

FAKTA:

Trots statens alla miljardbidrag:

**Det opereras mindre
i regionerna än före pandemin**

Sidorna 6-13



Anna Nergårdhs
nya liv • sid 38

Sjukhusläkaren

NR 3/2022

TEMA: **VALET 2022
OCH SJUKVÅRDEN**

Kenneth Backgård,
regionråd

Anders Öberg,
oppositionsråd

Foto: Pär
Bäckström.

DE SITTER I KLISTRET

I Region Norrbotten måste man sända patienter
till Finland och förlita sig på hyrläkare för att kunna ge patienter vård

Hur ser riksdagspartierna
på SKR:s roll?

Ledaren: **Oacceptabla lagbrott
accepteras år efter år**

**"Valår lovas en massa, men miljarder
i tillfälliga stöd stjälp oss"**

Eliquis[®]
apixaban

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[®]

Bristol Myers Squibb[™] | Pfizer

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 koagulationsrubbnings 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

Sjukhusläkaren 3/2022

SJUKHUSLÄKAREN DIN TIDNING

I DETTA NUMMER:

TEMA | SJUKVÅRDEN OCH VALET 2022

Hur ser riksdagspartierna på nationell styrning och SKR:s roll i svensk sjukvård?

Av: Eva Nordin och Christer Bark

Sjukhusläkaren har frågat riksdagspartiernas talesmän för sjukvårdsfrågor

SKR är en arbetsgivar- och intresseorganisation som utövar inflytande för att den svenska sjukvården ska fungera bra. Det handlar om stora summor skattemedel, om patienter, om sjukvårdens kvalitet, om sjukvårdens organisation, om sjukvårdens status, om sjukvårdens framtid. Det handlar om stora summor skattemedel.

Staten gör allt fler överenskommelser med SKR som inte lyder under offentlighetsprincipen. Ser ett parti några problem med detta? I så fall vilka? Och vilka åtgärder vill ni i så fall vidta?



Anders W. Johansson, riksdagsledamot för Sverigedemokraterna

▼ SKR och olika regeringar har över tid samarbetat inom olika områden, till exempel genom att teckna olika överenskommelser. Överenskommelser med SKR är alltid inget nytt utan är en etablerad arbetsform och överenskommelser har varit över tid. SKR är en intresseorganisation för Sveriges kommuner och regioner. Det är alltid viktigt att vara tydlig med att SKR inte företräder de enskilda kommunerna och regionerna, utan är en organisation som får fram en samordnad bild av sina medlemmars intressen. Vi följer utvecklingen, men vi har inte någon ställning till om eller hur detta bör förändras.



Camilla Starck, riksdagsledamot för Moderaterna

▼ Moderaterna anser att regeringen inte i tillräcklig omfattning tagit hänsyn till kommunerna av att använda en intresseorganisation som del av statsförvaltningen. Detta eftersom SKR inte lyder under vår regeringens eller förvaltningslagens tillämpning. Istället möjliggör SKR till stödet av staten och skattevärdet av staten. Moderaterna delar Riksdagens uppfattning att regeringen i praktiken ges SKR en möjlighetsbaserad roll. Regeringen bör på ett principiellt plan ta ställning till de faktiska förhållandena för samverkan mellan regering och SKR och särskilt se till att möjligheterna till insyn förändras.



Linda Lindberg, riksdagsledamot för Socialdemokraterna

▼ Det behövs en ökad nationell styrning av svensk sjukvård. Den sker i första hand genom lagstiftning/överenskommelser som sätter ramar. Därutöver behövs nationella intresseorganisationer. Om man vill ha minskade skillnader mellan olika regioner är det bättre att dessa sker mellan staten och SKR än mellan staten och 21 olika regioner. De överenskommelser som görs mellan staten och SKR är offentliga.



Anders Johansson, riksdagsledamot för Sverigedemokraterna

▼ Vi anser att regeringen bör överlägga direkt med de 21 regionerna i större grad än vad som görs idag. För beslutet bör det också kanaliseras via exempelvis Socialstyrelsen istället för genom överenskommelser med SKR. Eftersom SKR är en ideell förening saknas offentlig insyn och transparens. Det är angeläget att skada finns för att utöka tilliten till offentliga beslut och dess genomförande. KD vill även utvärdera regionerna som SKR ska behandla som offentlig handling. De ska därmed vara tillgängliga för media och medborgare. Vi kommer att arbeta för det i SKR, och lyfta det i andra sammanhang.



Linda Lindberg, riksdagsledamot för Socialdemokraterna

▼ Det finns en problematik med överenskommelser mellan staten och intresseorganisationer när det handlar om stora summor skattemedel. SKR agerar mellanhand och företräder i första hand regionernas intressen, vilket blev tydligt i frågan om de s.k. beföringspengarna där 2,2 miljarder inte återrapporterats. I de nya avtalen mellan staten, regionerna och SKR ska dessa följa upp och återrapporteras, vilket är ett tydligt tecken på att man är medveten om att dessa inte döms på ett bra sätt. För en stark demokratisk kontroll är det viktigt att offentlighetsprincipen följs. Från vår sida menar vi att återrapportering och transparens ska vara standard vid avtal mellan staten och SKR, speciellt när det handlar om miljöbeteende av skattemedel. Det bör även utredas huruvida det finns andra avtal mellan staten och SKR som inte levererar den önskade effekten, och om de finns möjliggör att ställa tvivel på till Socialstyrelsen eller hos.



