

DE BLEV
ÅRETS VISSLARE

SIDORNA 20-23

PROTESTER MOT
LANDSTINGENS STYRNING

SIDORNA 28-33

Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 18.000 SJUKHUSSPECIALISTER • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARNA • NR 2/2019

**SJUKHUSLÄKAREN
GRANSKAR FORTBILDNINGEN**

KARTLÄGGNING VISAR:

**Sjukvårdens
högsta chefer
saknar
strategier**

**Sveriges läkares
fortbildning
rena lotteriet**

SIDORNA 8-19



NYHET!

Ny behandlingsmöjlighet för patienter med kronisk kranskärslsjukdom eller symtomatisk perifer kärlsjukdom

NY INDIKATION: »Xarelto, i kombination med acetylsalicylsyra, är avsett för att förebygga atero- trombotiska händelser hos vuxna patienter med kranskärslsjukdom eller symtomatisk perifer kärl- sjukdom med hög risk för ischemiska händelser.«



Dosering är Xarelto 2,5 mg^a två gånger dagligen i kombination med acetylsalicylsyra 75–100 mg en gång om dagen.

Godkännande bygger på data från **COMPASS-studien**¹, den största fas III-studien med rivaroxaban (27 395 patienter). Den visade att rivaroxaban i dosen 2,5 mg två gånger dagligen i kombination med acetylsalicylsyra 100 mg en gång dagligen **minskade risken för hjärt-kärlöd, hjärtinfarkt och stroke med 24 %** (relativ riskminskning, ARR 1,3 %, p = 0,00004) jämfört med enbart acetylsalicylsyra 100 mg en gång dagligen som är standardbehandlingen för patienter med kranskärslsjukdom eller perifer kärlsjukdom. Större blödningshändelser (enligt modifierade ISTH-kriterier) förekommer mer frekvent hos patienter behandlade med Xarelto 2,5 mg två gånger dagligen kombinerat med acetylsalicylsyra 100 mg en gång dagligen jämfört med patienter som fick acetylsalicylsyra 100 mg (3,1 % vs. 1,9 %, absolut riskökning 1,2 %, HR 1,70; 95 % CI, 1,40–2,05, p < 0,001).

a. Rekommenderas inte hos patienter med CrCl < 15 ml/min; använd med försiktighet hos patienter med CrCl 15–29 ml/min och hos patienter med CrCl 30–49 ml/min som samtidigt behandlas med andra läkemedel som ökar plasmakoncentrationen av rivaroxaban.

Referens: 1. Eikelboom JW, Connolly SJ, Bosch J, et al. Rivaroxaban with or without Aspirin in Stable Cardiovascular Disease. *N Engl J Med* 2017; 377:1319–30.

Xarelto (rivaroxaban), antitrombotiskt medel, R (B01 AF01). Tabletter 2,5 mg (F). **Indikation:** Xarelto, i kombination med acetylsalicylsyra, är avsett för att förebygga atero- trombotiska händelser hos vuxna patienter med kranskärslsjukdom eller symtomatisk perifer kärlsjukdom med hög risk för ischemiska händelser. **Dosering:** Den rekommenderade dosen är Xarelto 2,5 mg två gånger dagligen, i kombination med en daglig dos om 75–100 mg acetylsalicylsyra. Behandlingslängden ska fastställas för varje enskild patient baserat på regelbundna utvärderingar med hänsyn tagen till risken för trombotiska händelser kontra blödningsrisk. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Aktiv, kliniskt signifikant blödning. Organskada eller tillstånd, som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Samtidig behandling med andra antikoagulantia. Samtidig behandling av akut koronart syndrom i kombination med trombocytaggregationshämmande behandling hos patienter med tidigare stroke eller en transitorisk ischemisk attack (TIA). Samtidig behandling av kranskärslsjukdom/perifer kärlsjukdom med acetylsalicylsyra hos patienter med tidigare hemorragisk eller lakunär stroke, eller någon form av stroke inom en månad. Leversjukdom förknippad med

koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk inklusive cirrhotiska patienter med Child Pugh B och C. Graviditet och amning. **Varningar och försiktighet:** Vid tillstånd med ökad blödningsrisk bör Xarelto användas med försiktighet. Administrering av Xarelto bör avbrytas om svår blödning uppstår. Xarelto ska användas med försiktighet hos patienter med kreatininclearance 15–29 ml/min. Användning av Xarelto hos patienter med kreatininclearance < 15 ml/min rekommenderas inte. Xarelto bör användas med försiktighet hos patienter med kranskärslsjukdom/perifer kärlsjukdom som är ≥ 75 år och samtidigt tar enbart acetylsalicylsyra eller acetylsalicylsyra och klopido- grel eller tiklopidin. Nyttan och risken med behandlingen ska regelbundet utvärderas för varje enskild individ. Datum för senaste översynen av produktresumén augusti 2018. Bayer AB. Box 606. 169 26 Solna. Tel. 08-580 223 00. För ytterligare information samt priser se www.fass.se. Före förskrivning vänligen läs produktresumén på www.fass.se.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmannas att rapportera varje misstänkt biverkning till Läkemedelsverket.

Xarelto[®]
rivaroxaban



PINSAMT SVERIGE!

Tidningen Sjukhusläkaren har gjort nedslag på flera ställen i landet angående bristen på struktur, uppföljning och reglering av läkares fortbildning. Fortbildning ställs till exempel mot ”patienter och ekonomi”. Hur kan fortbildning av läkare vara ett motsatsförhållande till patienter och ekonomi?

▼ Goda exempel finns inom landet, men vi kan inte förlita oss på goda intentioner. Vad säger patienterna?

Egentligen vill vi ju ha mindre detaljstyrning och mer uppföljning på kvalitet och kontinuitet. Men just fortbildning är så sorgligt eftersatt att regering och dess myndigheter måste ta ett nationellt ansvar för att få ordning.

Socialstyrelsen menar att deras föreskrift om lednings- system för systematiskt kvalitetsarbete också ska innefatta personalens behov av utbildning och att det räcker med det. Men det gör det ju helt klart inte. För att de ska ta tag i frågan behöver de få ett uppdrag från regeringen.

SKL hänvisar till det nationella system för kunskapsstyrning som är under uppbyggnad. Här skulle man kanske få in en systematik, men med tanke på att vi har det kommunala självstyret så finns risk att det blir minst 21 stycken system.

Fortbildning är en investering. Fortbildning är ingen löneförmån eller något trevligt man kan ”få åka på” om man är en bra medarbetare. Det handlar om skyldighet att hålla sig uppdaterad, att kunna följa läkaretiken och kunskapen, medverka till utveckling och garantera patientsäkerhet. Förutsägbart och planerad fortbildning är dessutom en rekryteringsmorot och om vi gör rätt saker sparar vi pengar i minskad sjukdoms- börd.

Det man är enig om är att verksamhetscheferna är ansvariga för fortbildningen. Det är rätt så till vida att kännedom om individens och verksamhetens behov finns där. Men även om

chefen är kompetent och engagerad blir det helt ogenomförbart utan tillräckligt med medel eller garanterad struktur.

Vi vill se en nationell föreskrift utfärdad av Socialstyrelsen som förordar att alla läkare ska ha en individuell fortbildningsplan med öronmärkt budget. Den individuella planen ska utformas med medicinskt kompetent chef och baseras på både individens behov och

”Fortbildningen är så sorgligt eftersatt att regeringen och dess myndigheter måste ta ett nationellt ansvar.”

utifrån verksamhetens utveckling framåt. Det närmaste året ska vara detaljerat och kommande år mer översiktligt. Den individuella planen ska

följas upp årligen av chefen och klinikens helhetsbild skall inspekteras med jämna mellanrum via fortbildnings-SPUR och redovisas i verksamhetsberättelse. Förutsättning för fortbildning ska också tas med som parameter vid upphandlingar. Internetbildning som kollegiala samtal, olika ronder, egenstudier bör räknas till en halvdag per vecka.

Dessutom tillkommer externa kurser. Förutom en halvdags intern utbildning i veckan anger Läkarförbundet i sitt utbildningsprogram också tio dagar extern utbildning årligen. Det måttet är att se som ett riktmärke, inte ett absolut krav för alla individer varje år, för det väcker alltid diskussioner om just antalet tio dagar och värdet av konferenser, istället för att man pratar om målet, det vill säga hur man garanterar en säker och uppdaterad vård. Samma åsikt framfördes också nyligen då Läkarförbundet samlade specialitetsföreningarna för vårens representantskap.

Extern fortbildning är viktig men kunskap utifrån kan komma på många

olika sätt idag; web, kollegial överföring, auskultationer, artikelgenomgångar m.m. Det sker också så på många kliniker. Det finns dock mycket värde i externa kurser för de med spetskompetens, mindre specialiteter eller för annan individuell utveckling i att se andra förhållningsätt, träffa kollegor och delta i diskussioner på plats. Behovet av detta varierar förstås något över tid beroende på behovet hos individen och verksamheten och när det finns tillgång till bra utbildning. Som en chef sa, det ska inte vara rättvist, det ska vara rätt.

Vi ser alltså att fortbildning behöver regleras på nationell nivå för att stötta chefer och medarbetare till genomtänkt utveckling med att hela tiden skapa och införa ny kunskap och fasa ut gammal. Det kräver också ett initierat chefskap med medicinsk kompetens i ledande befattningar. Det handlar både om att leda för dagen och för vad man ska göra framöver på fem eller tio år.

Det handlar om patienterna, tryggheten i arbetet och utvecklingen framåt.

Sjukhusläkarna vill att:

- Läkares fortbildning ska regleras i föreskrift.
- Varje läkare ska ha en individuell fortbildningsplan,
- Fortbildningsbudget ska vara öronmärkt, för möjlighet för chefen till verksamhetsutveckling
- Fortbildning ska redovisas i verksamhetsberättelse, vara ett krav vid upphandling och granskas via fortbildnings-SPUR.



KARIN BÅTELSON
ORDFÖRANDE
I SJUKHUSLÄKARNA

Sjukhusläkarens redaktion

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

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

Anna Sofia Dahl
Redaktionschef, reporter
annasofia.dahl@sjukhuslakaren.se
+46 767 900 441

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

Adam Öhman
Reporter, webbredaktör
adam.ohman@sjukhuslakaren.se
+46 767 900 447

▼ Adam har under många år arbetat som journalist inom dagspress, radio och tv, däribland på Svenska Dagbladet, Sveriges Radio, Expressen och Folkbladet Västerbotten. Hans yrkeserfarenhet täcker flera områden – politik, fackliga frågor och forskning – och han trivs bäst med att vara ute på fältet. Han anställdes på Sjukhusläkaren i början av 2019.

Övrigt:

Annonser: Bengtsson & Sundström Media.
Kontakta Peter Sundström.
Tel: 08-10 39 20. E-post: sjukhuslakaren@bs-media.se
Prenumeration 320 kronor/helår
TS-upplaga: 20.800 ex.

ISSN 1651-2715. Medlem i 

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

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

Sjukhusläkarnas ägarpolicy för tidningen Sjukhusläkaren

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

I DETTA NUMMER:

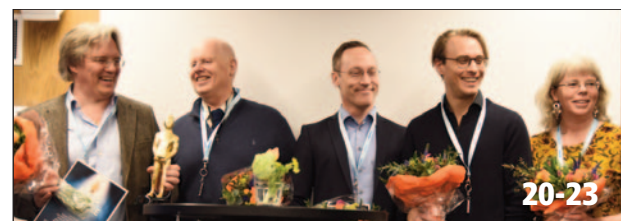
Ledaren Karin Båtelson	3
Krönika Björn Ekman.....	5
Krönika Camilla Starck	6
Krönika Uffe Hylin	7

TEMA | FORTBILDNING



8-19

ÅRETS VISSLARE



20-23

Friska Sjukvårdspriset	24-27
Beläggningsgrader och dödsrisker	26
Protester mot landstingens styrning	28-33

PORTRÄTTET | Ullakarin Nyberg



34-37

Krönika Theodor Lav	38
Debatt Är landstingen rätt huvudman?	40
Etik och vetenskap	41

MEDLEM

Föreningsnytt	42
---------------------	----

Se upp för e-hälsa och digitalisering – det är nästan lika svårt som Crazy D!

För ett tag sedan började jag försöka att lära mig spela gitarr. Jag gillar musik men är totalt tondöv, saknar all taktkänsla och har aldrig förstått skillnaden mellan en ton och en not. En av låtarna jag tränar på använder ackorden Em och D6/9/F#, eller 'Crazy D', som en av mina nätlärare kallar det.

Med anledning av alla IT-skandaler som drabbat vårt land på senaste tiden så tyckte en expert från Internetstiftelsen att de var "onödiga, då vi hållit på ett tag och borde ha lärt oss vid det här laget". Det kan man ju tycka, men precis som med mitt gitarrklankande så har vi antingen inte hållit på tillräckligt länge, eller så håller vi på på fel sätt. Eller så är vi bara väldigt tröga när det gäller data-säkerhet.

Men det finns en annan, betydligt mer djupgående anledning till att IT-haverier travas på varandra. Digitaliseringen är en del av en fundamental förändring av stora delar av vårt samhälle. Det är otvivelaktigt så att den här utvecklingen medför stora möjligheter. Men det är också ett oomkullrunkeligt faktum att den också innebär en på många sätt ökad grad av komplexitet. Digitala system är, allt annat lika, mer komplicerade än analoga och vårt samhälle har blivit mer sårbart på ett sätt som få nog verkligen förstår vidden av.

Det fanns en tid då man faktiskt kunde fixa sin dator när den hängde sig. Idag är det inte ens säkert att den kan ordnas även om man frågar Berra från IT-avdelningen. Och det är svårt att tro att man i en mycket snar framtid själv ska kunna fixa sitt stordatadrivna, maskin-tränade, AI-baserade biometriskt armband när det helt plötsligt börjar skicka signaler om att man har fått ett epileptiskt anfall när man just satt sig

ner för att äta middag med familjen.

Men det är inte bara de allmänna kunskapskraven som har ökat. Framförallt så har förståelsekraven stigit dramatiskt. Den ökade tekniska komplexiteten vi ser medför också en ökad komplexitet inom andra områden. För att få alla de här tekniska systemen att fungera så måste förändringar även ske inom juridiken, etiken, och, inte minst, politiken. På de flesta av dessa och andra områden så har utvecklingen inte alls hängt med.

Det här kan exemplifieras med ett citat av den högst ansvarige för e-hälsa på Läkarförbundet som säger att "Utmaningen är att hänga med i den snabba utvecklingen av digitala tjänster som nätläkare och medicinska appar erbjuder." Jag tror att "utmaningen" är betydligt knepigare än så och handlar om ifall sjukvården klarar av att anpassa sin organisation, kompetens och allmänna förståelse för de möjligheter och risker som uppstår.

Jag tror inte att vi har nått slutet på den tekniska historien. Tvärtom, den kommer att fortsätta med skrämmande fart och med risk för lika skrämmande resultat. Men i takt med att allt mer information kommer i digitalt format, tror jag vi nått till en punkt i historien där det inte längre föreligger några tekniska hinder för att göra något – allt är i dag tekniskt möjligt!

Det är i stället på andra områden, där människor måste agera och interagera, som riskerna och hindren ligger. Och då spelar det heller ingen roll hur länge vi håller på, vi kommer inte att "lära oss" allt nytt. Är lösningen då att gå tillbaka till DOS-datorer och blåryggade pärmar? Nej, knappast, men jag tror att vi kommer att tvingas till en ordentlig omställning och radikalt nytänk kring hur vi organiserar våra samhällsliga

strukturer och processer.

Och e-hälsa är ett nästan övertydligt exempel på ett område som tycks halka allt längre bakut. Det är försvinnande få människor som verkligen förstår vad digitalisering av vården egentligen innebär i alla dess delar.

Och jag kan garantera att ingen enskild svensk region kan skrapa ihop en kritisk massa av kompetens för att kollen på alla ettor och nollor ska ske på ett säkert och effektivt sätt.

Möjligen skulle Sverige som nation kunna skrapa ihop en sådan samling, men inte ens det är säkert. Ändå så startas det just nu en massa e-hälsoprojekt runt om i landet. Få av dessa kommer att medföra något avgörande, men många kommer att riskera både patientdata och lokalbudgetar.

Nej, det här med digitalisering är svårt, nästan lika knepigt som Crazy D.



Björn Ekman – hälsoekonom

Hur hanterar vi att det finns hedersförtryckare inom vården?

I januari i år häktades en sjuksköterska i Malmö efter att ha lagt ut 63 unga kvinnors gynjournaler på Instagram. Flera av kvinnorna hade släktband till sjuksköterskan. 2013 dömdes en läkare i Malmö för dataintrång i 19 unga kvinnors journaler där läkaren bland annat sökt efter känslig information från kvinnokliniker och från psykiatrin. Domstolen tolkade läkarens handlande som en utövning av hedersrelaterad kontroll.

Bland oss läkare och bland annan vårdpersonal finns hedersvåldsutövare och förtryckare precis som i övriga samhället. Vårdpersonal som tror att det är moraliskt korrekt att inskränka andra människors frihet. Hur hanterar vi detta?

