephan Stenmark

Han drömde om rena händer – nu slåss han mot multiresistenta bakterier

När Stephan Stenmark var liten bestämde han sig för att han ville ha ett jobb där han fick ha rena händer. Med dessa händer tar han numera tag i sin dagliga kamp mot multiresistenta bakterier och smitta, som smittskyddsläkare och ordförande i Strama.

Men trots ett passionerat intresse för såväl hepatit, antibiotikaresistens och harpest, råder inget tvivel om vad som ger honom störst glädje i arbetet.

– Inget går upp mot att ge en patient beskedet; du är botad.

Grusiga snöhögar som vägrar ge vika för våren ligger envist kvar utanför Smittskyddsenheten vid Norrlands Universitetssjukhus. Liksom så många andra av landets sjukhus byggs även detta om eller rivs för att ge plats åt nya lokaler och den halvt uppgrävda marken vid sjukhuset är regnfuktig och lerig.

Men inne på Smittskyddsenheten är golv och bordsytor rena, rummen välstäddade.

Här trivs smittskyddsläkare Stephan Stenmark.

– Jag visste inte exakt vad jag ville bli, jag var mer inriktad på vad jag inte ville göra, säger Stephan Stenmark där han tar emot Sjukhusläkaren i sitt arbetsrum vid Smittskyddsenheten.

Hans pappa, som ägde skogsmaskiner, jobbade i skogen tolv timmar om dagen. Sedan kom han hem med fingrar som luktade smörjolja, vilket fick den unge Stephan att bestämma sig för en helt annan väg.

– Tidigt bestämde jag att den där typen av jobb ska jag inte ha. Jag ville ha vita kläder och vara ren om händerna, berättar han och visar oss runt bland enhetens övriga små rum där tre, fyra av hans kollegor sitter, än så länge i cellkontor.

Men i samband med att nuvarande lokaler ska rivas till förmån för ett nytt

• Fortsättning nästa uppslag >>>

FAKTA | PERSONLIGT

Familj: Frun Helena och tre döttrar, 20, 23 och 25 år. Den äldsta dottern går i pappas fotspår och ska bli läkare. "Jag blev jätteförvånad och vet inte vad jag har gjort. Jag har aldrig aktivt uppmuntrat henne att välja det". Familjehem åt en pojke, 18 år, från Afghanistan.

Bakgrund: Född i Lycksele 1965, bor i Umeå sedan 1985. Mamman var småskollärare, pappan skogsarbetare. "Jag tror att de var stolta över att pojken skulle bli doktor". Läkarutbildning i Umeå.

Yrke: Specialist i infektionssjukdomar sedan 2003. Disputerade 2004 med "Cutaneous resistance against Francisella Tularensis", Harpest-infektionen. Smittskyddsläkare sedan 2010. Ordförande i Strama Västerbotten sedan 2010. Blev 2015 ordförande i Nationella Strama (tidigare Programråd Strama). Ingår därmed i en grupp på 12 personer i landet som försöker samordna det nationella arbetet för Strama.

Bäst med arbetet: Variationen, kontakten med andra inom vården, men framför allt med andra ute i samhället; att träffa elever på skolor och personer vid äldreboenden på kommunen.

Friheten i att i perioder fokusera på olika saker.

Baksidan av yrket: Att det i perioder kan bli lite för mycket tid framför datorn.

Drivkraft: Att se till att folk överhuvudtaget inte blir sjuka.

Fackligt engagemang: Var under ett tiotal år aktiv i olika roller i Västerbottens läns läkarförening. Ledamot i Läkarförbundets centralstyrelse 2000-2002. Facklig sekreterare i Svenska Infektionsläkarföreningen 2006-2012.

Fritidsintressen: Längdskidåkning, springa i skogen och swim-run.

Så tillbringar jag helst min semester: "Jag råkar ha tre fritidshus – ett uppe vid havet, ett vid älven utanför Lycksele, som jag har arvt en del av och en stuga i fjällen som vi åger tillsammans med min frus syskon. Beroende på säsong är jag på någon av de ställena. Jag gillar även att resa utomlands, men tänker efter mer inför långresor nu, av miljöhänsyn."

Skogen har haft betydelse för Stephan Stenmark på flera plan. Idag njuter han av långa motionspass i skogsnatur, men pappans 12 timmar långa arbetsdagar i skogen där han kom hem med fingrar som luktade smörjolja fick Stephan Stenmark att redan som ung bestämma sig att rikta blicken mot andra yrken.

regionhus ska fler jobba aktivitetsbaserat och i öppna kontorslandskap.

För Smittskyddsenhetens personal vore det däremot omöjligt att berövas avskildhet, menar Stephan Stenmark, med tanke på sekretess och smittskydd. En åsikt han tydligt har framfört till ledningen, men ännu inte vet om han får gehör för.

Stephan Stenmark tycks annars vara en man som vid det här laget är van att få gehör; både i den utåtriktade rollen som smittskyddsläkare och som ordförande i den nationella samverkansgruppen för Strama (Samverkan mot antibiotikaresistens).

I mötesrummet på Infektionsmottagningen där personal diskuterar patienter med multiresistenta bakterier lyssnar vårdteamet uppmärksamt på hans råd.

I sitt dagliga arbete påminner han läkare om att rapportera in fall av smitta.

Nästan varje vecka åker han till Stockholm antingen i sitt arbete för Strama eller för att föreläsa om hepatit.

Men att tala som han gör nu, vant, tydligt och med en kunnig självklarhet, var honom främmande som yngre.

– Det fanns inte på kartan att jag skulle göra det som 20-åring. Och som liten var jag ganska försiktig och blyg, mer orolig än tuff, berättar han.

Stephan gillade studier och hade lätt för sig i skolan, speciellt för naturvetenskapliga ämnen.

Under naturvetenskaplig linje i gymnasiet började intresset för att jobba inom sjukvården sakta växa fram.

Valde kollegialitet före grabbighet

När valet senare stod mellan ortopedi och infektion, blev stämningen på de arbetsplatser han provade avgörande. Före sin AT-tjänstgöring hade Stephan Stenmark två vikariat; ett halvår på en infektionsklinik och ett halvår på ortopediklinik. Två platser som han upplevde skilde sig avsevärt när det gäller stämning och gruppdynamik.

På infektion var det mer kollegialt och man jobbade mer i team kring patienten. På ortopedin var det däremot väldigt fokuserat kring operation och prestation, tyckte Stephan Stenmark.



Stephan Stenmark och smittskyddssköterskan Lena Skedebrant i ett möte med "multiresistens-teamet" vid vårdhygien och infektion, där man diskuterar patienter som visat sig ha multiresistenta bakterier och behovet av fortsatta kontroller. Foto: Jonatan Stålhös.

– På ortopeden hade de en grabbig, lite tuff stämning sinsemellan. När jag ställde mig frågan var jag vill vara om 20 år, vilken stil vill jag bygga in i mig själv, kändes infektion mer lockande.

Den högre grad av humanism som Stephan Stenmark tyckte präglade infektion inbegriper också ett större intresse för "hela" patienten, menar han.

– Man är intresserad av patienten och symptomen även om det skulle visa sig att den bakomliggande orsaken varken är bakterier eller virus, säger Stephan Stenmark, som också tilltalas av att en så stor del av infektionsmedicin rör akut sjuka patienter, samtidigt som den inbegriper långsiktigt omhändertagande och kroniska sjukdomar som Hepatit C och B.

– Patienter blir akut sjuka och behöver hjälp. Ofta är diagnostiken så bra att vi förstår vad det handlar om. I de flesta fall blir det begripligt, vi kan hjälpa till i tillfrisknandet och folk blir friska. Det är en ganska tilltalande process.

Stephan Stenmark tilltalas också av det direkta mötet med patienten. Därför har han valt att en gång i veckan ta emot patienter – till största del de som har Hepatit C och B – nere vid Infektionsmottagningen, som ligger en bit ifrån Smittskyddsenheten.

Det betyder däremot inte att han är

främmande för distansvårdens möjligheter. En del av sina hepatitpatienter har han också möte med på videolänk via vårdcentralens videorum. Videolänk är bra för sammanträden och för uppföljningar av patienter som han redan känner och har träffat tidigare, resonerar Stephan Stenmark.

Med de långa avstånden i norr har en del patienter så svårt att resa långt att en del riskerar att utebli från mötet i vården.

– Då är ett möte på distans bättre än inget alls, säger han.

Men vid akuta infektioner krävs ofta ett riktigt besök, tycker han.

– Och för många tillstånd behöver vi lyssna på och känna på patienten i ett riktigt möte. Mervärdet av den fysiska undersökningen är viktig både för patientsäkerheten och för att ha så bra medicinskt underlag som möjligt när man ska fatta beslut om man ska behandla med antibiotika eller inte.

Nyligen kom en utvärdering från Örebro som visar att ingen vetenskaplig evidens finns till stöd för distansvård – det är än så länge så nytt att inget sådant har hunnit skapas.

– Jag tror att det finns potential att bedriva sjukvård på distans, men då ska det vara rätt sammanhang och rätt typ av diagnoser. På sikt tror jag att det kommer att handla om uppföljningar av

kronisk sjukdom, som exempelvis diabetes och psykisk ohälsa, säger Stephan Stenmark.