Margareta Kvarnström, riksdagsledamot för Miljöpartiet

▼ Miljöpartiet anser att de överenskommelser som stas tecknas med SKR ska behandlas som offentlig handling. De ska därmed vara tillgängliga för media och medborgare. Vi kommer att arbeta för det i SKR, och lyfta det i andra sammanhang.



Lina Herlitz, riksdagsledamot för Liberalerna

▼ SKR har slag en tydlig roll där bredden på transparens är problematisk. Vi vill se över SKR:s funktion och syfte. Vår mål är att SKR ska vara en resurs för stöd, utvärdering och intresseorganisation för kommuner och regioner, men även som sådan behövs mer transparens än idag.



Karin Båtelson, riksdagsledamot för Sverigedemokraterna

▼ Offentlighetsprincipen är avgörande för den demokratiska kontrollen av välfärden. Insatser i offentlighetsprincipen är insatser i att stärka demokratin. Vårpartiet vill ta tillbaka kontrollen över välfärden. Allmänna handlingar i offentlighetsprincipen är insatser i att stärka demokratin. Vårpartiet vill ta tillbaka kontrollen över välfärden. Allmänna handlingar i offentlighetsprincipen är insatser i att stärka demokratin. Vårpartiet vill ta tillbaka kontrollen över välfärden. Allmänna handlingar i offentlighetsprincipen är insatser i att stärka demokratin.

Kontakt redaktionen

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



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



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



Sidorna 6-36

Kontakt ansvarig utgivare

▼ Karin Båtelson,
karin.batelson@slf.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



ÖVRIGT



- Anna Nergårdhs nya spår38-42
- Krönika | Camilla Starck43
- Tillitsbaserad vård och omdömet | Intervju med Jonna Bornemark44-46
- Föreningsnytt48-50

Inför 30 dagars vårdgaranti

Det går bra nu för Sjukhusläkarna. Vi har äntligen fått gehör för flera av våra kärnfrågor. Vi har fått ett brett politiskt erkännande för att vi har brist på IVA-platser och vårdplatser samt att kösituationen med inhumana väntetider är oacceptabel. Socialminister Lena Hallengren har på den nationella nivån påtalat att utvecklingen mot färre och färre vårdplatser gått för långt och att sjukvårdens kostym är för liten.

Gunilla Gunnarsson lämnade nyligen över tillgänglighetsdelegationens slutbetänkande. Bristande tillgänglighet och långa vårdköer har präglat den svenska hälso- och sjukvården sedan 1960-talet – trots en mängd utredningar på temat – men att de går att påverka. Utredningen visade precis det vi inom Sjukhusläkarna sett och påtalat år efter år. Nu behövs inte fler utredningar på temat. Nu behövs grundliga förändringar.

Utredningen presenterade en rad konkreta förslag: Vikten av mer samarbete över gränserna – mellan regionerna, men också mellan staten och regionerna. Att lära sig av pandemin – medarbetarnas engagemang är en nyckelfaktor, och det behövs mer verksamhetsnära ledning och styrning.

Mer fokus på och stimulansmedel till kärnverksamheten, vilket ska märkas bland medarbetare, onödig administration ska skalas bort. Man föreslår en kortare vårdgaranti med 60 dagar till besök – här vill vi se ännu skarpare reglering med max 30 dagars väntetid – det finns ingen anledning att vänta längre.

Man kräver bättre redovisning av väntetiderna digitalt och patienterna ska få tidigare besked om väntetid samt större hjälp till annan vårdgivare. Många bra

första steg – Tack Gunilla för ett strålande utfört arbete!

Ansvar för den bristande tillgängligheten vilar på regionerna. Långa vårdköer och vårdplatsbrist har sitt pris och det är patienterna och hälso- och sjukvårdens personal som får betala. Den negativa utvecklingen har skett parallellt i 21 regioner.

Oacceptabelt att lagbrott accepteras år efter år

▼ Man har inte lyckats vända trender eller se helheten trots att man uppger samarbete via SKR, som på ett oförklarligt sätt nästan fått myndighetsstatus och därigenom mottar enorma statsbidrag men helt utan transparens.

▼ Man har inte lyckats sprida goda exempel.

▼ Man har helt kunnat strunta i att följa Vårdgarantin, Patientlagen och Hälso- och sjukvårdslagen.

▼ Det är oacceptabelt att vi har en lagstiftning som inte följs, och det är få andra områden man skulle acceptera lagbrott år efter år.

▼ Patienterna har inga rättigheter i dagens system. Här krävs det att vi flyttar fokus och utgår från patienternas behov, och inför en patienträttighetslag.