I möten med tjejer utsatta för hedersrelaterat våld och förtryck har jag märkt att det finns en oro kring att söka sjukvård. En av anledningarna till denna oro är rädslan för att träffa någon inom vården som har kontakt med eller ingår i familjens nätverk. Ett annat skäl kan vara att någon i familjen arbetar inom vården och rädsla att denne via journalsystemet ska få reda på vad som sagts. Så länge de flesta vårdenheter saknar rutiner för bemötande av denna patientgrupp är det svårt att ge vård på lika villkor som till övriga befolkningen.

En kvinna jag hade kontakt med hade under ett års tid försökt söka vård på olika vårdcentraler. Ingenstans förstod man vilka försiktighetsåtgärder som behövdes i vårdkontakten.

Kvinnan hade "kvarskrivning", en skyddsgrad över skyddade personuppgifter vilket innebar att hon var skriven på en tidigare adress i en annan stad. Flera landsting har rutiner för hur journalföringen ska hanteras för denna grupp patienter, men det är få av oss som arbetar i vården som känner till att de finns. Den här kvinnan hamnade utanför välfärdssystemet eftersom hon trots funktionsnedsättande psykisk ohälsa inte lyckades söka vård. Det som

försvårade situationen var att en av hennes anhöriga, tillika en av våldsutövarna, var läkare och hade försökt ta reda på var hon befann sig genom att använda journalsystemet.

En annan kvinna som sökte psykiatrin bodde med förövare som arbetade inom vården och önskade att besöken på mottagningen inte skulle journalföras. Det är ju vår skyldighet att föra journal och då patienten inte hade skyddat ID utan fortsatt levde i förtrycket saknades rutin.

När det gäller kvarskrivna patienter eller patienter som lever med sina förtryckare som förvägrar dem vård eller där anhörig vårdpersonal vill kontrollera vad som skett vid vård-

kontakter finns möjlighet att anpassa hur vi arbetar. I flera landsting har man valt att hantera de här situationerna genom att ett

reservnummer skapas till patienten. Numret ska inte vara kopplat till patientens personnummer utan helt fristående från övrig journal. Patienten kan ta med numret vid samtliga vårdbesök som man inte vill att anhöriga ska känna till. I Östergötlands läns landsting kallar man det U-nummer, i andra landsting har man andra benämningar.

Det är i min mening välbehövligt att vi som kollegor pratar med varandra och ifrågasätter de värderingar bland oss som går emot mänskliga rättigheter. Jag tror att vi alltför sällan har de här samtalen med människor omkring oss, kanske allra minst med kollegor.

Jag har i mitt nätverk stött på kollegor som både tycker att det är fullt möjligt att kontrollera en kvinnas oskuld, trots evidens för motsatsen, och kollegor som tycker att äktenskapsbrott bör straffas med stening. Hur ändrar vi dessa uppfattningar om vi inte utbyter tankar och diskuterar öppet med varandra? Vi ska inte tro mindre om människor än att vi har förmåga att omvärdera våra ståndpunkter. Det går att ha respektfulla samtal om svåra ämnen.

Hälso- och sjukvården har i uppgift att ge vård på lika villkor för hela befolkningen. Vi behöver hjälpas åt att åstadkomma detta för de patienter som lever i denna typ av förtryck där personlig integritet saknas och för vilka mänskliga rättigheter är en dröm. Det är sent men det är bättre att vi börjar nu än aldrig.

CAMILLA STARCK
ST-LÄKARE I PSYKIATRI

Föreläsare i HUV-projektet
(Hedersvåldsutbildning för vårdpersonal)
genom Glöm Aldrig Pela och Fadime



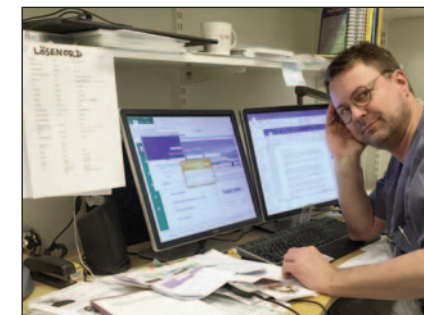
Snälla – lös lösenordsvansinnet!

I dag uppmanades jag att byta lösenord för att se mitt arbetsschema. Tidigare hade jag sex tecken som var lätta att minnas. Nu behövs minst tio tecken. Det är alltså mitt schema; inga hemligheter, inte banken! Förr satt schemat på anslagstavlan. Vad är det som har blivit så hemligt att det kräver ett långt lösenord, som dessutom ska bytas var tredje månad?

Ett annat system visar mina jourer. Varför dagarbetet och jourarbetet inte kan ses i samma program är obegripligt. Här krävs också inloggning, med min mejladress som användarnamn, plus ett lösenord.

Så här håller det på: olika system som jag dagligen behöver för att sköta mitt jobb har olika inloggnings. För att beställa ett ortopediskt hjälpmedel ska jag logga in med "ortufhy" och ett lösenord. När jag ska registrera jourtid är det personnummer och lösenord som gäller. I andra system heter jag "1JWP", "uffhy" eller "kcutb-w".

För att sköta mitt jobb behöver jag använda minst fjorton olika system som kräver inlogg-



ning. Användarnamnen har någon annan bestämt, men lösenorden har jag faktiskt fått välja själv. Kraven är dock olika: sex, åtta eller tio tecken, olika bokstäver, siffror och specialtecken. Dessutom ska de bytas med olika långa intervall.

Jag ägnar minst en timme i veckan åt väntan och strul vid krångliga inloggnings. Om alla mina kolleger i landstinget har samma problem som jag kostar vår arbetstid för denna helt onödiga icke-verksamhet mer än 200 miljoner kronor varje år.

Att kräva byte av lösenord har inte heller

visat sig öka datasäkerheten, snarare tvärtom: när minnet inte längre räcker till tvingas man skriva upp dem på papper. Min lösenordlista sitter följaktligen upptejpade vid mitt skrivbord.

Men det värsta av allt är ju att jag, för att över huvud taget komma åt datorn, måste sätta mitt ID-kort i en kortläsare och logga in med ett extra hemligt lösenord. Datorn "vet" ju alltså redan att det är jag som sitter där! Trots detta krävs av nästan alla system att jag loggar in igen, med allt krångligare användarnamn och lösenord!

Men hur svårt kan det egentligen vara att se till att jag, när jag väl loggat in i datorn med ID-kort och lösenord, har tillgång till alla program och system jag behöver utan att behöva logga in igen? Det nuvarande systemet hindrar mig ju att göra mitt jobb! Snälla IT-experten, hjälp mig!

Uffe Hylin, överläkare, VO Ortopedi,
Södersjukhuset, och universitetslektor,
Karolinska institutet.

Onlinekurser för hälso- och sjukvårdspersonal.

www.medster.se



Lär dig mer.
Var du vill. När du vill.

 **Medster**

”Så fort någon vill åka i väg blir det budgettjafs – fortbildning ses som en negativ budgetpost”



Resestopp



**Avsaknad
av strategier**



Ingen uppföljning

LÄKARE SLÅR LARM OM BRISTANDE FORTBILDNING

TEXTER: ADAM ÖHMAN

Stora skillnader mellan verksamheter, ekonomiska problem och inga övergripande styrdokument, strategier eller uppföljningar.

▼ Nu slår specialistläkare på universitetssjukhus larm. De vittnar om stora problem kopplade till fortbildningen och efterlyser tydligare strukturer – men sjukhusens ledningar, som på många sätt företräder sjukvårdens spetskompetens, har inte många svar.

– Det är i praktiken resestopp, och jag har blivit ombedd att använda egna forskningsmedel för att finansiera fortbildning. Så får det bara inte gå till, säger Krister Lindmark, överläkare på Hjärtcentrum vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå.

Åren som leder fram till specialistbevis är tydligt reglerade, och utbildningen kvalitetssäkras och dokumenteras. Men efter att ST-tjänstgöringen är klar förväntas i stället den enskilde läkaren tillsammans med arbetsgivaren ta kommandot för att kunskapen bibehålls och uppdateras.

Specialistläkare arbetar inom en kun-

skapsintensiv bransch, och behoven för de enskilda medarbetarna att förkovra sig i nya forskningsrön och lära sig nya behandlingsmetoder blir inte direkt mindre med tiden. Tvärtom. Läkare runt om i landet, från Kiruna i norr till Malmö i syd, berättar om en allt snabbare kunskaps- och teknikutveckling som ställer tuffa kompetenskrav på specialister. Om de på bästa sätt ska kunna bidra till en högkvalitativ, jämlik, evidensbaserad och patientsäker vård måste de helt enkelt hänga med.

Fortsättning nästa uppslag >>>



Det ser mörkt ut för fortbildningen tycker Krister Lindmark, kardiolog, och Fredrik Valham, internmedicinare och kardiolog på Hjärtcentrum vid Norrlands universitetssjukhus, som upplever en stor brist på struktur, samt oförståelse från högsta ledningen. Foto: Henrik Karmehag

Sverige tillhör dock fortfarande en liten minoritet av länder i Europa som inte har några tydliga nationella krav på att specialistläkarna faktiskt tillägnar sig den senaste kunskapen inom sitt område.

Frågan är inte ny. Sedan förutsättningar för finansieringen förändrades, först 2005 och sedan slutgiltigt 2015, i och med att läkemedelsindustrin inte längre får sponsra läkarnas utbildning, är det regionerna som ska stå för den medicinska fortbildningen.

Läkarförbundets återkommande enkätstudier tecknar dock en i flera avseenden dystert bild av läget. Den senaste rapporten från i vintras visar att antalet dagar för extern fortbildning fortfarande ligger kvar på samma låga nivåer som år 2015 – sex dagar – vilket går att jämföra med åtta och en halv dagar år 2004.

En av tio specialistläkare meddelar att de inte har ägnat sig åt någon extern fortbildning alls under 2017, och endast en av sex att det finns uppföljningsrutiner för att följa upp och utvärdera mängden fortbildning.

Krister Lindmark kardiolog och överläkare på Hjärtcentrum vid Norrlands universitetssjukhus, beskriver en frustration bland medarbetarna på Hjärtcentrum. Förra året infördes ett resestopp, som i praktiken innebar att specialistläkarna inte kunde åka på internationella kongresser eller liknande, om det inte fanns ytterst tunga och distinkta motiveringar. Och det är fortsatt svårt att få pengar till fortbildningsresor, berättar Krister Lindmark.

– Så fort någon vill åka i väg blir det budgetjafs. Fortbildning ses som en negativ budgetpost. Jag har personligen fått mejl från förre verksamhetschefen om att jag ska använda forskningsmedel i första hand om jag vill åka på fortbildningsresa. Det är inte okej att man ska använda forskningsmedel för att finansiera fortbildning, säger han, som tidigare har varit medicinsk chef för kardiologin.

Krister Lindmark anser att det borde ställas distinkta krav på den enskilde specialistläkaren angående fortbildningen. I USA finns exempelvis systemet med CME-poäng (Continuing Medical Education), som ska fungera som en form av garant för att läkarna ska få tillräckligt många högkvalitativa fortbildningsinslag under ett år.

Han efterlyser också ett tydligt övergripande dokument på sjukhusnivå, som ger ramar åt fortbildningens innehåll och ansvarsfördelning. En plan som den enskilde medarbetaren kan återopa i relation till cheferna.

– Det saknas en tydlig struktur för fortbildningen. Många yngre kollegor upplever en frustration kring det. Mitt emot Krister Lindmarks rum i korridoren på Norrlands universitetssjukhus har **Ruben Flores**, som också arbetar som överläkare på Hjärtcentrum, sitt kontor.

Han beskriver en påtaglig otydlighet, och efterlyser i likhet med sin kollega en genomtänkt strategi hos arbetsgivaren för vad den medicinska fortbildningen ska innehålla. Ett styrdokument på region- eller sjukhusnivå, samt tydliga nationella föreskrifter, skulle underlätta situationen på ett drastiskt sätt, enligt honom.

– Nu hänger det på mig. I teorin har vi medarbetarsamtal och kompetensplaner kopplat till det, men i praktiken är det upp till mig att se till att det blir av. Jag har inte haft formellt medarbetarsamtal på tre år, säger han, men poängterar att bristen på pengar är det största problemet.

Norrlands universitetssjukhus har ju fått flera priser för att sjukhuset ligger i framkant och är bäst. Däribland framhålls att man är bra inom hjärtsjukvård. Hur rimmar det med att det finns brister inom fortbildningen?

– Det är så många saker som vägs

samman i den bedömningen. Det finns lika fullt brister i fortbildningen för specialistläkare som måste åtgärdas, säger Ruben Flores.

Kollegan **Fredrik Valham**, specialistläkare i internmedicin och kardiologi, instämmer.

– I dag är det upp till varje enskild specialistläkare att se till att fortbildningen blir bra. Det finns ingen tydlig struktur.

Specialistläkarna i Umeå är långt ifrån ensamma om att se allvaret i situationen.

Rani Toll John, specialistläkare i akutsjukvård och internmedicin, arbetar som ledningsläkare på akutmottagningen vid Universitetssjukhuset i Linköping. Akuten är bemannad med specialistläkare dygnet runt, och ställer tuffa krav på personalens kompetens i vardagen.

Efter att de anställda kämpat och ställt krav har verksamheten godkänt tre dagars obligatorisk fortbildning per specialist och termin. Däremot finns inget tydligt system för att följa upp det. Hur många specialistläkare uppdaterar sin kunskap kontinuerligt? Hur många specialistläkare går på de interna föreläsningarna? Hur tar sig fortbildningen uttryck, rent konkret?

– Det är alldeles för lite kontroll. Vi ser väldigt varierande kunskapsnivåer. Det handlar mycket om hur engagerad den enskilde specialistläkaren är i fortbildningen, säger hon, och framhåller att hon har flera kollegor i ryggen.

Rani Toll John fortsätter:

– Det vore bra med en övergripande struktur, ett

styrdokument eller liknande, som reglerar fortbildningens innehåll och ansvarsfördelning. Det är en brist att det inte finns. Det borde vara en myndighet som reglerar detta. Vi har kämpat länge på vår klinik för att få våra fortbildningsdagar. På en klinik som inte har positivt inställda chefer är det betydligt svårare.



”Det borde vara en myndighet som reglerar fortbildningen”

”Jag har inte haft ett formellt medarbetarsamtal på tre år”

Rätt verktyg gör jobbet bättre



Upptäck OSA-verktygen
för kommun- och regionsektorn
Hos oss finns stöd för en god arbetsmiljö och en
attraktiv arbetsplats. Kostnadsfritt såklart!

“suntarbetsliv

Suntarbetsliv drivs av de fackliga organisationerna i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting samt Sobona

Få drar vinstlotten

Sjukhusläkaren har ringt runt till de högsta cheferna på landets universitetssjukhus, samt ett flertal verksamhetschefer, för att undersöka hur de ser på fortbildningen, dess strukturer, planer och finansiering, i dagsläget och framåt.

▼ Kartläggningen illustrerar att det på de allra flesta håll saknas tydliga övergripande styrdokument, strategier och uppföljningssystem på sjukhus- respektive regionnivå. Samtidigt är det påtagligt att det på flera håll finns stora skillnader mellan verksamheterna på sjukhusen, samt ekonomiska problem i anknytning till fortbildningen.

NORRLANDS UNIVERSITETSSJUKHUS

Magnus Hedström är relativt ny-tillträdd områdeschef för Länssjukvård område 1 med bas på Norrlands universitetssjukhus. Han kommer närmast från tjänsten som verksamhetschef på Hjärtcentrum på sjukhuset.

Någon övergripande policy för fortbildning finns inte, vare sig på sjukhuset eller i den enskilda verksamheten, enligt honom.

Magnus Hedström håller med sina kollegor på Hjärtcentrum om att det finns en frustration bland personalen kopplat till fortbildningen, inte minst bland yngre specialistläkare.

– Många reagerar på att det saknas en tydlig struktur. Det är en ständigt återkommande diskussionspunkt, säger han.

– Jag tar på mig min del av ansvaret för att det är otydligt. Det finns inte

fasta rutiner och strukturer för fortbildning. Jag vet inte hur det ser ut i de andra verksamheterna.

Uppföljningen av fortbildningen ska ske genom medarbetarsamtal, och individuella kompetensutvecklingsplaner som är kopplade till samtalen, men en stor del av ansvaret hamnar alltså på den enskilda medarbetaren.

– Jag känner inte till att fortbildningsbehoven inventeras överhuvudtaget. Jag har inte fört någon loggbok på Hjärtcentrum. Jag blir svaret skyldig, säger Magnus Hedström.

Varje basenhet, exempelvis Hjärtcentrum, har på senare år haft en del i sin budget, där fortbildning för samtliga professioner ingår, som har legat en bit över en procent per enhet. Till helhetsbilden måste även förra årets beslut om resestopp tas i beräkning.

– Ibland kan inte medarbetarens önskemål tillgodoses av arbetsgivaren. Prioriteras fortbildning lågt? Ja, till förmån för annat, tyvärr. Det kan vara så att den ekonomiska situationen gör att det inte prioriteras. Hade det ekonomiska läget varit bättre och vi hade gått med överskott, så hade det investerats mer i fortbildning, säger Magnus Hedström.

– Det är otroligt viktigt med fortbildning, och vi kommer att fortsätta jobba med dessa frågor.

UNIVERSITETSSJUKHUSET I LINKÖPING

Vårddirektör Ditte Pehrsson-Lindell, som leder ledningsgruppen på Universitetssjukhuset i Linköping, anser att det oftast fungerar bra när regionerna står för fortbildningen. Hon ser också många poänger med det decentraliserade systemet för fortbildning som präglar svensk sjukvård, inte minst i Linköping. Allt som är kopplat till fortbildning för specialistläkare på sjukhuset – eventu-



En bra verksamhetschef med kunskap och mandat. Det är i dagens system det som är mest avgörande om en svensk läkare ska få nödvändig fortbildning, visar Sjukhusläkarens kartläggning.