Utanför sjukhuset har regnet upphört, luften klarnar, molntäcket spricker upp. En försiktigt värmande vårsol får isen att långsamt slita sig loss och i breda flak makligt driva mot havet österut nere på Umeälven, som skiftar i isblått och åskgrått. Med nattens kyla fryser flaken sen ihop igen i ett stelnat istäcke vid Kyrkbron. I väntan på den norrländska våren måste man ha tålmod och tålmod är också ett av Stephan Stenmarks ledord. Det vill till i ett arbete som smittskyddsläkare, såväl som i den envetna och ibland till synes tröstlösa kampen mot multiresistenta bakterier.

– Få verkliga förändringar går snabbt. Som smittskyddsläkare är både tålmod och otålighet viktiga egenskaper, konstaterar han.

Men för att få till förändringar krävs inte bara tålmod, utan aktiv handling och kamp, inte minst i arbetet mot antibiotikaresistens, menar Stephan Stenmark.

– Strama är egentligen ett verb. Det är att göra förändring. Och det gör man inte på ett sammanträdesrum, utan i dialog ute på klinikerna.

Det handlar om det val som läkaren eller vårdteamet gör när de ska behandla infektion.

Om patientens rätt till bästa infektionsbehandling i en sjukvård som samtidigt motverkar antibiotikaresistens.

– Behandla när det verkligen behövs och där det gör nytta, behandla med rätt preparat, under lagom lång tid, och sluta i tid, är Stephan Stenmarks råd till läkare och vårdteam.

Antibiotikaronder på sjukhus ger effekt

Från att under de senaste 20 åren ha lagt mest energi på att förbättra förskrivningen i öppenvården har Strama nu börjat lägga mer fokus på läkare och vårdteam i slutenvården.

Finns ett större motstånd bland läkare i slutenvården mot att dra ned på sin antibiotikaförskrivning?

– Nja. Två vårdcentraler är mer lika

varandra än två olika sjukhusavdelningar och kliniker. På sjukhus finns en större spridning av verksamheternas inriktning. Patienterna är i snitt sjukare och man måste göra så många överväganden när det gäller infektionsbehandling. Nu när vi också vill jobba mer inne på sjukhusen, måste vi också ha andra metoder, säger Stephan Stenmark.

En metod för att få bukt med hög antibiotikaförskrivning på sjukhus är antibiotikaronder, som Strama varit drivande i att införa och som de senaste två åren har kommit igång inom 60 procent av landets landsting.

– Vi vill införa detta på utvalda avdelningar på alla akutsjukhus i Sverige inom några år, säger Stephan Stenmark.

Antibiotikaronderna innebär att en infektionsspecialist kommer ut till sjukhusavdelningar, exempelvis en medicinavdelning två gånger i veckan. På någon timme går man igenom alla patienter tillsammans med lokalt ansvarig personal på avdelningen och ger råd hur man ska gå vidare med de patienterna. Både svenska och internationella studier har visat att antibiotikaronder i olika grad har lyckats minska det totala behandlingstrycket.

Enligt en studie från Malmö minskade den totala antibiotikaförskrivningen exempelvis med en fjärdedel när man införde antibiotikaronder, jämfört med en kontrollperiod.

Man såg heller ingen risk för att minskningen i förskrivningen ökade dödligheten för patienterna.

Till största delen berodde minskningen på att man förkortade behandlingstiderna och satte ut antibiotikan tidigare, berättar Stephan Stenmark.

– I många fall följer alla läkare inte rekommenderad behandlingstid, utan skriver ut antibiotika lite längre än nödvändigt.

Med antibiotikaronderna ser man också att man kan ge lite smalare preparat om man exempelvis är specialist i infektion.

Något som också kan ha betydelse för biverkningar, menar Stephan Stenmark.

• Försättning nästa uppslag >>>

Stephan Stenmark en engagerad humanist

▼ Stephan Stenmarks engagemang begränsar sig inte till antibiotikaresistens och hepatit eller ens endast till de egna barnen. Nu när hans vuxna barn är utflugna har Stephan och hans fru Helena sedan ett och ett halvt år blivit familjehem åt en snart 19-årig afghansk kille, som har fått uppehållstillstånd och ska börja gymnasiet nu till hösten.

Honom fick de kontakt med genom organisationen "Vän i Umeå", som för ihop det Stephan norrländskt kallar "gammsvenskar" med nysvenskar, som på vänskapsbasis kan matchas med personer som vill vara faddrar. Men innan Stephan och hans fru godkändes genomgick de en väldigt noggrann utredning som socialtjänsten låter blivande föräldrar genomgå.

– Så då fick vi svart på vitt att vi är bra föräldrar, att socialtjänsten i Umeå har godkänt mig som förälder, säger Stephan med ett skrat.



Stephan Stenmark tillsammans med Colin van Wyk, som är projektledare i Phambili för ett projekt som stöds av Access, en organisation som Stephan Stenmark är med i.

▼ Stephan Stenmark är också med i en förening i Umeå som stöder ett par hälso- och sociala projekt i Sydafrika.

Ett av projekten stöder en kåkstad där mycket dödsfall till följd av sjukdom och drogrelaterat våld förekommer. I hälsoprojektet hjälper föreningen en sydafrikansk distriktssköterska med pengar så att hon kan jobba heltid.

”Brist på vårdplatser ökar risken för antibiotikaresistens”

– Ger man ett preparat som inte påverkar tarmen minskar risken för att patienten får diarré och behöver vara kvar längre på sjukhus för det.

Möter ni något motstånd mot antibiotikaronder från läkarnas och sjukhusens sida?

– Nja motståndet ligger mer i att de undrar hur de ska klara ännu en arbetsuppgift i ett redan pressat schema, säger Stephan Stenmark.

Men detta är ingen uppgift som man endast ska ges till infektionskliniken, även om det i slutändan är infektionsläkare som utför uppdraget. Det är något man måste bestämma på högre strategisk nivå i regioner och landsting, det är hela sjukhusets ansvar att successivt ordna med bemanning och grundbudget för att kunna lösa uppgiften, framhåller han.

Då ska det heller inte vara i projektform, utan något man bygger in i kärnverksamheten, som en del av kvaliteten på ett sjukhus.

– Vi driver detta i dialog med infektionsläkaren och cheferna för infektionskliniker för det är de som ska göra jobbet.

En läkare har tidigare uppgett för

Sjukhusläkaren att bristen på vårdplatser kan göra att man sätter in antibiotika onödigt tidigt för att snabbare kunna skicka hem patienter och därmed frigöra vårdplatser. Förstår du det dilemma?

– Jag kan förstå det, jag har själv stått där. Men en fråga om vårdplats ska inte ha inverkan på om patienten ska behandlas eller ej. Då binder vi ris åt egen rygg. Vi påverkar inte bara patienten här och nu utan om några veckor, och patientens anhöriga om ett år, samt hela samhället på sikt. Vi måste lyfta blicken, lösa grundproblemet och inte göra tillfälliga dåliga ad-hoc-lösningar, säger Stephan Stenmark.

Men även om vi gör allt rätt måste läkare och vårdteam ställa in sig på att jobba i en värld med fortsatt ökad antibiotikaresistens, både ute i befolkningen och på sjukhus, konstaterar han och ser ett klart samband mellan brist på vårdplatser och risk för antibiotikaresistens.

– Den nivå av vårdplatser som vi har nu tror jag inte är hållbar om vi ska kunna hantera antibiotikaresistens. Utan mer personal, läkare och framför allt sjuksköterskor, då går vi bet. Men mer personal snyter man inte lätt ur

näven, konstaterar Stephan Stenmark och ger ett exempel på fler konsekvenser som personalbrist på sjukhus kan resultera i.

Nyligen spreds vankomycinresistent enterokocker (VRE) på flera sjukhus samtidigt, i Sörmland, Stockholm, Örebro och Västerbotten. Detta till följd av att patienter skickats runt mellan sjukhusen.

– Detta, och att vi skickar samma patient kors och tvärs inom samma sjukhus på grund av vårdplatssituationen och därmed får smittspridningar, ser jag som ett slags stresstest som vi i svensk vård inte riktigt klarar av, säger Stephan Stenmark bekymrat, men utan att förlora ett envetet hoppfullt engagemang i sin röst och sin blick.

Han är knappast redo att ge upp kampen mot antibiotikaresistensen.

– Vi har gjort en himla skillnad de senaste 10-20 åren, säger han.

Även om de viktiga förändringarna enligt Stephan Stenmark sker långsamt kan de processerna bli lite väl utdragna, medger han. Som exempel nämner han den kamp han sedan elva år har varit drivande i för att införa ett sprututbytesprogram vid sjukhusets infektionsmot-



Sedan några år tillbaka äter Stephan Stenmark inte kött. En av anledningarna är användningen av antibiotika i köttproduktionen. Foto: Jonatan Stålhös.

tagning. Tidigare, när ett sådant införande krävde att landstingspolitiker och kommunpolitiker var överens, sade kommunpolitikerna nej. Vid sådana tillfällen kan till och med den tålmodige Stephan Stenmark, som i övrigt utstrålar vänligt lugn och eftertänksamhet, faktiskt bli riktigt irriterad.

Kan man inte förstå en viss tveksamhet i en sådan fråga?

– Kommunpolitikerna sade nej utan egna, konstruktiva lösningar. Med sprututbyte kan vi förhindra blodsmitta och Hepatit C bland människor som injicerar droger, resonerar Stephan Stenmark.

