

Elin Karlsson
Sjukhusläkarnas
nya ordförande

Sidorna 44-47



Karin Båtelson
om individen
och kollektivet

Sidorna 42-43

Stella Cizinsky
och när de fina
orden kidnappas

Sidorna 36-37

Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARNA • NR 2/2022

Tema:
Tillitsbaserad vård

**UTAN
EGNA
PENGAR
I FICKAN**

Inte tillit på riktigt

Sidorna 6-37



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.

Referens: 1. Produktresumé för Eliquis®



Eliquis® (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmdragerade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikation; Profylax av stroke och systemisk embolism hos vuxna med icke-valvulärt förmaksflimmer (NVAf) med en eller flera riskfaktorer. Eliquis är kontraindicerat vid: 1. Pågående kliniskt signifikant blödning. 2. Leversjukdom associerad med koagulationsrubbning och kliniskt relevant blödningsrisk. 3. Händelse eller tillstånd som bedöms som en betydande riskfaktor för större blödning. 4. Samtidig behandling med något annat antikoagulantium såsom ofraktionerat heparin (UFH), lågmolekylärt heparin, heparinderivat, orala antikoagulantia förutom vid särskilda omständigheter under byte av antikoagulationsbehandling, då UFH ges i doser nödvändiga för att bibehålla en central ven- eller artärkateter öppen eller då UFH ges under kateterablation för förmaksflimmer. Eliquis rekommenderas ej till patienter med CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys, med hjärtklaffprotes eller till patienter med befintlig eller tidigare trombos som har fått diagnosen antifosfolipidsyndrom. Eliquis rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt SPC 15 april 2021. För fullständig information och pris se fass.se. Bristol Myers Squibb, Tel. 08-704 71 00, www.bms.com/se, Pfizer AB, Tel. 08-550 52 000, www.pfizer.se.

432-SE-2100122 PP-ELI-SWE-2147 DEC 2021

I DETTA NUMMER:

TEMA | TILLITSBASERAD VÅRD



Sidorna 6-37

ÖVRIGT

- Ledaren | **Elin Karlsson**4-5
- Friska Sjukvårdspriset38-39
- Sjukvården i krigets Ukraina40-41
- Upprop för Ukrainas folk42
- Krönika | **Karin Båtelson**42-43
- Föreningsnytt44-49
- Krönika | **Darius Barimani**50

Kontakt redaktionen

▼ Anna Sofia Dahl,
chefredaktör, reporter.
annasofia.dahl
@sjukhuslakaren.se
076-790 04 41.



▼ Christer Bark,
senior adviser, reporter,
redigerare.
christer.bark
@sjukhuslakaren.se



▼ Eva Nordin, reporter.
eva.nordin
@sjukhuslakaren.se



Kontakt annonser

▼ Bengtsson & Sundström Media.
sjukhuslakaren@bs-media.se
08-10 39 20

Kontakt Sjukhusläkarna

▼ Emma Wange,
kommunikationschef.
emma.wange@slf.se
076-790 04 08



ExamVision

MARKNADENS SÄKRASTE LUPP

Din syn utgör ett av dina mest värdefulla redskap. Att arbeta i en högexponerad LED-ljused 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



BENDENT®



Utan ärlighet, ingen tillit

I min första ledare som Sjukhusläkarnas ordförande vill jag börja med att tacka för förtroendet! Månaderna inför vårt fullmäktige har det varit tvära kast – först totalt pandemifokus – sen vårdplatser och operationsköer – och nu Rysslands vidriga invasion av Ukraina. Då gäller det att fundera på vad som är viktigt.

För mig personligen är det solidaritet med alla dem som flyr kriget – och alla som är kvar på plats. Att stötta våra ukrainska kollegor som jobbar dag och natt för att rädda liv.

Många fina engagemang ses – allt från insamlingar av medicinska produkter från våra sjukhus, av pengar såsom initiativet #SkänkEnJour eller att öppna upp hemmet för de som flyr. Vi sjukhusläkare behöver dra vårt strå till stacken och ge bästa möjliga vård till de som kommer hit, liksom till alla som redan väntat länge på vård. Men då måste vi få rätt förutsättningar!

Detta nummer handlar mycket om tillit. Man måste våga lita på professionen. Att vi kan göra jobbet på bästa sätt när vi får möjlighet vet vi, det har vi visat under pandemin. Men vi behöver också få känna tillit, till att vår kraft används på bästa sätt och en tillit till huvudmännen och våra beslutsfattare. Då behövs ärlighet och att man delar samma grundläggande bild av läget.

För att vi ska kunna känna tillit krävs en styrning baserad på medicinska behov, med läkare i ledningen. Som en kollega med chefsroll beskrev det – ”när jag jobbar med chefer som är läkare använder vi tiden till att lösa problemet, men dessvärre är cheferna ofta utan medicinsk kompetens, och då går istället tiden åt till att jag förklarar problemet”.

För att patienterna ska kunna känna

tillit måste vi kunna ge ärliga svar om väntetider till behandling och tydligt visa att vi jobbar för att förbättra dem. Vi i Sjukhusläkarna har i många år uppmärksammat de orimliga väntetiderna inför vård och behandling. Andelen patienter som får vård enligt vårdgarantins 90 dagar har konstant minskat under lång tid.

Det är och fortsätter tyvärr vara vår sanning. Och det har inte blivit bättre. Trots lagstadgad vårdgaranti, överenskommer mellan staten och regionerna genom SKR med eller utan prestationsersättning och regionernas egna åtgärder är väntetiderna alltför långa.

Vårdgarantin uppfylls inte och det finns stora skillnader mellan och inom regionerna. Den egentliga väntetiden hos de som väntar är ofta betydligt längre än 90 dagar. Detta är vad vi ser i våra register såsom SPOR. Detta är vad Sjukhusläkarens grävande journalister rapporterat om, trots SKR:s försök att minska tillgången till adekvat statistik för oss. Och detta är vad vi ser varje dag i mötet med våra patienter.

Läkarprofessionen i Danmark visade att vården fungerar utan långa köer

Vi har i tidigare nummer visat hur Danmark, bara ett sund bort, lyckades bli av med köer och öka tillgängligheten – via en omorganisation där man ökade den nationella styrningen, man minskade från 13 till 5 regioner och införde en tydligare professionsstyrning och en patienträttighetslag. Professionen drev fram en skärpning av vårdgarantin till 30 dagar. Så det går, men då måste man våga förändra och vända pyramiden så att patienternas behov får styra vården. Det går inte att fortsätta att ha 21 parallella

spår utan nationell samordning och tro att det blir jämlikt och effektivt.

Att köerna är ett problem trodde jag att vi var överens om. Men så verkar alla inte se det. ”Inget sjukvårdssystem i världen är köfritt” – så inleddes Vårdbloggen i SKR:s regi 30 mars. Därefter följde en hyllning av regionernas stora kapacitet och förmåga. Man tackar personalen och säger sig se att kötiderna nu efter pandemin kommer att minska för de som väntat längst. Hur detta ska ske lyckas jag inte utläsa i bloggen.

SKR:s oärliga dribblande med statistik är provocerande

Så, är pandemin det hack i kurvan som orsakat väntetider?

Nej – absolut inte. Här är vi och tillgänglighetsdelegationen överens. Vi såg hur andelen som inte behandlades inom vårdgarantin stadigt ökade även innan pandemin. Att förvanska statistik och blunda för de problem vi inom vården dagligen möter är provocerande och skamligt. Vi förtjänar en ärlig diskussion.

Dessvärre undanhåller SKR fortfarande hur länge människor egentligen väntar och presenterar statistik som vi som dagligen arbetar i vården inte känner igen oss i.

I de exempel som beskrivs i blogginlägget visar SKR en totalt avsaknad av kontakt med professionen och verkligheten. Ett exempel som tas upp är att köerna till ÖNH är långa bland annat på grund av ”att personalen där har behövt i covid-vården i stor utsträckning, då de är duktiga på att söva och intubera”.

Stämmer det att läkare och övrig personal från ÖNH har intuberat och sövt under pandemin och därav inte kunnat operera? Det finns säkert

enskilda exempel, men den input jag fått är snarast att man har haft en brist på operationssalar och att detta skapat köerna.

Tillit kräver förtroende. Här får vi hoppas att Socialstyrelsens uppdrag, att utveckla förutsättningarna för att samla in data för att bättre kunna följa upp väntetider och utvärdera vårdgarantins efterlevnad, ger resultat.

Ska vi ha en chans att komma ikapp krävs transparens och samarbete över regiongränserna. Endast när vi ser de faktiska väntetiderna och köerna kan vi planera för och ge vård baserat på medicinska behov, och i enlighet med vår yrkesetik.

Det kräver vårdplatser, IVA-platser och rehabiliteringsplatser. Sverige ligger i botten i OECD vad gäller såväl IVA-platser som vårdplatser. Vi får fortfarande stundtals höra att en effektiv vård med poliklinisering, digitalisering och medicinska framsteg gör att vi kan ligga så lågt. Och visst har vi gradvis minskat behovet av vårdplatser genom ett förbättrat arbetssätt och utveckling, men det är vi sedan länge förbi! I dagsläget har vi en akut brist på såväl vårdplatser som IVA-platser och patientsäkerheten är dagligen hotad! Där har vi äntligen fått gehör på det nationella planet. Och vår tid behöver användas bättre, administrativa hinder behöver byggas bort!

Dags att göra något åt den bortglömda fortbildningen

Nu när frågan om vårdplatser, IVA-platser, väntetider och följsamhet till vårdgarantin är lyft till det nationella planet är det dags att nästa del som regionerna inte lyckats ta ansvar för – behovet av fortbildning för specialistkompetenta läkare – också lyfts dit. Fortbildning är ingen lyx eller bonus för den

enskilde läkaren – det borde vara en självklarhet för alla våra patienter att träffa läkare med aktuell kunskap.

Vi vill inte se stimulansbidrag som resulterar i förvanskande av det statistiska underlaget. Exempelen på trixande är många. En patient bakom draperiet på akuten är fortfarande på akuten – inte på en vårdavdelning. En patient som tackar ja till att stå kvar i kö till närmaste sjukhus trots långa väntetider har inte fransagt sig vårdgarantin.

Vi vill inte att man rusar in i snabba åtgärder – en satsning i en region dit inhyrd personal dras kan påtagligt försämra läget i en annan region. En satsning som löser problem på kort sikt kan få personalen att fly.

Detta vill vi ha

- En professionsstyrd vård, baserad på medicinska behov.
- En lagstiftning med patienträttighetslag som sätter patientens behov i centrum.
- En total transparens vad gäller väntetider, inte bara om vårdgarantin hålls.
- En skarp vårdgaranti på 30 dagar såsom i Danmark – det finns ingen anledning att vänta längre.
- En arbetsmiljö som får personalen att stanna.
- Bygg bort administrativa hinder.
- En adekvat dimensionering av vård- och IVA-platser.
- Stopp för kortsiktiga stimulansmedel.
- Nationellt reglerad fortbildning.



Elin Karlsson
Ordförande i Sjukhusläkarna

Bara en löftesrik modell?

Text: **Eva Nordin**

Tillitsbaserad styrning är en löftesrik modell i teorin, men desto svårare att implementera i den komplexa hälso- och sjukvården. Chefsbyten, personalomsättning, bristen på vårdplatser, specialistläkare och sjuksköterskor skapar inte de rätta förutsättningarna, menar Ewa Wikström, professor vid Handelshögskolan i Göteborg.

▼ Runt om i Sverige fattas många politiska beslut om att styrningen och ledningen av myndigheter och offentliga förvaltningar ska vara tillitsbaserade. Bakgrunden är Tillitsdelegationens slutbetänkande som presenterades 2020.

En av de bärande tankarna är att vårdens professioner och verksamhetsnära chefer ska få ett större inflytande över utvecklingen; överbyråkratin och detaljstyrningen ska minska och handlingsutrymmet öka för att ta vara på medarbetares kompetens, kunskap och engagemang.

– Begreppen tillitsbaserad styrning och tillitsbaserat ledarskap är en teoretisk idé. Jag kan förstå att begreppen väcker en slags uppgiven trötthet hos många medarbetare i vården. Styrningsmodeller lanseras ofta utifrån eller

uppifrån och ned i organisationer, inte sällan av konsultföretag. Sedan förväntas det att professionen och chefer omedelbart ska översätta begreppet och anpassa det i verksamheten. Det är egentligen en ganska märklig process och leder sällan till det förväntade målet, säger Ewa Wikström.

Sönderslagen styrning

I februari tillträdde Ewa Wikström en nyinrättad professur i "health governance" vid Handelshögskolan i Göteborg. Det är ett område som på svenska översätts till styrning av hälso- och sjukvård. Världshälsoorganisationen har dock en bredare definition som inbegriper både styrningen i ett omfattande och komplext system av en mängd samverkande aktörer och

grupper (som exempelvis hälso- och sjukvård), samt policy- och lagstiftningsfrågor.

– Styrningen av hälso- och sjukvården och offentlig sektor har sedan 1990-talet präglats av New Public Management. Styrningsmodellen vi har i dag är ganska sönderslagen där staten har svårt att styra på regional och lokal nivå.

– Nu efterfrågas därför ett helt annat fokus med förutsättningar för styrning som gynnar samverkan och samspel i

Fortsättning nästa uppslag >>>

Den komplexa och instabila organisationen gör det svårt att implementera tillitsbaserad styrning inom sjukvården menar Ewa Wikström, professor vid Handelshögskolan i Göteborg.

Foto: Sören Håkanlind



det horisontella ledet mellan grupper och aktörer på samma nivå, men också i det vertikala ledet på olika nivåer. Hälso- och sjukvården domineras även av en ekonomistyrning som inte gagnar samverkan och samarbeten. Ersättnings-systemen präglas av en uppdelning av självständiga enheter som ska vara kostnadsbärande.

– De ekonomiska incitamenten som finns är alldeles för svaga för att stödja sammanhållna vårdprocesser och satsningar på förebyggande vård och hälsa. En del av vår forskning handlar om att studera detta och komma med förslag på nya hållbara modeller, säger Ewa Wikström.

Bristfälliga förutsättningar

De teorier och modeller som presenteras för att främja tillitsbaserad styrning och ledarskap kan skapa en förenkling av en komplex verklighet, menar Ewa Wikström.

– Hälso- och sjukvården är, inte minst efter covid-pandemin, en mycket hårt pressad organisation som i mångt och mycket levererar väldigt bra sjukvård, men den är också under stor belastning där resurser i regel inte står i proportion till uppdragens storlek.

Instabila verksamheter

Vårdplatsbrist, ständiga chefsbyten och på många håll en flykt av specialister och sjuksköterskor, skapar instabila verksamheter med stress och pressade arbetsmiljöer med höga sjukskrivningstal. I den här miljön odlas i regel en frånvaro av strategiskt ledarskap och därmed uppkomsten av olika positioneringar och informella ledare. Här finns stora risker att komplexiteten och instabiliteten ökar ytterligare, menar Ewa Wikström.

– I de studier vi gjort ser vi att den här situationen snarare är regel än undantag i sjukvårdens organisationer. Det saknas på många håll den här stabiliteten som man beskriver i den teoretiska modellen för tillitsbaserad styrning. Och det är en viktig orsak till att den tillitsbaserade styrningen är svår att implementera, förutsättningarna är helt enkelt inte särskilt goda.

För att kunna implementera en

tillitsbaserad styrning och ett tillitsbaserat ledarskap behöver vissa stabiliserande organisatoriska förhållanden vara på plats, menar Ewa Wikström.

– För många som sliter hårt i vården kan det säkert upplevas som ett hån när det nu pratas om vikten av tillit och förtroende, och att en ny form av styrning ska lösa vårdens problem.

Fyra viktiga principer

Ewa Wikström menar att det utöver stabila organisatoriska förutsättningar finns fyra viktiga principer som är nödvändiga att ha på plats i verksamheten för att tillitsbaserad styrning och tillitsbaserat ledarskap ska fungera. De fyra principerna är i korthet:

1. Att det finns en god dynamik och gemensam strategi mellan formella chefer och medarbetare, och att informella ledare är involverade och accepterade i en kollektiv form av ledarskap.

2. Att chefer släpper på detaljstyrning, ökar handlingsutrymmen och stärker medarbetares mandat och ger ansvar under frihet att organisera det vardagliga arbetet på golvet. Viktigaste instrumenten är helhetssyn, lärande och samverkan.

3. Att det finns förutsättningar för chefer att utöva ett strategiskt ledarskap med tydliga mål och ramar och där styrningen sker i en öppen och samskapande dialog med medarbetare i ett kollektivt ledarskap.

4. Att chefer är kompetenta ledare som kan motivera och öva sina medarbetare i utövandet av ett teambildande, kollektivt ledarskap.

Om inte dessa principer finns på plats är risken stor att tillitsbristen växer och kontrollen ökar i syfte att försöka lugna situationen; här finns tendenser att det auktoritära ledarskapet frodas med detaljstyrning och överbetoning på administrativa rutiner och policydokument.

– Det är viktigt att understryka att det måste finnas en viss byråkrati med administrativa rutiner som säkerställer att man arbetar i en rättssäker och

patientsäker organisation. Men om den blir för omfattande så tränger den undan det strategiska ledarskapet och den kollegiala styrningen. Det blir då svårt för professionen att arbeta i den här kollegiala strukturen och driva förbättrings- och kvalitetsarbeten.

Administrativ managementlogik

Ewa Wikström är föreståndare och forskningsledare vid det nybildade Centre for Health Governance, en centrumbildning som ska knyta samman forskning vid Handelshögskolan och Sahlgremska akademien vid Göteborgs universitet. Fokus är främst på styrningsfrågor i hälso- och sjukvården. Enkelt uttryckt handlar det om att studera och utveckla styrformer som kan stödja och underlätta transformationen mot framtidens hälso- och sjukvård där många olika aktörer måste samverka och interagera med varandra.

– Vi vill bygga en multidisciplinär forskningsplattform som kan möta de komplexa utmaningar som styrningen av hälso- och sjukvården innebär. Ett exempel på forskningsområde är policy- och kunskapsstyrning. Vi ser ett jättebehov av att ta reda på mer om hur de här styrformerna påverkar professionen och patienterna. Blir det för många riktlinjer, kunskaps- och policydokument är risken stor att det utvecklas en administrativ managementlogik som lever sitt eget liv och som i sin tur väcker ett misstroende och som underminerar den tillitsbaserade styrningen.

En viss typ av administrativ logik, som exempelvis rapportering till kvalitetsregister, är i regel lättare att acceptera eftersom den är professionsdriven med målet att utveckla och förbättra kvalitet.

– Det är superintressant att när professionerna själva har fått vara pådrivande och skapa de funktioner de själva vill ha, upplevs administrationen inte lika påtvingande och krävande. De flesta som jobbar i vården vill driva utvecklings- och kvalitetsarbeten, och när de själva får möjlighet att göra det så får vi en väldigt kvalitetsdriven sjukvård. Här finns mycket att lära, säger Ewa Wikström.

ARNI* rekommenderas av ESC 2021 som en av basbehandlingarna vid symtomatisk HFrEF.¹

Tiden till optimal behandling har betydelse för prognosen vid HFrEF²

Gör ENTRESTO® till ditt förstahandsval i stället för ACEi

ENTRESTO® förlänger överlevnad och minskar sjukhusinläggningar hos vuxna patienter med kronisk symtomatisk HFrEF, jämfört med ACEi (enalapril) (HR 0.80, p<0.001, ARR 4.7%).³

Entresto®
sakubitril/valsartan

* Angiotensin Receptor Neprilysin Inhiberare

Referenser 1. McDonagh T, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2021; 00:1–128 2. McMurray J., Packer M. Circulation 2021; 143:875–877 3. McMurray JJ et al. Angiotensin-Neprilysin Inhibition versus Enalapril in Heart Failure. N Engl J Med. 2014; 371(11): 993–1004.