Vår kärnverksamhet är den som gagnar patienterna

Att fokusera på kärnverksamheten låter självklart. Men vad innebär det för oss sjukhusläkare, vad är vår kärnverksamhet? Enkelt uttryckt det som gagnar patienterna, nu eller i framtiden. Det är det direkta patientarbetet, men också att följa med i utvecklingen och fortbilda sig, att handla fram nästa generations läkare och att forska för att öka kunskapsläget och hitta möjliga framtida behandlingsalternativ.

Det är hög tid att vi börjar titta över läkarrollen och vad vi ägnar vår tid åt.

Att arbeta i team är att olika roller kompletterar varandra

Att arbeta i team innebär att vi har olika roller och kompletterar varandra. En säker sjukhusvård förutsätter allt från en fungerande lokavård till att läkarresursen används på bästa sätt. Det gör den inte idag.

Jag hör yngre kollegor som går primärjour berätta om hur de inte bara bedömer och behandlar patienter, utan också hämtar material för att sy sårskadan eller sätta katetern i förrådet, tvättar av, syr eller gör andra ingrepp utan assistans och därefter skriver behandlingsmeddelande till distriktssköterska. Britsar spritas och nya patienter hämtas in.

Det finns ett allvarligt feltänkt – man pratar om huruvida man ska serva läkare eller inte. Men – man servar inte läkare genom att assistera, man servar patienterna och säkerställer goda vårdflöden. Man är en del av det vi alla är där för att göra – att erbjuda patienten bästa möjliga behandling.

Var finns alla administratörer vi behöver?

I dagens sjukvård har vi fler administratörer än läkare – samtidigt som många av oss upplever att det administrativa stödet hela tiden minskar. På många håll är sekreterarna på annan plats fysiskt, och då minskar kontaktytorna. Jobbar man tillsammans finns förbättringar som ger oss läkare mer tid till patienterna – exempelvis att medicinska sekreterare skriver direkt under multidisciplinära konferenser eller på andra sätt skapar mer tid för oss läkare att ta hand om patienterna.

Man skapar murar och försöker skilja

på den medicinska delen, administration och omvårdnadsdelen. Samtidigt så får någon vara medicinsk ansvarig över avdelningarna – ofta med mycket oklara befogenheter. Man talar om personcentring – men individen ser nog knappast någon vinst i att vården fragmenteras. Vi vet så tydligt – det hänger ihop – fungerar inte mobiliseringen eller näringsintaget, då får de medicinska åtgärderna betydligt minskad effekt och vårdtiden blir längre.

Sjukvården är med rätta ännu en gång en av de hetaste frågorna i valrörelsen. Men vi behöver inte glämta vallöften – det krävs riktiga förändringar med långsiktig hållbarhet – så överenskommelser över blockgränserna är önskvärdt. Vi vill inte ha vallöften som ser bra ut på pappret men väger tunt för patienterna i vår kliniska vardag. Vi vill inte ha fler kortsiktiga stimulansbidrag. 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.

För att åtgärda vårdplatsbristen har flera partier gått ut med ett mål om en 90 procentig beläggningsgrad. Det är av godo att sträva efter en beläggningsgrad långt under dagens – vi vet att en lägre beläggningsgrad ger en effektivare vård med marginaler. Det är ett feltänk att koppla stimulanspengar till målet, risken är att 90 procent blir det nya taket som man bemannar för.

Skippa strösslandet med stimulansmedel

Vi har sett det så många gånger – tillfälliga stimulansmedel som leder till ett förvanskande av det statistiska underlaget. Allt från att utvidga antalet avdelningar en patient kan ligga på – oavsett faktisk kompetens på avdelningen – för att minska antalet överbeläggningar, till

att skapa "vårdplatser" på akuten för att minska ner tid till avdelning i statistiken. Så snälla politiker lyssna på oss som kan värden och skippa strösslandet med kortsiktiga stimulansmedel!

Slutligen vill jag ta upp en oroande nyhet, de hyperresistenta bakterierna som forskare hittat på Antarktis, som tolererar såväl antibiotika som desinfektionsmedel. Det finns en risk för spridning av dessa resistensmekanismer vid fortsatt temperaturhöjning så isarna smälter.

Detta exempel belyser vikten av att arbeta med klimatets påverkan på hälsan – något som vi kommer fortsätta med via vår arbetsgrupp KLIM. Vi hoppas att våra politiker väljer att ta ansvar även för kommande generationer hälsoeffekter och motverka klimatförändringarna.

Sjukhusläkarna kräver:

- ▼ En professionsstyrd vård, baserad på medicinska behov.
- ▼ En 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.
- ▼ Att läkares arbetstid tas tillvara och uppgifterna renodlas för att gagna patienterna.
- ▼ En arbetsmiljö som får personalen att stanna.
- ▼ En adekvat dimensionering av vård- och lva-platser.
- ▼ Stopp för kortsiktiga stimulansmedel.