Att även Västerbotten nu får verksamhet för sprututbyte ser han som ännu ett exempel på ett tålmodigt, långsiktigt engagemang till slut kan bära frukt.

Stolt visar han runt i de rum som nu förbereds vid Infektionsmottagningen, dit människor som injicerar droger ska få komma och lämna använda sprutor via egen ingång. Här ska två sköterskor från Infektionsmottagningen samla in och räkna sprutorerna och erbjuda rena sprutor för att förhindra smittspridning. Nu är det bara en fråga om starten för detta blir före eller efter sommaren.

– Det är jätteroligt att det nu blir av,

säger Stephan Stenmark.

Just engagemanget, att visa att man kan göra skillnad, är även det han i första hand vill föra vidare, både till sina barn och andra.

– Att engagera sig och organisera sig är både möjligt och nyttigt för ens egen bild av världen; att inte hamna i en hopplös hjälplöshet och attityden att ingenting ändå är lönt.

Och så är vi tillbaka i den tålmodiga otåligheten igen, uthålligheten som lyser igenom även i Stephens fritid. När han ägnar sig åt längdskidåkning, eller att springa i skogen, går uthållighet före snabbhet.

– Jag håller på med sådant som tar tid; cyklar och simmar i sjöar och älvar.

Motion är hans sätt att rensa tankarna, och han säger sig ha ganska lätt för att koppla bort jobbet på fritiden.

– Jag är bra på att vara ledig, säger han och ler.

Tänker på om maten kommer från länder där djur får antibiotika

Tanken på antibiotikaresistens präglar däremot även hans fritid.

– Jag tänker på varifrån maten kommer, om det är från ett land där djur får antibiotika, säger han och tar en

tugga av fisken i lunchmatsalen. För ett par år sedan slutade han också helt att äta kött.

Har du varit återhållsam med att använda antibiotika även när dina egna barn varit sjuka?

– De har inte knaprat mycket antibiotika, inte, och de har inte fått något i onödan, svarar Stephan, som dock har haft som princip att låta sina barn bedömas av en annan doktor, inte av honom.

Hans numera vuxna barn har också haft turen att inte vara så mycket sjuka, och det mesta går ju över, konstaterar han.

När han var färdig doktor behandlades till exempel alla som hade öroninflammation med antibiotika, nu vet man att det går över av sig självt.

Vi går från mötet med ”multiresistens-teamet” på Infektionsmottagningen, mot utgången och förbi den dörr som en gång blev Stephan Stenmarks ingång till det yrke han drömde om och som även blev en öppning till är av forskning om harpest.

I rummet bakom dörren satt nämligen professor Arne Tärnvik, som en gång hjälpte Stephan att rekrytera sig hit till infektion. Stephan ville bli infektionsläkare och frågade Arne Tärnvik, som då redan hade forskat i 20 år på harpest, om det fanns någon forskning.

– Då rekryterade han in mig i harpestgruppen. Jag har ägnat åtta år av mitt liv åt harpest, säger Stephan med ett skrat.

Harpest – som vi i Sverige ofta smittas av genom myggbett – men som även kan överföras genom hantering av ett sjukt djur – kommer nästan alltid in genom huden. Det Stephan forskade i är vad som händer i huden vid en sådan smitta, hur mycket det är antikroppar och hur mycket det är celler i immunförsvaret som skyddar oss mot smitta och hur en sådan inflammationsprocess ser ut. Kunskap som även bidrar till att veta vad som krävs av ett vaccin.

– Jag bidrog med en liten del av pusslet om interaktion mellan bakterier och immunförsvaret, säger Stephan med ödmjuk stolthet.

Ebba Blume

Tar hjälp av 1177 för att avslöja sjukdomar som är på gång

Genom loggar, om vad folk har ringt Sjukvårdsrådgivningen 1177 om, kan Smittskyddsenheten förvarna sjukhusen om sjukdomar som är i antågande.

▼ Smittskyddsenheten vid Norrlands universitetssjukhus använder sig av ett system, ”hälsoläge” på datorn. Här får de utifrån loggar från 1177 dygnsstatistik där de kan se vad folk har ringt in för. Med hjälp av de uppgifterna kan Smittskyddet ge sjukhusen bättre framförhållning inför exempelvis influensa och vinterkräksjuka, enligt Stephan Stenmark.

– Nu ringer många i Skellefteå till exempel in för kräk och illamående. Då har vi en dialog med sjukhuset i Skellefteå om detta. På så sätt ger man sjukhusen en hint om något är på väg

att bryta ut, har nått toppen eller är i avtågande, säger Stephan och visar på datorn hur röda kurvor indikerar att tröskelvärden för normalvärde har överskridits.

Systemet föddes ur det stora utbrottet av cryptosporider i Västerbotten för sju år sedan, när omkring 20 000 skelleftebor insjuknade av vattenparasit. Då började man förstå nyttan av att sammanställa statistik på dem som ringde 1177.

Hade man haft detta system för hälsoläge då, skulle vården mycket tidigare ha fått signal om att det var något som hände därute i samhället som man borde ha koll på, varför det var så många i Skellefteå som vid en viss tidpunkt hade diarré.

– Då hade man kunnat ringa till vårdcentralen och säga att de bör ta prov tills vi fattat vad det handlar om, säger Stephan Stenmark.



I systemet ”hälsoläge” registreras vad folk ringer 1177 för. Den röda kurvan indikerar att ett normalvärde överskridits.

FYRA ÅR HAR GÅTT OCH FRÅGAN KVARSTÅR

Var ska doktorn jobba?

För snart fyra år sedan ställde Per Hammarlund en fråga som han ännu inte fått svar på. Nu står de nya lokalerna klara, men han undrar fortfarande hur det är tänkt.

▼ Sedan en månad tillbaka står den nya sjukhusbyggnaden färdig. De sandgrå och bruna tonerna smälter ihop med den tidigare sjukhuskroppen, som också genomgått en invändig uppfräschning. De stora fönstren vetter ut mot ån som ringlar sig genom hela Ängelholm. Innanför väggarna luktar det nytt av målarfärg.

Per Hammarlund, överläkare och specialist i invärtesmedicin och gastroenterologi, samt ordförande för Sjukhusläkarna i Ängelholm, visar runt på våning två där rehab- och stroke-avdelningen precis flyttat in.

– Vi är jättenöjda med bygget som helhet och hade vi bara jobbat mot Peab tror jag att det hade varit ett helt annat läge. Men nu blev vi påtvingade en matris från regionfastigheter som vi inte kunnat påverka. Trots att vi tidigt i processen gav våra synpunkter och att huvudskyddsombud enligt arbetsmiljölagen ska vara delaktiga vid om- och nybyggnation.

För redan när ritningarna nådde Per Hammarlund sommaren 2014 hörde han av sig till projektledningen med en

enkel undran: "Var är det tänkt att läkarexpeditionerna på stroke- och rehabavdelningen ska vara?"

Som svar fick han veta att de två teamstationer som finns på avdelningen också är tänkta att fungera för de läkare som vistas där, samt att det finns ostörda arbetsplatser för administration på en annan våning. Men Per Hammarlund menar att man där har missat en stor del av de behov som läkarkollektivet har.

– I teamstationerna finns det plats för de andra yrkeskategorierna, men vi kan inte handla AT- och ST-läkarna där. Man har inte förstått hur vi arbetar – vi behöver vara minst en doktor på rehab och två eller tre på stroke – och det måste finnas möjlighet för de yngre läkarna att ställa både enkla och svåra frågor. Och det handlar också mycket om de etiska överväganden.

Som en temporär lösning, fram till i höst som det set ut nu, har man "tvingat till sig" två patientrum på rehabavdelningen som gjorts om till läkarexpeditioner – ett för AT- och ST-läkarna och ett för överläkarna. Att den lösningen överhuvudtaget var ett alternativ handlar om att man just nu bara kan bemanna åtta av de totalt 15 vårdplatserna. Så hur det är tänkt att bli när det temporära övergår till permanent vet Per Hammarlund ännu inte.

– Den bästa lösningen nu är att just ta ett vådrum och göra om det till läkarexpedition för att få in läkarna på avdelningen. Och eftersom det är en funktionsexpedition hade det räckt med

tre dataarbetsplatser.

På våning ett i den gamla sjukhuskroppen från 80-talet ligger de olika mottagningarna. Även här luktar det nytt från målarfärg och ytorna mellan de olika väntrummen är öppna. Per Hammarlund visar sitt mottagningsrum, ett av de som så att säga ligger i en mittendel och därför saknar fönster. En bit längre ner i korridoren öppnar han dörren till två sköljrum och ett läkemedelsrum – i alla tre strömmar dagsljuset in från respektive fönster.

– Hur man har tänkt när man placerar ett fönster i en skölj där man som mest är en kort stund istället för i ett mottagningsrum vet jag inte. Det hade enkelt kunnat ändras med några pennstreck.

En annan del som kanske inte helt gått som man förväntat är att väggfärgen i mottagningsrummen inte är avtorkningsbar. Så av hygienskal ska runt 50 nymålade rum nu målas om, samtidigt som verksamheten ska fortgå.