ENTRESTO® (sakubitril/valsartan) Rx. (F) Subvention endast enligt indikation. **ATC kod C09DX04.** **Beredningsform:** Filmraderade tabletter. ENTRESTO hämmar neprilysin (via sakubitril) samtidigt som den blockerar AT1 receptorn (via valsartan). **Indikation:** Behandling av kronisk symtomatisk hjärtsvikt hos vuxna med nedsatt ejektionsfraktion. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot de aktiva substanserna eller något hjälpämne. ENTRESTO får inte administreras förrän tidigast 36 timmar efter avbruten behandling med ACE-hämmare. Tidigare konstaterat, ärftligt eller idiopatiskt angioödem. Samtidig användning med aliskirenninnehållande läkemedel hos patienter med diabetes mellitus eller patienter med nedsatt njurfunktion. Allvarligt nedsatt leverfunktion, biliär cirros och kolestas. Andra och tredje trimestern av graviditet. **Varningar och försiktighet:** Dubbel blockad av renin-angiotensin-aldosteronsystemet. SBP<100 mm Hg. Hyperkalemi. Nedsatt njurfunktion. Måttligt nedsatt leverfunktion. ENTRESTO har mindre effekt på förmågan att framföra fordon och andra maskiner. **För pris och ytterligare information se www.fass.se. Datum för senaste översynen av produktresumén:** 2021-09-02. Novartis Sverige AB, Telefon 08-732 32 00, www.novartis.se

**Teamchefen Gert Nestler
blev verksamhetschef**

Vände trenden i Falun

*– men allt är inte guld och gröna skogar,
fortfarande många styrhinder att övervinna*

Sjukhusläkaren har intervjuat
läkare på Falu lasarett
om tillitsbaserat ledarskap

• Sidorna 10-23

Texter: **Eva Nordin**



Gert Nestler var teamchef för kolorektalkirurgi vid Falu lasarett när han fick frågan om att bli verksamhetschef. Kliniken hade i flera år brottats med ständiga chefsbyten, specialistflykt och en arbetskultur som präglades av grupperingar och ett informellt ledarskap.

▼ När den dåvarande divisionschefen för kirurgi vid Falu lasarett insåg att

personalomsättningen vid kirurgkliniken var hög och att bristen på ST-läkare

var stor, beställde hon en kartläggning för att närmare undersöka varför så många specialister valde att avsluta sin anställning.

Resultatet visade att många upplevde en orimlig arbetsbelastning, resurs- och tidsbrist och avsaknaden av ett tydligt och starkt ledarskap för en välfungerande styrning. Kartläggningen visade även att utvecklingen skapat olika grupperingar och informella ledarskap

som slagit sönder en arbetskultur med gemensam riktning och värdegrund.

Flera läkare ville också se tydligare beslutsvägar och bättre framförhållning vid rekryteringar. Det fanns även tydliga önskemål att en ny verksamhetschef skulle rekryteras internt ur läkargruppen. Kort sagt; kirurgkliniken skakade i grunden och verksamheten präglades av instabilitet och bristande tillit till ledarskapet.

Mot den bakgrunden blev Gert Nestler in i rollen som verksamhetschef för kirurgkliniken med 320 anställda, hösten 2020.

– Det var en hel del att bita i och det var så klart inget enkelt beslut att bli chef. Jag lämnade min arbetsgrupp och tog ett rejält kliv uppåt i organisationen, med alla de utmaningar det medför. Att utveckla ett tillitsbaserat ledarskap är inget man skakar fram ur

skjortärmen, men jag insåg samtidigt att jag uppfyllde de behov och krav som fanns, även om jag inte hade någon tidigare erfarenhet av att vara chef på den nivån.

Svajg verksamhet

Gert Nestler är utbildad specialistläkare i kolorektalkirurgi vid universitetssjuk-

Fortsättning nästa uppslag >>>



Foto: Daniel Eriksson

huset i Magdeburg, i tyska delstaten Sachsen-Anhalt. Tuffa villkor och 80-timmars arbetsveckor fick honom 2006 att nappa på en jobbannons som var illustrerad med en dalahäst. Mora lasarett sökte specialister och Gert sökte och fick jobbet. Tillsammans med sin fru, en tvåårig dotter och nyfödda tvillingpojkar lämnade de Tyskland för Dalarna 2007.

– Vi hade tagit privatlektioner och tog oss fram på knagglig svenska. Vi blev också tvillingföräldrar strax innan vi flyttade hit. Det var ganska tufft i början, men vi fick också ett bra stöd från Region Dalarna samt våra grannar i Mora för att etablera oss och komma in i det svenska samhället.

Efter 10 år som överläkare i Mora blev han 2017 teamchef för kolorektalkirurgi vid kirurgkliniken på Falu lasarett. När han tre år senare blev uppmanad att söka tjänsten som verksamhetschef tvekade han inte särskilt länge.

– Jag kunde verksamheten i grunden och kände till alla styrkor och brister. Från läkargruppen fanns också en tydlig önskan att det skulle vara en läkare på chefsposten. När jag klev in i rollen hade ett gediget förarbete gjorts av en tidigare konsultchef och jag blev övertalad att ta över rodet.

– Även om det var rejält svajigt på kliniken såg jag ändå möjligheterna och behovet av att få ordning på verksamheten. Men med 320 anställda finns många önskemål, behov, krav och drömmar, det är ingen enkel uppgift att hitta balansen mellan kontroll och tillit, säger Gert.

Trenden har vänt

I Region Dalarna finns inget politiskt beslut att styrningen ska vara tillitsbaserad. Däremot finns en tydlig värdegrund (Öppenhet, Respekt och Ansvar) och ett regionbeslut från 2021 med vägledande principer om att utveckla ett tydligare chefs- och ledarskap, och att i samspel med medarbetare skapa ett gemensamt förhållningssätt som bygger på ledorden ”tydlighet, mod och tillit”.

Det som låter fint i teorin kan dock vara svårt att förverkliga ute i verksamheten.

– Jag vill uppmuntra mina medarbetare till att tänka själva, ta eget ansvar och bli självgående. Det är ett ständigt pågående förankringsarbete. På våra arbetsplatsträffar brukar jag ibland visa bilden på en myrstack som en symbol för samverkan och samarbete. Alla behövs. Drottningen, som är den ledande individen, lever inte högst upp och bestämmer över alla myror, utan är starkt beroende av sin stab av arbetare som alla vet sina uppgifter.

Men, Gert vill understryka att dagens hälso- och sjukvård präglas av en ekonomistyrning som inte gagnar samverkan och samarbeten. Gapet mellan uppdraget och tilldelade resurser skapar en hel del frustration.

– Speciellt under pandemin har många enheter kunnat bevisa att det är en stor fördel att professionen styr utvecklingen och att fördelningen av resurser sker enligt medicinska prioriteringar. Men efter pandemin har vi tyvärr gått tillbaka till den gamla ordningen.

Efter två år av hårt gemensamt arbete har arbetsklimatet vid kirurgkliniken förbättrats och specialister har återvänt. I den senaste medarbetarenkäten från 2021, uppgav 90 procent av kirurgklinikens läkare att de känner sig respekterade av sin chef och 76 procent att de vid behov får stöd av sin chef.

Majoriteten, 83 procent, uppgav att de vet vad som förväntas uppnås i det dagliga arbetet och de upplevde även att de får uppskattning för sina arbetsinsatser. Samtliga kände meningsfullhet i sitt arbete och att de ständigt lär sig nytt och kan utvecklas i sitt dagliga arbete.

– Jag upplever att vi med gemensamma krafter och en tydlighet kring vårt uppdrag har lyckats vända trenden och till och med återrekryterat specialister. Vi har i dag fler sökande än tillgängliga tjänster.

Framgångsnycklar

En av de första åtgärderna som Gert vidtog som verksamhetschef, var att komma till rätta med ett utbrett missnöje med schemalaggningen. Schemalaggningen ändrades. Nu lägger kirurgspecialister schemat som arbetar i

ett system som ska vara både rättvist och transparent. Vid bättre framförhållning ges alla utbildningsläkare en mycket större chans att arbeta på alla sektioner som kirurgkliniken har att erbjuda.

– Jag har också delegerat ansvar och arbetsuppgifter till våra teamchefer. Det kan exempelvis handla om att signera fakturor för bland annat utomlänspatienter eller att planera den egna operationsverksamheten. Mina teamchefer har ett stort mandat att styra över sin verksamhet, medan jag sätter ramarna.

Teamcheferna har exempelvis mandat att styra sina mottagningar, operationer, sitt avdelningsarbete och sina administrativa uppgifter.

– Planeringen sker i samråd med operationskoordinatorer, avdelningschefer samt mottagningspersonalen.

Regelbundna möten mellan linjechefer och teamchefer

Genom regelbundna möten med linje- och teamchefer vill Gert även skapa en tydlig överblick och transparens kring rekryteringar samt framtida behov av specialister.

– Vi träffas regelbundet och diskuterar stora beslut där alla har insyn i viktiga beslutsprocesser som rör verksamheten. Vi har också skapat Excelfiler för att i siffor få koll på behovet av specialister och även planera långsiktigt för framtiden. Vi kommer att ha stora pensionsavgångar och måste ta höjd för det.

På arbetsplatsträffarna brukar Gert regelbundet påminna om den gemensamma värdegrunden och hur viktigt det är att prata med varandra och inte om varandra. Han försöker också vara generös med feedback och uppmuntra beteenden som styr mot gemensamma mål.

– Det är ett viktigt kriterium som återspeglas tydligt under lönesättningen. Jag är tydlig med vad uppdraget är och vad som förväntas, men jag lägger mig inte i detaljerna kring hur det genomförs. Mitt uppdrag är att

Fortsättning nästa uppslag >>>



NUCALA is the first biologic to treat a wide range of eosinophilic diseases¹

ALLERGIST PULMONOLOGIST	ALLERGIST PULMONOLOGIST	ENT SURGEON	RHEUMATOLOGIST	HAEMATOLOGIST
SEA Evaluates exacerbation and OCS reduction/elimination in uncontrolled SEA irrespective of other biology	SEA + NP Evaluates exacerbation reduction in uncontrolled SEA+NP by targeting IL-5 across a unified airway	NP Evaluates recurrent surgery prevention and OCS reduction in refractory NP	EGPA Evaluates whether remission and relapse prevention can be achieved while reducing OCS	HES Evaluates whether flares can be prevented while reducing OCS
MENSA/MUSCA ^{1,2}	MENSA/MUSCA ^{1,2}	SYNAPSE ^{1,3}	MIRRA ^{1,4}	HES OLE ^{1,5}

SEA: Severe EosinophilicAsthma; **CRSwNP:** Chronic rhinosinusitis with nasal polyps (CRSwNP); **EGPA:** Eosinophilic Granulomatosis with PolyAngiitis; **HES:** Hypereosinophilic syndrome

NUCALA (mepolizumab), 100 mg pulver till injektionsvätska, lösning, 100 mg injektionsvätska, lösning i förfylld spruta, 100 mg injektionsvätska, lösning i förfylld penna. Medel vid obstruktiva luftvägssjukdomar, övriga systemiska medel för obstruktiva lungsjukdomar **Rx (F), ATC kod: R03DX09**
Terapeutiska indikationer: Nucala är indicerat som tilläggsbehandling vid svår refraktär eosinofil astma hos vuxna patienter, ungdomar och barn från 6 års ålder. Nucala är avsett som tilläggsbehandling till intranasala kortikosteroider för behandling av vuxna patienter med svår CRSwNP, som inte uppnår tillräcklig sjukdomskontroll med systemiska kortikosteroider och/eller kirurgi. Nucala är avsett som tilläggsbehandling till patienter från 6 års ålder med remitterande eller refraktär eosinofil granulomatös polyangit (EGPA). Nucala är avsett som tilläggsbehandling för vuxna patienter med otillräckligt kontrollerat hypereosinofilt syndrom (HES) utan identifierbar icke-hematologisk sekundär orsak. **Dosering:** Rekommenderad dos för mepolizumab hos vuxna och ungdomar från 12 års ålder med SEA eller vuxna med CRSwNP är 100 mg administrerat subkutant en gång var fjärde vecka. Rekommenderad dos för mepolizumab hos vuxna och ungdomar från 12 års ålder med EGPA eller vuxna med HES är 300 mg administrerat subkutant en gång var fjärde vecka. Rekommenderad dos för mepolizumab hos barn med SEA från 6 till 11 år är 40 mg administrerat subkutant en gång var fjärde vecka. Rekommenderad dos för mepolizumab hos barn med EGPA från 6 till 11 år är 200 mg för barn som väger ≥40 kg och 100 mg för barn som väger ≤40 kg. Nucala är avsett för långtidsbehandling. Behovet av fortsatt behandling ska omprövas minst en gång om året baserat på läkarens bedömning av sjukdomens svårighetsgrad och förbättrad symtomkontroll. Vid livshotande tillstånd orsakat av EGPA eller HES ska fortsatt behandling också utvärderas då Nucala ej har utvärderats i denna population. **Ytterligare information:** I kliniska studier visades effekt hos följande subpopulation: aktuell standardbehandling som minst inkluderade högdosbehandling med inhalerade kortikosteroider (ICS) plus ytterligare en underhållsbehandling, två eller fler exacerbationer under de senaste 12 månaderna eller beroende av systemiska kortikosteroider samt blodeosinofilvärde minst 150 celler/µl vid behandlingsstart eller minst 300 celler/µl under de senaste 12 månaderna. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. **Varningar och försiktighet:** För att underlätta spårbarheten av biologiska läkemedel ska den administrerade produktens namn och batchnummer tydligt anges i patientjournalen. Mepolizumab ska inte användas för att behandla akuta astmaexacerbationer. Astmarelaterade biverkningar eller exacerbationer kan förekomma under behandling. Abrupt utsättning av kortikosteroider efter behandlingsstart med mepolizumab rekommenderas ej. Akuta och fördröjda systemiska reaktioner, inklusive överkänslighetsreaktioner (t.ex. anafylaxi, urtikaria, angioödem, hudutslag, bronkospasm, hypotoni), har förekommit efter administrering av mepolizumab. Patienter med befintliga maskinfektioner ska behandlas innan behandling med mepolizumab påbörjas. Om patienten blir infekterad under behandling med Nucala och inte svarar på maskmedel ska temporär utsättning av Nucala övervägas. Nucala har inte studerats hos patienter med organ- eller livshotande symtom av HES eller EGPA. **Subventionsbegränsning:** Subventioneras endast för patienter med svår eosinofil astma som är otillräckligt kontrollerade trots standardbehandling och antingen behandling med perorala kortikosteroider (OCS) i doser som ger ökad risk för biverkningar eller när OCS är kontraindicerat. **För fullständig förskrivningsinformation och pris, se www.fass.se.** Datum för översyn av produktresumén: 2021-11-12. GlaxoSmithKline AB, Box 516, 169 29 Solna. Tel 08-638 93 00, www.se.gsk.com. Om du vill rapportera en biverkning på något av våra läkemedel eller vacciner så kan du kontakta oss på följande sätt: Webformulär: se.gsk.com/biverkning. Telefon: 08-638 93 00 (be om att bli kopplad till Biverkningsenheten)

Referenser:
1. Nucala produktresumé fass.se. 2. Ortega HG et al. N Engl J Med 2014;371:1198-207
3. Han KH et al Lancet Respir Med. 2021 Oct;9(10):1141-1153 4. Wechsler ME et al. Eur Respir J 2020;56(4):2000151 5. Roufosse F et al. J Allergy Clin Immunol 2020;146(6):1397-1405

© 2022 GSK. Alla rättigheter förbehålles
GlaxoSmithKline AB, Box 516, SE-169 29 Solna, Sverige.
Varumärken ägs av eller licensieras till GSK-koncernen.
PM-SE-MPL-ADVT-220001; 20220127

försöka ta bort stuprör och skapa ett helhetstänkande, även om det finns många hinder och utmaningar längs vägen.

Arbetar kliniskt för att ha markkontakt

Gert har fortsatt att arbeta kliniskt, dels för att han vill träffa patienter och fortsätta utvecklas som specialist och opererande kirurg, dels för att ha markkontakt med verksamheten.

Nyligen anställde han även en biträdande verksamhetschef som i grunden är barnläkare och som genomgår regionens ledarskapsutbildning.

– Det var inte ett helt okontroversiellt förslag från början. Men jag har nu fått en biträdande chef som kan ge mig stöd i mitt ledarskap och som har en helt annan personlighet och bidrar med andra perspektiv, en person som kompletterar mig. I den bästa av världar är det en person som kan ta över min position framöver.

Under sitt två år långa chefskap har han även aktivt försökt att riva hierarkier och skapa ett öppnare samtals- och debattklimat med högt i tak.

Tidigare fanns en kultur präglad av rädslor

– Vi hade tidigare en kultur som präglades av rädslor för att bli utskäld och många vågade inte tala öppet om problem och svårigheter. Jag vågar påstå att klimatet är ett helt annat nu och att vi har en god och varm stämning mellan kollegor och specialistteam.

Ekonomi- och detaljstyrning underminerar ledarskapet

Som verksamhetschef upplever Gert att han har goda möjligheter till inflytande och att tillsammans med medarbetare skapa bra resultat. Men det finns också en stark ekonomi- och målstyrning som ofta underminerar det tillitsbaserade ledarskapet och den tillitsbaserade styrningen, menar han.

– Vi har exempelvis velat anställa en sekreterare med mycket goda referenser och som vi testat och fungerar mycket väl hos oss. Hans löneanspråk var några hundralappar över riktmärket, men vi gjorde bedömningen att det var okej utifrån hans kompetens och våra behov.

Trots att vi verkligen försökt att göra allt rätt fick vi kritik uppför. Det här gör mig tokig, ledningen måste visa tillit till att jag som verksamhetschef fixar mitt uppdrag.

Bristande tillit till att själva få rekrytera personal



Gert har även tagit strid för att utöka antalet kontaktsjuksköterskor inom den urologiska verksamheten. Konkurrensen om sjuksköterskor är dock hård och

för att vara en attraktiv arbetsgivare har det krävts en utökad budget för rekryteringen.

– Vi har inte en chans att locka kontaktsjuksköterskor till oss utan tvingas konkurrera med kommunen som kan erbjuda ett högre löneläge. Trots ett skriande behov så får vi inget gehör för problematiken hos politiker och tjänstemän.

Kliniken har utökat budgeten för att anställa flera kontaktsjuksköterskor, men inte fått gehör från ledningen vad gäller lönenivån. Två tjänster är fortfarande inte tillsatta och lovande kandidater har tackat nej eftersom lönerna inte ansågs vara konkurrenskraftiga.

Gert skulle vilja att det fanns ett löneutrymme för att kunna locka bristspecialiteter till Falun, men också för att lyfta anställda som anstränger sig och på olika sätt arbetar extra hårt för verksamhetens bästa.

– Alla våra specialister, i exempelvis ortopedi, urologi och gynekologi har samma ingångslöner. Det skapar en viss frustration och försvårar rekryteringen. Det är en evig kamp och tar tid och energi att ständigt behöva föra dessa diskussioner som sällan leder till något positivt. I stället löser man specialistbristen med stafettläkare som i regel kostar tre gånger så mycket. Det är helt gale.

En annan utmaning är att uppdraget

vid kliniken ständigt växer utan att resurser följer med. Verksamheter som tidigare har funnits i Mora, som exempelvis rektalcancer-, bröstcancer- och kärlkirurgi, har flyttats över till Falu lasarett, men inte pengarna.

– Jag har försökt att ansöka om resurser i efterhand och verkligen diskuterat detta intensivt, utan att alltid få gehör. Vi kämpar på, men resursbristen är tärande på verksamheten. Vi har också ont om lokaler och har gjort vårt bästa för att sätta upp väggar och bygga om för att öka kapaciteten, ändå räcker inte lokalerna och resurserna till. När vi då blir påmind om att vi inte uppfyller vårdgarantin kan det kännas oerhört frustrerande, säger Gert.

Kirurgkliniken har framställts som division kirurgins flaggskepp. Men resurserna som tilldelats är snarare anpassade för en segeljolle, menar Gert.

Precis som många andra kliniker kämpar också kirurgkliniken i Falun med bristen på vårdplatser, i huvudsak till följd av den rådande sjuksköterskebristen. De senaste åren har kliniken därför inte kunnat ha alla sina platser öppna.

Beläggningsgrad på 100 procent!

– Vi har en beläggningsgrad på 100 procent och det är inte ovanligt att vi har sex till åtta satellitpatienter varje morgon. Vissa patienter tvingas vi lägga på patienthotell, vilket vi har dåligt samvete för. Men vi ser inte hur vi ska lösa vårdplatsbristen själva. Nyligen hade vi en patient med tarmvred som hamnade på kardiologavdelningen. Den här situationen är inte patientsäker, men vi når inte fram till politiken utan lever i en ständig jakt på vårdplatser som i sin tur skapar onödigt stress och en sämre arbetsmiljö.

Gert Nestlers förordnande som verksamhetschef löper ut hösten 2024.

Fram tills dess hoppas han kunna bygga en stark och blomstrande klinik med en tydlig struktur där många vill arbeta.

– Jag ska göra mitt bästa för att någon annan ska vilja ta över stafettpinnen då. Vi behöver modiga läkare som är chefer i vården.