Elin Karlsson
Ordförande i Sjukhusläkarna

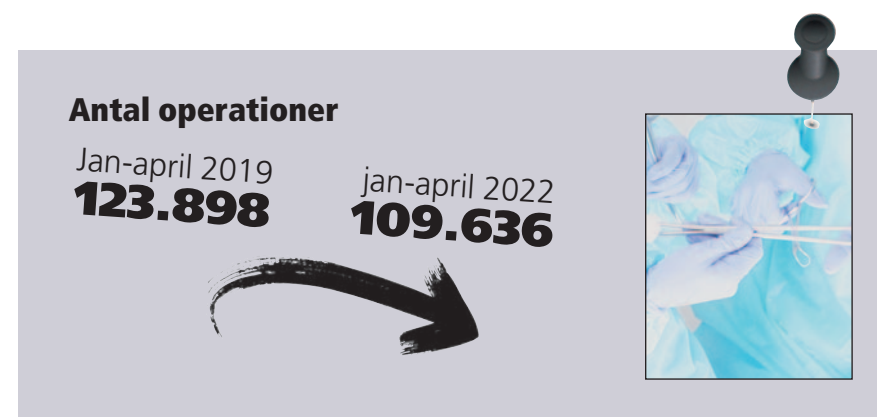
- Hur ska Sverige komma tillrätta med den ojämlika sjukvården i landet?
- Varför ger staten myndighetsliknande uppdrag till en arbetsgivarorganisation och intresseorganisation som SKR ?
- Vilka problem brottas regionpolitikerna med?
- Vad tycker sjukhusläkarna som gör jobbet dag ut och dag in?
- Med det här numret inleder Sjukhusläkaren bevakningen av valet 2022. Men först kalla fakta om tillståndet i landet och statistik som visar hur ojämlik sjukvården är.

Trots statliga miljardsatsningar till regionerna

Det opereras mindre än före pandemin

Text: Anna Sofia Dahl

Vi bygger fortfarande köer och är långt ifrån en jämlik vård. Det menar Gunnar Enlund, biträdande registerhållare för SPOR, som också tycker att läget i den svenska sjukvården är mer oroande nu än något han tidigare sett.



▼ Mellan 1 januari 2020 och 31 december 2021 gjordes det drygt 146 000 färre elektiva operationer i Sverige jämfört med 2019 års nivå. Men

siffror från SPOR, Svenskt perioperativt register, visar att operationskapaciteten ännu inte har återhämtat sig. Under perioden 1 januari till 1 maj i år gjordes

GUNNAR ENLUND:

”Läget i den svenska sjukvården är mer oroande nu än något jag tidigare sett”

Foto: Julia Sjöberg.



nästan 14 000 färre operationer jämfört med motsvarande period 2019.

Även om minskningen av antalet operationer finns i samtliga regioner, syns också stora skillnader. Endast i Region Uppsala har antalet elektiva operationer varit på samma nivå som under 2019 under årets första 17 veckor.

Faktum är att man enligt SPOR:s data i Region Gotland, Region Jämtland Härjedalen och Region Kalmar län under de första 17 veckorna 2022 har gjort färre elektiva operationer även jämfört med motsvarande period 2021 – det vill säga mitt under pandemin tredje våg då andelen sjukskrivningar var hög inom sjukvården.

Enligt Gunnar Enlund, överläkare på AnOpIva vid Akademiska sjukhuset och

biträdande registerhållare för SPOR, har pandemin gjort det tydligt att det är de elektiva operationerna som är bufferten i den svenska sjukvården. Att nivåerna ännu inte är tillbaka på de samma som innan pandemin menar han handlar om att det helt enkelt saknas personal.

Även svårt att få hyrpersonal

– Vi bygger fortfarande köer och det beror på att vi inte kan bemanna operationssalarna. Det börjar till och med bli svårt att få tag på hyrpersonal. Jag tycker att det här läget är mer oroande än något jag har sett tidigare, säger han och poängterar att det dröjer år innan resultatet av långsiktiga utbildnings-satsningar märks av och att man nu måste försöka locka tillbaka personal som slutat.

Han tillägger att man även då det finns bemannade operationssalar regelbundet tvingas stryka operationer på grund av att det saknas vårdplatser både inom intensivvården och på vårdavdelningar.

– Detta att stadigt ha vårdplatser för postoperativ vård är något som vi inte upplevt på länge.

Stora ojämlikheter

Skillnaderna över landet syns även i SPOR:s rapport om den faktiska väntetiden från operationsanmälan till operationsstart. Sjukhusläkaren har tagit fram data för väntetiden för samtliga elektiva

Fortsättning nästa uppslag >>>

operationer utförda under perioden januari till april 2022 som visar hur ojämlig vården är.

Statistiken visar också hur stora skillnader det finns i uppfyllelsen av Socialstyrelsens mål om att alla ska opereras inom vårdgarantins 90 dagar. (Se statistik sidorna 10-11.)

Medan 44 procent av de patienter som opererades under den givna perioden i Region Norrbotten, Region Värmland och Region Örebro län hade väntat mer än tre månader, var motsvarande siffra 18 procent i Region Jämtland/Härjedalen.