– Maktlösheten och att ingen har lyssnat på oss är det som är värst. Jag har 40 års erfarenhet av att arbeta inom vården, men ändå när inte mina synpunkter fram. Det finns alldeles för många självutnämnda experter och proffstyckare, som aldrig arbetat på vårdgolvet, som utan att lyssna in vårdens behov ritar och konstruerar vårdlokaler och detaljplanerar inredningen i det som sedan ska bli vår arbetsmiljö. Det kan bara bli fel och dyrt!

Anna Sofia Dahl

Chefen för Hälsostaden håller med om att processen borde varit annorlunda

Carl-Johan Robertz, överläkare och chef för Hälsostaden Ängelholm, skriver följande kommentar i ett mejl till Sjukhusläkaren:

"Vid skapande av nya lokaler måste verksamheten vara fullt involverad

avseende den fysiska utformningen, men också i designen av nya arbetsätt. Läkargruppen har varit representerad i detta arbete men förankringen har varit otillräcklig. Våra lärdomar är att man vid andra om- och nybyggnationer av

sjukhus bör börja med att professionerna designar ett nytt kostnadseffektivt och personcentrerat arbetsätt och först därefter ritar lokaler som stödjer detta arbetsätt. Att göra tvärtom skapar bara kostnader och meningslösa konflikter."



När Sjukhusläkaren besökte Ängelholms sjukhus i november 2015 var det en något annan situation. Per Hammarlund beskrevs då som "ett skyddsombud utan arbetsmiljöproblem".

Foto: Li Fernstedt.

Webbstöd för vårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor

Webbstöd för vården riktar sig till personal inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Det har utarbetats av Nationellt centrum för kvinnofrid i samverkan med Socialstyrelsen.

Många våldsutsatta kvinnor söker vård, både för akuta besvär och mer diffusa symtom. Genom att ställa frågor om våld kan personalen upptäcka patienter som utsatts för våld och ge dem ett professionellt omhändertagande.

För att ge personalen den kunskap som behövs i det arbetet har ett webbaserat stöd anpassat efter hälso- och sjukvårdens och tandvårdens behov utvecklats. Här hittar du information om allt från att ställa frågor om våld till det medicinska omhändertagandet, att dokumentera och följa upp samt att samverka med andra aktörer.

Webbstödet är kopplat till NCK:s kunskapsbank och innehåller faktatexter, expertintervjuer, fördjupningsfilmer och reportage från verksamheter runt om i landet.

www.nck.uu.se/webbstodforvarden



DEL 3 | VAD TYCKER LANDSTINGSPOLITIKERNA?

■ Sjukhusläkaren har i två nummer ställt frågor till landstingspolitikerna runt om i landet hur de vill lösa de problem och hot som finns mot sjukvården i det egna landstinget.

I det här numret avslutar vi vår stora enkät med svaren från politikerna i Region Örebro, Region Gotland, Region Kronoberg, Blekinge läns landsting, Landstinget Sörmland, Region Västernorrland och Region Norrbotten,

• Sammanställt av Anna Sofia Dahl



Örebro

Socialdemokraterna

1. Rätt vård på rätt nivå i rätt tid för varje patient. Med andra ord: Omställningen till den nära vården i samverkan med kommuner och andra vårdgivare. Samtidigt måste vi klara omställningen till mer samverkan mellan regioner/nationellt kring specialistvården. Kompetensförsörjningsfrågor och tillgänglighet. Och förstås en ekonomi i balans.

2. En fortsatt prioritering av välfärden i form av omfördelning av statliga medel till bland annat sjukvården. Generella och breda statsbidrag till hälso- och sjukvårdens verksamhetsutveckling och kompetensförsörjning. Ett tydligare nationellt ansvarstagande för utbildningsplatser inom bristyrken.

3. Sänkta skatter och minskade statsbidrag.

Moderaterna

1. Korta köerna så att sjuka kan få vård i tid. Bättre vård för de mest sjuka äldre – en grupp som riskerar att skjutas mellan äldreomsorgen, vårdcentral, akuten och sjukhuskliniken, med dålig kontinuitet och dålig vårdkvalitet som följd. Bättre verktyg för vårdens medarbetare. Bättre journal- och stödssystem som ger rätt information, avlastar och som frigör tid till patientmötet. Också bättre scheman och minskad administration och dubbelregistrering.

2. Ny kömiljard. Ändrad data-lagstiftning som gör det möjligt att få rätt information om patienten och att dela den mellan vårdnivåer och vårdgivare. Gärna en IT-miljard.

3. Statlig detaljstyrning. Oförmåga att hantera data-lagstiftning. Lagstiftning som låser fast i gamla strukturer, ex förbud mot privatiseringar eller vinstförbud.

Några förslag i korthet

- **S:** Omfördela statliga medel till sjukvården.
- **M:** Ändra datalagstiftningen så att det blir lättare att dela information.
- **SD:** Inför en nationell vårdkö.
- **V:** Förbud bemanningsföretag.
- **MP:** Låt staten betala för extremt specialiserad behandling.
- **KD:** Förstatliga högspecialiserad vård.
- **C:** Nytt ersättningssystem så att det öppnas fler mindre läkarmottagningar.
- **L:** Inför karriärtjänster för specialist-sjuksköterskor.

Sverigedemokraterna

1. Tillgängligheten. Att man får vård i rätt tid. Människor dör i vårdköer idag, det är nästan ofattbart i ett land som Sverige.

2. Att få sjukvården mer jämlik genom tydligare nationell reglering. Införa en nationell vårdkö där man lätt kan se var det finns tider för operationer och behandlingar. Då kan patienterna flyttas till ställen där det inte är kö och få vård i tid.

3. Att LOV skulle tas bort. Vi klarar oss inte i dagsläget utan de privata vårdgivarna. Att gränserna öppnas upp ännu mer än vad de redan är. Vårdbehovet ser helt annorlunda ut framförallt vad gäller tandvård och inom psykiatri, där erfarenheten av de besvär som finns för många i dessa grupper inte finns hos våra vårdutbildade i den utsträckning behovet är.

Vänsterpartiet

1. Tillgänglighet till vården och kompetensförsörjningen. Trots hög kvalitet i regionens hälso- och sjukvård ser vi fortfarande brister som måste åtgärdas.

2. Höjda statsbidrag och vinstbegränsning i sjukvården och välfärden samt totalt förbud

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?

mot bemanningsföretag. Det är lättare att planera utan det s.k. LOV. Satsa på ett jämlikt, jämställt och solidariskt Sverige för alla.

3. Ännu mera privatiseringar inom den gemensamma sektorn! Det är dyrt och tar bort mycket resurser från regionen, både ekonomiska- och personalresurser. Situationen vi har nu i regionen, i landet, med enorma kostnader för hyrläkare och problem att få tag på läkare att anställa, är ett resultat av privatiseringsvägen.

Miljöpartiet

1. Plan för jämlik vård. Lösa den svåra frågan kring kompetensförsörjningen. Satsning på och utvecklandet av närsjukvården. Få bort köerna till barn- och ungdomspsykiatri.

2. Staten täcker idag inte universitetets läkarutbildning i Örebro – trots att vi i regionen står för kostnaderna. Det är rimligt att staten står för utbildningskostnaderna som man gör på andra utbildningsorter i Sverige. Riksövergripande insatser behövs för att säkra kompetensförsörjningen i framtiden. Fler i utbildning och mer resurser att utbilda redan anställd personal. Staten skulle också kunna ta ansvar för ambulansflyget helt och hållet. På protonkliniken i Uppsala, som idag ägs av sju landsting och går back, räddas många liv. Dock skulle fler kunna få hjälp. Denna typ av extremt specialiserad behandling skulle staten kunna stå för.

3. När regeringen med kort framförhållning beslutar om riktade statsbidrag är dessa ofta väldigt detaljerade och öronmärkta. Svårt för oss i regionen att själva bedriva en politisk styrd verksamhet fullt ut. Det kommunala självstyret naggas i kanten.

Kristdemokraterna

1. Frågan om tillgängligheten allra viktigast. Köerna måste bort, den som behöver vård ska få det i tid. Därför är även nivåstruktureringen av stor vikt. Dessutom måste vi stoppa den ökande psykiska ohälsan.

2. Förstatligande av den högspecialiserade vården skulle ge förutsättningar för en jämlik, effektiv vård av högre kvalitet.

3. Fortsätter satsningar som "patientmiljarden", som i princip inte kräver motprestationer eller resultat så försvåras arbetet med att organisera vårdapparaten på ett effektivt sätt. Vi vet att det fungerar med morötter – kömiljarden gav resultat.

Centerpartiet

1. Reformera regionens regelverk för ersättningssystemet i vårdvalet så att fler alternativa aktörer, t ex mindre läkarmottagningar, ryms i systemet. Skapa möjlighet för fast läkarkontakt åt alla. Korta vårdköerna. Inrätta äldrevårdsenhet i samarbete med mobilt team i varje kommun. Gör en total översyn av psykiatri.

2. Genomför en primärvårdsreform och öka andelen personer med fast läkarkontakt till det dubbla. Återinför kömiljarden och rikta en specificerad andel till primärvården. Genomför ett nationellt sjuksköterskelyft.

3. Ett förbud mot vinster i välfärden skulle vara direkt kontraproduktivt, då den offentligt finansierade sjukvården är beroende av privata utförare och då dessa behövs som alternativ och komplement.