”Det går inte att trycka ut en idé eller ett begrepp i sjukvården – tilliten skapas på golvet mellan medarbetare och med starka och kompetenta chefer och ledare”

Nils Edström är urolog och allmänkirurg och en av de specialister som lämnade kirurgkliniken för knappt fyra år sedan. Efter att ha jobbat tre år på universitetssjukhuset i Örebro, är han nu tillbaka på kirurgkliniken vid Falu lasarett.

▼ – Vi var fyra specialister som slutade. Ett starkt skäl var bristen på ledarskap och professionellt stöd. Från ledningen genomförde man många olika åtgärder som inte var genomtänkta.

När han lämnade Falun leddes kirurgkliniken av en verksamhetschef som inte var läkare. Nils Edström menar att det märktes tydligt.

– En kirurgklinik av vår storlek kräver en medicinskt insatt person som kan fatta viktiga beslut kring bedömningar och prioriteringar och göra viktiga medicinska avvägningar.

När kirurgkliniken i Falun till slut fick en läkare som verksamhetschef (Gert Nestler) var det ett viktigt skäl för Nils för att återvända. Dels för att han såg nya möjligheter att verka som specialistläkare, dels för att han ville återvända till sin hemtrakt där han är född och uppvuxen.

– Vår nuvarande verksamhetschef har starka egenskaper som ledare. Vi får tillit, handlingsutrymme och fria tyglar att driva projekt och införa ny teknik, det är en stor skillnad mot tidigare.

Inte populärt att vara chef

Nils tycker sig se en utveckling där många läkare väljer bort chefskapet, det är inte längre prestigefyllt eller förenat med några större möjligheter att påverka och driva sjukvården framåt, menar han.

– Utrymmet för att bedriva ett aktivt ledarskap är så begränsat och som chef har man i dag ett alltför litet handlingsutrymme. På vår klinik har vi säkert



Att det funkar så väl hos oss beror inte på styrning och dokument uppför. Lager på lager av byråkrati löser inte våra problem säger Nils Edström, som återvände till kliniken då man fick en chef som var medicinskt insatt. Foto: Daniel Eriksson

sju-åtta duktiga läkare som mycket väl skulle klara uppdraget som klinikchef, men ingen är beredd att axla det ansvaret.

Sjukvården har mycket att lära från det militära

Under några år arbetade Nils som militär chef, bland annat i Afghanistan och vid skytteplutonen i Umeå. Ledarskapet var tillitsbaserat, menar han.

– Det var mycket frihet under ansvar. Det finns mycket att lära från det militära när det gäller ledarskap som mycket väl går att tillämpa i hälso- och sjukvården. Men det går inte att trycka ut en idé eller ett begrepp i sjukvården, tilliten skapas på golvet och mellan medarbetare och med starka och kompetenta chefer och ledare. Att det funkar så väl hos oss beror inte på styrning och

dokument uppför, lager på lager av byråkrati löser inte våra problem.

Nils skulle gärna vilja se att politiker och tjänstemän visade chefer en större tillit till att de kan avgöra vad som måste prioriteras utifrån tillgängliga resurser och i proportion till uppdraget.

– Men i dag får många chefer inte det stödet. Att välja bort uppdrag och arbetsuppgifter som inte rymmer inom budgeten är inte populärt. I stället tvingas chefer krympa verksamheter och stänga vårdplatser, det skapar ingen tillit. Jag skulle också önska att det fanns ett större mod att begränsa antalet kommunikationsvägar till oss. Här önskar jag att någon vågade sätta ned foten och säga att vi måste avgränsa och tydliggöra vårt uppdrag, säger Nils Edström.



Kristina Jennische, sektionsansvarig för urologin:

”Naivt att tro att man kan styra med tillit när vi på golvet inte får de rätta resurserna”

Tillitsbaserad styrning är egentligen ett ganska fluffigt och svårt begrepp, menar Kristina Jennische.

– Det är naivt att tro att man skulle kunna styra med tillit i sjukvården när vi som arbetar på golvet inte får de rätta förutsättningarna. Tilliten i sig förändrar inte resultaten om man inte samtidigt ser till att verksamheten har möjlighet att göra ett bra jobb. Ledningen måste ge verksamheterna resurser och lita på att de kan förvalta dem väl och våga låta bli att detaljstyra.

▼ Kristina Jennische har arbetat på Falu lasarett sedan 2007 och på kirurgkliniken sedan 2010. År 2016 var hon nybliven specialist i allmänkirurgi och ST-läkare i urologi. Den urologiska verksamheten brottades med stora svårigheter, dels på organisatorisk nivå, dels på bemanningssidan. En genomförd nivåstrukturering ledde till att all urologi i Region Dalarna flyttades till Falu lasarett, utan att resurser nödvändigtvis följde med.

– Det blev en kaotisk situation. Vi saknade även en tydlig styrning och en fungerande arbetsmiljö, vilket resulterade i att många urologer slutade och lämnade kliniken. Kvar var två ST-läkare, varav jag var en.

Så snart Kristina var färdig specialist i urologi ansökte hon om att bli sektionsansvarig för urologin och presenterade en tydlig strategi för hur hon ville vända trenden.

– Jag var trött på att inte få vara med och påverka och styra utvecklingen i rätt riktning. Jag sökte tjänsten och min verksamhetschef gav mig mandat och visade stor tillit till att jag skulle

klara att genomföra uppdraget.

– Jag vågar inte säga att jag utövar ett tillitsbaserat ledarskap, det får andra avgöra. Min ambition är att bygga ett funktionellt team och goda relationer mellan många olika arbetskategorier. Jag har medvetet arbetat för att arbetskulturen ska vara präglad av en välvillig, konstruktiv kommunikation, även i mötet med kollegor på andra kliniker.

Det är viktigt, menar hon, att veta vad man kan och vad man inte kan och att kunna vara tydlig och trygg med det. Att ha högt i tak skapar tryggare och roligare arbetsplatser, menar Kristina.

– Vi vill inte ha en arbetsplats där man slår ifrån sig sitt ansvar, bygger revir eller vägrar att samarbeta kring gemensamma patienter och utmaningar.

– Om vi exempelvis får bristfälliga remisser från primärvården måste vi som urologer försöka hjälpa till så att remisserna blir bättre. Vi måste vara ödmjuka inför varandra och våra olika uppdrag. Det funkar inte att uppfodrande säga till kollegor att detta borde



Inga fast anställda urologer på kirurgkliniken i Falun, flykt av specialister och en av de längsta väntetiderna i landet för prostatacancerpatienter. Situationen såg hopplös ut när Kristina Jennische bestämde sig att som nybliven specialist söka tjänsten som sektionsansvarig och försöka vända trenden.

Foto: Daniel Eriksson

ni kunna. Det bygger ingen tillit.

Mycket har sakta blivit bättre inom urologin på kirurgkliniken vid Falu lasarett, menar Kristina. Från att ha saknat fasta specialister i urologi har kliniken nu fyra fasta urologer och två ST-läkare.

– Vi är fyra specialister i dag, men vi skulle behöva vara 10 om man ser till vårt uppdrag och upptagningsområde.

Hon värdesätter att kliniken har en läkare som är verksamhetschef och att styrning och ledning har blivit tydligare.

– Vi behöver fler läkare som vågar kliva fram och ta chefspositioner. Men det måste också finnas möjligheter att förena chefskap med kliniskt arbete, annars blir det oattraktivt att vara chef. Själv tycker jag att mitt uppdrag oftast är spännande och under det två senaste

åren har mycket förbättrats, det finns en positiv rörelse.

Hinder i vägen

Drivkraften att ge patienter rätt vård i rätt tid och med hög kvalitet är förhoppningsvis gemensam för alla som arbetar i vården. Men resurserna för att kunna leverera det som förväntas är bristfälliga, menar Kristina.

– Vi vill göra ett gott jobb, men vi har för lite resurser på golvet där vården bedrivs. Så enkelt är det. Vi har brist på sjuksköterskor och vårdplatser. Det här är inget nytt, men det finns ju lösningar. Sjuksköterskor och undersköterskor måste få bra villkor, vi kan i dag inte ge dem vettiga löner och därför söker de sig hellre till kommunen eller bemanningsföretag. Mer resurser måste fördelas till den kliniska verksamheten och mindre till administration.

– Vi har ingen brist på administratörer som kan räkna och ta fram siffror, men det spelar ju ingen roll hur mycket de än räknar när vi inte har de rätta förutsättningarna. I stället för att prata om tillitsbaserad styrning och tillitsbaserat ledarskap, ge oss resurser så löser vi det.

”Tillit färdas sällan över långa avstånd”

Det heter att tillit sällan färdas över långa avstånd. Kristina tycker att det är olyckligt att regionens tjänstemän sitter i en egen byggnad flera kvarter bort från sjukhuset.

– De blir anonyma och frånvarande och det fjärrar dem från den komplexa verklighet vi lever i. Det är svårt att känna tillit till en ledning som man aldrig ser och som inte alls är närvarande i verksamheten, säger hon.

Sverker Svensjö, överläkare och teamchef kärlikirurgi:

"Jag skulle önska ett mycket större inflytande över rekryteringen av de personer vi ska arbeta med"

Jag har hört talas om begreppen, men inte fått någon formell utbildning eller information om vad det innebär.

Spontant kan jag tycka att tillitsbaserat ledarskap hör hemma i en högspecialiserad organisation som sjukvården. Kraven för att det ska fungera är dock att chefer och ledare har en hög nivå av kunskap och kompetens kring de komplexa skeenden och frågor de ska fatta beslut om.

Det är inte alltid så, men det förekommer att ju högre upp i organisationen desto lägre är den medicinska kompetensen. Det innebär att de beslut som tas kring resurser och prioriteringar ibland inte är förankrade i högsta tillgängliga medicinska kompetens, och det kan skada tilliten.

Det är också viktigt att det finns tydliga mål kring vårt uppdrag och att



Foto: Daniel Eriksson

dess kan följas upp så att vi får kunskap om såväl styrkor som svagheter i verksamheten.

Sedan vi fick en ny verksamhetschef, som har en hög medicinsk kompetens, har det successivt blivit bättre. Detaljstyrningen har minskat och jag upplever att jag som teamchef har fått ett större mandat och handlingsutrymme. Våra åsikter inhämtas regelbundet inför större medicinska beslut.

Jag skulle dock önska ett mycket större inflytande över rekryteringen av de personer vi ska arbeta med i vårt

team, särskilt specialistsjuksköterskor inom kirurgi, operation och narkos. Det är oerhört viktigt att de har rätt kompetens och passar in i vårt team, felrekryteringar orsakar stora bekymmer.

Jag skulle också önska att vi som arbetar i verksamheten får större inflytande över hur resurser som teknisk apparatur köps in. Den här processen är både omständlig och tröttsam.

Jag ansvarar för en hög medicinsk kvalitet och det finns en tillit till att jag ska klara det uppdraget. Men jag får inte tilliten att styra över resurstilldelning och rekrytering av viktig personal till mitt team. Jag skulle verkligen önska att man från högsta ledning, divisionsnivå och uppåt, förstod det här glappet och att man gav oss tillit även när det gäller dessa delar.



Maria Annerbo, överläkare och chef för bröst-endokrinteamet:

"De som är närmast vården behöver få styra över den"

Hela systemet känns för komplext för mig. Jag upplever att det finns alltför många anställda som inte tillför något för själva kärnverksamheten.

Jag känner inte till så mycket om tillitsbaserad styrning. Men jag tror att de som är närmast vården och arbetar med patienterna behöver få styra över den.

Det finns en del arbetsmoment som jag skulle kunna delegera, som exempelvis schemaläggning och prioritering av väntelister. Risken är dock att jag lämnar över till någon som inte har koll på vad det handlar om och då blir det sämre. Det är ett komplext dilemma.

Med en stabil grundstruktur och tillräckligt med vårdplatser skulle många av mina brandsläckaruppgifter inte



Foto: Daniel Eriksson

behövas. Fler vårdplatser skulle ge mer ork och tid. Men hur får vi det? Fler undersköterskor per sjuksköterska? Jag vet inte om bättre betalt för sjuksköterskor skulle få dem att stanna. De behöver trivas och ha arbetstider som fungerar.

När det gäller vår verksamhetschef

upplever jag att mycket har blivit bättre under hans ledning. Under de månatliga teamträffarna tar han upp klinikens huvudfrågor, riktningar och problemområden. Sedan har han alltid en öppen dörr och är hela tiden tillgänglig, skulle jag säga. Dessutom arbetar han mycket kliniskt. Han finns i verksamheten, vilket är mycket viktigt för känslan av att han vet vad vi gör; både hur roligt det är när vi med kirurgi lyckas bota och hur svårt det är när vi inte lyckats.

Han vet att det inte bara handlar om timmar eller pengar, det handlar om patienter på väntelistorna. Och han vet hur tufft våra yngre kollegor har det på akuten när platsbristen aldrig ger sig.



Xydalba™

Dalbavancin 500 mg, IV

- » 1 dos Xydalba ger dina patienter
- » 2 veckor effektiv behandling genom endast en
- » 30-minuters infusion

Xydalba förenklar administreringen genom en fullständig behandling i en enda 30-minuters infusion

Indikerat för behandling av akuta bakteriella hud- och mjukdelsinfektioner (ABSSSI*) hos vuxna.

*ABSSSI, Acute Bacterial Skin and Skin Structure Infection

Produkresumé

Xydalba™ (dalbavancin) Pulver till koncentrat till infusionsvätska, lösning 500 mg ATC-kod J01XA04 Rx, EF

Indikation Xydalba är avsett för behandling av akuta bakteriella hud- och mjukdelsinfektioner (ABSSSI) hos vuxna. Hänsyn ska tas till officiella riktlinjer för lämplig användning av antibakteriella medel. **Kontraindikationer** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något av de hjälpämnen som anges i avsnitt Förteckning över hjälpämnen. Doseringsrekommenderad dos av dalbavancin till vuxna patienter med ABSSSI är 1 500 mg administrerat som en enstaka infusion eller som 1 000 mg följt av 500 mg en vecka senare. **Administreringssätt** Xydalba måste rekonstitueras och spädas ytterligare före administrering som intravenös infusion under en 30-minuters-period. Anvisningar om rekonstituering och spädning av läkemedlet före administrering finns i avsnitt Särskilda anvisningar för destruktions och övrig hantering. **Varningar och försiktighet** Dalbavancin ska administreras med försiktighet till patienter med känd överkänslighet för andra glykopeptider eftersom korsöverkänslighet kan förekomma. Om en allergisk reaktion mot Xydalba uppstår bör behandlingen avbrytas och lämplig behandling för allergisk reaktion påbörjas. Xydalba rekommenderas inte under graviditet, såvida inte den potentiella förväntade nyttan tydligt överväger den potentiella risken för fostret. **Förpackningsinformation** Pulver till koncentrat till infusionsvätska, lösning 500 mg. Vitt till blekgult pulver. 500 milligram injektionsflaska. **Innehavare av godkännande av försäljning** Allergan Pharmaceuticals International Ltd., Clonsaugh Business & Technology Park, Dublin 17, D17 E400, Irland. **Produkresumé** 10/2020.

För fullständig information hänvisas till FASS.se
Vid medicinska frågor kontakta: medicalinformation@advanzpharma.com eller Tel. 08 408 38440.

Endast för vårdpersonal.

ADVANZ

PHARMA

Lena Anttila, avdelningschef för plastikk, kärl, urologi, bröst- och endokrinologisk kirurgi:

”Jag har som avdelningschef fått ett stort handlingsutrymme och en stor frihet under ansvar”

”Tillitsbaserad styrning kan vara ett vagt begrepp och tolkas och användas på olika sätt.

Sjukvården är en komplex organisation, kontrollfunktionerna är många och då vi behöver veta att det vi gör är effektivt och rätt. Men utan tillit till medarbetare får vi ingen bra vård. Ibland kan jag känna att det finns en dubbelkontroll på allt, vilket undergräver tilliten till oss avdelningschefer.

Jag är i grunden sjuksköterska och har jobbat som chef i många år. Det har stundtals varit kämpigt, men jag har lärt mig mycket genom åren.

Som chef försöker jag att ge mina medarbetare ett stort ansvar och jag har tillit till att de vet hur uppdraget ska genomföras. Jag lägger mig inte i detaljer eller försöker styra min personal i frågor som de har kompetens för. Större beslut som rör avdelningen tar vi dock gemensamt.

Att skapa tillit i arbetsgruppen handlar mycket om att etablera en bra och trygg arbetskultur, att vi lär känna varandra, att vi vet vad alla heter och att det ges ansvar att växa med sitt uppdrag. Det skapar förtroenden och goda relationer, vilket är grunden för att bygga en tillitsbaserad verksamhet.

Vi har en gemensam värdegrund på kliniken som handlar om att se varandra, visa respekt och omtanke. Den



Foto: Henrik Hansson

ska genomsyra vår verksamhet och det tycker jag att den gör.

Verksamhetschefer som styrs av medicinska prioriteringar behöver vara läkare, i synnerhet inom opererande verksamheter. Det innebär att man som sjuksköterska inte gärna söker en sådan tjänst. Vi har på vår klinik provat en sjuksköterska på den tjänsten och det har av olika anledningar inte fungerat optimalt.

Jag upplever att min nuvarande verksamhetschef är en närvarande och synlig chef som jag och mina kollegor har stor tillit till. Jag har som avdelningschef fått ett stort handlingsutrymme att utföra mitt uppdrag och en stor frihet under ansvar, ett förtroende som jag inte vill missbruka.

Det finns dock flera hinder i vägen för att en tillitsbaserad styrning ska

fungera i praktiken, inte minst ekonomiska stuprör och ersättningsmodeller. Som så många andra har vi brist på vårdplatser och måste utlokalisera patienter. Vi har många komplicerade kirurgiska patienter att ta ansvar för, men resurserna räcker inte. Vi har långa väntetider till operation, vilket hänger ihop med den hårda ekonomiska styrningen som inte tar hänsyn till vårt uppdrag. Visst, det heter tillitsbaserad styrning, men någon ekonomisk tillit till att vi som jobbar i verksamheten vet vad som krävs för att klara vårt uppdrag ges inte.

Det finns en hel del som kan göras för att öka tilliten. Jag har som avdelningschef exempelvis inte möjlighet att rekrytera en medarbetare när exempelvis en undersköterska eller sjuksköterska har sagt upp sig. I stället för att jag som chef får tillit till att anställa en ny person på tjänsten måste jag gå vägen via verksamhetschefen som i sin tur måste gå via divisionschefen. Det är en omständlig process som kan fördröja rekryteringsprocessen med upp till ett år. Och då är risken stor att duktiga och väl lämpade kandidater hinner försvinna till andra jobb. Det här tar tyvärr mycket tid och kraft och försvårar rekryteringen avsevärt.



Lars Österlund, överläkare och teamchef för kolorektalkirurgi:

”Det finns en slagas naiv tilltro till att teoretiska begrepp ska lösa våra bekymmer”

”Jag känner inte till begreppen och spontant känner jag en stor trötthet över de nya modeorden.

Jag har arbetat på kirurgkliniken sedan 1997 och vi har haft verksamhetschefer som har kommit och gått. Sedan hösten 2020 har vi en verksamhetschef som är läkare och som förstår verksamheten och hur vi arbetar.

Vi har tidigare haft sjuksköterskor på den posten, inget fel på den yrkeskategorin, men att leda en kirurgiklinik är oerhört krävande och det fordras djup medicinsk kompetens, men också en person som kan stå upp, försvara verksamheten och slåss för resurser när det krävs. Min erfarenhet är tyvärr att sjuksköterskor i regel blir mer överkörda av andra kliniker och i viktiga ledningsbeslut, jämfört med läkare.

Vi blir allt fler i befolkningen och andelen äldre med större vårdbehov



ökar. Det rimliga vore ju att man bygger ut sjukvården, men i stället gör man tvärtom, organisationer slimmas, vårdplatser tas bort och vi förväntas arbeta snabbare och smartare. De som styr och fattar beslut har ingen verklig förståelse för vad vi gör och hur det är att arbeta på golvet. Det är inte särskilt tillitsfullt.

Jag skulle önska att vi fick ett tydligt uppdrag och att vi får inflytande över resurserna. Då skulle vi se till att lösa uppgifterna, så som vi gjorde under

pandemin. Det fungerade fantastiskt bra när vi kunde gå förbi all onödig administration och byråkrati. Vi vet hur man optimerar flöden och skapar smarta arbetssätt, men låt oss få tillit och förutsättningar för att göra det.