Grafik: Stefan Nilsson.

ella strategier och planer, uppföljningar och ekonomiska frågor – är förlagt till verksamheterna, och deras chefer ska i dialog med medarbetarna ordna medarbetarsamtal och individuella kompetensutvecklingsplaner.

Något centralt styrdokument eller strategi är inte aktuell.

– Verksamhetscheferna ska ha koll på hur mycket fortbildning som medarbetarna får. Visst, det betyder att det finns

variationer, men jag har stor tillit till våra verksamhetschefer, säger hon.

– Vi har ett tufft ekonomiskt läge, och vi har sagt att vi måste göra bra val. Det gäller inte främst fortbildning, snarare egna konferens- och klinikdagar. Det är upp till varje verksamhetschef att ta beslut.

Ditte Pehrsson-Lindell hänvisar följaktligen frågor om brister och utmaningar till verksamhetscheferna.

– Vi följer läkarutbildningen, AT och ST med stor noggrannhet. Vi måste kanske bli tydligare vad som gäller efter ST-utbildningen. Men frågan är på vilket sätt vi kan göra det, för att känna oss trygga med att läkarna får den fortbildning som vi behöver, säger hon.

På Universitetssjukhuset i Örebro och Akademiska sjukhuset i Uppsala är upplägget liknande som i Linköping och Umeå. Ledningarna förlitar sig på

att fortbildningen flyter på bra, med hjälp av medarbetarsamtal och individuella kompetensutvecklingsplaner.

UNIVERSITETSSJUKHUSET I ÖREBRO

Jennie Liling Ståhl, områdeschef för Opererande och onkologi, Region Örebro län, framhåller dock att verksamheterna på universitetssjukhuset har

Fortsättning nästa uppslag >>>

”Såvitt jag vet har det inte gjorts någon utredning av specialistläkarnas fortbildning i modern tid”

specifika utbildningsbudgetar, som varierar beroende på verksamheternas storlek och historik.

– Sen kan inte alla åka på allt. Det finns inte bemanning eller ekonomiska möjligheter till det. Men varje verksamhetschef har i uppdrag att se till att det finns rimliga möjligheter till fortbildning, säger hon.

Hur många dagar fortbildning får specialistläkarna per år?

– Det kan jag inte svara på. Det är möjligt att verksamhetscheferna kan svara på det.

Personal på flera håll vittnar om problem med fortbildningen. Dålig struktur och uppföljning är två faktorer som ofta nämns. Vad gör du, rent konkret, för att främja fortbildningen?

– Mycket av det här är planeringsfrågor; planering och framförhållning. Om vi bestämmer oss för att det här är viktigt och försöker lösa det, kan vi göra det, men vi måste också ta hänsyn till patienter och ekonomi, säger Jennie Liling Ståhl.

AKADEMISKA SJUKHUSET

För Akademiskas del är en specifik vårdbudget och en budget för forskning och utveckling på plats, som två av tre budgetar för sjukhuset. Planen var att en budget för utbildning och kompetensutveckling också skulle sjösättas i år, men det arbetet har dragit ut på tiden. Avsikten är, enligt forsknings- och utbildningsdirektör Sune Larsson, att en sådan budget ska synliggöra kostnader för olika kurser och konferenser på verksamhetsnivå.

– Då får vi en budget för varje verksamhetsområde som definierar utbildnings- och kompetensutveckling tydligt. Med den här typen av budget

kan vi ställa krav på fortbildningen, säger han.

När gjorde ni senast en grundlig utredning om läkarnas fortbildning?

– Såvitt jag vet har det inte gjorts någon utredning av specialistläkarnas fortbildning i modern tid. Utan det arbete som har skett är inom ramen för den specifika budgeten som är på gång. Varför har det inte gjorts någon utredning tidigare? Kan du till exempel säga hur många dagar som läkarna får fortbildning per år?

– Nej, det kan jag inte. Det som är viktigt är att man tittar på innehållet i fortbildningen. Jag tycker att antalet dagar delvis är av intresse, men innehållet är av större vikt.

I Västra Götalandsregionen finns sedan ett antal år ett råd, Medicinska Kompetensutvecklingsrådet, MUR, som består av specialitetsanknutna studierektorer för de 16 största specialiteterna. Studierektorerna har ett regionalt finansierat uppdrag på 20 procent för att anordna fortbildning inom sin specialitet, från utbildningsdagar inom ett speciellt ämne till bakjoursutbildningar.

Regionen har också avsatt sökbara medel på 3,5 miljoner kronor för specialistläkarna, för att täcka upp uteblivna bidrag från industrin. Om en läkare tilldelas medel förväntas en motprestation från verksamheten på lika stor summa.

SAHLGRENSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

Sahlgrenska universitetssjukhuset var också tidigt ute med individuella fortbildningsplaner. Upplägget har implementerats på sjukhuset och ambitionen är att det ska införas i hela regionen.

– Det är en hel del som är gjort, tycker jag. Mer generellt skulle jag gärna se att vi fick nationella riktlinjer

för fortbildning för specialistläkare, samt att man tittar på de europeiska riktlinjer som finns, säger sjukhusdirektör Ann-Marie Wennberg.

SKÅNES UNIVERSITETSSJUKHUS

På Skånes universitetssjukhus har ledningen ställt sig bakom ett styrdokument, en policy för specialistläkare, efter ett intensivt arbete av föreningen Sjukhusläkarna. Parallellt har yrkesföreningen under en längre tid förordat en tydlig nationell reglering från Socialstyrelsen som regelbundet följs upp. Detta för att synliggöra både arbetsgivares och arbetstagares ansvar för en systematiserad fortbildning.

Från fackligt håll är företrädarna dock inte helt nöjda med styrdokumentet i Skåne ännu – först vill de att antalet dagar och en summa pengar ska slås fast, något som betonades av Ann Hermanson, ledamot i Sjukhusläkarnas styrelse samt ordförande för Sjukhusläkarna i Lund, i samband med yrkesföreningens fullmäktige tidigare i år.

Björn Ekmechag, tillförordnad förvaltningschef, har tidigare varit biträdande förvaltningschef. Han anser att policyn fyller en viktig funktion, men understrekar samtidigt att eventuella uppföljningar snarast bör ske mellan specialistläkarna och närmaste chefer.

– Ett problem som vi har är att vi ibland har brist på medarbetare. Det är en minst lika stor faktor som pengar, när det gäller att kunna prioritera fortbildning. Vi jobbar med det hela tiden, säger han.

Sjukhusläkaren har utan framgång, vid upprepade tillfällen, sökt Annika Tibell, tillförordnad sjukhusdirektör på Karolinska universitetssjukhuset, för en intervju.



EMPRESSIN[®]
ARGIPRESSIN

When options matter



Empressin[®] (arginin vasopressin) finns nu registrerat i Sverige.

Se produktresumé, SPC. Sök: Empressin – www.fass.se

EMPRESSIN (argipressin). Koncentrat till infusionsvätska, lösning, Rx, EF. **FARMAKOLOGISK GRUPP:** Vasopressin och analoger. **STYRKA:** 40 IE/2 ml, 40 IE argipressin motsvarar 133 mikrogram. **INDIKATION:** Empressin är avsett för behandling av katekolaminrefraktär hypotoni i samband med septisk chock hos patienter över 18 år. Katekolaminrefraktär hypotoni föreligger om det genomsnittliga artärtrycket inte kan stabiliseras till målvärdet trots tillräcklig volymsubstitution och användning av katekolaminer. **DOSERING:** Behandling med argipressin till patienter med katekolaminrefraktär hypotoni ska helst påbörjas inom de första sex timmarna efter septisk chock, eller inom 3 timmar efter debuten om patienten står på höga doser katekolaminer. Argipressin ska administreras som kontinuerlig intravenös infusion av 0,01 IE per minut, givet med en infusionspump/sprutpump. Beroende på den kliniska responsen kan dosen ökas var 15–20 minut upp till 0,03 IE per minut. För patienter under intensivvård är det normala målvärdet för blodtrycket 65–75 mmHg. Argipressin ska endast användas som tillägg till konventionell vasopressorbehandling med katekolaminer. Doser över 0,03 IE per minut ska endast administreras som akut behandling, eftersom det kan orsaka tarm- och hudnekros samt öka risken för hjärtstopp. Behandlingstiden ska anpassas efter den individuella kliniska bilden, men ska helst vara minst 48 timmar. Behandling med argipressin får inte avbrytas plötsligt utan ska trappas ned med hänsyn tagen till det kliniska sjukdomsförloppet. Den totala varaktigheten för behandlingen med argipressin avgörs av ansvarig läkare. **VARNINGAR OCH FÖRSIKTIGHET:** Denna produkt ska inte användas omväxlande med andra läkemedel som innehåller argipressin vars styrka uttrycks i andra enheter (till exempel pressorenheter P.U.). Argipressin får inte administreras som bolus för behandling av katekolaminrefraktär chock. Argipressin får endast administreras under noggrann och kontinuerlig övervakning av hemodynamiska och organspecifika parametrar. Behandlingen med argipressin ska endast inledas om det inte går att bibehålla tillräckligt högt perfusionstryck trots adekvat volymsubstitution och användning av katekolaminer. Argipressin ska användas med särskild försiktighet till patienter med hjärt- eller kärlsjukdomar. Användning av höga argipressindoser på andra indikationer har rapporterats orsaka myokard- och tarmischemi, hjärt- och tarminfarkt samt nedsatt perfusion av extremiteterna. Argipressin kan i sällsynta fall orsaka vattenintoxikation. Tidiga tecken som sömnhet, håglöshet och huvudvärk ska uppmärksammas i tid för att förhindra dödlig koma och kramper. Argipressin ska användas med försiktighet vid epilepsi, migrän, astma, hjärtsvikt eller något tillstånd där en snabb ökning av extracellulär vätska kan utgöra en risk för ett redan överbelastat system. Ett positivt nytta-riskförhållande har inte påvisats i den pediatrika populationen. Användning av argipressin på denna indikation till barn och nyfödda rekommenderas inte. Detta läkemedel innehåller mindre än 1 mmol natrium (23 mg) per ml, d.v.s. är näst intill "natriumfritt". **FÖRPACKNINGAR:** 10 ampuller à 2 ml koncentrat till infusionsvätska, lösning. **ÖVRIG INFORMATION:** Empressinkoncentrat får inte administreras utan spädning. För fullständig information vid förskrivning samt produktresumé, se www.fass.se. Texten är baserad på produktresumé: 26 juni 2018. **DISTRIBUTÖR:** AOP Orphan Pharmaceuticals AG, Virdings Allé 32B, 750 54 Uppsala, +46 70 631 87 00, office.se@aoporphan.com

www.aoporphan.com

AOP ORPHAN
FOCUS ON RARE DISEASES

ANDERS GUSTAVSSON, VERKSAMHETSCHEF:

"Alltför stort ansvar läggs på de enskilda medarbetarna"

Direktörer och chefer på såväl länssjukhus som mindre sjukhus talar om brister i fortbildningen för specialistläkare, men när möjliga lösningar kommer på tal hänvisar de i huvudsak till verksamheterna och läkarna, enligt Sjukhusläkarens kartläggning.

▼ – Det borde finnas en övergripande plan för fortbildningen, tydliga riktlinjer, och sen är det upp till verksamhetscheferna att verkställa det, säger Anders Gustavsson, verksamhetschef på medicinkliniken, Central-sjukhuset i Karlstad.

Medicinkliniken i Karlstad består av sex sektioner, däribland mag- och tarm-mottagningen, lungmedicinmottagningen och hematologimottagningen. Verksamhetscheferna har delegerat ansvaret för specialistläkarnas fortbildning till respektive sektion. Något internt policydokument finns inte.

– Specialistföreträdaren som företräder sektionen förmedlar hur behovet ser ut till mig. Specialistläkarna går dels den interna utbildningen som vänder sig till läkare brett. Sen handlar det om vad varje sektion har identifierat. Det handlar om vissa konferenser och kurser som man bör gå utifrån sektionssyn-

punkt, säger verksamhetschefen Anders Gustavsson.

Han framhåller att fortbildningens förutsättningar varierar mellan de olika verksamheterna på sjukhuset. Rent konkret är det till stor del mycket upp till den enskilde specialistläkaren att ta ansvar för utbildningen. På medicinkliniken för man ingen statistik över antalet fortbildningsdagar.

– Planeringen ska ske i samband med medarbetarsamtal. Sedan om det verkligen sker i praktiken låter jag vara osagt, men det ska finnas individuella kompetensutvecklingsplaner som det är organiserat i dag, säger Anders Gustavsson.

Han fortsätter:

– Men det borde finnas en övergripande plan för fortbildningen. Man bör ha en tanke om detta. Jag tycker att regioner bör ha övergripande mål kring fortbildning för specialistläkare.

Anders Gustavsson säger för egen del uttryckligen att det finns brister i fortbildningen i den egna verksamheten. Enligt honom beror problemen inte främst på ekonomiska skäl. Snarare handlar svårigheterna just om att allt för stort ansvar läggs på de enskilda medarbetarna.

– Man riskerar att det blir lite fortbildning och ojämn fortbildning när man lägger det på individnivå. Det finns individer som inte vill åka på fortbildning, och vi ställer inga krav på det, medan andra är väldigt aktiva, säger han.



Petra Svedberg, (bilden) områdeschef för slutenvården i Värmland, berättar att det finns ett inriktningsbeslut som gör gällande att specialistläkare ska ha tio fortbildningsdagar per år, vilket man budgeterar för.

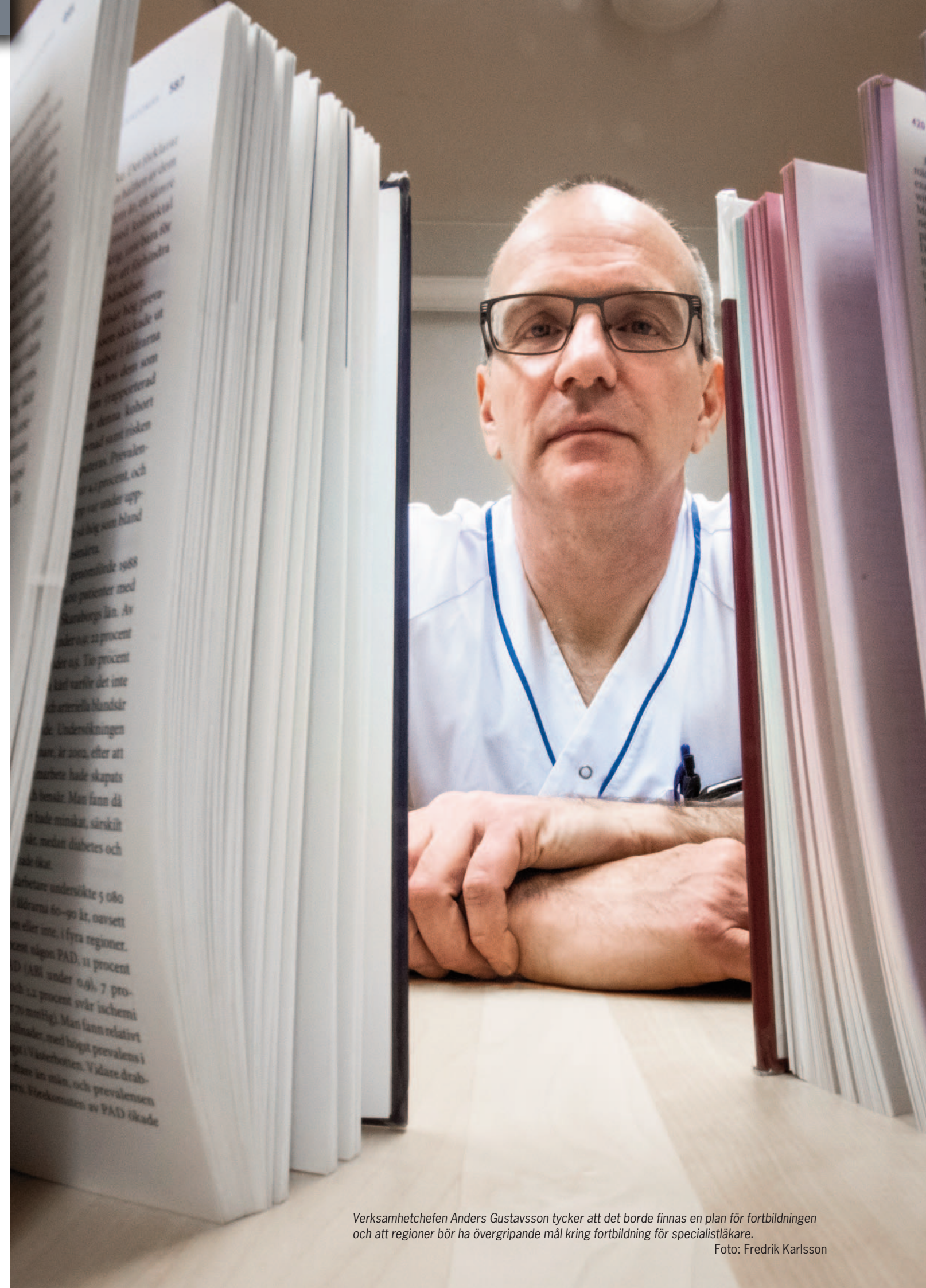
Hon håller dock med Anders Gustavssons beskrivning av de stora variationerna på verksamhetsnivå. Därför tittar ledningen för hälso- och sjukvården nu på möjligheterna att införa en överordnad strategi och systematiserade uppföljningar.