I Region Norrbotten hade dessutom 15 procent väntat i mer än ett år. I Region Dalarna, Region Kronoberg och Region Örebro län var motsvarande siffra 9 procent. I andra änden av skalan finns Region Gotland med 1 procent, Region Blekinge, Region Halland, Region Sörmland samt Region Väster-norrland med 2 procent.

Långa väntetider och ojämlig vård inget nytt

Men även om pandemin förstärkt bilden och förvärrat köerna fanns ojämlikheterna redan innan mars 2020.

Data för perioden mars 2019 till februari 2020 visar att drygt 40 procent av patienterna i Region Norrbotten och Region Örebro län då väntat mer än tre månader vid operation. Motsvarande siffra var dryga 20 procent i Region

Kalmar län, Region Gotland och Region Sörmland.

Störst andel patienter som väntat i över ett år fanns då i Region Dalarna med 4,2 procent, Västra Götalandsregionen med 3,4 procent samt Region Norrbotten och Region Västerbotten med 3 procent. I Region Blekinge, Region Gotland, Region Halland och Region Sörmland var motsvarande andel under 0,5 procent.

Ännu större skillnader när olika ingrepp jämförs

Även för olika ingrepp syns stora skillnader mellan regionerna i SPOR:s data. Den visar till exempel att runt 60 procent av de patienter som opererades på grund av framfall i Region Kronoberg, Region Norrbotten samt Region Värmland under perioden januari till april 2022 hade väntat i mer än ett halvår från det att operationsanmälan gjordes.

I Värmland hade mer än varannan framfallspatient väntat över ett år

I Region Värmland hade dessutom mer än varannan patient väntat i mer än ett år och i Region Kronoberg samt Västra Götalandsregionen hade var tredje patient väntat lika länge.

I Region Gotland, Region Jämtland/Härjedalen, Region Uppsala samt Region Västmanland hade ingen

av de opererade patienterna väntat lika länge under motsvarande period.

I den patientgrupp som opererats på grund av godartad prostataförstoring under perioden januari till april 2022 hade störst andel väntat mer än ett år i Region Örebro län (51 procent), Region Västerbotten (38 procent) och Region Kalmar län (25 procent).

I Region Blekinge, Region Gotland, Region Halland, Region Skåne och Region Uppsala hade ingen opererad patient väntat lika länge under motsvarande period.

Högst andel patienter som väntat mer än ett år från operationsanmälan till operation gällande knäledsprotos under januari till april 2022 fanns i Region Västmanland (55 procent), Region Dalarna (49 procent) och Region Norrbotten (46 procent). Ingen av patienterna som opererades av samma anledning i Region Blekinge eller Region Gotland hade väntat lika länge.

– I en jämlik sjukvård, om vi hade det i Sverige, skulle alla de här staplarna ligga på rad ovanför varandra och se ganska lika ut. Och gränsen för 90 dagars skulle gå rakt ner. Det skulle vara jämlik sjukvård i steg ett, säger Gunnar Enlund och fortsätter:

– Jämlik sjukvård steg två är där man tittar i en viss region och ser att det inte är någon skillnad mellan olika ingrepp. Att det finns en balans i väntetiden mellan olika ingrepp.

Så (ojämlikt) byggs köerna på i regionerna

Samtliga regioner utom Region Uppsala har utfört färre elektiva operationer under jan-april i år än vad som gjordes under samma tidsperiod 2019 – före pandemin. Det visar statistik från SPOR, Svenskt Perioperativt Register. Den visar också hur ojämlig vården är.

1 Norrbotten

Antal operationer:
2019: 3 048 2022: 2 476
Vårdskuld: 5 070

2 Västerbotten

Antal operationer:
2019: 6 153 2022: 5 530
Vårdskuld: 4 473

3 Västernorrland

Antal operationer:
2019: 3 108 2022: 2 773
Vårdskuld: 3 206

4 Jämtland/Härjedalen

Antal operationer:
2019: 2022: 1 367
(Saknas data för 2019)

5 Gävleborg

Antal operationer:
2019: 5 730 2022: 5 089
Vårdskuld: 6 895

6 Dalarna

Antal operationer:
2019: 4 004 2022: 3 725
Vårdskuld: 4 358

7 Värmland

Antal operationer:
2019: 6 453 2022: 4 488
Vårdskuld: 13 160

8 Västra Götaland

Antal operationer:
2019: 25 381 2022: 24 411
Vårdskuld: 29 824

9 Örebro

Antal operationer:
2019: 4 846 2022: 4 267
Vårdskuld: 6 062

10 Västmanland

Antal operationer:
2019: 3 716 2022: 2 815
Vårdskuld: 5 043

12 Stockholm

Antal operationer:
2019: 21 317 2022: 20 104
Vårdskuld: 20 733

14 Östergötland

Antal operationer:
2019: 6 119 2022: 4 476
Vårdskuld: 8 578

15 Jönköping

Antal operationer:
2019: 4 733 2022: 4 134
Vårdskuld: 6 101

16 Kalmar

Antal operationer:
2019: 3 703 2022: 2 136
Vårdskuld: 5 923

17 Kronoberg

Antal operationer:
2019: 2 160 2022: 2 084
Vårdskuld: 2 872

18 Gotland

Antal operationer:
2019: 2022: 831
(Saknas data för 2019)