Vi kan avgränsa vårt uppdrag i relation till de resurser vi får. Chefer som försöker anses vara illojala och riskerar att få kicken. Det är ingen bra grund för tillitsbaserad styrning.

Det vi behöver hjälp med uppi från, förutom resurser i form av vårdplatser och vårdpersonal, är en hållbar planering som sträcker sig över många år framåt. Det har länge varit brist på sjuksköterskor. Vi saknar utbildningsplatser. Det är planeringsfrågor som måste prioriteras och lösas av politiker och rekrytering av administrativ personal”.



Kom och jobba hos oss

Vi söker dig som vill bidra med engagemang och kunskap i en utvecklande arbetsmiljö.

Kontakta Lisa Bohm - HR-specialist
072-146 54 18,
lisa.bohm@regionsormland.se
eller läs mer om tjänsterna på:

Vi söker läkare

REGION SÖRMLAND
regionsormland.se/jobbahososs

Mesalazin Orion
mesalazin
Enterotablett och suppositorium, 500 och 1000 mg

Välj ett billigt alternativ!

Mesalazin Orion – ett generiskt alternativ med låg behandlingskostnad*

- Välj aktivt vid förskrivning
- Apoteken byter inte till billigaste alternativ

*TLV:s prisdatabas mars 2022

Vid behandling av ulcerös kolit

Välj ett billigt alternativ!

Mesalazin Orion (mesalazin) Medel vid intestinala inflammationer [Rx], (F) Indikation och subvention vid: distal ulcerös kolit (proktit och proktosigmoidit) för behandling av lindriga eller måttliga akuta exacerbationer och underhållsbehandling vid remission. Vid behandling med mesalazin ska patienter med lungsjukdom, speciellt astma och/eller nedsatt njurfunktion och/eller nedsatt leverfunktion övervakas mycket noga. Hos patienter som tidigare varit överkänsliga mot sulfasalazin bör behandling med mesalazin ske under noggrann medicinsk övervakning. Försiktighet rekommenderas vid behandling av patienter med aktivt mag- eller duodenalsår. Senaste översyn av produktresumé: Enterotabletter 500 mg: 2021-10-04. Enterotabletter 1000 mg: 2021-03-05. Suppositorium 500 och 1000 mg: 2022-01-14. För priser och ytterligare information se www.fass.se.

ORION PHARMA AB
BOX 85 | 182 11 DANDERYD
ORIONPHARMA.SE

"Smarta människor kan inte beordras"

Text: Eva Nordin

Det spelar ingen roll vilket styrinstrument du än använder eftersom man endast kan leda en häst till vattnet, men inte tvinga den att dricka. Det menar Jonas Claesson, hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Örebro län.

▼ Hans förslag för en ökad tillit i svensk sjukvård är att ta bort riktade statliga bidrag och ersätta dem med generella statsbidrag, minska antalet regioner till ett par storregioner och utbilda vårdpersonal i systemtänk och förändringsledning.

Jonas Claesson är i grunden specialist i anestesi och intensivvård samt klinisk farmakologi.

– Det fanns en tid då jag sa att jag aldrig skulle arbeta med hälso- och sjukvårdsledning.

Efter sin disputation inom akut lungsvikt och respiratorbehandling, började han intressera sig för hälsans bestämningsfaktorer, eller sambanden mellan livsvillkor och hälsa: varför är det så många fattiga människor med dålig tandstatus som drabbas av blodförgiftningar?

– Det blev så tydligt för mig att hur bra jag än blev på att behandla blodförgiftningar, fanns det så många andra viktiga faktorer som jag inte kunde påverka från golvet. Det var en viktig drivkraft till att jag ville vara med och påverka hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige.

Så snart Jonas Claesson var färdig specialist i klinisk farmakologi 2010 blev han verksamhetschef för Läkemedelscentrum i Västerbotten. Efter drygt fyra år blev han erbjuden tjänsten som divisionschef för verksamhetsområde kirurgi.

– Steget från att vara chef för cirka 30 anställda till att plötsligt leda 2 500 anställda var stort. Men jag fick möjligheten att gå en väldigt bra ledarskapsutbildning vid Harvard Business School, och sedan tidigare hade jag läst

kurser i nationalekonomi, företagsekonomi och juridik. Jag såg uppdraget som en stor möjlighet, men också utmaning.

Efter två år som divisionschef och en större omorganisation blev Jonas Claesson biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Västerbotten; en tjänst han hade fram till 2019 då han tackade ja till sitt nuvarande uppdrag som hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Örebro län.

I regionen fanns sedan länge en stark önskan hos många läkare att hälso- och sjukvårdsdirektören skulle ha en visad medicinsk kompetens och kunskap inom sjukvårdsorganisation och ledning. Tillsättningen av Jonas Claesson välkomnades även av Läkarförbundet i Örebro.

Enkel ledarfilosofi

– Min ledarfilosofi är rätt enkel. Man kan inte ta smarta människor och tala om för dem vad de ska göra. Man måste ge medarbetare tillit till att på allvar och på riktigt kunna jobba med sitt uppdrag. Om de känner att de äger frågan och har möjligheter att påverka, då gör man också ett bra jobb och åstadkommer det vi har kommit överens om. Som chef behöver man släppa kontrollen över hur det exakt ska gå till, däremot kan man inte släppa kontrollen över vad som ska uppnås och i vilken riktning vi ska gå.

– I Region Örebro har vi sagt att vi vill ha en styrning där så mycket som möjligt av hur man löser frågor ska finnas hos dem som arbetar närmast patienterna.

Det som låter fint och enkelt i teorin



De riktade statliga bidragen kräver en omfattande återrapportering med massor av statistikuppgifter om tillgänglighet och förbättringar. Det här stjäl mycket av våra resurser och jag tycker förstås att det är helt gale, säger Jonas Claesson.

Foto: Håkan Risberg

kan dock vara svårare att implementera. För vilket mandat och handlingsutrymme finns det egentligen för verksamhetschefer och medarbetare på golvet med en allt hårdare policy- och kunskapsstyrning samt ekonomisk styrning?

– Jag vill påstå att vi har en väldigt stark expertdriven hälso- och sjukvård, och i en sådan organisation är det

väldigt svårt att leda och styra experter. Ibland brukar man i hälso- och sjukvårdsledningar skämta om det och säga att det inte är sällan som medarbetare på golvet informerar ledningen när de har kommit fram till vad det är man ska göra. Ofta blir inte ens ledningen informerad. Många högutbildade medarbetare i vården, inte minst disputerade läkare och forskare, upplever att

de vet bäst om vad som behöver göras och hur.

Enligt Jonas Claesson finns en omfattande oreglerad och expertdriven styrning av hälso- och sjukvården som inte utgår från ett större systemtänk.

– Jag har provat att arbeta med flera olika modeller, men det spelar ingen roll vilket styrinstrument du än använder eftersom man endast kan leda en häst till

vattnet, men inte tvinga den att dricka. Man måste börja arbeta med arbetskulturen först och utbilda medarbetare i hur man jobbar i system under förändring. Vi behöver skapa kulturer där man tänker större än den egna verksamheten, men tyvärr har vi inte rustat verksamheterna för det här systemtänket.

Fortsättning nästa uppslag >>>

"Svensk sjukvård saknar ett större systemtänk"

Bantat förvaltningarna för att ta bort stuprör

För att underlätta samverkan har Region Örebro omorganiserat hälso- och sjukvårdsförvaltningen och minskat antalet förvaltningsområden från tio till fyra. Syftet är att ta bort stuprör mellan nära vård, kommun och sjukvård och underlätta för chefer att fatta beslut.

– Tidigare krävdes det att upp till tio personer var överens för att lösa frågor i vårdkedjan runt patienterna. Nu har vi bantat förvaltningen till endast fyra områden där tre arbetar med frågor runt patienterna och ett ansvarar för forskning och utbildning. Det är mycket enklare att samverka och fatta beslut med tre personer i rummet än med tio.

Onödigt att använda modeller från industrin

För ett par år sedan var management-strategier och arbetsmodeller som exempelvis Lean och TKL (Total kvalitetsledning) i ropet (och ifrågasatta) i svensk sjukvård. Men varför hämta modeller från industrin när man kan använda en så enkel modell som PDSA-cykeln (Plan- Do-Study-Act), menar Jonas.

– Den här förbättringscykeln, som är med i alla kvalitetsböcker, måste man kunna och implementera om man ska jobba med förändringar, vilket man måste i en så kunskapsintensiv organisation som sjukvården.

– När jag var divisionschef ställde jag en fråga som engagerade alla, nämligen hur vet ni att ni levererar kvalitet? Kan man besvara den frågan och vet utfallet för patienterna vet du också vilken spetskompetens som krävs för att leverera hög kvalitet. Det skapar även kostnadseffektivitet, patientsäkerhet och i regel en bra arbetsmiljö. Vi gör



Många fler läkare borde sätta sig i chefspositioner och känna på de utmaningar vi brottas med tycker Jonas Claesson.

väldigt mycket i sjukvården i dag som leder till höga kostnader på grund av kvalitetsbrister.

Men är inte risken överhängande att tilliten skadas om man från ledningen lanserar olika begrepp, strategier och förbättringsmodeller och trycker ut dessa i organisationen i stället för att efterfråga lösningar från professionen? Många medarbetare på golvet upplever att det är svårt att jobba långsiktigt och hållbart eftersom de tvingas släcka bränder, jaga vårdplatser och ständigt brottas med bristen på resurser?

– Det finns mycket i den här problematiken som vi alla sliter med, även jag. Varje dag funderar jag över hur jag ska göra för att tillgodose de resurser som behövs för det uppdrag som ska utföras. Ta till exempel lönesättningen för sjuksköterskor. I en verksamhet kan man föreslå att lönen höjs kraftigt för sjuksköterskor med kanske 10 000 för att kunna bemanna en specifik vårdavdelning. Men jag har 2 500 sjuksköterskor i organisationen och det skulle kosta en halv miljard, pengar som inte finns i någon skattefinansierad budget.

Även om det gick att höja lönerna kvarstår dock problemet då det inte finns tillräckligt många att rekrytera.

Dessutom står svensk sjukvård inför stora pensionsavgångar och en upp och nervänd befolkningspyramid som kräver helt nya sätt att arbeta, menar Jonas.

– Vill man vara en del av den här förändringen måste man fundera över och ta ett ansvar för hur man kan arbeta annorlunda. Många fler läkare borde sätta sig i chefspositioner och känna på de utmaningar vi brottas med.

Det finns goda förutsättningar för tillitsbaserad styrning och tillitsbaserat ledarskap i svensk sjukvård, menar Jonas Claesson, även om han också ser många hinder i form av bristen på automatiserade dataöverföringar från journalsystem och bristen gemensamma vårdinformationsstöd.

– Hur många svär inte över våra IT-system och all den tid det tar att manuellt behöva mata in data till exempelvis kvalitetsregister. Dessutom, de riktade statliga bidragen kräver en omfattande återrapportering med massor av statistikuppgifter om tillgänglighet och förbättringar. Det här stjäl mycket av våra resurser och jag tycker förstås att det är helt galet.

Vill ha större regioner

För att öka tilliten i styrningen av sjukvården vill Jonas Claesson se generella statsbidrag framför riktade. Han ifrågasätter även den nuvarande förvaltningsmodellen med 21 regioner.

– Vi har haft flera utredningar med förslaget att skapa färre regioner, den här frågan måste man nu ta i på allvar. Jag tror inte på att man ska samla all hälso- och sjukvård i en myndighet, statlig styrning löser inte själva ledningsproblemet, vi har fortfarande lika många sjukhus och politiker som slåss för sina intressen. Däremot tror jag att ett par större sjukvårdsregioner på riktigt skulle kunna utjämna de olikheter och skillnader som finns mellan regionerna.

TX Academy digitala nyhetsbrev

– av experter för experter

TX Academy är ett kunskapsparaply för sjukvårdspersonal inom transplantationsområdet. Syftet med TX Academy är att göra det enkelt för dig att hålla dig uppdaterad inom din profession. Med hjälp av erkända experter erbjuder vi kongressrapporteringar, vetenskapliga uppdateringar, webbföreläsningar, m.m, och hjälper dig att ha koll på nyhetsläget.

Anmäl dig genom att scanna QR-koden med din mobiltelefon och fyll i registreringsformuläret.



Om du har frågor kring anmälan eller om TX Academy kan du skicka ett mail till info.sverige@sandoz.com.

Sandoz A/S, Edvard Thomsens Vej 14, DK-2300 Köpenhamn S, Danmark, www.sandoz.se

SANDOZ A Novartis Division

Azathioprin
1A Farma azatioprin 75mg 100mg

Azathioprin 1A Farma

azatioprin (f.d. namn Immunoprin)

är den enda azatioprin-produkten som tillhandahålls i styrkorna 75 mg och 100 mg.

Dessa styrkor gör att dina patienter kan ta färre tabletter för att nå sin dosering (1-4* mg/kg kroppsvikt beroende på indikation).



OBS! Azathioprin 1A Farma 75 mg och 100 mg är inte utbytbara mot andra styrkor av azatioprin. För att patienten ska få styrkorna 75 mg och/eller 100 mg expedierat krävs ett aktivt val vid förskrivning.

*Dosen ska justeras efter kliniskt svar (vilket kanske inte ses förrän efter veckor eller månader) och hematologisk tolerans. När det terapeutiska svaret är uppenbart bör det övervägas att minska underhållsdosen till lägsta möjliga som är förenlig med upprätthållen respons.¹

Ref: 1. SPC för Azathioprin 1A Farma.

Förkortad förskrivningsinformation, för ytterligare information se SPC på www.fass.se.
Azathioprin 1A Farma (azatioprin) ATC kod L04AX01, immunsuppressiva medel.
Förpackningar: Filmdragerad tablett 75 mg och 100 mg, förpackningsstorlek 100 st. tabletter. (Rx/F). **Indikationer:** Azathioprin 1A Farma är indicerat i kombination med andra immunsuppressiva ämnen som profylax mot transplantatavstötning hos patienter som fått allogena njure-, lever-, hjärt-, lung- eller pankreastransplantat. Svår, aktiv reumatoid artrit som inte kan kontrolleras med mindre toxiska substanser (sjukdomsmodifierande antireumatiska läkemedel, DMARD), svår eller måttligt svår inflammatorisk tarmsjukdom (Crohns sjukdom eller Ulcerös colit), systemisk lupus erythematosus, dermatomyositis och polymyositis, autoimmun kronisk aktiv hepatit, polyarteritis nodosa, autoimmun hemolytisk anemi, kronisk refraktär idiopatisk trombocytopen purpura. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen azatioprin, 6-merkaptopurin (metabolit av azatioprin) eller mot något av hjälpämnena, svåra infektioner, svårt nedsatt lever- eller benmärgsfunktion, pankreatit, alla levande vacciner, särskilt BCG, smittkoppor, gula febern, graviditet om inte nyttan överväger riskerna (se avsnitt Fertilitet, graviditet och amning). **Varningar och försiktighet:** Det finns möjliga risker med behandling av Azathioprin 1A Farma filmdragerade tabletter. De ska därför inte förskrivas om inte patienten kan kontrolleras på lämpligt sätt för toxiska effekter under behandlingstiden. Under de första åtta behandlingsveckorna ska en komplett blodstatus, inklusive blodplättar, tas minst en gång i veckan. För aktuella priser se www.fass.se eller www.tlv.se Datum för senaste översyn av produktresumén 2021-08-26.

Sandoz A/S, Edvard Thomsens Vej 14, DK-2300 Köpenhamn S, Danmark, www.sandoz.se

SANDOZ A Novartis Division

Västra Götaland

”Man vill ha allt, men vill inte resurssätta det på något sätt”

Text: Anna Sofia Dahl

Mindre, men bättre styrning – det är vad Lars-Magnus Andersson önskar sig. Men framför allt tror han att de problem som finns på betydligt högre nivå först måste lösas för att man ska kunna implementera tillitsbaserad styrning.

▼ Lars-Magnus Andersson har varit verksamhetschef för infektion vid Östra sjukhuset i Göteborg sedan 2013. Under de år som passerat har han snarare sett en ökning av detaljstyrning än det motsatta – åtminstone om man syftar på att rapportera mått från patientmötet uppåt i organisationen.

För samtidigt som tillgången till data ökar är det enligt Lars-Magnus Andersson oerhört viktigt att man på varje nivå i organisationen reflekterar över vad är det för parametrar som man ska reagera på och inte.

– Problemet när man implementerar styrning är att man hittar på mått som inte är validerade.

Att tekniken har gjort det möjligt att följa olika mått, inte bara i det team som tar hand om patienten utan även längre upp på regionledningsnivå och nationell nivå, gör helt enkelt att det krävs eftertanke för att inte hamna snett.

– Man har inte reflekterat över om det verkligen gör nytta. Det är väldigt få mått som gör det, men man blir

väldigt entusiastisk över att se möjligheterna. Regionen behöver kanske veta att vi ligger bra till, men det räcker så. Man får absolut inte detaljstyra mer än det.

Han menar också att lösningen för en verksamhet som inte lever upp till de mål som är satta ligger någon annanstans än i just mätningen.

– Om du har ledningsstruktur eller ett uppdrag som inte stämmer med resurserna så hjälper det inte hur mycket du mäter, det kommer aldrig att bli bättre. Antingen är det ett reellt problem som går att rätta till i anpassning av uppdrag eller resurserna, eller så får du byta ut de som leder. Den typen av tydlighet tycker jag saknas.

Just avsaknaden av tydlighet och transparens är något som Lars-Magnus Andersson ofta återkommer till. Framförallt, menar han, när det gäller prioriteringar och vad man som svensk medborgare kan förvänta sig av den skattefinansierade sjukvården.

– Man vill ha allt, men man vill inte resurssätta det på något sätt. Sen säger man att det är verksamhetschefens ansvar. Jag kan å andra sidan säga att jag inte har resurser för hela uppdraget och att jag tolkar hälso- och sjukvårdslagen utifrån de som har störst behov. Effekten blir att det andra får bli i kö, säger han och fortsätter:

– Eftersom regionerna tar ut sin skatt och de ogärna vill höja skattesatsen i



De problem som finns på högre nivå måste först lösas om det ska gå att implementera tillitsbaserad styrning, menar verksamhetschefen Lars-Magnus Andersson

onödan bygger man in en konflikt. Nationella myndigheter anser att vi behöver erbjuda vård av högre kvalitet, medan regionerna vill hålla nere sitt skattetryck. Det gör att hela systemet blir underfinansierat.

Han menar att det som kan irritera honom, som är utsatt att utföra sjukvården, är att det pågår någon slags katt-och-rätta-lek mellan den centrala statliga förvaltningen och regionerna, som egentligen har ansvaret.

Först efter att prioriterings- och resurs-

sättningsfrågorna är hanterade tror han att man kan börja prata om tillitsbaserad styrning på verksamhetsnivå på allvar. Åtminstone måste det göras innan man kan lösa de problem som enskilda patienter, medarbetare eller medborgare upplever, menar han.

– Om vi vill ha samma erbjudande i hela landet behöver vi en struktur som kan leverera det. Sen behöver man resurssätta den på ett sätt så att man har hög kvalitet. Då kan man tillämpa det som man kan kalla tillitsbaserad styrning.

Och då ser han det som att man i organisationen ska ge ”vader”, men inte ”huret”.

– Jag skulle vilja ha mindre, men bättre styrning. Det försöker jag själv tillämpa – att vi pratar om uppgiften, vad är det vi ska göra och vad som är viktigt – men jag ger enhetscheferna så mycket friheter det går för att lösa den uppgiften. Sen följer vi upp och om allt går bra kollar vi inte mer än så.

Han menar att det viktigaste för honom är att han vet att enheterna har rätt personer anställda och att det finns en mix av erfaren och oerfaren personal. Hans uppgift blir då snarare att stödja enheterna att kunna rekrytera personer med rätt kompetens.

– När de väl har dem är det deras uppgift att ha rutiner och arbetssätt så att patienterna får rätt behandling. I princip ska jag inte lägga mig i detaljerna hur det går till.

Lars-Magnus Andersson påpekar

också att hälso- och sjukvårdslagen är skriven så att verksamhetschefen har det samlade ansvaret för verksamheten, och att ett större ansvar och en större frihet än så inte finns.

– Det finns en dålig förståelse för att lagen faktiskt är skriven så. Som verksamhetschef har jag hela ansvaret och mandatet. Om det kommer en riktlinje från en myndighet måste vi följa den, men i övrigt har jag att tolka hälso- och sjukvårdslagen och använda de resurser jag

har precis så som jag, tillsammans med mina medarbetare, tycker det är lämpligt utifrån de behov som finns. Men man har skapat en organisation där det här är lite ottydligt.