För närvarande inför regionen ett system med treårsplaner för läkare som just har blivit specialister. Systemet, som har namnet "Landningsbanan", ska enligt planerna stötta specialisterna, med ökade möjligheter till fortbildning och kompetensutveckling med handledning. Ambitionen är att konceptet, som just nu implementeras inom psykiatri, på sikt ska finnas på alla kliniker.

– Vi har identifierat flera problem kring fortbildningen för specialistläkare. Det finns en önskad variation. Där ska vi som region ha en tydlig strategi, säger hon.

Långt ifrån alla chefer håller dock med. Ett återkommande tema på sjukhus runt om i Sverige är att det inte finns någon övergripande fortbildningspolicy eller systematisk planering

Fortsättning nästa uppslag >>>



Verksamhetschefen Anders Gustavsson tycker att det borde finnas en plan för fortbildningen och att regioner bör ha övergripande mål kring fortbildning för specialistläkare.

Foto: Fredrik Karlsson

vid sidan av avsaknad av öronmärkta pengar. Universitetssjukhuset i Linköping är ett sådant exempel. Kiruna sjukhus är ett annat.

Anna Alm Andersson, divisionsschef för närsjukvården i Region Norrbotten, betonar att det är respektive verksamhetschef som har bäst koll på sin verksamhet.

– Finns det brister hos oss ska vi se över det, men det här fungerar hos verksamheterna, säger hon.

Magnus Karlsson, sjukhusdirektör på Kungälv's sjukhus, upplever i likhet med många andra chefer att specialistläkarnas fortbildningsfrekvens,

generellt sett, har gått ner sedan läkemedelsindustrin inte längre får sponsra utbildningen. Verksamheterna tittar också i högre grad än tidigare på sina behov. Någon förändring i form av exempelvis ett policydokument är emellertid inte på agendan på sjukhuset.

– Det är verksamheterna som måste inventera och se till sina behov.

Kjell Ivarsson, sjukvårdsdirektör för verksamhetsområde Kirurgisk vård i Region Jönköpings län, är inne på en liknande linje. Han beskriver visserligen en ”ryckighet” i fortbildningen, som delvis beror på kortsiktig planering, men anser att strukturen och idéar-

betet ska byggas underifrån.

– Det behövs en ordentligt sammanhållen plan ett antal år framåt, så att man kan säga hur behovet ser ut och vad man behöver. Det bör komma från klinikerna och medarbetarna – det här ansvaret ligger på den nivån, säger han.

Vilket ansvar tar du och ledningen för fortbildningen?

– Vi har ansvar på alla nivåer – vi måste ha uppe det på agendan. Men det är i dialog mellan läkare och närmaste chef som utvecklingen sker.



Socialstyrelsen: ”Regeringen har inte bemyndigat oss att reglera fortbildningsdagar och öronmärkta pengar”

Socialstyrelsen vidhåller att föreskrifterna om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är tillräckliga för att reglera fortbildningen för specialistläkare.

▼ – Föreskriften ställer krav på att vårdgivare har ett systematiskt kvalitetsarbete också vad gäller personalens behov av vidareutbildning, säger Jenny Edelgård, jurist på Socialstyrelsens enhet för hälso- och sjukvårdsjuridik.

Specialistläkare på universitetssjukhus, sjukhus som i flera avseenden representerar sjukvårdens spetskompetens, vittnar om stora problem kopplade till fortbildningen för specialistläkare och kräver tydligare strukturer. En central aspekt som nämns är tydligare nationella föreskrifter, ett krav som också har riktats från fackligt håll.

Socialstyrelsen har i dag inte föreskrifter om fortbildning för specialistläkare. Myndigheten, som däremot har föreskrifter när det gäller specialitjänstgöringen, har inte något bemyndigande att ta fram regler eller riktlinjer för spe-

cialistutbildade läkares fortbildning.

Myndigheten hänvisar i stället till sina föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9. Föreskrifterna handlar om ledningssystem och kvalitetsarbete i stort, inom bland annat hälso- och sjukvården, och reglerar hur kvaliteten i vårdgivares verksamhet systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Det handlar i korthet om att vårdgivare ska uppfylla de krav och mål som regleras i lag, däribland hälso- och sjukvårdslagen.

– Hälso- och sjukvårdslagen ställer krav på att det ska finnas tillräckligt med personal och kompetens för att kunna bedriva en god vård. Utifrån det anser vi att det finns en tillräcklig reglering vad gäller fortbildning, säger Jenny Edelgård.

Hur ser ni på Socialstyrelsen på kraven på tydligare nationella föreskrifter?

– För att reglera till exempel antal fortbildningsdagar, öronmärkta pengar eller liknande krävs ett bemyndigande från regeringen, men det finns inte, säger Jenny Edelgård.

– Vi vidhåller inställningen att föreskrifterna om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete tillgodoser

behovet vad gäller fortbildningen.

Samtidigt betonar Sveriges kommuner och landsting, SKL, vikten av att fortlöpande utveckla fortbildningen för specialistläkare, i likhet med för andra professioner inom hälso- och sjukvården. Men organisationen är dock ytterst försiktig med sina uttalanden.

Fredrik Lennartsson, chef för SKL:s avdelning för vård och omsorg, hänvisar till att stöd för lärandet i vardagen är under utveckling genom exempelvis ett nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården.

– Utveckling av det systemet möjliggörs genom ett stort och landstäckande samarbete som våra medlemmar driver tillsammans med professionerna. Det livslånga lärandet kommer också att utvecklas över tid, inte minst i ljuset av kunskapsstöd i digitala former. Mot denna bakgrund förs diskussioner på SKL, bland annat kring hur förutsättningarna för kontinuerlig kompetensutveckling och lärande kan stärkas.

Han fortsätter:

– Omfattande arbete sker kring detta inom flera olika områden. SKL har en stödjande roll i samordningen av arbetet. Det är ett långsiktigt och systematiskt arbete.



Facket fick till stånd en fortbildningspolicy i Skåne

Sjukhusens ledningar måste inse att de har ett otroligt dyrt humankapital i form av specialistläkare som måste underhållas. Fortbildningens förutsättningar måste synliggöras på högsta nivå.

▼ Det säger Naomi Clyne (bilden), docent, överläkare och tidigare ordförande för Sjukhusläkarna i Lund, som var drivande bakom etableringen av



Skånes universitetssjukvårds policydokument för fortbildning för specialistläkare.

Hösten 2016 uppvaktade Sjuk-

husläkarna i Lund sjukhusledningen och presenterade en idé om att etablera ett styrdokument, en policy, för fortbildningen för specialistläkarna inom Skånes universitetssjukvård. Tankarna på en policy hade dåvarande ordföranden Naomi Clyne och de andra i den lokala styrelsen burit på en längre tid.

– Efter att jag hade tillträtt som ordförande tog vi i styrelsen beslut om ett antal fokusområden, och fortbildningen var ett av dem. Vi började att driva

frågan målmedvetet, säger hon.

Ledningen välkomnade förslaget, och mötet 2016 följdes av ytterligare träffar under året därpå. Med på mötena var chefsläkare Sven Karlsson och Ingemar Petersson, chefen för forskning och utbildning. Dåvarande förvaltningschef Björn Eriksson var initialt också med på möten och aktiv i frågan.

– Det var ett trevligt, konstruktivt och resultatinriktat samarbete mellan fack och arbetsgivare. Det var prestigelöst. Det enda som vi inte hade samsyn kring var att vi ville ha öronmärkta pengar och ett bestämt antal fortbildningsdagar, säger Naomi Clyne.

– Men det är bättre att ta ett första steg, än att inte ha något alls. Sjukhusläkarna har ju inte förhandlingsrätt. Det är Läkarförbundet som har det. Vi ordnade en policy, och sedan kan man i nästa steg gå in och förhandla.

Styrdokumentet, som undertecknades av förvaltningschefen Björn Eriksson, slår fast att Skånes universitetssjukvård måste ha en medveten strategi för fortbildning för samtliga specialistläkare. Genomförd fortbildning ska integreras i verksamhetsområdets eller sektionens verksamhetsuppföljning, verksamhetschef eller sektionsschef ska i samråd med specialisten formulera fortbildningsaktiviteter och deras frekvens, och i samband med medarbetarsamtal ska en individuell

fortbildningsplan utformas.

I policyn står det också uttryckligen att en ”strategiskt viktig aktivitet för specialistläkares fortbildning på SUS är att planera och genomföra nationella och internationella utbildningsaktiviteter”. Den specificerar även vad vidareutbildning ska innefatta, däribland medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Ansvaret för fortbildningen av specialistläkare ligger, enligt styrdokumentet, på den verksamhetschef eller sektionschef som företräder en specialitet och som har budgetansvar för läkargruppen.

– Det är viktigt att ansvar, befogenhet och ansvarsskyldighet är tydligt formulerat. Här har vi vägt in chefsansvar för att läkaren får fortbildning, möjligheten att finansiera fortbildningen och följa upp den, säger Naomi Clyne.

– Det här är i allra högsta grad en fråga för högsta ledningen. Sjukhusens ledningar måste inse att de har ett otroligt dyrt humankapital i form av specialistläkare som måste underhållas. Fortbildningens förutsättningar måste synliggöras på högsta nivå, och ledningarna måste ha goda kunskaper om hur fortbildningen faktiskt utformas i verksamheterna.



Inbjudan till SIM-veckan 2019

23-27 september på Elite Hotel Marina Tower, Nacka/Stockholm.

Svensk Internmedicinsk Förening (SIM) inbjuder till en 5-dagars fortbildning inom internmedicin för ST-läkare och specialister i internmedicin. Årets ämnen är bl.a. svimning och EKG-quiz, hematologi och blödningsutredning, allergier och OSAS, akut endokrinologi och elektrolyter, bortglömda infektioner och kärlkatastrof samt antikoagulantia och DAPT. Kom och var med!

Vi har även seminarier, företagsutställning, Young Internists Corner, högtidsföreläsning och årsmöte i SIM med middag och underhållning samt ultraljudskurs! Vi erbjuder även ST-läkare att presentera sitt vetenskapliga arbete med möjlighet att vinna priser samt att på plats genomföra specialskrivning i internmedicin måndag kväll 23/9.

All information och anmälan finns på www.sim.nu Välkommen till SIM-veckan 2019!

www.sim.nu



Läs mer och anmäl dig på www.sim.nu

ÅRETS VISSLARE

” Åldersbedömningarna av asylsökande inte värdigt en rättsstat ”



Tommie Olofsson, Håkan Sandler, Fredrik Tamsen, Jacob Andersson och Anna Ybo tar emot priset som Årets Visslare på Sjukhusläkarnas fullmäktigemöte. En av pristagarna, Ann-Sofie Ceciliason, kunde inte närvara vid prisutdelningen. Foto: Anna Sofia Dahl.

Rättsmedicinalverkets hantering av de hårt kritiserade medicinska åldersbedömningarna är inte värdig en rättsstat. Det anser Tommie Olofsson, tidigare avdelningschef på RMV i Uppsala och Anna Ybo, överläkare i rättsmedicin, som förra våren lämnade myndigheten i protest.

▼ Tillsammans med de tidigare kollegorna, Fredrik Tamsen, Ann-Sofie Ceciliason, Håkan Sandler och Jacob Andersson, mottog de Sjukhusläkarnas pris Årets Visslare på Sjukhusläkarnas fullmäktigemöte för en tid sedan.

– Det betyder oerhört mycket att få ett sånt här pris från kollegorna, sade Anna Ybo, och fick medhåll:

– Det känns fantastiskt bra att få den här bekräftelsen. Det är lite av en upprättelse, menade Tommie Olofsson.

Rättsmedicinalverket i Uppsala drabbades under hösten 2017 och våren 2018 av en rad avhopp. Under våren förra året valde tre specialistläkare inom rättsmedicin och en ST-läkare att sluta i protest mot de medicinska åldersbedömningarna. Från början var de åtta anställda läkare på enheten.

Rättsmedicinalverket utför åldersbedömningarna i asylärenden på uppdrag av regeringen.

Metoden, som i korthet baseras på röntgenundersökningar av visdomständer och magnetkameraundersökningar av knäleder, har kritiserats för att ha bristfälligt vetenskapligt stöd av en lång rad forskare.

Tommie Olofsson, som var avdelningschef för RMV:s enhet i Uppsala när metoden började att användas, och Anna Ybo ser två huvudsakliga problem med tillvägagångssättet. Förutom att metoden har bristfälligt vetenskapligt stöd har rättsläkarna inte rätt kompetens för att göra bedömningarna, enligt dem.

– Rättsläkarna har aldrig jobbat med detta tidigare. Det är som att du ber en snickare göra elinstallationer. Det är två helt olika saker, även om båda yrkesgrupperna är hantverkare, säger Tommie Olofsson.

De är också kritiska mot själva upplägget. Det är tandlä-

Fortsättning nästa uppslag >>>

”*Det har skett en successiv devalvering av vetenskapligheten och det kritiska tänkandet på Rättsmedicinalverket. Det har blivit mer tjänstemannatänkande.*”

kare och röntgenläkare, som är anonyma i sammanhanget, som tittar på bilderna och gör bedömningar av tänder respektive knän. Sedan matar de in bedömningarna i en matris i en dator. Rättsläkarna tillför inga egna analyser, utan förväntas skriva under omdömena förutsatt att tandläkarna och röntgenläkarna har fyllt i allting korrekt.

– Vi hade enormt mycket samvetsstress. Eftersom vi bråkade så pass mycket här i Uppsala var vi inte tvungna att skriva under åldersbedömningarna. Vi började protestera direkt när det här kom upp. Men även om vi inte var tvungna att skriva under går det inte att vara kvar i en organisation som sysslar med sådana här saker, säger Anna Ybo.

– Ju mer som kom fram om hur dåligt det vetenskapliga stödet var, desto sämre mådde man. Till slut skämdes jag för att jobba på myndigheten.

Tommie Olofsson instämmer:

– Vi var tvungna att kompromissa med de grundläggande värderingarna. Det var som att bruka våld på sig själv.

Han säger att generaldirektören var påfallande ivrig att tillgodose politiker-
nas behov att hitta en snar lösning på problemet med de ensamkommande flyktingarna och deras ålder. Andra var i sin tur, enligt honom, påtagligt ivriga att tillgodose generaldirektörens mål, så pass ivriga att de valde att bortse från sund vetenskap, professionell integritet

och god läkareetik.

Tommie Olofsson och Anna Ybo gjorde sin sista dag på myndigheten i maj respektive januari förra året. Då hade det gått cirka ett år sedan den förstnämnda hade lämnat sin chefsposition i protest.

– Det här var droppen. Det har skett en successiv devalvering av vetenskapligheten och det kritiska tänkandet på Rättsmedicinalverket. Det har blivit mer tjänstemannatänkande, säger han.

Innan Tommie Olofsson började att arbeta på RMV jobbade han som neuropatolog inom sjukvården. Han var van vid att inhämta synpunkter och andra experters bedömningar för att försäkra sig om att patienterna fick rätt diagnoser.

– Jag har försökt att jobba med chefsgruppen på Rättsmedicinalverket för att den här öppna hållningen även ska gälla på myndigheten, att man kan inhämta ”second opinions”. Det viktigaste är ju att det blir rätt. Men det finns ingen öppning för det.

Johan Göransson, tillförordnad kommunikationschef på Rättsmedicinalverket, skriver i ett mejl att alla myndighetens utlåtanden utgår från vetenskaplighet och beprövad erfarenhet.

”RMV är en myndighet vars experter dagligen gör bedömningar på vetenskaplig grund. Rättsläkare är även vana vid att sammanställa och dra slutsatser från olika typer av medicinska underlag, såsom röntgenbilder och patientjournaler. Vi känner oss även trygga med de metoder som används. RMV anser att den bedömningsmodell som myndigheten använder är rättssäker och avspeglar det aktuella kunskapsläget” skriver han i mejlet.

Johan Göransson fortsätter:

”Det uppdrag regeringen gav RMV var tydligt och myndigheten förväntas givetvis uppfylla det. Det handlar alltså inte heller om ”ivrighet” att genomföra ett regeringsuppdrag, tvärtom är detta en fundamental del av hur Sverige styrs.”



– Ju mer som kom fram om hur dåligt det vetenskapliga stödet var, desto sämre mådde man, säger Anna Ybo och Tommie Olofsson håller med.

Foto: Adam Öhman.

Tommie Olofsson och Anna Ybo viker dock inte en tum. De kräver att myndigheten omedelbart slutar att använda den ifrågasatta metoden.

– Det är inte värdigt för en rättsstat att man fortsätter med rättsosäkra bedömningar. För de ensamkommande är det helt livsavgörande. För mig är det

etiskt helt ansvarslost och obegripligt, säger Tommie Olofsson.

Han tittar ut genom fönstret på konditori Fågelsången i centrala Uppsala, ut mot Trädgårdsgatan och några förbipasserande. En cyklist viker in mot Munkgatan, där trafiken är desto tätare.