19 Blekinge

Antal operationer:
2019: 2022: 2 896
(Saknas data för 2019)

20 Skåne

Antal operationer:
2019: 8 816 2022: 6 844
Vårdskuld: 12 732

21 Halland

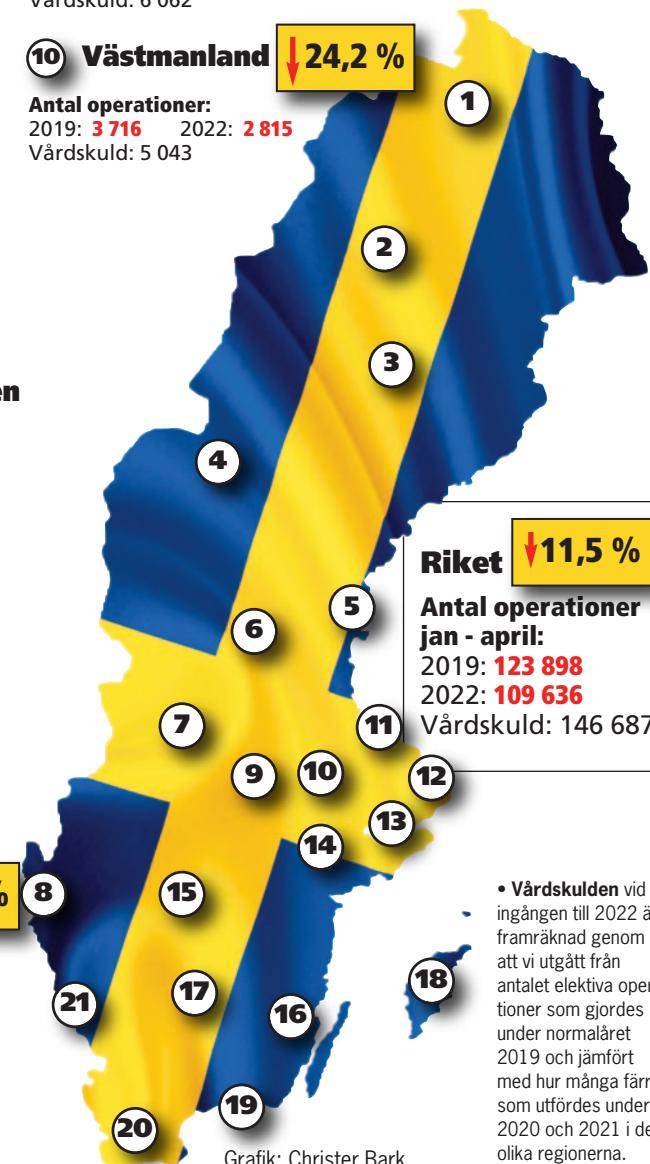
Antal operationer:
2019: 5 046 2022: 4 389
Vårdskuld: 4 652

11 Uppsala

Antal operationer:
2019: 6 239 2022: 6 935
Vårdskuld: 2 930

13 Sörmland

Antal operationer:
2019: 3 326 2022: 2 960
Vårdskuld: 3 875



Levetiracetam Orion
levetiracetam

Välj ett billigt alternativ!

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

Vid behandling av epilepsi.



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

ORION PHARMA

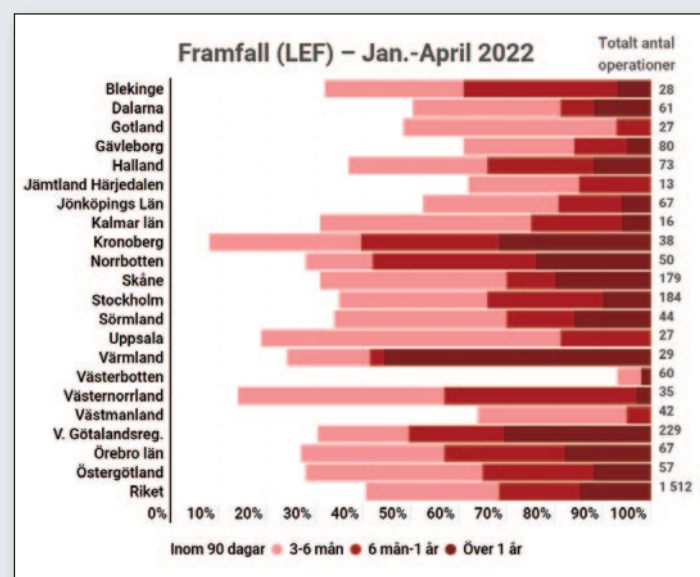
Levetiracetam Orion (levetiracetam) antiepileptika [Rx]. Förmån. Som monoterapi vid partiella anfall med eller utan sekundär generalisering hos vuxna och ungdomar från 16 år med nydiagnostiserad epilepsi. Som tilläggsbehandling vid partiella anfall med eller utan sekundär generalisering hos vuxna, ungdomar, barn och spädbarn från en månads ålder med epilepsi. Som tilläggsbehandling vid myokloniska anfall hos vuxna och ungdomar från 12 år med juvenil myoklonisk epilepsi. Som tilläggsbehandling vid primärt generaliserade toniskloniska anfall hos vuxna och ungdomar från 12 år med idiopatisk generaliserad epilepsi. Tabletter 250 mg, 500 mg, 750 mg och 1000 mg. Senaste översyn av produktresumé: 2021-08-16. För priser och ytterligare information se www.fass.se.