Om man tar frågan ett steg vidare innebär hälso- och sjukvårdslagen att den kan tolkas på varje nivå i organisationen. Det leder i sin tur, enligt Lars-Magnus Andersson, till att man måste fundera på om dagens system innehåller för många utförare för att en jämlik vård över hela landet ska vara möjlig.

– Vill man ha större likhet måste man göra så som i Danmark. Det vill säga att man minskar antalet regioner, tar bort beskattningsrätten i regionerna, istället lägger den centralt och är väldigt tydlig med vad samhället erbjuder.

– Men man måste också komma ihåg att ingen aktör har onda avsikter i detta, alla vill göra bra och förbättra. Men man har skapat ett system som är så rörigt att ingen förstår hur det går till.

Lars-Magnus Andersson om...



... myndigheternas professionella kompetens:

”Myndigheternas professionella kompetens och interna expertkompetens har blivit sämre och myndigheternas delaktighet i styrningen har blivit svagare.

Myndigheterna har också blivit för stora och man behöver bryta ut till exempel sjukvård för att det ska bli en ändamålsenlig styrning. Man behöver också ha fler interna experter, så att vi vet vilka experter det är som ger myndigheten råd. Det måste vara transparent, så att man kan ställa dem till svars.”

... det dåliga engagemanget i regionvalet:

”Man skulle komma en bra bit på väg om man kunde få alla medborgare att engagerade sig i regionvalet, så att man förstärker orsaken till att man har en undermålig ortopedi i region x kanske beror på att regionen har tagit ut för lite skatt eller inte satsar på det. Om folk engagerar sig i regionvalet kanske det kan leda till en reform av systemet. Det finns goda exempel i både Norge och Danmark som man kan ta det bästa från för att få ett mer jämlikt system.”

... administration och uppgifter utanför kärnverksamheten:

”Om du tittar på en vanlig medarbetare så är den dokumentation som görs i huvudsak patientrelaterad. Det är klart att den kan optimeras och att det sker en överdokumentation, men om man jobbar med det så kan man komprimera ner det.

Det som vi inte upplever som meningsfullt för oss är när nästa nivå vill ha en massa uppgifter. Den typen av kontroll och administration upplever vi som icke ändamålsenlig. När man ovanpå kärnverksamheten lägger en massa projekt med goda ansatser som delvis kommer från professionen – exempelvis ”ni som ändå träffar patienterna kan väl se om vuxna använder för mycket cigaretter” – gör det att vi tappar fokus. Vi anser inte att det är vår huvuduppgift, även om tanken är god och på samhällsnivå för de här individerna på lång sikt kommer att förebygga ohälsa. I akutsjukvården eller akut primärvård blir det en pålaga som är svårt att avgränsa och som gör att det upplevs som stressande. Jag tror att man behöver tänka efter vad det är för uppgifter man lägger på akutsjukvården och primärvården.

Vill samhället arbeta med livsstilsfaktorer, minska sjukligheten allmänt eller införa screeningprogram så måste det göras i en annan form som är separat. Vill man jobba med en antirökkampanj eller screening för vuxna får man kalla medborgarna dit. Annars kommer uppgiften att vara för vid. Ett sådant projekt gör inget, men åtta ovanpå kärnuppdraget upplevs som stress.”

Västra Götaland

Ann-Marie Wennberg Larkö, sjukhusdirektör för Sahlgrenska universitetssjukhuset:



Styrmodeller som passerat genom åren har snarare stjälp än hjälpt sjukvården

Jag skulle vilja sätta ett måltal på administrationen – halvera den

Text: Anna Sofia Dahl

Ann-Marie Wennberg Larkö är ett känt ansikte i den svenska sjukvårdsvärlden. Inte enbart i rollen som sjukhusdirektör för Sahlgrenska universitetssjukhuset, utan också som ordförande för Nationella Vårdkompetensrådet. I grunden är hon hudläkare och professor i dermatologi och venerologi vid Sahlgrenska akademien. Vad tänker hon om tillitsbaserad styrning?

▼ – Jag vill säga att det är så vi arbetar och har arbetat hela tiden. Även om det kan finnas olika åsikter om det, så är det min och vår ambition.

I Ann-Marie Wennberg Larkös ögon har tillit i mångt och mycket varit en del i hur sjukvården fungerat även tidigare, men nu har man klistrat en etikett på det.

Hon menar också att olika styrmodeller som passerat genom åren snarare har stjälp än hjälpt sjukvården och att det har funnits ”en klåfingrighet runt hur svensk sjukvård ska styras”.

För att lyckas gå från detaljstyrning till tillitsstyrning tror hon att det bland annat handlar om att vara tydlig med uppdrag och ramar. Att ha övergripande mål som alla känner till och kan jobba mot.

– Jag ser det som en tavla där vi i ledningen är med och fixar ramen, men vi lägger oss inte i hur du målar eller på vilket sätt du målar.

En annan viktig del, menar hon, är närvarande och synliga chefer.

– Det är A och O. Jag ser det själv som ett av mina viktigaste uppdrag, att träffa medarbetare för att prata om både glädjemen och problem. Det är farligt att hamna på en molnfri höjd och tro att man har svaret på alla frågor.

Sjukhusledningen måste därför, enligt Ann-Marie Wennberg Larkö, skapa goda förutsättningar för chefer på samtliga nivåer. En del i det arbetet handlar om de strukturella förutsättningarna, det vill säga att det finns bra support och stödfunktioner runt verksamhetscheferna.

– Det handlar också om att släppa på kontrollen från ledningens sida. Man kanske inte ska börja i det stora, utan snarare börja med att ta vissa steg och sen hjälpas åt att ta det vidare.

Förhoppningen är att tillitsstyrning

ska locka fler att vilja bli verksamhetschef.

– Många i verksamheterna efterfrågar det här – man menar att det är väldigt mycket skyldigheter, men inte så mycket möjligheter och befogenheter. Det finns många som vill vara med och påverka, men vi måste ge bra förutsättningar för att göra det arbetet, säger Ann-Marie Wennberg Larkö, som även påpekar att ersättningssystemen måste främja utvecklingen mot en mer tillitsbaserad vård.

Samtidigt poängterar hon att det inte handlar om att gå från 0 till 100. Att mycket idag är välfungerande och att det är viktigt att inte tappa bort det – snarare ta avstamp i det.

– Det finns så många goda exempel som måste lyftas fram och det är viktigt att man är öppen för att lära av dem, säger hon och nämner att man på Sahlgrenska universitetssjukhuset har en hel kvalitetsavdelning i just det syftet.



Vi har under pandemin fått bekräftat att kunskapen om sjukvården, förändringsarbete och att utveckla sjukvården finns hos våra medarbetare – i verksamheten, i verkligheten. Det är något som vi som är med och leder och styr sjukvården måste ha stor respekt för och förstå.



Hon påpekar också att Sverige är ett litet land och att det finns mycket att vinna på att samverka både inom regionerna och nationellt, men också genom att lyfta blicken utanför landets gränser.

– Ibland tycker vi att vi kan allt bäst här i Sverige, men det finns bra saker som görs i andra länder och det är viktigt att ha med sig.

Än har man dock inte nått hela vägen fram på resan från detaljstyrning till tillitsstyrning på Sahlgrenska universitetssjukhuset, medger Ann-Marie Wennberg Larkö.

– Det gäller att leva som man lär, det är alltid det svåraste. Vi har lätt att sätta upp handlingsplaner eller likande och vi får hela tiden påminna oss om att hålla klåfingrigheten i styr.

I det avseendet har de senaste två åren fört med sig något gott, menar hon.

– Vi har under pandemin fått bekräftat att kunskapen om sjukvården, förändringsarbete och att utveckla sjukvården finns hos våra medarbetare – i verksamheten, i verkligheten. Det är något som vi som är med och leder och styr sjukvården måste ha stor respekt för och förstå.

När det kommer till pandemin och vilka lärdomar den har fört med sig pekar hon också på hur sjukvården fungerade när många administrativa delar lades åt sidan till förmån för kärnverksamheten. Och just administration, eller mer specifikt överadministration, är något som Ann-Marie Wennberg Larkö ofta återkommer till.

– Jag skulle vilja sätta ett måltal på administrationen – halvera den. Det man gjorde under pandemin var att man helt enkelt tog bort stora delar och då kunde fokusera. Väldigt mycket kan man strunta i.

Vad det mer konkret kan handla om beror givetvis på vilken verksamhet det

gäller, men Ann-Marie Wennberg Larkö nämner krångliga it-system som stjälp eller att bli kallad till möten ”i tid och otid” som två exempel.

– Vi som chefer får också titta på oss själva. Vad är vi med och lägger ut? Där måste vi vara självkritiska på alla olika nivåer.

Så även professionen i frågan om hur mycket man dokumenterar, menar hon.

– Vi vet att man dokumenterar i journalen både dubbelt, trippelt och ibland kvadrupelt. Det måste man också titta på, vad är viktigt att ha med i en journal?

Hur ser då Ann-Marie Wennberg Larkö på relationen mellan politiker och tjänstepersoner i fråga om hälso- och sjukvårdens styrning? Framför allt tycker hon att ömsesidig respekt för varandras roller är en väsentlig del. Också att politikerna behöver ha kunskap om hälso- och sjukvård, och att det är högt i tak i dialogen.

– Vi måste försöka hjälpas åt så att vi verkligen litar på professionerna och ger handlingsutrymme till de som möter patienterna. Det behöver öka, säger hon och fortsätter:

– Samtidigt har vi och medarbetarna en viktig uppgift i tilliten som handlar om att ge tillbaka. Och jag tycker att pandemin var och är ett enda stort kvitto på hur fint hälso- och sjukvårdens arbete är.

Västra Götaland

Gustaf Josefsons slutsats efter ett och ett halvt år som ordförande:

Mål och uppdrag måste formuleras bättre

Text: Anna Sofia Dahl

I Västra Götalandsregionen ska man gå från detaljstyrning till tillitsstyrning av hälso- och sjukvården. Men hur omsätter man det politiska målet i praktiken? En inte helt lätt uppgift menar Gustaf Josefson (m), som i september 2020 tillträdde som ordförande för Sahlgrenska universitetssjukhusets styrelse.

▼ – Det är lätt att säga att man ska införa tillitsbaserad styrning, men det är klart att man inte kan driva det på något annat sätt än att man har tillit. Förr pratade man om värdegrund – och alla har ju en värdegrund, oavsett om man vill eller inte. Vissa arbetar med den och förstår den, medan andra är floskler.

För att lära känna verksamheterna i den enorma organisation som sträcker ut sig under Sahlgrenska universitetssjukhuset ägnade Gustaf Josefson delar av våren och hösten i fjol åt att träffa samtliga verksamhetschefer. En resa med en ”extremt brant inlärningskurva”.

– De bilder som vi får till oss i styrelsen är alltid övergripande och det är svårt att dra någon slutsats om behoven ute i de olika verksamheterna. Drar vi rätt slutsats på den aggregerade nivån när det skiljer sig så mycket i de olika verksamheterna? Jag kände ett behov av att förstå det där.

Nu, när alla samtal är förda, upplever han att framför allt ett tydligt önskemål framträder: att mål och uppdrag formuleras på ett bättre sätt.



– Att vi ska vara Sveriges ledande akutsjukhus betyder ju en sak för mig, en annan för sjukhusdirektören och en tredje för verksamhetschefen. Det är inget fel på målet i sig, men man behöver vara ännu mer tydlig så att förutsättning-

arna för en verksamhetschef att planera sin verksamhet blir tydliga.

Enligt Gustaf Josefson handlar mycket om att hitta rätt nivå i styrningen. Att komma fram till vad man lägger i begreppet och att sen våga lita på det. För på en övergripande nivå är alla för tillitsbaserad styrning, menar han.

– Samtidigt har vi stora utredningar om normerad bemanning av vårdplatser, till exempel. Å ena sidan säger vi att verksamhetscheferna själva får bestämma, å andra sidan säger vi att de måste ha ett visst antal medarbetare per vårdplats. Vad händer då med mandatet på vägen?

Han tar diskussionen om basschema som ett annat exempel. Även där är verksamhetscheferna de som har ekonomiansvaret och uppdraget, och som vet hur pusslet ska läggas. Att då pressa in alla i samma mall, även om någon verksamhet gynnas av en flexibilitet i schemaläggningen, sänder fel signaler.

– Återigen, på en aggregerad nivå kanske det kan ge något, men är det värt att man har gjort det sämre någonstans för att det blir bättre för helheten? Då är det både detaljstyrning och tillitsstyrning. Jag tycker inte att man kan göra båda två – det går inte ihop.

Den andra delen som Gustaf Josefson framhåller är vikten av att tydliggöra och konkretisera uppdraget så mycket att bilden blir den samma genom hela organisationen.

– Om man inte följer och litar på det man har sagt är det lätt att hitta på andra grejer. Om siffrorna inte går åt rätt håll till exempel, blir det top-down eftersom det går snabbare. Men hur blir genomförandet? Kanske inte jättebra. Och vad tyckte alla verksamhetschefer

som fick ta emot det här? De kanske inte kände sig superdelaktiga.

Han är tydlig med att det inte är menat som kritik mot sjukhusledningen, som enligt honom gör ett jättebra jobb i att ta och driva frågor framåt.

– Men det här tar tid och jättemycket energi för att det ska bli bra – kanske ännu mer i en så här stor verksamhet. Den stora utmaningen är att hitta rätt nivå och lita på att de förutsättningar man ger löser de problem man har.

Gustaf Josefson menar att det inom politiken ibland finns en naivitet – ”Varför bestämmer vi inte bara det här?” – där tjänstepersonernas exekutiva roll inte uppmärksammas tillräckligt mycket.

– Det ligger ett stort ansvar på politikerna att vara genomtänkta och tydliga i vad som avses när man fattar beslut. Man pratar mycket om strategi och de stora frågorna. Sen pratar man om uppföljning, men då har man missat tre eller fyra steg däremellan. Man måste bryta ner, planera verksamheten och anpassa organisationen för att det ska bli bra.

Vilka mål ska då Sahlgrenska universitetssjukhuset ha? Första steget är enligt Gustaf Josefson att gå igenom och titta på de uppdrag som kommer från fullmäktige.

– Vad är det vi ska göra med sjukvården? Vad ligger hos oss och vad måste vi följa? Har man landat i det arbetet kan man sen börja titta på vilka saker man ska följa upp på övergripande nivå.

Idag har Sahlgrenska universitetssjukhuset tre övergripande mål – en akutsjukvård i toppklass, att skapa värde för patienten och att vara landets ledande universitetssjukhus.

– Det är mål som jag tycker är bra, och hellre än att byta ut och hitta nya ska vi arbeta med att utveckla och konkretisera dem, säger Gustaf Josefson.

Alla är dock överens om att detaljstyrning är dåligt, speciellt i en högkompetent verksamhet, menar han.

– Men då kräver det att man har ett väldigt tydligt uppdrag formulerat från ledningen. Om det är satt för allmänt eller brett finns det utrymme för allmän tolkning. Och då kanske det blir en

uppföljning som inte är relevant i förhållande till de mål som du satt upp.

En konkret väg mot tillitsstyrning som man från SU:s styrelse valt är de ekonomiska styrprinciper som man beslutade om i oktober 2020. Kortfattat innebär de att det sker en resultatöverföring från ett år till nästa – eller med andra ord: om verksamheten klarar budgeten får de ta med överskottet in i nästa år.

– Det är ett konkret sätt att ge verksamhetscheferna mer mandat att styra verksamheterna. Det är inte hela lösningen, men jag tror att det är ett viktigt steg för att man ska känna att man har ett ansvar.

Samtidigt kommer de nya principerna att innebära att även den verksamhet som går med underskott får ta med sig det resultatet in i nästa år.

– Så blir det ju. Om vi på SU gör ett underskott ska vi återställa det på tre år, så det gäller att ligga före – men då ska man ha tillräckligt schyssta förutsättningar för att kunna göra det.

Han menar att verksamheter som trots rådighet ändå går med minus ska analyseras i varje enskilt fall. Behöver förutsättningarna förändras?

– Vi har inte haft med det här resonemanget tidigare, man har inte haft några drivkrafter att hålla sin budget – förutom att man ska göra det. Men vi behöver börja jobba med det här i den konkreta delen.

Samtalen med verksamhetscheferna har dock även bjudit på andra insikter om hur verkligheten ser ut.

– I mina samtal har jag uppfattat att budget och uppdrag inte alltid stämmer överens. Den medicinska utvecklingen går helt enkelt snabbare än uppdatering av ekonomiska ramar. På några år förändras patientgrupper och behandlingsmetoder, men det kan vara en ganska marginell justering av budget. Märk väl att det går åt båda håll, vissa verksamheter får positiva effekter av detta, men inte för att arbetssätt eller andra metoder förändrats eller rationaliserats.

Än är det för tidigt att se och utvärdera utfallet, men en sak är Gustaf Josefson redan säker på: det kommer att ställas ännu högre krav på verksamhetscheferna.

– Det faller ett stort ansvar på ledarskapet och verksamhetscheferna och jag upplever att de vill ta det ansvaret. Samtidigt måste intäkterna upplevas som transparenta – det här är vad vi ska göra och det här är vad vi ska driva. Om man bara pratar om ett antal tusen DRG-poäng så blir det väldigt godtyckligt.

En annan sak som Gustaf Josefson tänkt en del på är att hur mycket tid som läggs på att prata om risker. Och även om det är en viktig del i arbetet, menar han att det perspektivet får

Resultatöverföring ska öka verksamhetschefernas möjlighet att styra

betydligt mer fokus jämfört med målstyrning och framåtriktad styrning.

– I mina ögon blir essensen att det är viktigare att inte göra fel än att vi går åt något håll. Problemet för verksamheterna är att det blir otydligt – de tolkar sina uppdrag och får svårt att prioritera om de inte vet vad som är önskan framåt.

– De gör ett jättebra jobb för att försöka sträcka sina verksamheter till att omfatta så mycket de bara kan eftersom ”allt är prioriterat”, men konsekvensen blir att de inte får ihop budgeten till exempel. Det här är en mycket större orsak än vad som kanske framgår om man bara tittar på siffror.

Därför, menar han, är det styrelsens uppgift att förtydliga de övergripande målen och riktningen. Samtidigt som det är viktigt att inte sätta för operativa uppdrag, som gör att verksamheterna och de mandat som finns där kringskärs.

– Det är lättare att skriva den där powerpointen, men då får man ingen delaktighet. Och sen undrar man varför det inte går åt rätt håll i verksamheten. Det är klart att det är ett stort arbete, men det är ett jobb som måste göras om man vill få sin strategi följd. Man blir heller aldrig riktigt klar med det jobbet eftersom gränserna hela tiden flyttas fram, och det är en viktig insikt att ha med sig.

Hur ser det då ut i landet?

Sjukhusläkaren har pejlat läget

Hur tänker beslutsfattare på sjukhusen?
Vi ställde fyra frågor

- 1) Finns det något beslut om att ni ska tillämpa tillitsbaserad styrning?
- 2) Har ni implementerat tillitsbaserad styrning på ert sjukhus?
- 3) Om, ja, hur långt har ni kommit i det arbetet? Kan du ge konkreta exempel på detta?
- 4) Vilka utmaningar ser du med att implementera tillitsbaserad styrning?

Text: **Kristina Wallin**

Carolina Samuelsson,
sjukhuschef Hallands sjukhus



Jag tror på tillitsbaserad styrning på alla nivåer, men jag värjer mig inför tanken att detta är något man kan besluta om

- 1) Tillit att få ansvar, mandat och handlingsfrihet är något man förtjänar. Det handlar om att skapa en kultur där många känner ansvar för den gemensamma uppgiften och förstår vad vi förväntas uppnå tillsammans.
- 2) Min ambition är att vi ska lägga så mycket ansvar så långt ner i organisationen som möjligt. Jag är nog med att inte ta beslut som inte måste tas av just mig. Vi strävar efter att utveckling och förändring alltid ska föregås av dialog och noggrann beredning.
- 3) Det var idéer och behov underifrån

som satte igång tankearbetet när vi förra året skapade en ny klinik och när vi i dag jobbar med att reducera inskrivningar och främja utskrivningar genom bättre samarbete med kommunerna. Dessutom arbetar vi så i en pågående förändring där vi sammanför olika verksamheter, enligt en logik som vi tror gagnar patienterna bättre.

4) Få, för när det funkar blir det mycket lättare att nå dit vi behöver ta oss. Generellt tycker jag att det fattas alldeles för många ogenomtänkta beslut inom hälso- och sjukvården, och då blir de ofta svåra eller omöjliga att genomföra.