– Hittills har Rättsmedicinalverket

varit helt resistent för kritik. Ledningen har hela tiden sagt att den ”känner sig trygg med metoden”, men det säger ingenting, säger Tommie Olofsson.

– Man visar en sådan arrogans och själv-tillräcklighet, i stället för att vara ödmjuk. Det handlar, trots allt, om att ta ansvar.

Adam Öhman

FACKLIGT

Namn: Jonas Holm
Ålder: 59 år
Familj: Gift, två vuxna barn
Arbetsplats: Kirurgkliniken Skellefteå

Hallå, Jonas Holm, ny i Sjukhusläkarnas styrelse – vem är du och vad vill du?



Foto: Privat

– Jag är kirurg med inriktning bröstcancer.

Vad har du för facklig bakgrund?

– Jag sitter nu som 2:e vice ordförande i Västerbottens läkarförening och är styrelseledamot i Sjukhusläkarna Skellefteå-Lycksele. Har varit fackligt aktiv under hela 1990-talet, tills jag fick chefsuppdrag, inklusive uppdraget som verksamhetschef mellan 2002-2015.

Vad tar du med dig från det lokalfackliga arbetet in i styrelsen?

– Den stora utmaningen, som jag ser det, är vidareutbildningen för färdiga specialister som under de senaste åren blivit eftersatt och nedprioriterad på grund av dålig ekonomi, höga produktionskrav med mera.

Vad vill du jobba med i styrelsen?

– Vidareutbildning och arbetsmiljö – så som arbetsrum, bättre journalsystem och förbättrad jourersättning.

Vad tycker du är viktigaste frågan för Sjukhusläkarnas styrelse kommande år?

– Arbetsmiljön för specialister.

Anna Sofia Dahl

Rättsmedicinalverket utsett till Årets rullgardin

▼ RMV har av Föreningen grävande journalister fått det föga smickrande priset ”Årets rullgardin”. Priset delades ut under Grävseminariet 2019. Motiveringen till att ge RMV priset lød:

”För att med en oroväckande nonchalans gentemot den tradition av offentlighet och transparens som ska prägla svenska myndigheter försvårat en rad journalisters bevakning och granskning av medicinska åldersbedömningar.”

"Vi står inför ett tekniskt genombrott"

Glesbygdsmedicinskt centrum och dess tidigare verksamhetschef Peter Berggren har belönats med Sjukhusläkarnas Friska sjukvårdspris 2019, för arbetet med att lyfta glesbygdsmedicinen till nya nivåer och därmed bidra till en mer jämlik vård över landet.



Idag har Glesbygdsmedicinskt centrum ett världsomspännande nätverk. Foton: Adam Öhman



Peter Berggren tar emot Friska Sjukvårdspriset av Sjukhusläkarnas ordförande Karin Båtelson under föreningens fullmäktigemöte.

Glesbygdsmedicinskt centrum, GMC, har fått ett flertal priser tidigare. I en del av korridoren som leder genom kontorslokalen i centrala Storuman, som ligger i Västerbottens inland, hänger flera diplom på väggarna. Håkan Mogrens pris för insatser för mänskligt välbefinnande, Guldskalpellen till årets förnyare i hälso- och sjukvården och Västerbottens Grand Pris på temat Talang och kompetensförsörjning är tre exempel på utmärkelser som har gått till enheten och dess tidigare verksamhetschef Peter Berggren.

Likafullt känns det, enligt honom, en aning speciellt när GMC nu har tilldelats Friska Sjukvårdspriset, Sjukhusläkarnas pris till en aktör som genom enträget arbete har lyckats bidra till varaktig förbättring inom vården.

– Det känns oerhört hedrande. Vår nisch är ju inte sjukhus, egentligen. Vi har gjort en del arbete kring sjukhusklinik, men det är inte vårt främsta fokus, säger han.

Glesbygdsmedicinskt centrum är en forsknings- och utvecklingsenhet inom primärvården i södra Lappland i Region Västerbotten, och har ett uppdrag som omfattar fyra områden: landstingskommunala samverkansprojekt, sjuk-



Foto: Adam Öhman

stugemodellen, samisk hälsa och distansöverbyggande teknik i vården.

Sedan de första konsultationerna med telemedicin gjordes vid mitten av 1990-talet har verksamheten i Storuman blivit en viktig faktor i fråga om innovativa vårdlösningar.

På en av väggarna inne i GMC:s lokal hänger en världskarta. Mörkröda och

gula garntrådar, som sträcker sig till ett dussintal länder – Australien, Sydafrika, USA, Indien, Indonesien... – markerar etablerade samarbeten.

GMC har studiebesök i princip varje vecka – åtminstone en gång i månaden har enheten internationella gäster – och Peter Berggren visar runt på det ljusa kontoret med en påtaglig vana.

– När jag kom hit som doktor på 1990-talet efter att ha gjort AT-tjänstgöring i Örnsköldsvik fanns det flera eldsjälar här som var drivande inom telemedicin, säger han, som är uppvuxen i byn Norrberg utanför Storuman.

– Jag har personligen alltid varit nyfiken. Sen blev jag skolad i en

struktur som var utvecklingsfokuserad. Sjukstugorna har alltid legat i framkant, tekniskt sett.

De senaste åren har utvecklingen emellertid gått fort. Det första obemannade hälsorummet, som numera

Fortsättning nästa uppslag >>>

kallas samhällsrum, i Västerbotten invigdes i Slussfors år 2013. I dag finns samhällsrum på åtta platser i länet. Via videolänk kan patienter koppla upp sig mot en läkare eller annan vårdpersonal. I rummen kan patienterna göra enklare provtagningar, däribland blodtryck och blodvärden.

– Det lokala engagemanget är nästan A och O. Att ställa ut digitala lösningar till folk som inte vill ha dem ger inget. Vi har arbetat mycket med befolkningsmöten för att höra hur intresset ser ut. Det finns alltid de som är skeptiska, men mottagandet har på det hela taget varit positivt.

För cirka tio år sedan etablerades ST-utbildningen i glesbygdsmedicin i Västerbotten, som ger adepterna möjligheter till utbyten med aktörer i bland annat Norge och Kanada.

– Den har betytt oerhört mycket.

Det är fler som söker sig hit i dag. Innan vi startade ST-utbildningen fick vi ta de ST-läkare som blev över, men nu ser det helt annorlunda ut.

Medarbetare på Glesbygdsmedicinskt centrum, som har 25 personer anställda (närmare 15 heltidstjänster), bedriver för närvarande en stor mängd forsknings- och utvecklingsprojekt, varav flera är kopplade till samhällsrummen.

Ett projekt handlar om provtagningsprocessen. Grundtanken är enkel: Om patienter i framtiden ska kunna sköta sig själva i större utsträckning behöver man ny teknik som förenklar det.

– Vi står inför ett tekniskt genombrott, som jag ser det. Tidigare har provtagningsmekaniken varit helt utvecklad med hänsyn till vårdpersonalens kompetens.

Ett annat projekt handlar om hur man kan använda drönare för att skicka recept och prover mellan samhällsrum och exempelvis sjukstugor.

Per-Daniel Liljegren, som är projektledare för samhällsrummen, ser stor potential med tekniken

– Systemet ligger minst ett år fram i tid. Vi håller på att titta på tillstånd från Transportstyrelsen. Vi hade hoppats att vi skulle kunna få tillstånd att provflyga i skarpt läge här i Västerbotten till sommaren, men vi får se hur det går.

Liknande drönarsystem finns redan i Schweiz och Tyskland. Frågan, när de anpassade drönarna väl är på plats, är dock till stor del ekonomisk. Är Region Västerbotten villig att ta kostnaden?

– Ett sånt här system har många fördelar. Om du tar ett prov har det en viss hållbarhet om du ska analysera det.

Forskare: Svårt hitta samband mellan hög beläggningsgrad och ökad dödsrisk

För drygt ett år sedan tilldelades Martin Holzmann, adjungerad professor och överläkare vid Karolinska universitetssjukhuset, Sjukhusläkarnas stipendium för att forska om vårdplatssituationen.

▼ Under Sjukhusläkarnas fullmäktigemöte presenterade han ett preliminärt resultat av studien hur tillgången på vårdplatser påverkar risken för att dö i anslutning till besök på akutmottagning, som han har gjort tillsammans med kollegor.

– Vi hittar inget samband mellan beläggningsgrad och en ökad risk att dö, vilket inte var helt oväntat för mig. Jag har sagt det tidigare, att det inte alls är säkert att vi kommer att hitta någonting. Mest för att det är ett så pass ovanligt utfall. Det är så svårt att fånga det, säger Martin Holzmann.

– Men på den högsta graden av beläggning, det vill säga över 104 procent, får vi en signal att det kan finnas en ökad risk, och i sådana fall ligger den ökade dödsrisken på 10 procent hos alla patienter både de som läggs in och de som

Det här är ett sammandrag. Hela artikeln kan läsas på Sjukhusläkaren.se

skickas hem från akuten. Bland dem som lades in på sjukhus var dödligheten nio procent högre.

Dessa resultat är dock inte statistiskt signifikanta, och bör betraktas med försiktighet. Han betonar att resultatet stämmer överens med en dansk studie, som har visat liknande resultat.

– Det är möjligt att det finns där, men vi kan inte säga det helt säkert.

Vad gäller frågan om det finns en risk att patienter som blir inlagda och sen skickas hem vid hög beläggningsgrad kommer tillbaka inom 30 dagar hittade forskarna ingen tydlig koppling. Samtidigt hittade forskarna en liten ökad risk att patienter som skickas hem från akuten uppsöker akuten igen inom sju dagar.

– Vi gör bra prioriteringar inom vården. Det är min tolkning. Vi minskar antalet inläggningar, men det är inte fler som dör. Vi väljer rätt patienter. Vi har en förmåga att prioritera rätt, säger Martin Holzmann.

– Men man ska komma ihåg att döden är det yttersta utfallet. Vi har inte mätt vårdskador, felmedicinering etcetera. Vi har ingen information om arbetsmiljö heller.

Han fortsätter:

– Det budskap man får ge politikerna är att man inte ska ha en beläggningsgrad över 104 procent. Där börjar det bli farligt. Men det är inte heller önskvärt att ha en beläggningsgrad på 100 procent heller. Det blir jobbigt för personalen och det kanske blir vårdskador.

Adam Öhman

▼ Totalt har drygt 800 000 patienter och mer än 2 miljoner besök ingått i studien, som bygger på data från 21 sjukhus, varav samtliga sjukhus inom Region Stockholm, förutom Capio Sankt Görans sjukhus. Besöken är registrerade mellan 2012 och 2016.

▼ Patienterna delades in i grupper utifrån sängbeläggning, där den lägsta beläggningsgraden sattes till mindre än 85 procent, och den högsta beläggningsgraden till över 104 procent.

▼ Studien har inkluderat både patienter som läggs in och de som skickas hem, vilket enligt Martin Holzmann är unikt.

Det utvecklas hela tiden ny typ av diagnostik, men det kommer alltid att finnas behov av att göra en analys, säger Per-Daniel Liljegren.

Den 1 mars började Peter Berggren en ny tjänst som ny områdeschef för närsjukvård Lycksele/södra Lappland. Sjukvården i Region Västerbotten är sedan årsskiftet organiserad i tre geografiska närsjukvårdsområden, två läns-sjukvårdsområden och ett område för tandvården.

Han hade i praktiken emellertid inte lämnat sin tjänst som verksamhetschef på GMC när Sjukhusläkaren var på besök, eftersom hans efterträdare inte var på plats. Framöver har han ett mer övergripande ansvar för enheten.

Känns det som att en epok är över för din del?

– Jag tänker inte så. Det känns mer som att jag får ett större mandat att

utveckla verksamheten. Nu får jag vara med och ta beslut, säger han.

Peter Berggren har sin framtidsvision klar för sig. Han ser framför sig en individualiserad, datadriven vård som är betydligt mer teknifierad och automatiserad än den är i dag. Om tio, tjugo år har sjukvården med hjälp av 5G och liknande lösningar helt andra möjligheter inom robotisering.

– Vi kommer att ha beslutsstöd och AI-stöd av olika slag som gör att folk klarar sig i större omfattning på egen hand. Och det kommer att frigöra resurser för sjukvården att ta hand om dem som har väldigt stora problem.

Utbyggnaden av digitala samhällsrum är, enligt Berggren, en naturlig del av utvecklingen.

– Digitala mötesplatser, där sjukvård kan bedrivas i en mängd olika kontexter, kommer att bli en viktig del av infra-

strukturen. Vi kommer att ha en mängd samhällsrum i glesbygdsområden, men vi kommer också ha ett sånt rum för varje särskilt boende, till exempel kommunala äldreboenden, säger han.

Nu närmast väntar ett intensivt arbete för Peter Berggren och hans kollegor för att få ihop vårdstrukturen i södra Lappland och Region Västerbotten.

– Vi arbetar för att ha både delar av sjukhusstrukturen, hela regionens primärvård och hela den kommunala hälso- och sjukvården i ett gemensamt system, som jobbar utifrån individens bästa, säger han.

– GMC:s roll kommer att vara att facilitera den här omställningen. GMC är en fantastiskt FoU-resurs som både kan följa omställningen, men också underlätta den. Det finns kompetenser här som man normalt inte har tillgång till.

Adam Öhman

INTE BEHANDLAR DU VÄL ALLA DINA FLIMMERPATIENTER LIKA? Vi är alla olika, välj LIXIANA® - för dina äldre patienter



Lixiana®
edoxaban

ORAL, DIREKT FAKTOR Xa-HÄMMARE

INGA SIGNIFIKANTA LÄKEMEDELS-INTERAKTIONER MED CYP450-ENZYMER

<10% metaboliseras via CYP3A4/5¹

DOKUMENTERAD EFFEKT- OCH SÄKERHETSPROFIL¹

40% av patienterna i ENGAGE-TIMI 48 var ≥ 75 år*

ENKEL DOSERING - EN TABLETT OM DAGEN¹

Med eller utan mat

ENDA FAKTOR Xa-HÄMMAREN I ENDOS MED FÄRRE ALLVARLIGA BLÖDNINGAR JÄMFÖRT MED WARFARIN

LIXIANA® (edoxaban) filmdragerade tabletter 15 mg, 30 mg, 60 mg. Övriga antitrombotiska medel. Rx, F, SPC 08/2018.
▼ Läkemedlet är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning.
INDIKATIONER: Profylax av stroke och systemisk embolism hos vuxna patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer (NVAf) med en eller flera riskfaktorer, såsom kronisk hjärtsvikt, hypertoni, ålder ≥ 75 år, diabetes mellitus, tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA). Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE), samt profylax av reciderande DVT och LE hos vuxna.
KONTRAINDIKATIONER: Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne Kliniskt signifikant, aktiv blödning. Leversjukdom förknippad med koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk. Organskada eller tillstånd som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Detta kan omfatta pågående eller nyligen inträffade ulcerationer i mag-tarmkanalen, förekomst av maligna tumörer med hög blödningsrisk, nyligen inträffade hjärn- eller rygggradsskador, nyligen genomgången hjärn-, rygggrads- eller ögonkirurgi, nyligen inträffad intrakraniell blödning, kända eller misstänkta esofagusvaricer, arteriovenösa missbildningar, vaskulära aneurysm eller större intraspinala eller intracerebrala vaskulära missbildningar. Okontrollerad svår hypertoni. Samtidig behandling med andra antikoagulantia, förutom vid byte av oral antikoagulationsbehandling under speciella omständigheter eller när UFH ges i doser som krävs för att hålla en central ven- eller artärkateter öppen. VARNINGAR OCH FÖRSIKTIGHET: Patienter med NVAf med ökad kreatininclearance. Samtidig administrering av Lixiana och acetylsalicylsyra hos äldre patienter ska användas med försiktighet på grund av en potentiellt högre blödningsrisk.

Vid förskrivning och för aktuell information, förpackningar och priser se [fass.se](#).

Allvarliga blödningar: Definierat av International Society of Thrombosis and Haemostasis.
*n=21 105. N-tal inkluderar patienter som behandlades med warfarin och Lixiana i lågdos. Lixiana i lågdos (15 mg) är inte godkänt för behandling.
1. SPC Lixiana aug 2018 2. Kato et al. J Am Heart Assoc. 2016;5:e003432
Copyright © 2019 Merck Sharp & Dohme (Sweden) AB SE-OCF-00007 mars 2019

 **Daiichi-Sankyo**
Product under license of Daiichi Sankyo Europe GmbH

 **MSD**
msd.se

Protester mot landstingens styrning av sjukvården

ÖREBRO

100-tals läkare i Region Örebro län kräver fler högre chefer med medicinsk kompetens

Cirka 270 läkare i Region Örebro län har ställt sig bakom ett öppet brev till regiondirektören och hälso- och sjukvårdsnämnden. I brevet, som backas upp av Örebro läns läkarförening och Sjukhusläkarna i Örebro, kräver de anställda fler läkare i hälso- och sjukvårdsledningen.

▼ Tre läkare som arbetar i Region Örebro län tog nyligen initiativ till ett öppet brev som är riktat till regiondirektör Rickard Simonsson och hälso- och sjukvårdsnämnden. I brevet ger de en på flera sätt dystert bild av utvecklingen för sjukvården i regionen. För en tid sedan slutade hälso- och sjukvårdsdirektören abrupt – utan att någon rimlig förklaring gavs. Läkarna påpekar att han har lett hälso- och sjukvårdsledningen med en "alarmerande låg" andel högre chefer med medicinsk kompetens.