KALLA FAKTA OM DE LÅNGA OCH OJÄMLIKLA VÄNTETIDERNA

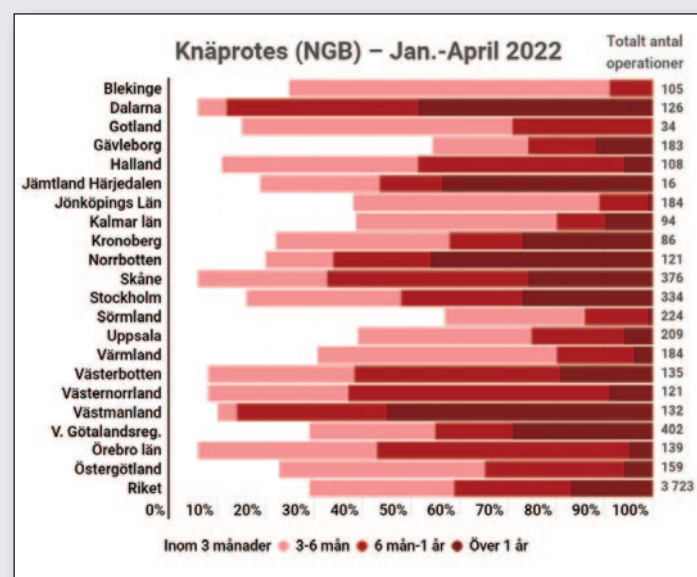
Så länge fick patienterna vänta tills operationen blev av

• Siffrorna nedan visar den faktiska väntetiden mellan operationsanmälan och utförd operation för samtliga patienter som opererats någon gång under perioden januari-april 2022.

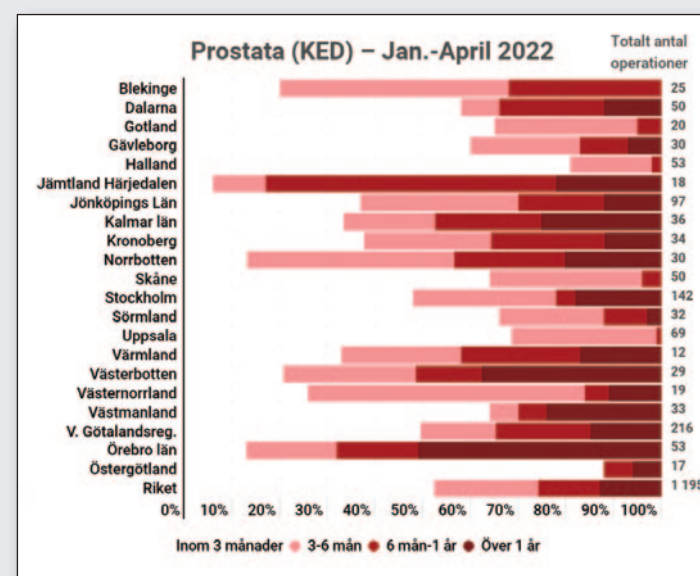
I SPOR:s rapport för väntetider, som visar den faktiska väntetiden från operationsanmälan till operationsstart, framträder en bild av hur ojämlik vården är. Medan patienter i en del regioner får vänta mer än ett år, finns det inte någon patient i andra regioner som väntat lika länge.



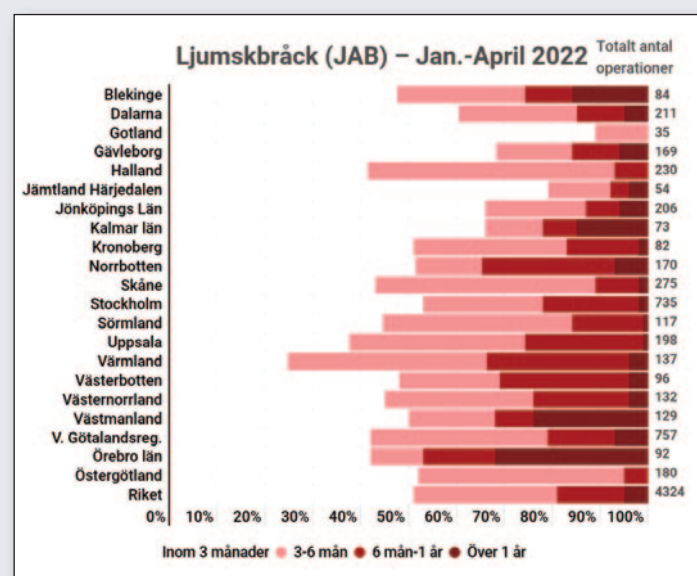
Varannan patient med framfall i Värmland får vänta över ett år efter att beslutet att opereras har tagits