Liberalerna

1. Att få till en välfungerande närsjukvård. Vården ska ges så nära patienten som möjligt. Kunna ge en god vård till gruppen mest sjuka äldre. För att klara vårdens stora utmaningar, inte minst de ekonomiska, kommer vi behöva utföra allt mer vård på vårdcentralerna och i hemmen. Vi vill ge medborgarna möjlighet att välja en fast läkarkontakt. Det skapar trygghet och kontinuitet i vården, både för patienten och för läkaren.

2. En av vårdens största utmaningar är kompetensbristen – särskilt på vissa specialist-sjuksköterskor. Ett viktigt skäl till det är att det lönar sig för dåligt att vidareutbilda sig – därför vill vi se karriärtjänster för specialist-sjuksköterskor. Det, i kombination med sänkta marginalskatter för den här lönenivån, skulle vara till stor hjälp i kompetensförsörjningsarbetet, både på kort och på lång sikt.

3. Det förslag om vinstförbud som regeringen presenterat vore förödande för sjukvården. Vi behöver fler privata alternativ i Örebro län, inte färre. För oss är saken självklar: det är kvalitén som är avgörande. Oseriösa aktörer som inte kan leverera den kvalitet som vi avtalat om ska inte ha vinsttak – de ska inte finnas i välfärden överhuvudtaget.



Gotland

Vill ha ö-kompensation

Socialdemokraterna

1. Personalförsörjningen – att vi kan tillätta tjänsterna med fast anställd personal.

2. Öka utbildningen och underlätta för utländsk personal att få svensk legitimation utan att ge avkall på kompetenskraven.

3. Nedsänkningar på anslagen till landsting och regioner.

Centerpartiet

1. Nära och tillgänglig vård, en fast läkarkontakt och fokus på barn och ungas hälsa.

2. Ekonomiska satsningar för att minska köerna samt kompensation för ö-läget.

3. Beslut som medför ökade kostnader utan att detta finansieras.

Moderaterna

1. Att lösa problem med bemanning och tillgänglighet i primärvården.

2. Återinförande av kömiljarden – den gav mycket positiv effekt på Gotland. Hänsyn till Gotlands ö-läge vilket innebär högre kostnader t ex för utomlänsvård.

3. Genomförandet av förslaget kring "Vinster i välfärden".

Miljöpartiet

1. Säkra bemanning – inte minst av distriktsläkare

2. En översyn av kostnadsutjämnings-systemet som tar större hänsyn till de svåra förutsättningarna det innebär att vara landsting med en så liten befolkning i kombination med det isolerade ö-läget.

3. Många riktade statsbidrag blir en stor administrativ börda utan att de nödvändigtvis riktas till rätt utvecklingsområde sett ur ett lokalt perspektiv.

Vänsterpartiet

1. Behålla och rekrytera personal. En sammanhållen primärvård som klarar sitt

uppdag. Insatser för att minska ohälsan hos barn- och unga. En jämlik sjukvård. Vart du bor, vilket kön, utbildning, etnicitet eller funktionsförmåga du har ska inte avgöra vilken sjukvård och bemötande du får.

2. Ökad statlig finansiering, Gotlands ö-läge och förståelse för vad det innebär att vara den minsta landstingsregionen är avgörande för att gotlänningarna skall få en sjukvård i nivå med övriga Sverige.

3. Beslut som leder till ytterligare privatiseringar av sjukvården eller krav och stimulanser som gör att en rättvis fördelning av vårdens resurser försvåras.

Liberalerna

1. Att förbättra den viktiga primärvården, som är en mycket bärande del i vårdkedjan. Detta har utretts (Effektiv vård) på ett bra sätt, med vettiga åtgärder, men som regeringen sedan dröjt avsevärt att ge förutsättningar för att implementera.

2. Att man beaktar att vi är en liten ö-region (få invånare, litet skatteuttag) som måste hålla ett akutsjukhus med allt vad de innebär. Genom t ex att kostnadsreglera våra avtal med de stora sjukhusen (t ex KS) som idag utför den specialistvård vi ej klarar på ön. Att främja samarbeten som t ex gällande förlossningsvården där vi på ön har bra möjligheter och skulle kunna ta emot/avlasta de sjukhus som har mycket högt tryck. Skulle också ge oss intäkter. Att man gjorde riktade insatser för att höja statusen på distriktsläkarrollen.

3. Att man fortsätter att inte beakta ö-läget – se ovan. Att man inte tillser att vi, relaterat till vårt lilla akutsjukhus/ö-läge, får lättnader när det gäller att uppdatera reguljär utrustning/lab vilket på sikt skulle medföra att vi klarar mer vård själva samtidigt som attraktiviteten som arbetsplats skulle öka.

Fotnot: Sverigedemokraterna och Feministiskt initiativ har inte svarat på enkäten.



Kronoberg

Krav på ökade utbildningsplatser och åtgärder för att minska vårdköerna

Socialdemokraterna

1. Kompetensförsörjningen. Hyroberoende. Tillgängligheten. Hånga med på ett bra sätt i den digitala utvecklingen. Omställningen till en patientnära vård.

2. Fortsatt ökning av generella statsbidrag. Förbud av utskrivning av penicillin digitalt (ex. via KRY) är en viktig fråga, inte bara regionalt utan nationellt för att minska risken för antibiotikaresistens.

3. Minskade statsbidrag till hälso- och sjukvården. Större fokus på ekonomiska morötter än personalförsörjningen som lösning på tillgänglighetsproblematiken.

Moderaterna

1. Att få ordning på kostnadsutvecklingen inom sjukvården i regionen. Öka tillgängligheten och korta köerna. Öka attraktiviteten som arbetsgivare. Minska beroendet av hyrpersonal. Mer personcentrerad vård.

2. Införa en utökad kömiljard. En primärvårdsreform som skapar förutsättningar för den nära vården. Modernisera lagstiftningen så att den fungerar tillsammans med den ökade digitaliseringen.

3. Att begränsa valfriheten genom ett vinstförbud i välfärden och sjukvården.

Centerpartiet

1. Att minska köerna/gå mot mer köfri vård i allmänhet och inom Barn- och ungdomspsykiatri i synnerhet. Att fortsätta arbetet att bli hyroberoende.

2. Att återinföra kömiljarden. Att i övrigt eventuella statsbidrag är generella.

3. Att hota/inskränka privata utförare inom vård och omsorg.

Sverigedemokraterna

1. Att minska vårdköerna. Vi har blivit många fler invånare och Sverige har numera Europas längsta vårdköer. Utfasning av hyrpersonal ger bättre kontinuitet, trygghet och kvalitet för både patient och personal, samt lägre kostnader för regionen. Lösa krisen inom BB-förlossningsavdelningen och även inom BUP.

Några förslag i korthet

- **S:** Förbud utskrivning av penicillin digitalt. Omtämlning till mer nära vård.
- **M:** Inför en utökad kömiljard. Mer personcentrerad vård.
- **C:** Mer köfri vård. Återinför kömiljarden. Gör statsbidragen generella.
- **SD:** Avskaffa Försäkringskassans läkare. Förstatliga sjukvården.
- **V:** Öka statsbidragen och skapa fler utbildningsplatser till vårdyrken.
- **MP:** Långsiktiga satsningar på förebyggande hälsovård.
- **KD:** Öka antalet utbildningsplatser. Förstatliga den högspecialiserade vården.
- **L:** Egen läkare till alla.

2. Avskaffa den i praktiken kostnadsfria sjuk- och tandvården för illegala invandrare samt införa tydliga regelverk för icke-medborgares rättighet till skattefinansierad välfärd. Avskaffa Försäkringskassans läkare som dömer ut regionläkarens sjukintyg fastän de aldrig träffat patienten, vilket ger extra administrativt arbete för regionens läkare. Ett förstatligande av sjukvården skulle ge en mer jämlik sjukvård!

3. Ytterligare kraftigt asylinvandring som belastar sjukvården enormt.

Vänsterpartiet

1. Rekrytering och generationsskifte inom samtliga yrkeskategorier inom hälso-sjukvården är A och O, första steget är att bli kvitt hyrpersonalen.

2. Ökade statsbidrag och en regering som vill, vågar och kan vända utvecklingen. Även fler utbildningsplatser på universitetsutbildningar inom hälso-sjukvård. Undersköterskeutbildningar och YH-utbildningar inom hälso-sjukvården, till exempel medicinska sekreterare, måste bli långstiktiga för att vi ska få en stabil verksamhet.

3. Minskade statsbidrag och ökade pensionsåldrar, samt "högeffektiverad" sjukvård där personalen slits ut och inte orkar med heltid.

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?

Miljöpartiet

1. Kompetensförsörjningen. Att arbeta i team så att kunskap delas och att rätt kompetens används. Man måste arbeta långsiktigt med folkhälsa och förebyggande hälsovård för att möta behoven framöver.

2. En väl fungerande primärvård är en viktig nyckel till att upptäcka sjukdomar och kunna sätta in behandling tidigt. Teknisk/digital utveckling kommer att behövas och nya arbetssätt för att använda tekniken optimalt och effektivt.

3. Vinst- och välfärden kan försvåra, men de privata vårdcentralerna behövs också! Tillfälliga åtgärder som "kömiljarden" är en kort-siktig lösning som bara ökar orättvisorna för patienter på olika håll i landet.