KAROLINSKAS
STYRELSE:

"Kritikerna hade rätt – det är för många som styr och för få som vårdar"

Det blev fel. Strategin med värdebaserad vård som de beslutande tyckte såg så bra ut på pappret har inte fungerat. Nu medger Karolinskas styrelse att kritiken från läkarhåll varit rätt.

▼ I ett debattinlägg i Dagens Samhälle skriver Håkan Sörman, ordförande i Karolinska Universitetssjukhusets styrelse, Eva Fernvall, vice ordförande i Karolinska universitetssjukhusets styrelse och Kjell Asplund, ledamot i Karolinska Universitetssjukhusets styrelse och ordförande i styrelsens vårdberedning att organisationen inneburit att det har blivit för många chefer, otydliga och krångliga beslutsvägar, där det har utvecklats en resurskrävande mötes- och projektkultur vid Karolinska.

I debattinlägget skriver de: "Vi har givit sjukhusdirektören i uppgift att göra en översyn av organisationen kring patientflöden, medicinska specialiteter och jourlinjer. Med mindre uppsplittring av vården på olika teman, patientområden och vårdflöden kan antalet chefer och administratörer minska. Med tydligare ansvarsfördelning vill vi reducera behovet av möten och projekt och frigöra tid och sjukvårdspersonal för den praktiska vården."

Fortsättning nästa uppslag >>>

I ett öppet brev kräver 100-tals läkare i Region Örebro län en ny och medveten strategi som ser till att fler personer med medicinsk kompetens släpps fram till högre chefspositioner. Andelen är idag alarmerande låg skriver de i det öppna brevet.

Bildgrafik: Stefan Nilsson.

”Flera tidigare och nu arbetande verksamhetschefer vittnar om att beslut tas utan föregående utredning, utan transparens eller kommunikation med berörda verksamheter – och (mest bekymmersamt) utan förmåga att göra en konsekvensanalys hur beslutet påverkar komplexa strukturer. En del av dessa beslut har fattats helt utan underlag, och har därför behövt göras om eller helt rivats upp”, skriver de.

Läkarna beskriver hur högt utbildade medarbetare och verksamhetschefer upplever en ökande vanmakt – och att ett flertal har slutat de senaste åren, vilket har medfört kostnader för hyrpersonal.

”Även det fackliga perspektivet åsidosätts regelbundet, större verksamhetsförändringar genomförs med kort varsel och utan att hänsyn tas till fackliga påtalanden om risker för försämrad arbetsmiljö och patientsäkerhet.”

I brevet kräver läkarna en ledning som har personalens förtroende, som arbetar tillsammans med de anställda för att skapa en verksamhet baserad på kompetens och ömsesidig tillit och respekt. Det kräver, enligt dem, en hälso- och sjukvårdsdirektör och högre ledning i övrigt som är läkare, och som har visat förmåga att styra med god etisk kompass och lojalitet med behovs- och solidaritetsprincipen: sjukvården ska vara lika för alla och skapa en trygghet för de mest sjuka och behövande.

Läkarna kontaktade även Örebro läns läkarförening och Sjukhusläkarna i



Paula Wallmon, ordförande för Örebro läns läkarförening, menar att sjukvården måste ledas av de med högst medicinsk kompetens för att rätt prioriteringar ska kunna göras.

Foto: Kicki Nilsson

Örebro, som efter några mindre justeringar i texten ställde sig bakom det öppna brevet. Facket initierade även en namninsamling bland läkare i regionen, både fackligt anslutna och övriga, för att mobilisera stöd för protesten.

Hittills har cirka 270 personer ställt sig bakom initiativet.

– Vi anser att sjukvården måste ledas av de som har högst medicinsk kompetens. Vi vill att fler läkare ska välja chefskarriären. Om man har den högsta medicinska kompetensen förstår man vilka prioriteringar som man måste göra, utifrån de begränsade resurser som finns. Det är en förutsättning för att kunna erbjuda bästa vården till så många som möjligt, säger kirurgen Paula Wallmon, som är ordförande för Örebro läns läkarförening, respektive Sjukhusläkarna i Örebro.

Planen är att namnunderskrifterna ska lämnas över till regiondirektören veckan efter påsk.

– Tyvärr är det många läkare som inte vill ta jobb som chefer. Många anser att det inte är en given karriär. I stället väljer de att jobba med sitt kliniska arbete eller med forskning. Men det här måste ändras.

Regiondirektör Rickard Simonsson säger att han tar medarbetarnas protester på största allvar.

– Det är inte en okänd fråga för oss att medarbetare i hälso- och sjukvården är missnöjda med utvecklingen inom exempelvis det administrativa området. Det finns säkert beslut som har fattats som kanske inte har varit så bra. Men på det hela taget har det inte blivit sämre på en generell nivå, säger han.

Rickard Simonsson håller med om att det är centralt att de som jobbar med ledning och styrning i sjukvården har en gedigen vårdbakgrund och vårdkompetens.

– Det är viktigt att man bottenar i medicinska frågor, men det handlar också om att ha ledaregenskaper. Det är bra om ledningen representerar en mix av de yrkeskategorier som finns inom vården, säger han.

– Jag jobbar med ett antal rekryteringar på kort sikt, och måste väga in olika delar. Att leda en hälso- och sjukvårdsorganisation handlar om allt från kompetensförsörjningsfrågor och juridik till hur sjukvården bidrar till en samhällsutveckling i stort. Vi skulle behöva fler läkare som vill ta på sig ledningsuppdrag, men för tillfället har vi svårt att attrahera läkare.

Adam Öhman

”HELT HUVUDLÖST!”

Läkare i Falun protesterar mot konsultstyre och besparingar

FALUN

Vid kirurgkliniken på Falu lasarett pyr missnöjet.

Anledningen är den konsult som tillsatts av Region Dalarna för att kapa i kostnaderna.

▼ Han gör ”märkliga inhopps i verksamheten” skriver sju av kirurgens läkare i ett öppet brev i Dala Demokraten.

Det är framför allt beslutet att plocka bort två pensionerade överläkare ur verksamheten för att spara pengar som upprört.

”Huvudlöst” och ”vettlöst” är några av reaktionerna.

Det var i april 2018 som dåvarande landstingsledningen beslutade att tillsätta en extern konsult från Stockholm som skulle fungera som tillförordnad divisionschef över kirurgin i Falun och Mora.

Beslutet togs efter att kliniken tappat många sköterskor vilket resulterat i stängda vårdplatser.

För att spara på den kvarvarande personalen och för att förhindra ytterligare kompetenstapp beslutade klinikledningen att stoppa alla planerade opera-



Anders Cohen fick beskedet att han var oönskad som 67-plussare. Idag är han tillbaka på kirurgen i Falun.

tioner under en tvåveckorsperiod.

Ett beslut som fick landstingsledningen att gå i taket.

– Den menade att kliniken inte fick fatta sådana beslut på egen hand utan det skulle tas högre upp, men har man inte personal så har man inte, säger Birgitta Runström, läkare vid kirurgkliniken i Falun och en av dem som skrivit det öppna brevet till politikerna.

Det var i den vevan konsulten Anders Thulin klev in på kirurgkliniken som ett ledningsstöd till personalen.

– Det är ett väldigt märkligt beteende från regionledningens sida. Det hade varit en sak om vi varit miss-

nöjda med vår ledning och hade efterfrågat ett chefsstöd men det har vi inte gjort. Här har man bara satt in en 71-årig konsult från Stockholm som inte arbetat kliniskt på tio år och som inte är insatt i vår verksamhet, att vara tillförordnad divisionschef. Vi menar att regionledningen fattat beslutet över våra huvuden, säger Birgitta Runström och hon får medhåll av kollegan Kristina Jennische, även hon läkare vid kirurgen i Falun.

– Det är ett väldigt olyckligt sätt att spendera skattemedel på. Jag tror det finns en övertro på att det ska komma någon utifrån och rädda verksamheten, när kunskapen och kompetensen i själva verket finns på kliniken och inom professionen. Det handlar mer om att ge de som arbetar i verksamheten och som leder den de rätta förutsättningarna, resurserna och mandatet att driva den, säger hon.

Thulin som var tillsatt med ett tydligt mandat att skära i verksamheten i syfte att spara pengar började med att plocka bort två pensionerade överläkare som gått in och stöttat kirurgen som timvikarier.

En av dessa är läkaren Anders Cohen som kallar beslutet ”huvudlöst”.

– Jag konfronterades av Anders Thulin som sa att det inte fanns

Fortsättning nästa uppslag >>>

ExamVision

MARKNADENS SÄKRASTE LUPP

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

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

utrymme för att ha kvar 67-plussare i aktiv tjänst eftersom det var för dyrt, men samtidigt erbjöd han mig ett utredningsuppdrag inom landstinget vilket jag tyckte var mycket märkligt eftersom det skulle bli lika dyrt, säger Anders Cohen, som räknat ut att han i runda slängar kostar arbetsgivaren 800 kronor mindre i timmen jämfört med Anders Thulin.

– Jag tjänar exakt 606 kronor i timmen vilket ska jämföras med konsultens 1400 kronor.

Att spara in på pensionärerna tedde sig än mer obegripligt för personalen sett i ljuset av att inte mindre än sju specialistläkare och två ST-läkare slutat under 2018, samtidigt som tre yngre specialister kommer att vara borta under delar av 2019, på grund av föräldraledighet och fortbildning.

– Att i det läget gå in och säga ”nej, ni får inte utnyttja pensionärer” det anser jag vara fullständigt vettlöst, säger Cohen.

Birgitta Runström instämmer.

”Pensionärerna var guld värda”

– Pensionärerna täckte upp på 30 procent vilket gjorde att vi andra bland annat kunde ta ut komplement. Men de såg även till att utbilda de yngre läkarna. De var guld värda och när Anders Thulin ansåg att det inte längre var ekonomiskt försvarbart att låta pensionärerna, som redan var inlagda på schema, få fortsätta jobba på timmar blev vi väldigt upprörda, säger hon.

Att låta pensionerade läkare jobba extra är legio på de flesta sjukhus.

– I Dalarna kan man inte värva specialister utifrån eftersom vi ligger lite isolerat till, vi kan nätt och jämt värva stafetter, utan verksamheten bygger helt på att vi utbildar våra egna och ser till att behålla dem så länge som möjligt. Det jobbar pensionerade läkare på varenda operationsklinik, så varför skulle vi fråntas våra?

Runström menar att regionledningen silar mygg och sväljer kameler när man å ena sidan tar bort de läkare som kostar minst för arbetsgivaren, ”de behöver ingen fortbildning”, samtidigt som man låter en konsult som kostar mellan 1400

Två konsulter kostade nära 2,5 miljoner under 2018

■ Samtidigt som sjukvården skulle ”gnetspara” sju miljoner kronor under 2018, enligt Sofia Jarl, första vice ordförande i Region Dalarna, så betalade man ut 2 491.000 kr (cirka en tredjedel av sparbetinget) till de bägge konsulterna Anders Thulin och Johan Permert under 2018. Ett faktum som upprört läkarna då konsulterna enligt dem inte kunnat redovisa något begripligt resultat trots snart ett års arbete.

och 1600 kronor i timmen skära i verksamheten.

– Konsultkostnaderna överskrider vida vad våra pensionerade läkare kostar. Det är pengar som istället hade kunnat läggas på att anställa mer personal, säger hon.

När kirurgerna lyfte frågan till regionstyrelsen fick de till svar ”ni får väl prata med konsulten då”.

Men Anders Thulins beslut stod fast. Läkarna fick inte komma tillbaka.

– Det tog väldigt mycket på energin att hålla på och bråka och jag tycker inte att man behandlar läkare som varit lasarettet trogna i över 40 år på detta viset, säger Birgitta Runström (bilden).

– Vi måste hålla i ekonomin. Det kravet har jag på mig. Det kräver också den nya politiska ledningen i regionen. Kirurgin i Falun har dragits med stora underskott under flera år. Det enda vi kan effektivisera är på läkarsidan, som är jämförelsevis stor i Falun. Vi kan inte spara in på övrig personal eller på nya livsviktiga mediciner, motiverar konsulten Anders Thulin beslutet att göra sig av med pensionärerna.

– Det jag gjort är att dra in timvika-

riat för två pensionerade kirurger. Detta är långt ifrån en lösning för att nå en ekonomi i balans, men det är en liten del i det arbetet. I begreppet timvikarier ingår det att en person anställs tillfälligt, då man behöver hjälp, säger han.

Det var först efter att klinikchefen slagit näven i bordet och upphävt ”avskedet” som de bägge läkarna kunde sättas in på schemat igen.

Ett beslut som välkomnades av kirurgens övriga läkare.

– Jag är väldigt lojal med kirurgen och trivs bra både med kamraterna och arbetet så därför tackade jag ja till att komma tillbaka, säger Cohen.

I det öppna brevet med rubriken ”Sjukvården ska ”gnetspara” när miljoner går till konsulter” beskriver läkarna flera märkliga inhopp som konsulten gjort i verksamheten.

Bland annat har Thulin enligt dem beordrat kirurgbakjourerna (som endast är sju till antalet och som vid behov inställer sig dag som natt/helg för mer avancerad akutkirurgi året runt) att arbeta ännu mer på kvällar och nätter för att motverka köbildning på akutmottagningen.

”Bakjouren är schemalagd dag före och efter beredskapspass. Med detta nya krav finns alltså en risk för 36 timmars arbetspass för dessa sju bakjourer som delar på beredskapen”, skriver man bland annat.

– Han menar att vi som bakjour ska gå in och hjälpa till på akuten på natten trots att vi jobbar både dagen före och dagen efter, vilket skulle medföra en helt orimlig arbetsbelastning, speciellt som vi bara är sju stycken, säger Birgitta Runström.

Är det rimligt att läkare ska ha 36 timmars arbetspass?

– Nej, det är inte så det ska vara. I somras svarade jag på ett mejl från en kirurg som ville ha stöd. Det har lett till att kolleger till honom hört av sig med påståenden om att jag skulle ha beslutat om 36-timmars arbetspass. Så är det inte. Jag menar bara att det är rimligt att bakjouren har kontakt med sin egen primärjour för att lösa tillfälliga problem som uppstår. Så jobbar andra kliniker både i Falun och i landet, säger Anders Thulin.

Några ytterligare besparingar på kliniken har personalen inte blivit informerade om. Till Sjukhusläkaren säger Anders Thulin att ”besparingar inom kirurgi Dalarna är under beredning”.

– Innan processen internt är klar kan jag inte diskutera det externt, säger han.

Region Dalarna har även tillsatt kirurgen Johan Permert som konsult med ansvar för projektet ”Kirurgi i Dalarna – Nu och 2028”.

I Region Dalarnas internnyheter står att ”Syftet med projektet är att skapa långsiktiga förutsättningar för att befolkningen i Dalarna ska ha en fortsatt god tillgänglighet till kirurgi med hög kvalitet. Uppdraget handlar om att ta fram en plan för att säkra god tillgänglighet av akut och planerad kirurgi med god kvalitet nu och 2028. Detta ska göras i nära samverkan mellan ledning och medarbetare vid kirurklinikerna i Falun och Mora. Projektet genomförs under 2018-2019 och ska resultera i en plan för utvecklingen och omställningen av kirurgin i Dalarna.”

Under våren 2018 tillsatte Permert en grupp doktorer som han kallade ”framidsgruppen” för att diskutera just framtidens kirurgi.

– De utvalda läkarna var tvungna att avsätta tid till möten trots att vi redan var gravt underbemannade. Kort sagt, det blev katastrof för verksamheten, säger Runström.

Under hösten 2018 intervjuades utvalda sjuksköterskor och läkare. Men majoriteten av sjuksköterskorna och läkarna på kirurklinikerna fick ingen information.

– Konsult nummer två är tillsatt för att utreda framtidens kirurgi i Dalarna och hur den ska vara organiserad, men om man nu ska utreda framtidens kirurgi i Dalarna är det väl rimligt att man börjar med att fråga de som jobbar med framtidens kirurgi i Dalarna vilka tankar de har, men det konstiga är att ingen har frågat oss som jobbar med kirurgin i Dalarna hur vi vill att den ska se ut, lyder Birgitta Runströms syrliga kommentar.

I början av 2019 kallade Johan Permert samtliga läkare i Dalarna till ett läkarmöte för att informera om kirurgiprojektet.

”Under 45 minuter presenterades ett antal bilder med diffusa skisser över projektet – samt att det sades att det snart pågått ett år. Ingen i auditoriet förstod planen. Ingen förstod vad projektet hittills resulterat i. Ingen förstod på vilket sätt detta är värdefullt för verksamheterna”, skriver läkarna i det öppna brevet.

Efter presentationen var frågetecknen kring framtidens kirurgi i Dalarna fler än svaren.

”Massor av floskler”

– Det var bara en massa floskler och prat om värdegrundsord utan substans. Det enda konkreta som sas var att arbetsfördelningen skulle se ut exakt som den gör idag. Med andra ord – så som klinikerna själva har organiserat sin verksamhet, säger Birgitta Runström.

Sjukhusläkaren har varit i kontakt med Johan Permert som avböjt att kommentera.

Gert Nestler, (bilden) specialist i



kolorektalkirurgi i Falun, och ledamot av framtidsprojektet instämmer i kritiken om att informationen kring syftet med projektet varit otydlig.