Richard Frobell, sjukhuschef
Ängelholms sjukhus



- 1) Något beslut finns inte, men det finns en ambition att ledarskapet i vår organisation ska präglas av tillit och förtroende.
- 2) Inte i konceptuell mening, men vi

samtalar mycket kring ett ledarskap där vi litar på varandra och förtroende för chefer och medarbetare.

3) Vi har haft dessa diskussioner under heldagsaktiviteter med alla chefer på sjukhuset och uppföljande samtal planeras.

4) Det är en kulturell resa som måste göras där historik är en viktig faktor. För att lyckas måste vi chefer visa att vi litar på varandra och våra medarbetare. Samtidigt är det viktigt att förmedla att tillit också är starkt förknippat med både rättigheter och skyldigheter.

Cathrine Malmqvist,
sjukhuschef Visby sjukhus



- 1) Hela Region Gotland arbetar för att bli en mer tillitsbaserad region och för att beslut fattas så nära verksamheten som möjligt.
- 2) Vi arbetar aktivt för ökad transparens och tillit, samt att flytta

ut beslutsfattandet i verksamheten.

- 3) Vi har bland annat sett över delegationsordning så att verksamheten får mandat att fatta fler egna beslut.
- 4) Samtidigt som man ger mandat behöver vi ge förutsättningar till dem som ska fatta beslut och leda till exempel i form av utbildning, plus info om lagar och regler.

Lena Henning, HR- och kommunikationsdirektör,
Danderyds sjukhus



En utmaning är att konkretisera denna styrfilosofi och göra den greppbar för hela organisationen

- 1) Med inspiration från tillitsdelegationen har vår styrning utvecklats alltmer i den riktningen, men inget formellt beslut har fattats.
- 2) Till stora delar har vi länge tillämpat tillitsdelegationens sju vägledande principer.
- 3) Vi arbetar efter en styrmodell, som till stor del är tillitsbaserad, när det gäller tillit, helhetssyn, handlingsutrymme, stöd och öppenhet. Patienternas behov och möjligheter sätts i centrum av vården. Vi arbetar efter kompetensstegar, där kontinuerligt lärande står i fokus och där medarbetarna utvecklas och tar utökat ansvar i sina respektive roller.
- 4) En utmaning är att konkretisera denna styrfilosofi och göra styrningen greppbar för organisationen.

Stefan Franzén, medicinsk direktör
Region Östergötland



Vi har en konsultfirma som hjälper oss med vårt uppdrag

- 1) Vi har ett tjänstemannabeslut från regiondirektören från 2021. Vi har en konsultfirma som hjälper oss med vårt ledningsgruppsstöd.
- 2) Vi har inte kommit så långt än, men det finns chefer som arbetar efter de principerna.
- 3) Även om vi alltså inte startat officiellt så tycker jag att pandemin fört med sig att man varit tvungen att lita på att de anställda kunnat ta egna beslut i högre grad än tidigare.
- 4) Alla har inte förmåga att känna tillit, man måste ta med i beräkningen att alla är olika. Dessutom är vi chefer ofta uppvuxna med en annan mentalitet, där auktoriteten är viktig, vilket kan göra det svårare.

Göran Örnung, divisionschef medicin,
Östersunds sjukhus



- 1) Vi har en pågående diskussion om detta, men inget beslut taget.

Det finns en övertygelse inom ledningen att detta är den mest självklara strategin.

- 2) Nej, långt ifrån, men vi ska dit nu. Det handlar om att bygga en ny kultur.
- 4) Ju större kontrollbehov en person har, ju svårare blir det att ge upp den gamla modellen. Vana och slentrian är stora bovar i detta. Sedan är det viktigt att vara övertydlig, annars kanske var och en fattar på sitt sätt och då fungerar det inte. Om jag säger häst kanske en tänker på sjöhäst, en annan på flodhäst och en tredje på travhäst.

Birgitta Eklöf Friberg, hälso- och sjukvårdschef,
region Blekinge



Vi har haft en föreläsning på en chefsdag, men ingen konkret implementering

- 1) Nej, något formellt beslut finns inte. Däremot står det i hälso- och sjukvårdens verksamhetsplan att det organisation som skapades 2019 hade som syfte att skapa förutsättningarna för tillitsbaserad ledning och styrning.
- 2) Nej, vi har haft föreläsning på en chefsdag och dialog kring tillitsbaserad styrning, men ingen konkret implementering.
- 4) Som i alla utvecklingsprocesser är det viktigt med information, delaktighet, implementeringsplan, samt hålla i och hålla ut.

Fortsättning nästa uppslag >>>

Jonas Lindeberg, regionråd
med ansvar för sjukvård, Sörmland

1) Vi har inget politiskt beslut på principnivå och vi planerar inte att ta ett sådant.

2) Även om det inte finns ett beslut, så används det i praktiken. Vi pratar mycket om det.

3) Det är inte längre regionen som bestämmer hur många vårdplatser som ska finnas, utan det bestämmer verksamheterna själva. Pandemin har också blivit ett bra exempel på tillitsbaserad styrning i praktiken. Professionen fick en viktig roll när det gäller att ta beslut.

4) Det kan bli målkonflikter, till exempel när man ska göra horisontell prioritering och avväga olika verksamheters behov mot varandra.

Mikael Bergenheim, chef
för område slutenvård, Värmland

1) Nej, vi har inget formellt beslut.

2) Vi jobbar enligt de principerna, även om det inte finns ett specifikt beslut.

3) Våra verksamhetsnära chefer utreder vilka behov som finns, och skapar sedan grupper som diskuterar frågan och tar fram förslag som ledningsgruppen tittar på. Den som varit ansvarig för gruppen arbete förklarar hur man tänkt och arbetat med frågan.

4) Jag ser inga svårigheter direkt. Det enda kan vara att se till att alla som vill vara delaktiga verkligen blir det. Det är ju också ett individuellt ansvar, att säga till att man vill vara med, trots att man har mycket att göra.

Martin Rösman, sjukhusdirektör,
Sjukhusen i Väster

1) Västra Götalandsregionen har sedan tidigare en gemensam organisationskultur som grundar sig på tillit.

2) Vi ser inte detta som ett implementeringsprojekt, utan som ett ständigt arbete med att utveckla ledarskapet och medarbetarskapet på våra sjukhus.

3) Inom Sjukhusen i Väster har vi tydliggjort att vårt ledarskap och uppdrag ska utgå från patienters och invånares behov, samt att vi gemensamt tar ansvar för helheten, något som tydliggörs i uppdragsbeskrivningarna för verksamhetschefer och första linjens chefer.

4) Vi behöver skapa trygghet i att nyttja mandatet man har ute i verksamheten, för de är oftast större än de uppfattas.

OM DET GÄLLDE DIG SJÄLV, VAD SKULLE DU SKRIVA UT DÅ?

Eliquis[®] – för både behandling och profylax av djup ventrombos/lungemboli:

- Vid behandling av akut DVT och LE uppvisade Eliquis[®] signifikant **färre allvarliga blödningar** och **jämförbar effekt** mot enoxaparin/warfarin^{1*}
- Vid profylax av recidiverande DVT och LE uppvisade Eliquis[®] signifikant **bättre effekt** och **jämförbart antal allvarliga blödningar** mot placebo^{1#}

* Behandling: Allvarlig blödning p<0,0001. Effekt på återkommande VTE/VTE-relaterad död p<0,0001 för non-inferiority.

Profylax: Effekt på återkommande VTE/död oavsett orsak p<0,0001. Allvarlig blödning ej statistisk skillnad.

Referens: 1. Produktresumé för Eliquis[®]



Eliquis[®] (apixaban) Rx. F, B01AF02, Filmraderade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikation Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungemboli (LE), Förbyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna. Eliquis är kontraindicerat vid: 1. Pågående kliniskt signifikant blödning. 2. Leversjukdom associerad med koagulationsrubbning och kliniskt relevant blödningsrisk. 3. Händelse eller tillstånd som bedöms som en betydande riskfaktor för större blödning. 4. Samtidig behandling med något annat antikoagulantium såsom ofraktionerat heparin (UFH), lågmolekylärt heparin, heparinderivat, orala antikoagulantia förutom vid särskilda omständigheter under byte av antikoagulationsbehandling, då UFH ges i doser nödvändiga för att bibehålla en central ven- eller artärkateter öppen eller då UFH ges under kateterablation för förmaksflimmer. Eliquis rekommenderas ej till patienter med CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys, med hjärklaffprotes eller till patienter med befintlig eller tidigare trombos som har fått diagnosen antifosfolipidsyndrom. Eliquis rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt SPC 15 april 2021. För fullständig information och pris se fass.se. Bristol Myers Squibb, Tel. 08-704 71 00, www.bms.com/se, Pfizer AB, Tel. 08-550 52 000, www.pfizer.se.

Break the Silence med Lollo Fält, One Nation, Jonas Engström

Musik i väntrum - ro för själen med sångare från Malmö Opera

Konferencier: Ulrika Gudmundsson Schönberger

Minneskören under ledning av Viktoria Folkesson Kapellmästare Martin Berggren

STORA LIKARÄTTSGALAN 2022

Musik som medicin

10 maj kl 18.30
MALMÖ ARENA

Rickard Söderberg

Biljetter: Ticketmaster.se 077-578 00 00
Information: likarätt.nu

SLD stora likarättsdagarna

MUSIK I SYD
VÄRD • OMSÖRG • HÄLSA

Länsstyrelsen Skåne

Malmö mot Diskriminering

Svenska Läkarsällskapet

Ett arrangemang under ledning av Ola Björgell, Karin Andersson, Sahar Janfada-Baloo, Susanne Ehn samt Region Skånes likarättsakademi. I nära samarbete med Musik i Syd, Länsstyrelsen Skåne, Malmö mot diskriminering samt Svenska Läkarsällskapet.

Foto: Karl Nordlund

Hur bevara tilliten till orden?

När jag växte upp i Bulgarien, så excellerade den politiska ledningen i en retorik som kallade saker för något helt annat än de var. Det fanns exempelvis skyltar på gatorna och rubriker i partiets husorgan som kunde påstå att "Kontrollen är den högsta formen av förtroende".

Det var likadant inom hela öst-blocket under 50-90-talen, och återfinns idag i länder som styrs diktatoriskt och kleptokratiskt – och där den styrande eliten omges av demagoger och propagandamaskinerier. Det är inget konstigt med det. När verkligheten inte stämmer med budskapet, så måste ordens betydelse förvrängas.

Jag har funderat mycket på hur man uttrycker sig i sjukvårdsledningar. Där har man under senaste decennierna ägnat sig åt olika styrningsförsök, ofta med stora satsningar på kommunikation om det nya evangeliet – inte minst inför de egna cheferna och nyckelpersonerna bland medarbetare.

Styrningsmetoderna döps till fina namn – och valet av benämning och tillhörande floskler beror på vad som för tillfället är mest trendigt eller vilken övertygelse som råder.

När vi ser den vinstdrivande sektorn som det högsta goda, så använder vi oss av marknadens lingo. Då får vi höra om utbildningsinvesteringar, kunskapsstyrning, produktionsplanering, personalresurser, effektiviseringsmatriser, tidsoptimering och kompetensväxling.

Under det decennium när vi hyllade det militära (och ofta valde chefer som hade en bakgrund i det militära) så fick vi in strategier, stabsledningar, triagering och annat som handlar om ordning och reda.

En del av dessa projekt har inneburit

en viss muntration. Regionledningar satt exempelvis under pandemin i stabsmöten iförda gula västar – vilket förstås var lite lustigt när det handlade om ett tiotal personer som kände varandra sedan länge, och som satt med en kopp kaffe i sitt vanliga konferensrum.

För majoriteten av de försök till ledning som kommer top-down – och som obligat skall införas över hela sjukvården – så finns ett gemensamt förlopp och slutresultat: mycket snack, långa texter, skapande av projektledningar och arbetsgrupper (inte sällan med många olika deltagare, det kallas för "delaktighet"), oändliga möten, urvattnade beslut, stor resursåtgång, ingen effekt på verksamheten, krävande redovisning i form av meningslösa siffror och grafer, alienation bland medarbetare i kärnverksamheten. Och så försöker man glömma bort eländet under något år, innan det kommer något nytt. Och då startar alltihopa igen.

'Spelets regler är att inte ifrågasätta eller protestera, göra så lite som möjligt och försöka få verksamheten att funka trots de nya idéerna – det vill säga BOHICA (Bend Over Here It Comes Again).

Nu har man kanske börjat besinna sig. Mycket kritik har riktats mot tidigare styrning, inte minst på nationell nivå och inom regioner och kommuner. Regeringen tillsatte därför Tillitsdelegationen, som var igång 2016-2020. Sammanfattning av uppdrag och resultat framgår av delegationens hemsida:

Tillitsdelegationen var under 2016-2020 en delegation utsedd av regeringen, med riksdagens stöd att under perioden 2016-2020 genomföra projekt som främjade idé- och verksamhetsut-

veckling i kommuner och landsting.

Delegationen hade även i uppdrag att tillsammans med myndigheter, kommuner och landsting analysera den statliga tillsynens effekter på kommunernas och landstingens verksamhetsutveckling samt undersöka hur tillsynen över kommunal verksamhet kunde bidra till verksamhetsutveckling.

Delegationen analyserade även olika ersättningsmodellers styrande effekt på kvalitetsutveckling och effektivitet samt förslag på hur ersättningsmodeller kan utformas samt hur och när en obligatorisk introduktionsutbildning för statsanställda kan införas.

Man tog fram sju vägledande principer: Tillit, Medborgarfokus, Helhetssyn, Handlingsutrymme, Stöd, Kunskap, Öppenhet. Den intresserade kan själv kolla upp innebörden av dessa ord – resultatet från delegationens arbete har flyttat till informationssidorna på SKR.

Men det mesta är minst sagt vagt, varför en närläsning inte gör oss så mycket klokare.

Om vi tittar på de vägledande principernas ord, så ser vi att de alla är ord präglade av omtanke och önskan om förnuft. Med lite ordvrängeri så skulle de platsa i terapi för strulande förhållanden: "Ja, hur har ni det egentligen.... Har ni tillit, fokus på varandra, helhetssyn och öppenhet? Ger ni varandra handlingsutrymme och stöd? Och skaffar ni er kunskap om hur man kan vårda relationen i framtiden (eller en plan för vem som skall kasta soppsen)?"

Det betyder sannolikt att vi har kommit till en annan fas. Vi är inte

längre marknadsstyrda eller militäriska. Istället är vi numera kloka, mänskliga och fulla av kärlek till varandra och verksamheten. Retoriken kommer först, sen kommer beteendet. Så är det i alla fall meningen att det skall bli.

Och visst är det fint tänkt. När vi mer luttrade chefer hörde om Tillitsdelegationens uppdrag, så blev vi försiktigt optimistiska och tänkte att det var väl ändå bra med ett uppvaknande från den NPM-baserade logikens fantasier. Må vara lite sent, men bättre sent än aldrig.

Lite bekymrade blev vi när Tillitsdelegationen föreslog en obligatorisk introduktionsutbildning för alla stadsanställda – något som kommer att kosta mycket resurser och sannolikt inte ge någon nytta. Men det brukar vara ett vanligt förslag, och man kunde sannolikt inte frångå den gängse matrisen för dylika avrapporteringar. Med lite trix från oss i verksamheten så kunde vi nog komma undan denna utbildningsinsats med minimal störning av kärnuppdraget.

Man kan också se att tillitsdelegationens medlemmar gjort ett gott arbete, och säkerligen närt en from förhoppning att bidra till ett paradigmskifte. Tanken på tillitsstyrning är i sig god, och det finns en del forskning och konkreta tankar att ta till sig. Louise Bringselius – som var forskningsledare för delegationen – har skrivit en läsvärd bok (Tillit, 2018), vilken kan användas av ledningsgrupper och vid diskussioner på arbetsplatser.

Vad har vi då sett rent konkret? Jo, vi har hört alla regionledningar ta in tillitsorden i sin verksamhetsplan, mål och visioner. Vi har också sett en regionledning som haft ett chefsinternat som diskuterat tillitsbaserad styrning.

Strax därefter rullar man ut en stor besparing, och det framgår också att ledningen har tillsatt ett antal (mindre transparenta) utredningar, vilka har lejt ut till externa konsulter.

Och som chef får jag numera regelbundet mail som erbjuder mig utbildning inom tillitsbaserad styrning, senast för några veckor sedan. Denna utbildning äger rum under två dagar, den ena dagen som digitalt möte. Ur innehållet kan man klippa följande rubriker: Förstå tillitens anatomi, Insikter om vår mänskliga design, Att leda på distans. Kostnaden för de två dagarna är 10.999 kronor, exklusive moms. Men då ingår informationsmaterialet. Resa och logi tillkommer förstås.

Och så blir allt som vanligt igen. Men denna gång har man kidnappat de fina orden – de som beskriver relationen mellan människor som vill varandra väl. Dessa ord borde ha fredats från de krafter som ser på samhällsinstitutionerna som något som kan utnyttjas för egennytta och skattebaserade vinster. Styrning uppifrån kan aldrig leda till något av allt det fina man önskar sig.

Den tillit som man efterlyser kräver relationer, stabilitet, hederlighet och godhet. Och verklig kompetens i ledningen – inte bara om hur man kan lura i medarbetarna att man arbetar tillitsbaserat när man jobbar på distans och utan att närma sig kärnverksamhetens blod, svett och tårar.

Annars är det bara samma trams som demagoger i alla tider

har levererat och fortsätter att leverera. Men tanken var säkert god, och de som arbetar med tillit skall fortsätta att göra det. Men det kräver nog mer än en två-dagarsutbildning för chefer som vill lära sig tillitens anatomi.

Stella Cizinsky





TRYGGHETEN FINNS I NÄRHETEN
VI BRYR OSS OM DIG SOM GÖR SKILLNAD FÖR ANDRA

Sahlgrenska Universitetssjukhuset Rättspsykiatri söker:

PSYKIATER SOM VILL DOKTORERA
Referensnummer: 2022/143
Sista ansökningsdag: 2022-04-30

POSTDOKTOR
Referensnummer: 2022/149
Sista ansökningsdag: 2022-04-30

Mer info och fler lediga tjänster hittar du på:
vgregion.se/jobb

VI SKA BLI SVERIGES
BÄSTA OFFENTLIGA ARBETSGIVARE



Lamotrigin Aurobindo
lamotrigin

Välj ett billigt
alternativ!

Lamotrigin måste väljas
aktivt vid förskrivning
– inget automatiskt utbyte
på apotek.

Vid behandling av bipolär
sjukdom och epilepsi.



ORION PHARMA AB | BOX 85 | 182 11 DANDERYD
ORIONPHARMA.SE



Lamotrigin Aurobindo (lamotrigin) N03A [Rx] (F). **Epilepsi:** Vuxna och ungdomar från 13 år och äldre: Tilläggsbehandling eller monoterapi av partiella anfall och generaliserade anfall, inklusive tonisk-kloniska anfall. Anfall i samband med Lennox-Gastaut syndrom. Lamotrigin Aurobindo ges som tilläggsbehandling men kan ges som initialt antiepileptikum vid start av behandling av Lennox-Gastaut syndrom. Barn och ungdomar från 2 till 12 år: Tilläggsbehandling av partiella anfall och generaliserade anfall, inklusive tonisk-kloniska anfall och anfall i samband med Lennox-Gastaut syndrom. Monoterapi av typiska absenser. **Bipolär sjukdom:** Vuxna från 18 år och äldre: Prevention av depressiva episoder hos patienter med bipolär sjukdom, typ I, vilka upplever övervägande depressiva episoder. Lamotrigin Aurobindo är inte indicerat för akut behandling av maniska eller depressiva episoder. Tabletter 25 mg, 50 mg, 100 mg och 200 mg. Senaste översyn av produktresumé: 2021-10-05

Friska Sjukvårdspriset 2022 gick till journalisten Christer Bark

2022 års Friska Sjukvårdspris gick efter stort hemlighets- makeri till den grävande journalisten Christer Bark.

▼ – Priset delas i år ut till en doldis. Han som ska få priset vet inte om det. Så brukar man ju inte göra – man brukar ju förvarna folk så de kan gå och klippa sig och köpa slips – men nu gick ju inte det eftersom risken var stor att namnet skulle läcka till medierna. Och det hade ju varit synd eftersom en representant från medierna skulle få priset, sade Sjukhusläkarnas ordförande Karin Bätelson under prisutdelningen.