Kristdemokraterna

1. Kompetensförsörjningen, de ökade köerna och prioriteringen av den högspecialiserade vården.

2. Lång sikt: Öka antalet utbildningsplatser både inom läkarutbildningen och sjuksköterskeutbildningen. Kort sikt: Riktade utbildningssatsningar till de specialistområden där kompetensbristen är akut. Hög lönen (speciellt för färdigutbildade specialistsjuksköterskor). Återinför kömiljarden. Förstatliga den högspecialiserade vården och centralisera den allra mest högspecialiserade vården i ännu högre utsträckning. Emellertid viktig balansgång mellan centralisering och decentralisering – alltför hög del av centralisering riskerar att utarma kompetensen på mindre akutsjukhus. Viktigt att bibehålla en fortsatt bred kompetens inom alla specialistområden på alla våra akutsjukhus och det kräver regelbundna möten med alla typer av patientgrupper. Våga prioritera!

3. Alltför stor detaljstyrning av de tilldelade ekonomiska medlen. Avsaknad av kömiljarden. Brist på ytterligare utbyggnad av utbildningsplatser.

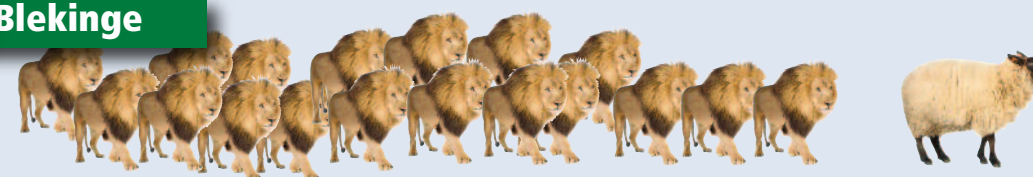
Liberalerna

1. Alla kan få en egen läkare.
2. Samma som 1.
3. Vet ej.



Blekinge

Bilden som visar svensk sjukvårds grundläggande problem? Det menar i varje fall Kristdemokraterna i Bekinge



Kristdemokraterna

1. Grundproblemet är att en av Sveriges mest kvalificerade personalgrupper är ledda av fullständiga amatörer som saknar kompetens att leda en sådan organisation. Jämför med kraven på ledning av ett företag i motsvarande storlek.

2. Att inte skicka pengar med detaljerade krav. Är landstinget underfinansierat ska det ha frihet att självt bestämma hur pengarna ska användas.

3. Fler krav på rapportering skulle vara förödande. Alexander den store lär ha sagt: "Jag ser hellre en armé av får ledda av ett lejon framför en armé av lejon ledda av ett får". Dom orden instämmer jag i.

Socialdemokraterna

1. Vården för äldre och ofta sjuka (vilket innefattar även det akuta omhändertagandet), den psykiska ohälsan hos barn och unga samt äldre, vårt fortsatta arbete att utveckla primärvården/första linjen samt större oberoende av hyrpersonal.

2. Fortsatta satsningar/statsbidrag för att stärka primärvården/första linjen och snabbare vårdförlopp i cancervården, dock inte nödvändigtvis fortsatt koncentration av cancervården.

3. Alltför detaljerad öronmärkning av statsbidrag riskerar att försvåra nödvändiga lokala utvecklingsstrategier.

Moderaterna

1. Vi måste minska köerna, förstärka primärvården, samt skapa en konstruktiv dialog med medarbetarna. Trösklarna mellan politik, ledning och medarbetare ska vara minsta möjliga. Medarbetarna måste komma i fokus, de är vår absolut viktigaste resurs.

2. Återinföra kömiljarden, stoppa vinstförbudet, samt bättre ekonomiska förutsättningar för digitalisering.

3. Vinsttak i välfärden. Sund konkurrens behövs.

Sverigedemokraterna

1. Stegvis återuppbyggnad av traditionell dygnet runt-akut i Karlshamn och satsa på akuten i Karlskrona så den förblir en trauma-akut. Utveckla och upprätta en primärvårds-akut i den vanliga akutens direkta närhet för att minska tiden/köer på akuten, samt att man

Några förslag i korthet

- **KD:** Bort med amatörerna. Låt de som är kvalificerade styra sjukvården.
- **S:** Fortsatta satsningar för att stärka primärvården.
- **M:** Återinför kömiljarden.
- **SD:** Satsa på att förbättra Blekinges akuter.
- **C:** Flytta fler beslut ut i sjukvårdsregionerna.
- **V:** Staten bör öka de generella statsbidragen till landstingen.
- **L:** Inrätta kömiljard och öka de riktade bidragen till BUP.
- **MP:** Kraftfull utbyggnad av primärvården och närsjukvården.

får rätt vård på rätt plats. Intensifiera arbetet mot de multiresistenta bakterierna. Anställa fler undersköterskor och införa vårdbiträden i sjukvården för att avlasta sjuksköterskorna. Utveckla screeningen av prostatacancer för att fler ska omfattas av testerna. Intensifiera arbetet mot cancer och vårdköerna för cancerpatienterna. Förbättra den psykiska barn- och ungdomshälsan genom mer resurser till BUP.

2. Fler statliga anslag för att till exempel åtgärda bristen på vårdplatser.

3. Att höja åldern för att fler ensamkommande ska få tandvård vilket har lett till minskade intäkter och enorma köer, utan att staten ens ger full kostnadstäckning. Alla beslut från riksnivå måste ha kostnadstäckning.

Centerpartiet

1. Utan tvekan ekonomin, en liten region med ett för litet befolkningsunderlag och en sjukvård som har högt kostnadsläge med svårigheter att rekrytera och behålla personal. När det gäller rena vårdfrågor: att kunna ta hand om en åldrande befolkning och cancervården.

2. Inte riktade stöd. Flytta mer beslut ut i sjukvårdsregionerna där har vi en lokal koll och kontroll.

3. Förstatligande av sjukvården skulle försvåra det lokala arbetet.

Vänsterpartiet

1. Ekonomin och nivåstruktureringen av vården. Allt fler behandlingsmöjligheter måste hanteras på ett balanserat sätt, inte minst ur ett etiskt perspektiv.

2. Fortsatta förstärkningar av landstingets ekonomi genom generella statsbidrag då vi mindre landsting har ett högre kostnadsläge, men även generellt behövs ökade resurser till hälso- och sjukvården. I den nationella högspecialiserade vården är det viktigt att hänsyn tas till mindre landstings förmåga att klara kompetensförsörjningen och att upprätthålla möjligheterna för att kunna bedriva traumavård.

3. Utökade konkurrensutsättningar/privatiseringar, vilket riskerar att ytterligare fragmentisera vården. Skapa istället sammanhållna vårdkedjor med lägre trösklar.

Liberalerna

1. Att långsiktigt utforma en sjukvård som ger bra tillgänglig primärvård med större ansvar och en specialistsjukvård som inte alltid erbjuds på vårt eget sjukhus utan kan vara i ett annat landsting i samverkan. Hur möter vi och prioriterar nya, ofta kostnadskrävande, vårdmetoder. Landstingets resurser är begränsade.

2. Öronmärkta statsbidrag som t.ex. återinrätta kömiljard, ger bevisligen resultat. Ökning av t.ex. riktat bidrag till BUP för att minska köerna har effekt, nu överläts till landstinget att fördela. Vidare bör regeringen skynda på utredningen om att bygga upp en formell underskötutbildning. På riksnivå kan en stabil samverkan mellan landstingen kraftigt dämpa hyrläkar/hyrsköterskor-beroendet.

3. Åtgärder som även nämns ovan är när man ändrar, tar bort etc, som när nuvarande regering tog bort kömiljarden, och sänkte riktade bidrag till BUP.

Miljöpartiet

1. En kraftfull utbyggnad av primärvården/närsjukvården, både gällande uppdrag, resurser och kompetens. Nollvision gällande undvikbara vårdskador, samt en förbättrad läkemedelsförskrivning.

2. Ökade statsbidrag riktade till primärvården. En nationell lösning på hyrpersonalproblematiken.

3. En alltför långt gången nivåstrukturerings och specialisering inom slutenvården vilket gör det svårt för framförallt medelstora akutsjukhus att upprätthålla kompetensen som ett akutsjukhus, när man måste släppa ifrån sig olika specialiteter till de stora akutsjukhusen.



Sörmland

Moderaterna

1. Följande reformer är viktiga: Bli en attraktiv arbetsgivare, bl.a. för att kunna rekrytera kompetens och därmed öppna vårdplatser och minska överbeläggningar. Det är också viktigt att korta de långa vårdköerna, och skapa ekonomisk balans i sjukvården.

2. Återinförande av nationell kömiljard, som bidrar till att skapa incitament för ökad tillgänglighet.

3. Ett vinstförbud skulle slå hårt mot vårdsektorn, då vi skulle behöva återta 1/3-del av primärvården i egen regi, bland annat.

Sverigedemokraterna

1. Vi står inför stora utmaningar när det gäller kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården. Där till stora utmaningar med tillgängligheten inom specialistsjukvården. Detta som en följd utav personalbrist som skapar vårdplatsbrist.

2. Det finns mycket som skulle kunna göras från riksnivå. Framförallt arbeta med att skapa en jämlik vård i hela Sverige. Kanske ska viss typ utav sjukvård förstärkas för att uppnå det.