– Ja, det var väldigt lite substans i det som sades vid det aktuella mötet. Om man ska genomföra ett sånt här projekt så måste man marknadsföra det på ett bättre sätt, säger han.

Senast 2020 ska projektet redovisa förslag till förbättringar sett ur patient-, medborgar- och medarbetarperspektiv.

Sofia Jarl, första vice ordförande i Region Dalarna blev nyligen intervjuad i media med anledning av Regionstyrelsens sparbeting. Hennes uppfattning var att sjukvården ska ”gnetspara” sju miljoner.

Ett uttalande som väckt mycket ilska hos läkarna vid kirurkliniken som i brevet kallar uttalandet ”rent oförskämt”.

”Kärnverksamheterna ska ”gneta” samtidigt som ledningen har anställt dyra externa konsulter som hittills inte kunnat redovisa något begripligt resultat trots snart ett års arbete. Det enda de åstadkommit är oro och oreda.

Hur kan man slösa med Dalarnas skattemedel på detta sätt?”, skriver läkarna i sitt brev.

Sjukhusläkaren har varit i kontakt med Sofia Jarl som även hon avböjt att kommentera.

Regiondirektören Karin Stikå Mjöberg vill inte heller kommentera brevet utan hänvisar till ett skriftligt inlägg som sändes i P4 Dalarna.

”Beslutet om att ta in externt stöd togs vid ett tillfälle då dalakirurgin hade för få vårdplatser för att klara sitt uppdrag, besvärande köer, en kompetensbrist av framför allt sjuksköterskor samt ett stort budgetunderskott. Ett förbättringsprojekt startades därför för att säkra kompetens- och personalförsörjningen samt för att öka samarbetet mellan Faluns och Moras kirurgiverksamheter. ”Kirurgi i Dalarna – Nu och 2028” är därför ett mycket viktigt projekt för att säkerställa tillgången för en god och säker kirurgiverksamhet i hela Dalarna. Vi har fullt förtroende för alla inblandade aktörer. De externa aktörerna har mycket lång erfarenhet av att leda kirurgiverksamhet i förändring.”

”Har bara kostat pengar”

Birgitta Runström har en diametralt motsatt uppfattning av konsulternas arbete.

– Jag har jobbat i 30 år och blivit utsatt för olika projekt med olika ledare och ibland har de varit proffsiga, men jag känner igen en amatör när jag ser den, säger hon.

Mot alla odds och efter ett år fyllt av turbulens flyter verksamheten ändå på.

– Ja, det låter kanske märkligt, men det är mycket tack vare att vi tidigt lyckades rekrytera sköterskor så att vi kunde öppna upp vårdplatser som varit stängda till följd av personalbrist. Konsultens försök att plocka bort våra pensionärer som gick på timmar misslyckades. Thulin har inte lyckats göra några besparingar. Tvärtom, har han bara kostat en massa pengar, sammanfattar Runström.

ULLA KARIN NYBERG

Psykiatrikern och suicidexperten som skulle önska att vården hade mer tid för samtal om existentiella frågor som inte kan fångas i ett formulär.

”Ska du bli psykiater? Du verkar ju helt normal”. Kollegerna på läkarlinjen hade svårt att förstå varför Ullakarin Nyberg helst av allt ville arbeta med att hjälpa människor som har ont i själen.

▼ Detta hände sig på 80-talet då det ansågs lite ”finare” att jobba som barnläkare och kardiolog än som ”hjärnskrynkare”.

Men Ullakarin har aldrig ångrat sitt beslut. Tvärtom kan hon inte tänka sig en viktigare specialitet än psykiatri.

– Jag älskar mitt jobb, säger hon och ler.

Vi träffas under de sista skälvande minuterna av Svenska Psykiatrikongressen i mars på Münchenbryggeriet i Stockholm.

Hon har precis blivit avtackad efter att ha avslutat sitt ordförandeskap i Svenska Psykiatriska Föreningen.

– Nu får jag mer tid över som jag kan ägna åt att skriva fler böcker, säger Ullakarin Nyberg, som till vardags arbetar med suicidprevention inom Norra Stockholms psykiatri och forskar om suicid vid Centrum för psykiatri-forskning på Karolinska Institutet, KI.

Lång, ståtlig och vacker med en sjal draperad om huvudet slår hon sig ner för att prata om psykisk ohälsa i allmänhet och hur personal inom vården och andra människovårdande yrken ska bli bättre på att fånga upp människor som mår dåligt, i synnerhet.

Foto: Stefan Nilsson

Vi svenskar mår nämligen inte speciellt bra psykiskt. Värst är det för unga vuxna som skattar sin psykiska hälsa väldigt lågt.

Vad beror det då på att vi mår så dåligt i själen och varför skjuter ohälsotalen i höjden år efter år, speciellt bland barn och unga vuxna?

– Det är naturligtvis väldigt allvarligt att den självskattade psykiska ohälsan hos unga har fördubblats de senaste tio åren. En viktig faktor tror jag är vårt samhälles fokus på prestation, som för med sig höga krav både inifrån och utifrån. Unga jämför sig med andra och

tror att alla klarar mer än vad de själva gör. Här spelar sociala medier en stor roll, säger Ullakarin Nyberg.

Hon hävdar att det finns en begreppsförvirring kring termen psykisk ohälsa.

– Det blir lätt att man buntar ihop psykiska sjukdomar som schizofreni och bipolaritet som orsakar svåra funktionsnedsättningar med stressrelaterade diagnoser. De förra har inte ökat, medan de stressrelaterade sjukdomarna som har med vår livsmiljö att göra har stigit kraftigt, säger hon.

Hon anser att det är viktigt att skilja

mellan psykiska reaktioner i svåra situationer, till exempel sorg, och behandlingskrävande sjukdomar som djup depression, även om båda tillstånd kan orsaka stort lidande.

– Det finns en tendens i dagens samhälle att medikalisera normala reaktioner som ger psykiska besvär, alltså göra dem till sjukdomstillstånd som kräver expertis utifrån. Det kan ske på bekostnad av tilltron till vår egen förmåga att hantera det som är svårt. Många ägnar mycket tid åt att försöka avlägsna allt som gör ont i stället för att acceptera att smärta hör till livet. Ingen

människa lever i ständig lycka. Man blir stark genom att falla och resa sig och falla igen, inte genom att aldrig utsättas för lidande och smärta. Det är en del av livet som man inte behöver vara så rädd för. De flesta människor klarar mer än de tror, särskilt om de får rätt stöd och hjälp, menar Ullakarin.

Hon startade sin läkarkarriär på 80-talet och beslutade sig rätt omgående för att bli psykiater, men hon har även varit cancerläkare. Idag är hon en av

Fortsättning nästa uppslag >>>

landets främsta suicidexperter.

Hon kallas ofta in för att bistå i svåra ärenden där kollegor behöver hjälp.

Hon tycker överlag att medvetenheten och kunskapen om psykisk sjukdom har ökat, men menar att bemötandet och omhändertagandet av de som drabbas kan bli bättre.

– Många i primärvården känner sig frustrerade över att de inte har tid, resurser och kompetens för att möta patienterna i deras lidande. Vårt sjukvårdssystem är inte alltid anpassat till de behov som finns utan det handlar ofta om att avhandla allt på så kort tid som möjligt. Vi fokuserar mycket på diagnostik och färdigformulerade frågor och på skraddarsydda behandlingar. Allt detta är viktigt och bra, men jag skulle vilja att det alltid fanns ett parallellt spår som handlar om mötet med människan och hens berättelse.

Vi behöver bli bättre på att samtala om existentiella frågor som sällan har givna svar och inte kan fångas i ett

formulär. Patienten kan alltid mest om sig och sitt, säger Ullakarin och betonar att när hon träffar en patient är det alltid med utgångspunkt i att vi är två experter som möts.

Det måste vara svårt att hjälpa människor som mår riktigt dåligt om man själv känner sig otillräcklig?

– Absolut, och det är en jätteviktig arbetsmiljöfråga som jag är väldigt engagerad i. Allt fler, både inom psykiatri och andra människovårdande yrken mår dåligt själva för att de upplever att förutsättningarna för att göra ett bra jobb saknas. De hamnar i samvetsnöd, vilket är väldigt allvarligt och leder till att folk slutar, att man väljer bort psykiatri till fördel för en annan specialitet eller i värsta fall blir förhärdat. Många behöver hjälp att hitta balansen mellan att vara inkännande och att kunna stänga av. Idag får läkare väldigt lite hjälp med det, säger Ullakarin som själv arbetar mycket med personalstöd.

Hon pekar på forskning som visar att

förutsättningarna för ett vettigt förändringsarbete är att man som läkare själv får stöd och hjälp.

– Det finns ställen där man har ett organiserat stöd medan man på andra platser helt förlitar sig på den kollegiala backupen, som ofta är fantastiskt bra, men inte tillräcklig. Det behövs insatser där vi till exempel får lära oss hur vi separerar vår professionella bedömning från vår egen känslomässiga reaktion, säger hon.

Hon ser en oroande utveckling, framför allt bland kvinnliga läkare.

– De stressrelaterade sjukdomarna ökar och vi ser att kvinnliga läkare drabbas i hög omfattning. En förklaring kan vara att vi som kår är väldigt ansvarstagande och baksidan av ansvar är skuld och en känsla av otillräcklighet, som på sikt blir tung att bära.

Hon tycker att vi alla lite till mans kan bli bättre på att möta människor i själslig nöd genom bekräftelse, igenkänning och omtanke.

– Det handlar inte om att man måste komma med en lösning på personens alla problem utan mer om att visa engagemang, till exempel genom att erbjuda sig att ta en fika eller gå en promenad. Vi svenskar är lite begränsade i vårt känslospråk, men det blir lättare att prata känslor om man utgår från sig själv. Vi kan alla må dåligt och behöva någon att prata med och det är inte så farligt att mötas i det, säger Ullakarin som själv kämpar med ett psykiskt mående som åkt berg- och dalbana sedan strax före jul då hon diagnosticerades med bröstcancer.

– Jag är en i grunden väldigt glad person men cytostatikan, höga kortisonnivåer och mängder av mediciner mot olika biverkningar orsakar en kemisk mix som påverkar humöret. Det finns dagar då jag bara sitter och gråter och tycker att livet känns tomt och grått, säger hon.

Men dessa perioder varar högst några dagar. Sedan är hon ”på banan” igen.

Hon är ingen cancerromantiker och kan inte se att det finns någon högre mening med att bli svårt sjuk.

– Däremot får jag en unik insikt i hur det kan kännas för människor som lider av svåra depressioner och som lever med ständiga tankar på att de aldrig kommer att tillfriskna. Jag vet ju varför jag mår dåligt och att det kommer att gå över. Denna erfarenhet kommer jag att ha nytta av i mina patientkontakter, säger Ullakarin.

Du arbetar ju väldigt nära döden i så motto att du träffar svårt sjuka patienter som försökt ta sina liv. Hur tänker du själv kring döden nu när du drabbats av aggressiv bröstcancer?

– Min prognos är god, tack vare en mycket skicklig och noggrann läkare som hittade tumören som inte syntes på mammografin och jag kommer med största sannolikhet att bli helt frisk. Det är konstigt med mig, och det är kanske en förutsättning för att jag ska klara av att jobba med det som jag jobbar med, att jag är rätt ointresserad av döden men väldigt intresserad av livet. Jag vill gärna vara med så länge som möjligt eftersom jag känner att jag har så mycket kvar att bidra med.

Vi började samtalet med dina kollegers raljerande över att du, av alla, ville satsa på en karriär inom psykiatri. Det var mer eller mindre lite ”brainwaste”, tyckte de.

Men det var då. Idag är intresset för psykiatri och hjärnans sjukdomar enormt stort. Något Ullakarin var på det klara med redan när hon började på läkarlinjen.

– Idag är psykiatri många unga läkares förstahandsalternativ. Hjärnans sjukdomar är ju så ofantligt intressanta, säger Ullakarin och ler stort.

Psykets outgrundliga mysterium, kärleken till hjärnan och dess spännande vindlingar går som en röd tråd genom hela vårt samtal, men även hennes genuina intresse för mötet med människor, ett engagemang hon burit med sig genom hela livet.

– Jag är otroligt nyfiken av mig, säger Ullakarin som växte upp med en mamma som led av återkommande djupa depressioner och som även

försökte ta sitt liv.

Sin förmåga att lyssna, känna in och hjälpa upptäckte hon redan som liten – alla nödvändiga egenskaper för att hjälpa människor i nöd. Som läkare inom suicidforskning jobbar hon med de stora frågorna som meningen med livet och vad som händer efter döden.

– Mitt jobb blir aldrig tråkigt. Jag lär mig något nytt vid varje möte och den lycka jag känner när jag når fram till en svårt sjuk människa som funderar på att ta sitt liv är något alldeles speciellt. När jag hjälper människor att hitta sin egen kraft, då får jag en lyckokick.

Förutom den positiva feedback hon får genom patientkontakterna ser hon till att må bra både fysiskt och psykiskt även när hon är ledig. Då är det högentensiv träning, som aerobic och spinning, som gäller. Och körsång förstås, i Maria Magdalena Kammarkör.

– Eftersom jag vet att jag har en nedärvd risk att drabbas av depression har jag alltid sett till att träna mycket och sjunga i kör. Det är mina antidepressiva mediciner, skrattar hon.

Slutligen, Ullakarin, här kommer hundramiljonerskronorsfrågan, hur vi ska få ner de höga självmordstalen?

– Någon enkel lösning har jag inte eftersom det är så många olika faktorer som är inblandade. Vissa är svåra att påverka, men vi vet att det är nödvändigt att jobba mycket mer med att se till att suicidala patienter inte hamnar mellan stolarna. Vårdkedjan behöver bli bättre, det vill säga samarbetet mellan kommun, primärvård, beroendevård, kyrka, anhöriga och vänner. Detta är vi tyvärr inte så bra på idag, säger Ullakarin som dock ser att det psykiska omhändertagandet och stigmat kring begreppet psykisk ohälsa är på väg att raderas ut.

– Vi är definitivt på rätt väg, säger hon och rättar till den vackra sjalen som är det enda synliga tecknet på den kamp hon själv går igenom.

En kamp hon är övertygad om att hon kommer att vinna.



Foto: Stefan Nilsson

”

Man blir stark genom att falla och resa sig och falla igen, inte genom att aldrig utsättas för lidande och smärta. Det är en del av livet som man inte behöver vara så rädd för.

Bevakningar

Klimatdebatt lyfte positiva exempel och utmaningar

Strategi för hållbar sjukvård i England, kundanpassade operationsset i Västra Götalandsregionen, vikten av åtgärdsplaner vid värmeböljor.

▼ På ett seminarium med rubriken "Hållbar sjukvård" lyftes en rad positiva exempel på hur hälso- och sjukvården bidrar i arbetet för ett hållbart klimat, samtidigt som flera utmaningar inom området ventilerades.

>>> Läs hela artikeln på Sjukhuslakaren.se

Krönikor

"Rimligt att förflytta det mest akuta uppdraget till akutläkare"

▼ Det är rubriken på omstridde krönikören Nicholas Aujalays senaste krönika.

>>> Läs hela på Sjukhuslakaren.se



Debatt

"Politiken behöver visa ledarskap"

▼ I en debattartikel på Sjukhuslakaren.se pekar Acko Ankarberg Johansson (KD), riksdagsledamot och ordförande i socialutskottet, på fyra områden som Kristdemokraterna menar är angelägna för att förbättra svensk sjukvård.

>>> Läs hela artikeln på Sjukhuslakaren.se

Föreningsnytt

▼ På Sjukhuslakaren.se har föreningen Sjukhusläkarna ett eget utrymme där du kan få information om föreningens aktiviteter.

Musikvideos

▼ Sedan 2013 har Henrik Widegren släppt musikvideos på Sjukhuslakaren.se. Kolla in arkivet med hans sarkastiska texter. Där hittar du bland andra "Googla aldrig din patient" som lades ut på Sjukhuslakaren.se och fick hundratusentals tittare på TV 4 när de länkade till videon.

Sjukvårdssvepet

▼ Vår omvärldsbevakning som hjälper dig att hålla dig i händelsernas centrum.



KRÖNIKA | "FÖR ATT BLI EN BRA LEDARE KRÄVS KONTINUERLIG ÖVNING"

Aven jag var på ledarskapskvällen med bland annat Christine Takami (Red: Se hennes krönika på Sjukhuslakaren.se) och andra AT-läkare från hela Stockholm. Jag var den enda läkarstudenten på plats och vill passa på att lyfta de inslag av ledarutbildning som ändå finns på dagens läkarprogram.

När jag började termin ett på läkarutbildningen i Lund hade vi en heldag om ledarskap i strimman Professionell utveckling – en kurs som följer oss genom hela preklin.

Min uppfattning är att andra läkarprogram runt om i Sverige har liknande inslag av ledarskapsutbildning, som sedan följs upp i form utav strimor längs programmet. Självklart finns en variation mellan de olika studieorterna i både hur ledarskap lärs ut och hur mycket som satsas på det, men alla program har det.

Tillbaka till ledarskapsdagen på termin ett – under denna diskuterades

ledarskap och vi gjorde några övningar. Intressant och lyckat för universitetet som kan peka på att de visst satsar på ledarskap. Men, några år senare kan man fråga sig vad den dagen egentligen gjorde för vår ledarskapsutveckling?