Sjukhusläkarnas "Friska Sjukvårdspris" är ett pris som tilldelas någon eller några som genom enträget arbete lyckats få varaktigt förbättring inom vården för patienter och läkare. Priset har funnits sedan 2008 och delas vanligtvis ut en gång per år.

Så här motiverade Karin Bätelson årets val av jury under prisutdelningen:

– Sjukhusläkaren har tack vare Christer Bark blivit en de viktigaste kanalerna för hur vården fungerar både inifrån och utifrån, både i stort och smått. Många av våra möten, ja nästan alla, med kollegor, politiker och beslutsfattare inleds med beröm och frågor om tidningen.

Under året har Christer Barks fantastiska reportage om Danmark där patienterna faktiskt får vård i tid, fått allas ögon att vända sig dit. Det är ofattbart vad Christer och hans team har åstadkommit genom åren. Hans idoga arbete visar hur viktig god opartisk journalistik är för att vi ska kunna få till en förändring till det bättre.

– Otroligt hedrande och glädjande att få ett pris av de fackliga företrädarna för landets alla hårt kämpande sjukhusläkare, säger Christer Bark.



Elin Karlsson som under fullmäktigemötet tog emot stafettpinnen från avgående ordföranden Karin Bätelson överlämnar tillsammans med henne priset till Christer Bark. Tavlan fick han skämtsamt eftersom han ofta börjar sina mejl med "Aloha alla hawaiiänner".

Motiveringen till 2022 års pris

▼ Priset tilldelas Christer Bark för ett outtröttligt arbete som grävande journalist i ett brett spektrum av sjukvårdsfrågor och med ett brinnande intresse för patienternas och professionens förutsättningar.

Många stora riksnyheter genom åren är resultatet av Christer osvikliga väderkorn och okuvliga arbetsmoral.

Nya klarläggande fakta har tack vare hans skarpa analysförmåga

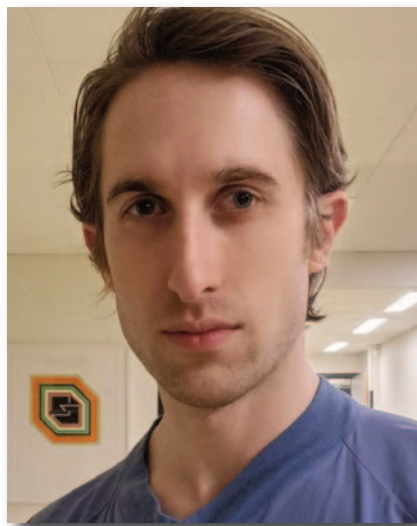
och stora envishet fördjupat debatten gång på gång. En mängd missförhållanden och brister har tvingats fram i ljuset och dessutom har många ljusglimtar från vården fått skina i strålkastarljus.

Allt har dessutom paketerats på ett svårslaget intresseväckande och elegant sätt, helt utan veckoarbetstid eller dygnsrytm. Chefredaktör Christer Bark är Sjukhusläkarens osvikliga signum.

Sjukvården hårt ansatt

Text: Kristina Wallin

Ukrainas sjukhus har varit i centrum för våldsamma attacker från de ryska invasionsstyrkorna. Läkaren Wiktor Rutkowski är en av dem som frivilligt valt att lämna freden i Sverige för att arbeta i krigets Ukraina. Jobbet på Karolinska Institutet får vänta medan han är volontär på Kievs sjukhus. Från en ostadig telefon berättar han för Sjukhusläkaren hur hårt ansatt sjukvården är.



Wiktor Rutkowski som precis avslutat sin AT-tjänstgöring på Karolinska Institutet och skulle börja ett nytt jobb där när Ryssland attackerade Ukraina. Tillsammans med några kollegor organiserade han snabbt en insamling av sjukvårdsmaterial, för att därefter själv åka till Ukraina och jobba som volontär på ett sjukhus. Foto: Veranika Kayala.

Även om sjukhuset jag jobbar på har el och material, går mycket av resurserna åt till evakuering och vidare transport västerut. Sjukvården har i princip upphört i områden där fronten går, som till exempel Kievs förstäder och Charkiv, berättar Wiktor Rutkowski från Kiev.

– Evakueringen från förstädena görs i ambulanser med hjälp av frivilligkårer, där villkoret för att få delta är att man varit med i strider tidigare, för de jobbar under extrema omständigheter. Vi skickar bland annat pre-hospital utrustning till dem.

Enligt WHO blir ambulanserna regelbundet beskjutna och tvingas ofta stoppa transporten av skadade och sjuka.

WHO har också konstaterat att problemet i Ukraina inte bara är den stora mängden skottskadade människor. Det finns vare sig tid, plats eller personal för att ta hand om alla andra sjukdomar, något som Wiktor också berättar om.

– Den mest resurskrävande sjukvården har antingen upphört eller flyttats. Elektiva operationer, inklusive cancer, görs inte alls så klart. Mycket av



En skadad ukrainsk kvinna som flytt sitt hem i en av Kievs förorter den 26 mars bärs ut ur ambulansen. Evakueringen från förstädena görs i ambulanser med hjälp av frivilligkårer, där villkoret för att få delta är att man varit med i strider tidigare, berättar Wiktor Rutkowski. Foto: Fadel Senna

barncancervården samlas i Polen. Palliativ vård, äldreomsorg, demensvård och psykiatri är till exempel helt eftersatt, och utgör det proportionellt största osynliga lidandet, konstaterar han.

– I takt med att civila evakueras eller flyr förvandlas civila sjukhus till militärsjukhus och personalen skärs ner till ett minimum. De som inte behövs där mobiliseras för tjänstgöring inom territorialförsvaret eller armén. Ett sjukhus som haft flera tusen anställda kan gå ner till två hundra när det blir kritisk infrastruktur.

Det handlar inte bara om att patienter inte längre kan få den sjukhusvård de behöver. Tio miljoner människor har flytt från sina hem, och många av dem har svårt att hitta livsnödvändiga mediciner, som till exempel insulin. Ukraina har också, tillsammans med Ryssland, Europas högsta utbredning av tuberkulos, som alltså vare sig kan förbyggas eller behandlas just nu.

Ett annat stort problem är att långt

Wiktor Rutkowski:

”Ingen reagerar på larmen längre”

ifrån alla läkare som stannat kvar har kompetensen som krävs för krigsskador.

– I princip all tillgänglig personal kommer till sjukhuset efter attacker, men många är helt oerfarna kring massskador, och det saknas kompetens och struktur för resursallokering, triage och prioritering. Även om det funnits planer på träning och förberedelser genom WHO så är detta ett stort land med väldigt många sjukhus, så det är svårt att förbereda alla, säger Wiktor.

Det har varit intensiva veckor, med mycket bombningar, skadade och flera flyglarm om dagen, men att kievborna nu vant sig vid dem och försöker leva som vanligt trots kriget.

– Ingen reagerar på larmen längre. Som mest kan det vara fem, sex stycken

om dagen och det är inte rimligt att gå ner i en källare varje gång och sitta där i en eller två timmar. Det går varken att leva eller arbeta så, konstaterar han.

Att människor i Ukraina försöker leva så vanligt som möjligt, trots kriget, kommer det flera vittnesmål om.

– Personligen känner jag mig bekväm med livet här, men jag har egna erfarenheter och träning från försvarsmakten som jag är mycket tacksam för nu. Ukraina påminner mig mycket om Polen när jag bodde där för 20 år sedan, så det känns faktiskt nästan som hemma, säger Wiktor.

Är det något du vill säga till dina svenska kollegor?

– Alla här är oerhört tacksamma för det otroligt fina stöd vi fått från kolle-

gorna i Sverige, för allt material som skickats ner och för alla donationer och gåvor.

Närmare tusen sjukhus och vårdcentraler ligger i, eller i närheten av, krigszonerna i Ukraina.

22 mars hade WHO registrerat 64 attacker, men konstaterade att det säkerligen var betydligt fler.

Många internationella observatörer anser att det är troligt att Ryssland medvetet bombar sjukhus, och därför vill inte längre myndigheterna i Ukraina att det tas bilder eller video från utsidan av dem. De som ligger i krigszonerna får nämligen militärt beskydd.

Så kan vi stötta och hjälpa flyktingarna från Ukraina

Sjukhusläkarna ser med avsky på invasionen av Ukraina där allvarliga kränkningar av mänskliga rättigheter sker. Civilsamhället angrips, befolkningen dödas och rapporter kommer om besinningslösa angrepp på sjukhus, förskolor och skolor. Hjälpbehoven är enorma och de kommer kvarstå under en längre tid.

När flyktingströmmar och skadade nu anländer kommer vi sjukhusläkare göra vårt allra bästa för att möta behoven och bota, lindra och trösta! Vi vill solidriskt stötta och hjälpa flyktingarna från Ukraina, samtidigt som vi kommer försöka ge vård till alla människor som redan står i kö till behandling. Viljan är stor, men ska vi kunna hjälpa krävs det att vi får styra upp vården efter de medicinska behoven.

Självklart väcks farhågor bland våra medlemmar om hur vi både ska räcka till och orka att vårda ankommande och våra medborgare efter två år av pandemi.

För att det ska gå måste vi få använda och vidareutveckla de arbetssätt som föll väl ut under pandemin, men även hitta nya vägar. Det kan exempelvis röra sig om de vårdutbildade som frivilligt lämnade vårdadministration eller helt andra arbetsgivare under pandemin åter stimuleras att bidra med sin kompetens i

direkt patientarbete.

Under pandemin upplevde vi ofta brister i den nationella samordningen. Det krävs satsningar – för att våra gemensamma resurser ska kunna utnyttjas på bästa sätt. Här har Socialstyrelsen en viktig roll. Vi ser här också ett behov av att stärka den medicinska kompetensen. Vi behöver få adekvat fortbildning, då vi riskerar att delvis möta ett för oss nytt sjukdomspanorama.

Det är av största vikt att professionen får fortsätta ha en ledande roll och styra efter medicinska behov, med delaktighet på alla nivåer. Vi har inom sjukvården gjort det som såg omöjligt ut under pandemin, och vi kommer göra allt för att möta behoven!

För att möta behoven behöver vi:

- låta professionen styra vården
- skala bort onödig administration.
- mäta patientresultat, och låt oss sluta mäta oväsentligheter.
- få möjlighet till flexibla anställningar.
- skapa långsiktiga förutsättningar att återgå till patientnära vård för de vårdutbildade som lämnat.
- satsningar på vidareutbildning, fortbildning och forskning

*Elin Karlsson & Karin Båtelson
Sjukhusläkarna*

Individen och kollektivet

Nu har jag lämnat över ordförandeklubban till den bästa tänkbara efterträdaren, Elin Karlsson.

Läkarförbundet är en fackförening och yrkesföreningarna, som Sjukhusläkarna tillhör, hakar också på med andra dimensioner som professionalism och patientnytta.

Ett fackförbund arbetar för kollektivet, dvs hela gruppen. Förhandlingar mellan parterna har gett oss anställningstrygghet, avtal om årliga löneuppräknings, semester, föräldraledighet och en mängd rättigheter och skyldigheter som gynnar just gruppen. När enskilda råkar illa ut kan kollektivet/fackföreningen också ibland skipa rättvisa eller åtminstone mildra fallet. Inget av detta hade man uppnått som enskild individ.

Kollektivet ger en grundplatta att stå på. Kollektivets kraft ger mycket bättre grundförutsättningar för de flesta och fungerar som en viktig grundplåt, en stark lägsta nivå.

Men kollektivet kan aldrig ersätta individens kraft. Det föreligger istället risk för det motsatta, att det hämmar den enskildes möjligheter.

Individens önskan att arbeta mycket övertid för att tjäna mer pengar hindras av skyddet för hela kollektivet att utnyttjas obegränsat. En avtalsrörelse som ger 2 procent lönepåslag är bra för kollektivet, framför allt om andra grupper tjänar mindre i kronor, men 2 procent är ju ganska marginellt för individen. Fackförbundet ser dessutom till att pengarna hamnar där de gör mest nytta för hela gruppen, alltså att det inte ska läggas pengar på dig som

individ när du precis ska gå i pension eller själv precis löneförhandlat dig fram till en ny tjänst. Detta drabbar dig negativt just då, men tjänar dig bra vid alla andra förhandlingstillfällen genom livet.

Kollektivtanken skapar alltså en bra bas men kan aldrig ersätta individens drivkrafter eller kompetens.

Det är bara individen som kan göra verklig skillnad. Det är bara du som individ som kan skriva en avhandling. Det är bara du som individ som kan äta dig ett chefskap för bättre beslut som gagnar patienten och vården. Det är bara du som individ som kan bli en fantastisk handledare och bollplank för många nuvarande och blivande kollegor.

Det är bara du som individ som kan välja att växla karriär till industrin, till någon myndighet eller annan organisation (som Sjukhusläkarna) för att förbättra för många fler än bara patienterna du möter.

Det är bara du som individ som kan bli en ledande kliniker och världsledande forskare. Det är bara du som individ som sitter med en patient och kommer överens om hur ni ska komma vidare på bästa sätt. Det är bara du som individ som kan starta en egen mottagning eller en vårdcentral.

Det är också bara du som kan driva din egen karriär. Det är bara du som individ som aktivt väljer i varje stund om du ska vara kvar i en organisation som du inte respekterar, eller med en chef som inte ser dig som den viktiga resursen för det du kan och just dina förtjänster. Man väljer faktiskt både bana, chef och arbetskamrater.

Alla specialiteter har sina avigsidor. Alla arbetsgrupper har någon dyster-

kvist utan vingar. Alla chefer passar inte alla. Att bara välja bort och på heltid arbeta som hyrläkare är ett kortsiktigt och dåligt alternativ, då väljer man bort det riktiga ansvaret och påverkansmöjligheter.

Det är alltså bara du som individ som måste inse din egen styrka. Det är bara du som individ som måste använda

din unika kunskap och alla dina möjligheter för att förändra och förbättra antingen där du är, eller när du tar beslutet om vilket nästa steg som du ska ta.

Att få in detta i allas tankevärld har alltid varit min drivkraft för att arbeta i Sjukhusläkarna.

Varje enskild individ inom Sjukhusläkarna representerar den högst medicinskt utbildade kompetensen i landet. Det lyfts sällan som en styrka och värderas absolut inte korrekt i sjukvårdens vardag. När jag började inom Läkarförbundet pratade högsta företrädare istället om att läkarutbildningen var en "hantverksutbildning" och att strategi och ledarskap inte var naturligt för läkare. Inget kunde kännas mer provocerande.

Att som ordförande få företräda 22 000 sjukhusläkare har varit fantastiskt och vi jobbar dessutom nära Chefsföreningen, Industriläkarföreningen och SYLF. Här finns otaliga individer som kommer att välja olika vägar genom yrkeslivet och många fler än idag borde kryssa mellan dessa föreningar under sin karriär. Att Elin tar över som ordförande för de starka individerna i styrelsen för Sjukhusläkarna och hela organisationen är löftesrikt om att arbetet ska fortsätta.

Möjligheterna är oändliga för alla med läkarutbildning och oavsett allt negativt vad folk och opinion uttrycker och vad du kanske själv felaktigt intalar dig:

Det är aldrig för sent. Och tro aldrig, aldrig, att du inte har några valmöjligheter.

Karin Båtelson



Elin Karlsson vald till ny ordförande

Text: Emma Wange

En nygammal styrelse tar över rodet för Sjukhusläkarna som har fått en ny ordförande, ny andre vice ordförande och två nya ledamöter.

▼ Under Sjukhusläkarnas fullmäktige valdes kirurgen Elin Karlsson till ny ordförande för Sjukhusläkarna.

– Jag är glad och stolt över det förtroende jag har fått av våra medlemmar att leda Sjukhusläkarnas arbete tillsammans med vår fantastiskt kompetenta och kunniga styrelse de kommande åren. Vi har fått upp bristen på vård- och IVA-platser på den politiska agendan. Nu behöver vi fortsätta att påverka så att vi får till en konkret förändring till det bättre.

Elin Karlsson är ett bekant namn bland många medlemmar. Hon har en gedigen erfarenhet av förenings- och fackligt arbete och har suttit med

i Sjukhusläkarnas styrelse sedan 2014.

– Jag ser styrelsearbete som ett teamarbete där alla bidrar med sin unika kompetens och nätverk. I den turbulenta tid som vi nu befinner oss i kommer deras insatser att behövas för att skapa förutsättningar för en bättre sjukvård.

De senaste åren har Elin Karlsson varit föreningens andre vice ordförande, en post som nu tas över av Shokoufeh Manouchehrpour, som varit ledamot i Sjukhusläkarnas styrelse sedan 2012.

– Det är en ynnest att sitta i den här styrelsen med så många kunniga och erfarna kollegor. Jag är stolt över att bli föreningens andre vice ordförande och jag kommer att göra mitt bästa för att föreningen ska synas ännu mer i debatten om sjukvården.

Sjukhusläkarnas tidigare ordfö-

rande Karin Båtelson sitter kvar i styrelsen som ledamot och ser fram emot en tid där hon kan renodla sitt påverkansarbete.

– Tillsammans med Elin Karlsson och övriga styrelsen, kommer jag att fortsätta driva frågor som handlar om sjukvårdens struktur, förutsättningar och kompetens.

den palliativa vården.

Sjukhusläkarna Stockholms motioner ledde till att Sjukhusläkarna ska verka för att meriterna för läkare som deltar i klinisk undervisning ska värderas högre under karriären.

Föreningen ska även motverka att sjukhusen förlorar kompetens, bland annat genom att ersättningen vid vårdval ses över, att undanträngningseffekter kartläggs, att verksamheten på sjukhusen hålls differ-

entierad samt att poliklinisk verksamhet utanför sjukhusen blir tillåten. Sjukhusläkarna kommer även fortsätta att arbeta för oberoende chefläkare.

Sjukhusläkarna Lund och Östra Skånes påpekande om att det råder en osäkerhet kring när man som läkare får läsa journaler när det inte finns någon vårdkontakt resulterade i att Sjukhusläkarna själva eller tillsammans med Läkarförbundet kommer att kartlägga hur region-

erna valt att tolka och implementera de regler som finns.

Forskar-AT försvinner när BT införs, konstaterade Sjukhusläkarna Lund i en motion som resulterade i beslutet att Sjukhusläkarna kommer att arbeta för att bevara denna möjlighet till forskning.

Sjukhusläkarna Lunds motioner resulterade även i att arbetet för bättre pensionsvillkor och information om pensionsfällor fortsätter. Det gör även arbetet för ekonomisk

ersättning för övertid.

Sjukhusläkarna Östra Skånes motioner ledde till att Sjukhusläkarna kommer att arbeta för att obligatoriska frågor i vårdens digitala arbetsredskap inte används som styrmedel och att styrelsen arbetar för att det ska bli fler läkare än administratörer.

En utförligare genomgång av motionerna finns på Sjukhusläkarens webbsida.



Elin Karlsson tillsammans med styrelsen. Från vänster: Marie Engman (suppleant), Johan Holm, Karin Filipsson (nyvald), Elin Karlsson, Andreas Fischer, Karin Båtelson, Shokoufeh Manouchehrpour (Ny andre vice ordförande), Bengt von Zur-Mühlen (Vice ordförande), Ann Hermansson, Magnus Hellström (suppleant). På bilden saknas ordinarie ledamoten Sten Östenson och Lars Rocksén (adjungerad).

De här frågorna kommer Sjukhusläkarna att arbeta med under 2022

Under Sjukhusläkarnas fullmäktige behandlades och beslutades det om totalt 13 motioner. Ämnena engagerade och flera av besluten föranleddes under mötet av debatt och justeringar av både motionärernas att-satser och styrelsens förslag till beslut.

▼ I år var Sjukhusläkarna Göteborg den flitigaste motionskrivaren med sina fyra motioner.

Fullmäktiges beslutade att SKR:s

kunskapsstyrningsorganisation ska granskas.

Sjukhusläkarna kommer även att arbeta för bättre redovisning av universitetens och regionernas visselblåsarfunktioner och vad larmen från visslare lett till.

Inom Läkarförbundet ska Sjukhusläkarna driva frågor om vikten av en kontinuerlig läkarkontakt under patienternas utredning/behandling/uppföljning och att ökade resurser avsätts till

ELIN KARLSSON

Hur kommer det märkas att du blivit Sjukhusläkarnas nya ordförande?

Text: Anna Sofia Dahl

Både roligt och utmanande. Och glädjande att få leda en så kompetent styrelse i en tid där sjukvårdens frågor står högt på agendan. Så beskriver Elin Karlsson känslorna efter att hon fått förtroendet som ordförande för Sjukhusläkarna.