3. Mindre av riktade stadsbidrag och mer av generella skulle underlätta för oss ute i landstingen.

Centerpartiet

1. En fortsatt kompetensförsörjning – hur vi ska klara av personalförsörjningen. Bland annat har vi valt att satsa på ST på primärvårdssidan, eftersom det inte går att hitta primärvårdsläkare.

2. Möjliggöra för fler att få starta eget, inte enbart inom primärvården. Jag tror att man måste renovera lagstiftningen om den fria etableringsrätten.

3. Sörmland har varit följsamma mot de utredningar som varit och tycker att de är bra. Som regionpolitiker vill man inte ha riktade statsbidrag. Vi vill undvika statens detaljstyrning – varje nivå ska jobba med rätt saker.

Vård för pengarna

1. Att omfördela resurser från central administration, organisationskonsulter och politik till huvuduppgiften – hälso- och sjukvård. Fler måste göra faktiskt vårdarbete, arbetsmiljön måste förbättras så personalen orkar och vill stanna kvar på vårdgolvet, tillgängligheten för patienterna måste öka. Samarbetet mellan landsting och kommun behöver stärkas. Helt

Några förslag i korthet

- **M:** Bli en attraktiv arbetsgivare för att kunna rekrytera/behålla personal.
- **SD:** Staten bör göra mer för att skapa en jämlik sjukvård.
- **C:** Möjliggör för fler att starta eget även utanför primärvården.
- **Vård för pengarna:** Omfördela resurserna till kärnverksamheten.
- **MP:** Arbetstidsförkortning för äldre.
- **V:** Mer statliga medel till satsningar.
- **L:** Återinför husläkarsystemet.
- **KD:** Förstatliga sjukhusvården. Överbbyggnaden med 21 landsting är kostsam. Inför kömiljarden igen.

nödvändigt att återföra fokus till kärnverksamheten.

2. Generella resurstillskott istället för detaljstyrda, en mer likformig och långsiktig styrning av målnivåer över landet, helst även gemensamt framtagande av framtidens journal/it-system och vi vill se en återkomst av etisk diskussion där särskilt behovsprincipen lyfts.

3. Hattigheten i styrningen med skiftande anslag och mål år från år. Det införs konstant nya krav på inrapportering av olika parametrar som skapar ökad administration som oftast inte står i paritet med nyttan.

Miljöpartiet

1. Personalbristen är ett stort problem. Vi vill införa arbetstidsförkortning för äldre medarbetare med bibehållen lön. Viktigt är också att fortsätta bygga ut primärvården och det hälsofrämjande arbetet för att minska ohälsan.

2. Den statliga finansiering av arbetstidsförkortningen som vi vill införa. Stöd för att bygga ut primärvården med utökade öppettider och förstärkt kompetens. Fortsatta klimatklivssatsningar och andra former av stöd för omställning till hållbar drift.

3. Uteblivet stöd som nämns ovan, samt försämrade nationella ambitioner i omställningen till ett hållbart samhälle. Det gäller t.ex. krav på rening av läkemedelsrester i vattnet.

Vänsterpartiet

1. Att vi fortsätter arbeta med personalförsörjningen i länet. Det saknas vårdpersonal på alla nivåer i både landstinget och

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?

kommunerna. Den befintliga personalkraftens insatser behöver lyftas och ges stöd. Vi har alldeles för hög andel ofrivilligt stängda vårdplatser pga att det saknas personal.

2. Det är viktigt att vi fortsatt får statliga medel till satsningar. Här är det viktigt att se olika behov i landet. Det är också viktigt att vi hjälps åt i Sjukvårdssverige med att göra oss oberoende av hyrpersonal. Om vi inte tar ett samlat grepp om problemet, så kommer det bara att flyttas runt.

3. Sämsta scenariot skulle vara att det inte kommer statliga medel till satsningar och att man tvingas dra ner ännu mer på personal och vårdplatser.

Liberalerna

1. Satsa främst på primärvården, bland annat genom ett återinförande av husläkarsystemet. En läkare som känner sin patient kan i många fall vara väldigt delaktig i arbetet med att främja personens hälsa. Genom en mer utbyggd och välfungerande primärvård stärks även slutenvården. På så sätt kan vi effektivare utnyttja vårdplatserna och få ned stressen bland personalen.

2. Att statsbidrag som delas ut övergår till mer generella statsbidrag. Om landstinget själv får disponera de statliga medel som tillförs verksamheten kan vi även lägga resurserna där vi behöver dem.

3. Ett förbud mot företag i välfärden skulle slå enormt mot landstinget. Över en natt skulle många av våra vårdcentraler samt remissinstanser stänga igen sin verksamhet, vilket innebär att landstinget omedelbart får ansvaret för tusentals patienter som idag har en privat vårdgivare. Vi har ingen möjlighet att så snabbt nyanställa samt ordna lokaler åt all denna verksamhet.

Kristdemokraterna

1. Vi behöver fler vårdplatser för att få bukt med överbeläggningar. Minska köer för vård och behandling.

2. Den största frågan är att förstärka sjukhusvården. Överbbyggnaden av vården är kostsam med 21 landsting. Införa kömiljarden igen. Satsningar på E-hälsa behövs också.

3. Införandet av reformer som inskränker privata vårdgivares möjligheter att utföra vård. Det skulle bli kaos.

Fotnot: Socialdemokraterna har valt att avstå från att svara på enkäten.



Norrbotten

Enighet om att staten bör ta ökat ansvar för sjukvården i glest befolkade områden

Socialdemokraterna

1. Helt klart kompetensförsörjningsfrågan i många yrkeskategorier.

2. Vi önskar att regering och riksdag överväger avskrivning av studieskulder, fler utbildningsplatser för specialisering och generella statsbidrag.

3. Detaljstyrning i bl.a. form av utpekande av speciella yrkeskategorier.

Norrbottens sjukvårdsparti

1. Bristen på tillgänglighet och rekrytering av sjukvårdspersonal, egentligen avseende alla personalgrupper – särskilt stor brist inom primärvården/närsjukvården. Centralisering av mindre sjukhusverksamheter har varit av ondo. Läkare som utfört ett synnerligen gott arbete, inte minst inom allmänkirurgin, har tvingats sluta och flytta.

2. Förutom ökade utbildningsinsatser, en total löneöversyn inte minst bland sjuksköterskor. Man måste ta ett nationellt grepp.

3. Återhållsamma insatser avseende lönenivåer och karriärmöjligheter inom de rent kliniska verksamheterna. Fler söker sig till bemanningsföretag och andra verksamheter, inte minst administration. Det gäller främst sjuksköterskor. De ser bättre karriärmöjligheter på annat håll.

Moderaterna

1. Stärka primärvården. De galopperande vårdköerna, kompetensförsörjningen av sjuksköterskor.

2. Vi måste få en nationell primärvårdsreform. Återinförande av stimulansmedel för att kunna arbeta med att få ned vårdköerna. Staten måste ta ett större ansvar för vidareutbildningsplatser.

3. Man måste ha en rimlig tidsplan för den nya rikssjukvården. Att staten inte lägger ytterligare uppgifter på landstinget som inte rör hälso- och sjukvård. Det är viktigt att det förs en politik i Sverige som gör att skatteintäkterna ökar.

Några förslag i korthet

- **S:** Regering och riksdag bör avskriva studieskulder. Fler utbildningsplatser för specialisering.
- **Norrbottens sjukvårdsparti:** Stoppa centraliseringen av bra mindre sjukhusverksamheter. Total löneöversyn – inte minst bland sjuksköterskor.
- **M:** Staten måste ta ett större ansvar för vidareutbildningsplatser. Återinför stimulansmedel för att få ner köerna.
- **V:** Fler utbildningsplatser inom bristyrken, som exempelvis allmänläkare. Utökad statligt stöd till Norrbotten.
- **C:** Skapa ett bättre ledarskap i regionen. Nationella satsningar på till exempel sjuksköterskors vidareutbildning. Statliga medel för att korta köerna inom sjukvården.
- **L:** Avskaffa regioner och landsting som sjukvårdshuvudmän. Inför nationell finansiering av sjukvården.
- **MP:** Staten bör ge ökade statsbidrag till glest befolkade områden.

Vänsterpartiet

1. Kompetensförsörjningen! Fler går i pension inom många områden än vad vi kan rekrytera.

2. Fler utbildningsplatser inom bristyrken som allmänläkare (men också att storstadsregionerna utbildar fler AT och ST inom sina egna org.), biomedicinska analytiker, specialistsjuksköterskor av olika slag men också undersköterskor! Utökad statligt stöd med grund i den svåra uppgiften i Norrbotten att organisera hälso- och sjukvård på 25 procent av landets yta med 2,5 procent av befolkningen/skatteunderlaget.

3. Begränsning av utbildningsplatser. Riktade statsbidrag (allt för reglerade) som inte är möjliga att anpassa till vår verksamhet.

Centerpartiet

1. Skapa ett tydligare/bättre ledarskap i regionen. Förbättrat medbestämmande på

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?

arbetsplatserna för att nyttiggöra den stora erfarenhet och kompetens som finns hos personalen. Oerhört viktigt för det förändringsarbete som krävs för att öka tillgängligheten i sjukvården samtidigt som vi måste öka oberoendet av kostsam inhyrd personal.