Dessvärre är jag övertygad om att varken jag eller mina kursare har något stort minne av dagen. Mycket drunknade i intrycken från den första terminen och det stora fokuset på det medicinska stoff som utbildningen ska täcka.

Ledarskap är en kompetens som man utvecklar genom övning. Det är inget som utvecklas genom punktinsatser på utbildningen. Tittar jag på mig själv är ledarskap något som jag utvecklat (och fortfarande utvecklar) genom mina engagemang vid sidan av skolan. Förutom dessa har även PBL-verksamheten som bedrivs på universitetet varit till hjälp. Att leda ett möte och sin PBL-grupp fick alla i min klass att kontinuerligt öva på ledarskap under två och ett halvt år. Om dessa moment genomförs på rätt sätt, stimulerar de till personlig utveckling och ger därigenom

insikt om hur man kan utveckla sitt ledarskap.

Utöver dessa praktiska moment, kan man lägga till enskilda ledarskapsmoment som fokuserar på hur ens ledarskap kan utvecklas. Momenten måste alltså utgöra komplement till den integrerade ledarskapsutbildningen och inte endast bestå av punktinsatser, som tyvärr ofta sker idag.

Sammanfattningsvis måste ledarskapsutbildningarna på dagens läkarprogram ha en tydlig röd tråd genom hela läkarutbildningen och grunda sig i personens egna ledarskapsstil och förmågor. Jag delar Christine Takamis bild att en inspirerande person från Handelshögskolan inte räcker. Utbildningen måste ge utrymme att utveckla ledarskap under hela läkarprogrammet.

Theodor Lav,
Ordförande,
Sveriges läkarförbund Student.

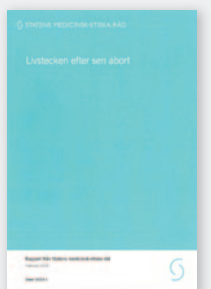


Komplementär och alternativ medicin!

Nyhet

Förslagen ska ge medborgarna bättre underlag för välinformerade val om de överväger att anlita komplementär och alternativ vård. Flera av förslagen ska också tillgodose säkerheten vid användning av komplementär och alternativ vård. Utredningen menar att komplementära metoder bör tas upp i hälso- och sjukvården på samma villkor som andra metoder.

KOMPLEMENTÄR OCH ALTERNATIV MEDICIN
OCH VÅRD – SÄKERHET, KUNSKAP, DIALOG
SOU 2019:15 | Utgivare: Socialdepartementet



LIVSTECKEN EFTER SEN ABORT

Analyserar Statens medicinsk-etiska råds (Smer) etiska frågeställningar i samband med sena aborter nära gränsen för medicinsk livsduglighet, med särskilt fokus på frågan om foster som visar livstecken efter sen abort.

Smer-rapport 2019:2,
Utgivare: Statens medicinsk-etiska råd

”SVERIGE BEHÖVER EN NATIONELL SJUKVÅRDSSTRUKTUR”

En tydlig signal till politikerna är att väljarna i valet i september såg förbättrad sjukvård som en av de viktigaste frågorna. Särskilt bristerna i tillgänglighet och effektivitet debatterades. Patientens ställning i vården har inte stärkts trots ny patientlag, förnyelsetakten är långsam och kompetensförsörjningen fungerar dåligt. Dessa brister väcker frågor om landstingens förmåga att erbjuda god vård.

JÄMLIK VÅRD

▼ Jämlik vård är ett övergripande mål för hälso- och sjukvården sedan årtionden, men erfarenheten visar att den landstingsbaserade vården skapar skillnader i tillgänglighet, medicinska resultat m.m. Ett exempel är cancervården där behandlingar ofta sätts in för sent. Satsningar för att korta köer och minska skillnader mellan olika landsting har haft begränsad effekt. Enligt Jan Zedenius, överläkare och medicinskt sakkunnig på Cancerfonden är väntetiderna ett geografiskt lotteri (1).

LÅNGSAM FÖRNYELSE

▼ Prioriteringar görs på olika nivåer och på olika sätt, vilket leder till att det kan ta lång tid innan patienter får nytta av nya läkemedel och behandlingsmetoder. Olika prioriteringar inom landstingen leder till ojämlik vård. Ett aktuellt exempel är Socialstyrelsens nationella screeningprogram för livmoderhalscancer. Viktiga förändringar i programmet infördes 2015, men tre och ett halvt år senare har endast 7 av 21 landsting genomfört dessa (2).

VÅRDENS INFRASTRUKTUR

▼ När 21 landsting tar egna beslut om vårdens infrastruktur och organisation blir resursanvändningen ofta ineffektiv. Ett exempel är att operationsrobotar från 2012 till 2016 har ökat från 8 till

27 trots att vetenskapliga artiklar ifrågasatt nyttan (3). Varje robot kostar cirka 20 mkr exklusive utbildning och implementering. Sådana överinvesteringar är exempel på att landstingen konkurrerar med varandra i stället för att samarbeta. När 21 landsting skapar sin egen sjukvårdsstruktur blir resultaten ofta alltför små enheter med alltför låga volymer för god kvalitet och rimlig ekonomi.

OSÄKERHETEN ÖKAR

▼ De stora brister som sjukvården visar drabbar i slutändan patienterna. Att medborgarnas förtroende för sjukvården minskar är lätt att förstå. Enligt en undersökning 2016 var det bara 31 procent av de svarande som ansåg att sjukvårdssystemet fungerar bra (4). Flera landsting har svårt att mobilisera de ekonomiska resurser som behövs. Kan landstingen klara att leverera god vård till invånarna?

RÄTT HUVUDMAN?

▼ I en debattartikel våren 2018 under rubriken ”Alla landsting är för ineffektiva” skriver en ledande Stockholmpolitiker att ”det är uppenbart att nuvarande ordning har nått vägs ände” och föreslår att nästa regering kallar till blocköverskridande samtal om hur sjukvården bör reformeras (5).

Under flera decennier har arbete pågått för att skapa en nationellt jämlig och effektiv sjukvård med 21 landsting som i varje förändring har sina egna agendor och prioriteringar.

Mycket talar för att vi behöver skapa nationella strukturer för vården, bland annat för IT-stöd, primärvårdens utveckling, sjukhusinvesteringar, kompetensförsörjning och finansiering av sjukvården.

I våra nordiska grannländer Danmark och Norge har man sett behovet och skapat nationella sjukvårdsstrukturer, medan Sverige fortsätter att lappa och

laga i ett icke ändamålsenligt vårdsystem. Ett alternativ till den nuvarande situationen är att staten blir huvudman för hälso- och sjukvården och att sex-sju sjukvårdsregioner ersätter nuvarande 21 landsting. Regionerna blir då utförare och får efter dansk förebild uppdrag och finansiering från staten. Ett nationellt primärvårdssystem skapas med stöd av erfarenheter från bland annat Norge och Danmark.

Nationella IT-plattformar, där alla vårdgivare är anslutna, bör vara basen för journalsystem m.m. Samarbetet mellan universitet/högskolor och sjukvården bör vidareutvecklas både vad gäller forskning och utbildning, vilket blir lättare med samma huvudman. En nationell vårdstruktur är en förutsättning för ett långsiktigt hållbart vårdssystem som kan leverera god vård.

■ Bo Hallin, organisationsforskare, tidigare bland annat primärvårdschef.
■ Axel Bergh, tidigare beställare och utvecklingschef, Västra Götalandsregionen.
■ Christer Wettervik, tidigare bland annat chefläkare, Södra Älvsborgs sjukhus och strateg, regionkansliet Västra Götalandsregionen.

Referenser:

1. Väntetider i cancervården är ett geografiskt lotteri. www.cancerfonden.se 2019-03-05.
2. Hård kritik mot långsamt införande av cancertester. Dagens Nyheter 2018-12-05.
3. Allt fler sjukhus satsar på robotar. Dagens Medicin 2016-09-28 och Trots kritik – miljonrobotarna fortsätts köpas in till vården. SVT Nyheter 2018-09-02
4. Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. PM 2016:5 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
5. Alla landsting är för ineffektiva. Svenska Dagbladet 2018-04-27.

Forskare riktar hård kritik mot populär bok

■ Ovetenskaplig
■ Omdömeslös
■ Överdriven
■ Opålitlig

▼ Nu får författaren och föreläsaren Soki Choi populära bok ”Kimchi och Kombucha” om hur mjölksyrabakterier ska kunna bota och lindra allt från Alzheimers sjukdom till depression skarp kritik från flera inflytelserika forskare.

Soki Choi, som har doktorerat på komplexa sjukvårdssystem på Karolinska Institutet, har hållit många föreläsningar om framtidens hälsa och sjukvård. I slutet av sommaren kom hennes bok ”Kimchi och Kombucha: Den nya vetenskapen om hur tarmbakterierna stärker din hjärna” ut på förlaget Bonnier Fakta.

I förlagets information ställs frågan om vi har lagt en massa tid, energi och pengar på mediciner, psykologer och andra terapier i onödan – när en enkel fekal transplantation (bajsöverföring) egentligen var lösningen?

”Forskning visar nämligen att tarmbakterierna inte bara spelar en avgörande roll när det gäller vårt immunsystem. De verkar även spela en viktig roll i alzheimer, parkinson, autism, adhd, stress, ångest, depression med mera”, står det i informationen.

Soki Choi ger även tips på hur människor kan få i sig ”goda bakterier” med hjälp av mat, och på så sätt ha möjlighet att stärka sina immunförsvar och hjärnors hälsa.

I ett nytt avsnitt av podden ”Sinnessjukt” granskar författaren och frilansskribenten Christian Dahlström idéerna som marknadsförs i boken.

Ett flertal inflytelserika forskare inom olika områden – däribland Lars



Agnes Wold och flera andra medicinska forskare skrader inte orden då de kritiserar Soki Choi populära bok ”Kimchi och Kombucha”. Soki Choi försvarar sig med att det är populärvetenskap. Foto: Johanna Henriksson.

Lannfelt, överläkare och professor i geriatratrik vid Uppsala universitet, och Christian Rück, överläkare och lektor i psykiatri vid Karolinska Institutet – riktar i granskningen kritik mot Soki Choi bok.

Ovetenskaplig, oseriös, opålitlig, överdriven och utan transparent metodbeskrivning är några av omdömena om boken.

En av de som har reagerat är Agnes Wold, överläkare och professor i klinisk bakteriologi vid Sahlgrenska akademien.

– Det är fruktansvärt att hon förmedlar bilden av att barn kan få livslånga psykiska problem för att man har tagit en antibiotikakur eller fötts med kejsarsnitt. Det är inte bara fel – det är förfärligt, säger hon.

– Mellan raderna låter det som att hon är medicinforskare. Man får intrycket av att hon är extremt inne i den medicinska forskningsvärlden, men det är hon inte. Hon har uppenbarligen ingen aning om hur tarmfloran fungerar.

Christian Dahlström, som har skrivit två böcker om psykisk ohälsa, ser en stor fara med boken.

– Risken är att folk inte får den behandling som är mest effektiv, att de använder alternativa behandlingar som inte har vetenskapligt stöd, säger han.

– Personer med psykisk ohälsa är, generellt sett, en sårbar grupp av olika skäl, särskilt deprimerade människor som har låg motivation att söka hjälp överhuvudtaget. De behöver få korrekt hjälp.

Han framhåller att personer som har faktagranskat Soki Choi bok inte har läst hela boken, utan enbart delar av den.

– Faktagranskningen har skötts på ett taffligt sätt som jag inte alls känner igen. Det finns stora brister, säger Christian Dahlström.

I granskningen ventileras vidare kritik mot att förlaget Bonnier Fakta överhuvudtaget har valt att ge ut boken. Agnes Wold framhåller att hon aldrig hade gett ut den om hon hade drivit ett förlag.

Från förlagets sida betonar man att ambitionen alltid är att utgivna populärvetenskapliga böcker ska präglas av noggrannhet och tydlighet, exempelvis i fråga om i vilken riktning vetenskapen pekar och vad som är författarens egna tankegångar.

Soki Choi säger att hon har gjort sitt yttersta när hon har sammanställt forskningen.

– Vi får inte glömma bort att det här är ett populärvetenskapligt sammanhang, säger hon. Men jag är också ödmjuk. Om det har smugit sig in fel är vi öppna för att titta på dem.

Adam Öhman

Vill du veta mer?

• I Christian Dahlströms podd Sinnessjukt.se kan du höra mer om den omfattande kritiken från medicinskt forskarhåll mot Soki Choi bok ”Kimchi och Kombucha”.

**Sjukhusläkarna kräver
ökad säkerhet på sjukhus
och fler läkare som chefer**

▼ Flera motioner beviljades under fullmäktigemötet och Sjukhusläkarna ska nu arbeta för att öka säkerhet och möjlighet till ökad övervakning på sjukhusen, fortsätta arbeta för att fler läkare ska bli chefer och öka medvetenheten om behovet av etisk granskning av forskningsprojekt och utvecklingsarbeten. Föreningen ska också ta fram reklamkampanjer i syfte att värva medlemmar.

• Läs mer om ledarskapsstrategin: sjukhuslakaren.se/ny-ledarskapsstrategi-ska-bidra-till-fler-lakarchefer/

Sök vårt klimatstipendium

▼ Sista ansökningsdag är nu 30 april.
Läs mer på: slf.se/sjukhuslakarna/start-sida/stipendier/

**Betala din medlemsavgift
med e-faktura eller autogiro**

▼ Läkarförbundet uppmanar dig som medlem att betala medlemsavgiften via e-faktura eller autogiro:
slf.se/medlem/ditt-medlemskap/avisering/

**Följ oss på webben
och i sociala medier**

▼ slf.se/sjukhuslakarna
www.facebook.com/sjukhuslakarna
twitter.com/sjukhuslakarna

**Sjukhusläkare från hela landet diskuterade
sjukvårdspolitik och fackliga frågor**

Sjukhusläkarnas styrelse från vänster till höger: Torbjörn Karlsson – Uppsala, Jonas Holm – Skellefteå (ny), Karin Båtelson – Göteborg, Marie Engman – Nyköping (ny som adjungerad), Andreas Fischer – Stockholm, Ann Hermansson – Lund, Elin Karlsson – Stockholm, Sten Östensson – Kristianstad (omvald till 2021), Shokoufeh Manouchehrpour – Göteborg (omvald till 2021), Bengt von Zur-Mühlen – Uppsala (omvald till 2021), Magnus Hellström – Stockholm (ny som adjungerad).

• Sjukhusläkarna har genomfört årets fullmäktige. Representanter för Sjukhusläkare från hela landet bedömde styrelsens arbete från förra året och diskuterade politik, strategi och inkomna motioner.

En halvdag ägnades åt seminariet Läkare som påverkar där fyra politiskt aktiva läkare bidrog med erfarenheter och drivkrafter:

Barbro Westerholm (L), Fredrik Leijerstam (MP), Jonas Lindeberg (Vård för Pengarna) och Marie-Louise Hänel Sandström (M). Vi delade också ut våra priser Friska Sjukvårdspriset och Årets Visslare. Det fick stor spridning och uppmärksamhet i olika medier.

• Läs mer om priserna, sidorna 20-27, och nye styrelseledamoten Jonas Holm, sidan 23.

Intervju med delegaten Marie Engman på YouTube

• Marie Engman, ordförande i Sjukhusläkarna Sörmland och en av delegaterna på fullmäktigemötet, berättade om vad som fungerar bra och mindre bra på ett litet sjukhus.

– Det bästa är att det är nära till kolle-

gorna, vi kan träffas lätt och slipper skriva långa remisser. Det som är mindre bra är vår vårdplatsbrist, speciellt i Eskilstuna.

• Se videon med Marie Engman på vår Youtubekanal:
https://youtu.be/mC8e5eH3i_c

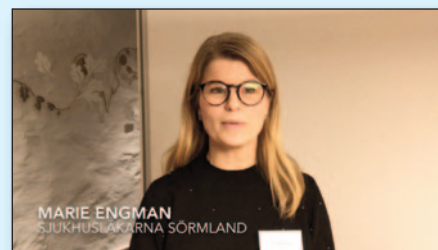
**VAD SKULLE
DU SKRIVA UT
TILL DIG SJÄLV?**

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

- Signifikant bättre reduktion av **stroke/systemisk embolism** jämfört med warfarin^{1*}
- Signifikant bättre säkerhet avseende **allvarlig blödning** jämfört med warfarin^{1*}

*Stroke/systemisk embolism p=0,01. Allvarlig blödning p<0,0001

Ref: 1. Produktresumé för Eliquis®





UTÖKAD SUBVENTION FR O M 1 JANUARI 2019¹

Repatha® subventioneras som tilläggsbehandling för

- **Patienter med aterosklerotisk hjärt- och kärlsjukdom som har ett kvarstående LDL-kolesterol $\geq 2,5$ mmol/L trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib.**
- **Patienter med FH, heterozygot familjär hyperkolesterolemi, som har ett kvarstående LDL-kolesterol $\geq 3,0$ mmol/L trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib.**
- Patienter med homozygot familjär hyperkolesterolemi.

NT-rådet rekommenderar landstingen att i första hand välja Repatha® som är det mest kostnadseffektiva alternativet av PCSK9-hämmarna.²

Se <https://www.janusinfo.se/nationelltordnatinforande> och sök på Repatha® för rekommendationen i sin helhet

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.se³

AMGEN®

Box 706, 169 27 SOLNA,
08 695 11 00, www.amgen.se