▼ Men hur kommer det att märkas att Sjukhusläkarna efter åtta år nu har en ordförande som heter Elin Karlsson och inte Karin Båtelson?
– Dels kommer Karin Båtelson att finnas kvar i styrelsen, vilket är ganska ovanligt, men väldigt bra. Det handlar så mycket om vad vi är – att vi vill tillvarata kompetens och att vi vill att man ska kunna gå ut och in ur chefskap både i det kliniska arbetet såväl som i det fackliga. Så det handlar inte om att jag kommer att synas istället, säger hon och fortsätter:

– Anledningen till att jag har varit lite tystare än vanligt under en period är att det kliniska arbetet och vardagen har tagit all tid under pandemin. Men nu kommer jag att kunna vara mer aktiv och jobba ännu mer med Sjukhusläkarna.

PERSONLIGT:

Namn: Elin Karlsson.

Ålder: 44 år.

Bor: i Huddinge.

Familj: Make Fredrik, Tor och Edwin 7 år och Iris 5 år.

Arbetar: Som kirurg på Södertälje sjukhus.

Brinner för: Alla människors lika värde.

Upprörs över: Orättvisor, och onödan som alltför ofta ses inom sjukhusvården.

Dold talang: TV-spel och pussel.

Elin Karlsson är dock själv på inget sätt någon nykomling i sammanhangen. 2014 valdes hon in i Sjukhusläkarnas styrelse – och då rakt in i presidiet. Under samma period satt hon redan i Läkarförbundets styrelse och har sedan studietiden varit fackligt aktiv på olika nivåer.

– Jag har haft en mängd olika roller under mitt fackliga engagemang, ordförande i lokalföreningen som student i Uppsala, därefter i SYLF Sörmland och Sörmlands läkarförening. Vidare har jag varit ordförande i Läkarförbundets etik och ansvarsråd och i RLIM. Nu sitter jag

också som Sjukhusläkarnas representant i förhandlingsdelegationen.

– Jag har alltid haft nära till engagemang och vill förändra det som inte är bra. Min drivkraft får jag från det dagliga arbetet med patienterna.

Och det är en fullmatad politisk agenda som föreningen ska driva vidare med Elin Karlsson i spetsen. Av fullmäktigemötets 13 motioner avlogs endast en att-sats.

Kommer bli fler synliga talespersoner

– Nu måste vi ta lite tid till att reflektera kring diskussionerna, alla goda möten och alla nya att-satser, och arbeta med det på ett strukturerat sätt. Jag ser framför mig att vi kommer att jobba mer i olika arbetsgrupper inom olika fokusområden och att det då kommer att vara fler synliga talespersoner för Sjukhusläkarna, säger hon och utvecklar:

– Även om jag är ordförande ser jag att det finns så otroligt många kloka människor i styrelsen som jag tycker ska ta mer plats i debatten. Det blir ett delat ledarskap och ett delat ansvar där min förhoppning är att det är fler olika personer man tänker på när man tänker på Sjukhusläkarna.

Långt upp på listan hamnar inte helt oväntat vårdplatsfrågan och



Elin Karlsson kommer att fortsätta arbetet som kirurg på Södertälje sjukhus på 80 procent. "Det är det kliniska arbetet som är min inspirationskälla", säger hon. Foto: Jannis Politidis.

frågan om intensivvårdens resurser, som under den senaste tiden ändå nått vissa framgångar. Bland annat har Socialstyrelsen fått i uppgift att se över målvärden för antalet vårdplatser på både regional och nationell nivå.

– Dels vill jag tro att vårt idoga arbete, där vi har skrivit upprepade debattinlägg, haft möten med olika politiker och inte minst IVO och Socialstyrelsen, faktiskt har gett resultat, säger hon och fortsätter:

– Sen tror jag att IVO:s granskningar, där de har gått betydligt hårdare åt just vårdplatserna än tidigare, har varit otroligt viktiga. När tillsynen faktiskt börjar betyda något så ändrar det spelreglerna. Att Socialstyrelsen har fått ett uppdrag är en bekräftelse på att det är ett problem. Det visste vi redan, men det är väldigt positivt att man har lyft det till den nivån.

Med det sagt menar Elin Karlsson att det fortfarande är otroligt viktigt att fortsätta arbetet med frågan, som på intet sätt är löst.

– Här måste vi se till att det blir verkstad av det hela och inte bara en skrivelse. Vi är vana vid att man

ständigt bryter mot lagen inom hälso- och sjukvården, och att det inte får några som helst repressalier. Vi hoppas att det här ska leda till att man faktiskt respekterar hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen. Men vi anser också att man ska flytta fokus till patienternas rättigheter, eftersom skyldighetslagstiftningen inte har gett något resultat över huvud taget.

Utöver behovet av att beta av vårdköer och av att personalen får den återhämtning som behövs efter pandemin, menar Elin Karlsson att det också är viktigt att ta vara på den positiva kraft som visat sig under de senaste två tuffa åren. Och därefter utvärdera vad av det som bör bli varaktiga förändringar.

Kan bli personaflykt om professionen inte får vara med och styra

Hon säger att det på många håll finns en känsla av att man lite väl snabbt har gått tillbaka till hur det var innan pandemin – att man inte fortsatt att ta tillvara professionens kompetens eller den tillsynsstyrning som sågs ute i verksamheterna för

att lösa de akuta problemen.

– Om man inte gör så att det blir en mer tillitsbaserad styrning, där vi efter vår etiska plattform får styra upp och ordna värden på det sätt som krävs, och kvarhåller känslan av att man faktiskt får förändra, styra och vårda efter medicinska behov så kommer man att förlora väldigt mycket personal, säger hon och fortsätter:

– Vi inom vårdprofessionerna kommer nog alltid att ställa upp när det verkligen behövs, men om man inte lyssnar och lär av det som skett, då är frågan hur vi orkar ta tag i det som är vardag. Man måste också skapa en arbetsmiljö så att personalen vill stanna.

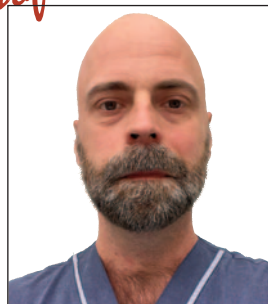
Samtidigt lever vi i en orolig tid där vi kan förvänta oss ett stort flyktmottagande, menar Elin Karlsson.

– Det är jätteviktigt att blicka framåt och lösa den akuta situationen. Det kommer att komma en tid där vi kan blicka tillbaka och säga, "vad var det vi sa, vi saknade beredskap", men just nu måste vi bara jobba på och göra det bästa av situationen, säger hon.

Aktuell facklig profil

Kristoffer Löf

– ny styrelseledamot
i Sjukhusläkarna Stockholm



Text: Emma Wange

1 Vem är du?

▼ Jag är medicinare och har arbetat som läkare i 15 år i Region Stockholm på Dalens och Södertälje sjukhus. Min ST-tjänstgöring har blivit förskjuten bland annat på grund av pandemin, men jag håller precis på att avsluta min ST i internmedicin.

De senaste åren har jag arbetat som MLA för en internmedicinsk avdelning på Södertälje sjukhus och delar detta ansvar med en annan läkare. Avdelningen som är profilerad på andningssjukdomar, gastroenterologi och infektioner blev den avdelning som i pandemins början ansågs bäst lämpad för att behandla patienter med covid, så de senaste två-tre åren har vi vårdat covidsjuka i omgångar.

Jag är gift och har två barn, en dotter som är tio år och en son som är sju år. Min fru är också läkare och arbetar på Danderyds medicinklinik. Vi bor på Reimersholme i Stockholm.

2 Varför engagerar du dig i Sjukhusläkarna?

▼ Jag har länge funderat på vad som kan bli bättre i sjukvården, men inte gjort något förrän nu. Jag är smickrad att ha blivit tillfrågad att vara ledamot i Sjukhusläkarnas lokalavdelning i Stockholm och det

ska bli spännande att ta del av arbetet. Södertälje är mitt sjukhus och det ska bli kul att representera det.

3 Vad är det bästa respektive sämsta med att vara läkare?

▼ Att vara läkare är det bästa yrket för mig. Drivkraften är det kliniska arbetet och att få arbeta med patienterna. Det sämsta är tids- och resursbristen och vad det medför.

4 Vad skulle du göra om du var regionstyrelsens ordförande?

▼ Jag skulle göra allt jag kunde för att ta reda på vad de människor som utför arbetet har för idéer att förbättra sina verksamheter i regionen. Jag skulle utgå från deras förslag och försöka hjälpa till att genomföra förändringar. Inom slutenvården, som jag känner mest till, skulle jag försöka förbättra sjukhusens bemanning och öka antalet vårdplatser.

5 Har du en oanad talang?

▼ Jag kan spela melodier genom att knäppa på kinderna.

Samarbete över gränserna – en förutsättning för framtidens vård

Läkarförbundets medlemmar är välkomna att delta i Chefsföreningens temadag om hur det medicinska ledarskapet kan bidra till ett bra samarbete mellan myndigheter, mellan sjukvårdens olika nivåer och med styrande politiker.

▼ Den 3 maj klockan 9.30 – 15.30 är det åter dags för Chefsföreningens temadag som i år har temat: Myndigheters samverkansbehov, förutsättningar och möjligheter. Under dagen samlas ledande företrädare för hälso- och sjukvården för att ge sin syn på behovet av samverkan, dess gränser och hur samverkan i praktiken bäst kan ske. Och hur fördelas då mandat och ansvar?

– Under pandemin synliggjordes både hur myndigheter, som har i uppdrag att stödja sjukvården, samarbetar med varandra och med oss som utövar ledarskap i sjukvården. Det blev också oerhört tydligt hur viktigt det



är med en fungerande samverkan för sjukvården, säger Chefsföreningens ordförande Tina Crafoord.

Plötsligt under pandemin kortades beslutsvägar och det tydliga medicinska målet skapade en raketsnabb utveckling av samarbetet, fortsätter Tina Crafoord.

Hon framhåller också att samarbete är ett begrepp som kan upplevas som lite luddigt, eftersom det ofta varken följs av ett tydligt mandat eller tydliga befogenheter.

– Det finns flera hinder för ett fungerande samarbete som behöver överbyggas. Exempelvis i form av lagstiftning som i dag kan förhindra vissa typer av samarbeten. Vidare har vi olika förvaltningskulturer och skilda grundläggande uppdrag och prioriteringar. Samtidigt kräver vårdens utveckling att man i allt högre grad samarbetar över regions- och förvaltningsgränser.

När myndigheter och sjukvård

dens olika beslutsnivåer samarbetar över gränserna på ett bra sätt så får vi den största utväxlingen. Det kan te sig självklart i teorin och nu under pandemin har vi sett ännu fler tydliga exempel på att teorin stämmer med verkligheten, säger Tina Crafoord.

– En sak är dock att det fungerar under en pandemi men hur hanterar vi då framtiden med den struktur vi har. Vilken struktur önskar vi för framtiden?

Det finns med andra ord gott om frågor att diskutera för de inbjudna talarna och paneldeltagarna som representerar statliga myndigheter, SKR, och regionerna.

I år gästas temadagen bland annat av: IVO:s generaldirektör Sofia Wallström, Läkemedelsverkets generaldirektör Björn Eriksson, Folkhälsomyndighetens generaldirektör Karin Tegmark Wisell, Vårdanalys generaldirektör Jean-Luc Af Geijerstam, ordföranden för SKR:s sjukvårdsdelegation Marie Morell, hälso- och sjukvårdsdirektören i region Örebro län Jonas Claesson och socialförsäkringsminister Ardalan Shekarabi.



Vill du delta? Det finns ett fåtal platser för fysiska deltagare. Det går dock utmärkt att följa temadagen digitalt. Läs mer på Chefsföreningens webbsida för mer information. (<https://slf.se/chefsforeningen>)

DEN FÖRRÄDISKA MYTEN OM LANDET



DARIUS BARIMANI

• ST-läkare
på KS i kirurgi



Med de ständigt krympande operationsvolymerna ser jag bara en lösning på kirurgins problem: "kniv-socialism", eller "knivkommunism"



Året var 2001, jag var 16 år och hade mycket ångest över att jag aldrig hade varit ihop med en tjej. Jag frågade runt bland mina killkompisar för att se hur de låg till i frågan, och det visade sig att över 90 procent hade haft minst en eller två flickvänner. På landet! Landet blev ett mytomspunnet avlägset paradiset som jag aldrig skulle få komma till.

Några år senare förstod jag att flickvännerna på landet med största sannolikhet aldrig funnits. Men när jag mer än ett decennium senare ska börja min ST i kirurgi, dyker myten om landet upp igen.

Under hela min kirurgiska karriär har jag fått höra saker som: "På landet lärde jag mig allt jag kan", "Kirurg blir man på landet, hit är det bättre att komma sen" och "Om det är knivtid man vill ha, då bör man flytta till Norrbotten".

Extra mycket tar det emot att höra sådant från överläkaren som precis låtit en hålla hakarna sex timmar i sträck på en typ av operation hen mycket väl vet inte längre existerar på landet, den typ av operation som ger goda möjligheter till kirurgisk träning.

För inte allt så långesedan befann jag mig på kirurkurs på ett universitetssjukhus där jag noterade att nästan alla specialisterna hade gjort ST utanför sjukhuset. På landet såklart. På kursmiddagen frågade jag en av de nyblivna specialisterna varför det förhöll sig så och han svarade: "eftersom våra ST-läkare är sämst och kan inte operera". "Men varför lär du dem inte då, det kan väl inte finnas ett sjukhus med mer öppen kirurgi och större operationsvolymerna i hela er region?", ångrar jag att jag inte frågade.

Jag kan inte förstå hur de som sprider myten om landet tänker. Kanske har de fått för sig att på landet har man fortfarande inte hört talas om Losec och opererar bort magsäcken på alla patienter med magsår, eller att där opereras det hela nätterna till följd av alla vildsvinsattacker och landsvägsolyckor. Den som inte vetat bättre hade ju nästan kunnat tro att fanns ett paradiset för kirurger där ute!

Faktum var att jag inför min ST direkt kommit från ett längre kirurgivikariat på landet, där de seniora ST-läkarna nästan höll på att halshugga varandra över vem som skulle få göra en blindtarmsoperation.

För inte långesedan bevitnade jag en annan ST-läkare, också från ett mindre sjukhus, som inte var bekväm med att lägga ett thoraxdrän utan överläkaren bakom sig. Det är möjligt att det en gång i tiden var lättare att lära sig kirurgi på mindre sjukhus. Jag kan ha fel, men efter att mycket av kirurgin centraliserats till universitetssjukhusen kan jag inte tänka mig att det skulle finnas sjukhus på landet med större möjlighet till kirurgisk träning.

Men myten om landet fyller en viktig funktion och kommer därför att leva kvar. Genom myten om landet kan kirurger på stora sjukhus, som av olika skäl ogillar att dela med sig av operationerna, finna en bekväm ursäkt att slippa lära ut och outsourca ansvaret för utbildning på någon annan.

Med de ständigt krympande operationsvolymerna ser jag bara en lösning på kirurgins problem: "knivsocialism", eller "knivkommunism" om ni så föredrar, som går ut på att bli bättre på att dela och rotera.

Kanske är kirurgin det enda stället det faktiskt går att realisera? Det handlar om att låta verksamheten genomsyras av utbildning, att tillvarata alla möjligheter till kirurgisk träning och att under en operation hitta något att öva på för alla, oavsett hur många kirurger som står runt operationsbordet.

Det skulle bli bättre för både ST-läkare och unga specialister men framför allt för patienterna, som i framtiden riskerar att opereras av kirurger med väldigt begränsad knivtid.

Det finns trots allt inget bättre än en kirurg som delar med sig av både sin kniv och kompetens till en mindre erfaren kollega. Tack alla fina kirurger som delat med sig av det ni kan, och för att ni nu, i slutet av min ST, gjort mig till en helt ok kirurg redo att prova mina vingar!



För symtomatiska KOL-patienter med risk för exacerbationer när LAMA/LABA eller ICS/LABA inte ger tillräcklig effekt

TRIXEO AEROSPHERE®

(budesonid/formoterol/glykopyrronium)

DEN ENDA
TRIPPEL-
BEHANDLINGEN
MED
BUDESONID

FÖRBÄTTRAR SYMPTOMKONTROLL OCH MINSKAR RISKEN FÖR EXACERBATIONER JÄMFÖRT MED LABA/LAMA OCH ICS/LABA^{1,2*}

* Med symtomkontroll syftas på minskad andfåddhet (mätt med TDI fokaloäng 0,4 enheter förbättring; $p < 0,0001$ vs LAMA/LABA och 0,31 enheter förbättring; $p < 0,0001$ vs ICS/LABA) och minskad användning av akutmedicin (skillnad i behandling -0,51 puffar/dag; $p < 0,0001$ vs LAMA/LABA och -0,37 puffar/dag; $p < 0,0001$ vs ICS/LABA). Antalet måttliga/svåra exacerbationer minskade med 24% (1,08 vs 1,42 händelser per patientår; $p < 0,0001$) jämfört med LAMA/LABA och 13% (1,08 vs 1,24 händelser per patientår; $p = 0,0027$) jämfört med ICS/LABA. I det kliniska studieprogrammet jämfördes Trixeo® med de fasta kombinationerna av glykopyrronium/formoterol och budesonid/formoterol.

Referens: 1. Trixeo Aerosphere® SPC 2021-02-08. 2. Rabe KF et al. N Engl J Med. 2020;383:35-48

Trixeo Aerosphere® (formoterolfumarat, glykopyrronium, budesonid) 5 mikrogram/7,2 mikrogram/160 mikrogram, inhalationsspray, suspension, R03AL11, Rx, F = ingår i förmånen

Indikationer: Trixeo Aerosphere är indicerat för underhållsbehandling av vuxna patienter med måttlig till svår kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) som inte är adekvat behandlad med en kombination av en inhalerad kortikosteroid och en långverkande β_2 -agonist eller en kombination av en långverkande β_2 -agonist och en långverkande muskarinantagonist.

Dosering och administrering: Den rekommenderade och maximala dosen är två inhalationer två gånger dagligen (två inhalationer på morgonen och två inhalationer på kvällen).

Varningar och försiktighet: Detta läkemedel är inte avsett för behandling av akuta episoder av bronkospasm, det vill säga är inte avsett för symtomlindring av bronkkonstriktion under akuta situationer. Administrering av formoterol/glykopyrronium/budesonid kan orsaka paradoxal bronkospasm med en omedelbar väsande andning och andnöd efter dosering och kan vara livshotande. Behandling med detta läkemedel ska omedelbart avbrytas om paradoxal bronkospasm inträffar. Patienten ska utvärderas och alternativ behandling sättas in om nödvändigt. Behandling med detta läkemedel bör inte avbrytas plötsligt, om patienter upplever att behandlingen är ineffektiv bör de fortsätta behandlingen men uppsöka läkare.

Senaste översyn av produktresumén: 2021-02-08. För ytterligare information och priser se www.fass.se
AstraZeneca AB, AstraZeneca Sverige, 151 85 Södertälje, Tel 08-553 260 00. www.astrazeneca.se

AstraZeneca



**TRIXEO
AEROSPHERE®**
(budesonid, formoterol, glykopyrronium)
Inhalation Aerosol



Utökad subvention och lägre nettopris för Repatha®

Från 1/1 2022

Repatha är nu subventionerat för behandling av patienter med lägre LDL-nivåer och med ett lägre nettopris än tidigare.



- **Repatha® subventioneras för patienter med diagnostiserad aterosklerotisk hjärt- och kärlsjukdom** som trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib har kvarstående LDL-kolesterol på $\geq 2,0$ mmol/l.
- **Subventioneras för patienter med diagnostiserad heterozygot familjär hyperkolesterolemi** som trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib har kvarstående LDL-kolesterol på $\geq 2,6$ mmol/l.
- **Subventioneras för patienter med diagnostiserad homozygot familjär hyperkolesterolemi.**

Repatha® minskar risken för kardiovaskulära händelser hos patienter med mycket hög risk, såsom patienter med tidigare hjärtinfarkt som står på maximal tolererbar dos statin och ezetimib.^{1,2}

Repatha® (evolokumab) 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 och hos barn 10 år och äldre med heterozygot familjär hyperkolesterolemi, 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 barn 10 år och äldre, i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar.

För fullständig information vid förskrivning, aktuella priser samt produktresumé, Amgen november 2021, se www.fass.se

1. Sabatine MS, et al. Evolocumab and Clinical Outcomes in Patients with Cardiovascular Disease. N Engl J Med. 2017;376:1713–1722
2. Repatha (evolokumab) produktresumé, november 2021