2. Nationella satsningar på exempelvis sjuksköterskors vidareutbildning, medel för att korta köerna inom sjukvården. Genomföra regionaliserade skatte/avgiftsbaser för att utveckla regionen.

3. Ytterligare ökade skattebördor.

Liberalerna

1. Att få primärvården på fötter är viktigast. Hälsocentralernas stora bemanningsproblem ger en ojämlig vård där sjukvårdens prioriteringar helt sätts på undantag och sjukhusens akutmottagning blir den enda tillgängliga vårdnivån som finns för många.

2. Att avskaffa regioner och landsting som sjukvårdshuvudmän och införa en nationell finansiering av sjukvården är den väg vi måste gå mot – alla steg i den riktningen är välkomna.

3. Idag har regionen inte ekonomiska muskler för att upprätthålla en god sjukvård i länet. Att fortsätta försämrade skatteutjämningsystemet innebär att vi kommer att få se allt större skillnader i vårdkonsumtion mellan regioner som inte kan förklaras utifrån patienternas faktiska behov.

Miljöpartiet

1. Att få fasta läkare till Norrbotten. Vi har mycket svårt att upprätthålla tillgängligheten för våra patienter. Övriga legitimationsyrken är det brist på, så aktivt kompetensförsörjningsarbete är viktigt.

2. Att staten ger ökade statsbidrag till glest befolkade områden.

3. Detaljstyrda stimulanspengar är aldrig bra. Sverige är så olika till sin sjukvårdsstruktur.

Fotnot: Sverigedemokraterna har valt att inte svara på enkäten.



Västernorrland

Socialdemokraterna

1. Att den vård som erbjuds invånarna håller hög kvalitet, är långsiktigt hållbar och finns där när våra medborgare behöver den. Vi vill satsa på primärvården, förbättra sjuktransporterna och förbättra arbetsmiljön för våra vårdanställda.

2. Vi välkomnar regeringens robusta satsningar på vården på bl.a. ambulansvården och förlossningsvården. Dessa är viktiga. Skulle välkomna insatser för att begränsa stafettläkarna i vården och underlätta rekryteringen av personal.

3. En regering som inte var beredd att satsa på Sverige, som prioriterade bort välfärden. Ett återinförande av den så kallade kömiljarden skulle också eventuellt skapa problem. Senast den fanns prioriterades "enklare" fall över andra fall inom sjukvården, vilket inte hjälper i arbetet kring en jämlik och god vård.

Moderaterna

1. De långa vårdköerna ett stort problem, tillika en underfinansierad primärvård. Kostnaderna för inhyrd personal måste minska, i dagsläget ligger vi på 14 procent av de totala personalkostnaderna. Vi måste bli en bättre arbetsgivare och lyckas rekrytera personal.

2. En ny ledning som ser till att få ordning på det lokala verksamhetsnära ledarskapet. Vi måste arbeta med förtroendeskapande åtgärder. Vi måste se till att få ordning och reda i det veritabla kaos som råder idag.

3. Ett återinförande av kömiljarden vore ett bra instrument för landsting och regioner att arbeta med kösituationen.

Centerpartiet

1. Ökade resurser till primärvården. Minskat beroende av inhyrd personal.

2. Nationella medel till region/landsting för att korta köerna till sjukvården (tillgänglighetsmiljard). Primärvårdsreform för att öka andelen av befolkningen med fast läkarkontakt.

3. Införande av vinsttak för välfärdsföretag. Ett ökat förstatligande av hälso- och sjukvården.

Sverigedemokraterna

1. Att väsentligt minska sitt beroende av hyrpersonal. Regionen måste också förbättra sin samverkan och samordning såväl internt som med andra vårdaktörer. Det skulle korta vård-

Några förslag i korthet

- **S:** Satsa på primärvård och förbättra sjuktransporterna.
- **M:** Ny ledning som får ordning och reda i det veritabla kaos som råder idag.
- **C:** Staten bör införa en tillgänglighetsmiljard för att korta köerna och genomföra en primärvårdsreform så att fler får en fast läkarkontakt.
- **SD:** Inrätta ett nationellt vårdregister och ett nationellt IT-stöd som visar väntetider över hela landet. Stoppa beslut om att andra som inte omfattas av det svenska sjukförsäkrings-systemet villkorslöst kan komma hit och ta del av det.
- **V:** Återskapa länets tre akutsjukhus med akut kirurgi, ortopedi, internmedicin och kvinnosjukvård med förlossning.
- **L:** Fler familjeläkare.
- **MP:** Prioritera det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet mycket högre än idag.
- **KD:** Statligt ansvar för den högspecialiserade vården.

köerna och frigöra viktiga vårdplatser.

2. Att hårt driva arbetet nationellt med att minska beroendet av hyrpersonal. Att inrätta ett nationellt vårdregister för att samordna vård- och operationsköer. Ett nationellt IT-stöd som ger en helhetsbild av väntetider och tillgänglighet över hela landet som ska bistå nationella vårdplatskoordinatorer med att klara vårdgarantin. Patienter och anhöriga ska kunna se var i landet en viss behandling har kortast väntetid och enkelt jämföra vårdgivare och landsting. Generellt bör staten ha ett tydligt ansvar för styrning och finansiering.

3. Fortsätta att skapa gräddfiler för vuxna människor som inte ens har rätt att vistas i landet eller fatta beslut om att andra som inte omfattas av det svenska sjukförsäkrings-systemet villkorslöst kan komma hit och ta del av det, samtidigt som man låtsas att det inte skapar undanträngningseffekter.

Vänsterpartiet

1. Att återskapa de tre akutsjukhus vi har i länet med akut kirurgi, ortopedi, internmedicin och kvinnosjukvård med förlossning. En jämlik och rättvis vård på rimliga avstånd.

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?

2. Sätt en tvångströja på bemanningsbolagen.

3. Att fortsätta med allt för stor centralisering och koncentration.

Liberalerna

1. Tillgänglighet, kontinuitet och trygghet! Att känna trygghet att man får vård när man behöver. Fler familjeläkare, alla ska på sikt ska få sin egen husläkare, i första hand kroniker och multisjuka äldre.

2. Överenskommelse om hyrpersonal och hur det ska hanteras. Införa "Nära vård" i hela landet och fortsätta koncentrera den högspecialiserade vården för jämlik vård och bästa kvalitet.

3. Alltför många riktade statsbidrag som inte motsvarar befolkningens behov i regionen

Miljöpartiet

1. Hur vi lyckas ställa om och stärka primärvården för att klara de utmaningar av "nära vård" som vårt län behöver. Primärvården behöver klara mer av det som idag hamnar inom specialistsjukvården. Prioritera det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet mycket högre än idag. Vi behöver stärka och utveckla samarbetet med kommunerna.

2. Att intensifiera och samordna arbetet med staffetoberoendet. Att säkerställa sjukvårdens kompetensbehov. Att tydliggöra vilka insatser inom specialistsjukvården som fortsättningsvis ska vara regional och vad som behöver vara nationellt ansvar. Samordna och utveckla digitaliseringsmöjligheterna. Göra ekonomiska satsningar inte enbart med en fördelning utifrån invånarantal utan med hänsyn också till gleshet i befolkningsstrukturen.

3. Att inte ta utbildningsbehoven på allvar inkl möjligheten för nyanlända att snabbare starta arbete inom sjukvården om man redan har den bakgrunden. Nya ofinansierade beslut angående verksamheten. Minskning av statliga stöd.

Kristdemokraterna

1. Jämlik sjukvård och tandvård. Inom vårdgarantin.

2. Att staten tar ansvar för den avancerade sjukhusvården.

3. Att det inte blir majoritetsskifte.

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



Eliquis® (apixaban) Rx. F. B01AF02. Filmraderade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikationer hos vuxna: 1. Profylax av venös tromboembolism (VTEp) efter elektiv höft eller knäledsplastik. 2. Profylax av stroke och systemisk embolism (NVAf) vid icke-valvulärt förmaksflimmer med en eller flera riskfaktorer. 3. Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE). Förebyggande av återkommande DVT och LE. Eliquis® är kontraindicerat vid kliniskt signifikant pågående blödning och vid händelse eller tillstånd som ger betydande risk för större blödning. Eliquis® 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. Eliquis® rekommenderas ej vid CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys eller med mekanisk hjärklaffprotes. Eliquis® 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



*



*Maximal tolererbar dos statin + ezetimib

Till patienter med mycket hög kardiovaskulär risk

TA NÄSTA STEG

- **Repatha®** sänker LDL-kolesterolet med upp till 75%**
- **Repatha®** minskar den kardiovaskulära risken hos patienter med etablerad aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom.

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 - Etablerad aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom:

Repatha® är avsett för behandling av vuxna med etablerad aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom (hjärtinfarkt, stroke eller perifer artärsjukdom) för att sänka kardiovaskulär risk genom att sänka nivåerna av LDL-C, som tillägg till korrigering av andra riskfaktorer:

- i kombination med den högsta tolererade dosen av en statin med eller utan andra blodfettssänkande behandlingar eller,
- ensamt eller i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar när en statin inte tolereras eller är kontraindicerad.

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 när en statin inte tolereras eller är kontraindicerad.

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.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

För fullständig information vid förskrivning samt produktresumé, Amgen maj 2018, se www.fass.se



**Patienter med hyperkolesterolemi som fick Repatha® 140 mg varannan vecka, i tillägg till atorvastatin 80 mg