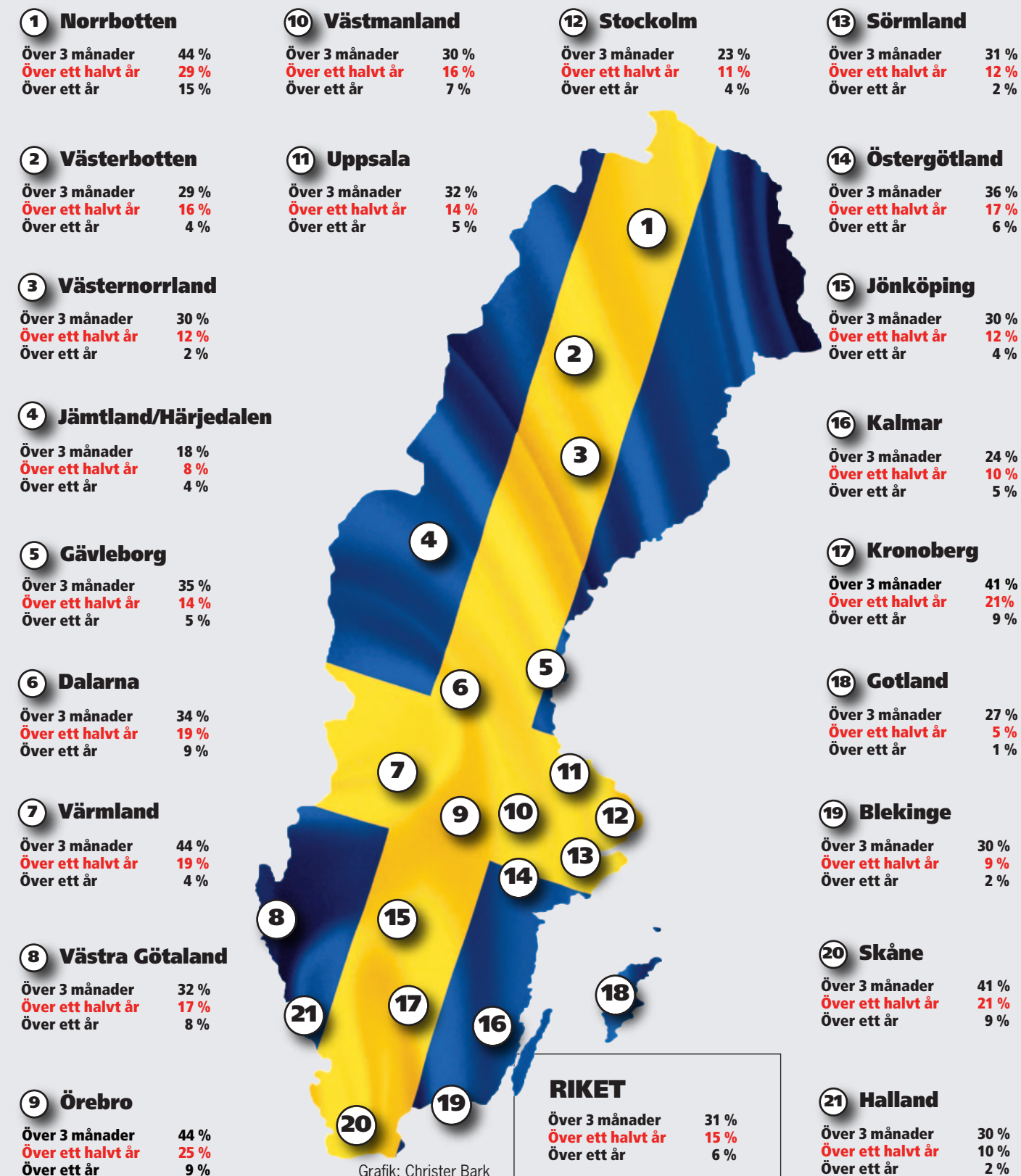
Nästan varannan opererad patient hade väntat mer än ett år i Region Dalarna, Region Norrbotten samt Region Västmanland.



Sju av tio patienter som opererades i Region Örebro län hade väntat mer än sex månader från operationsanmälan.



Var tredje opererad patient i Region Örebro län hade väntat mer än ett år från operationsanmälan.



Grafik: Christer Bark

Grafik: Anna Sofia mDahl

"100-tals kliniker är alltid överfulla – här är sanningen om vårdplatsbristen som inte syns i SKR:s statistik"

Text: Christer Bark

Året var 2014 och rubriken ovan är från Sjukhusläkarens förstasida.

▼ I numret berättade vi om 100 kliniker som alltid var överfulla. Vi intervjuade uppgivna, utslitna och arga läkare som berättade hur tufft det var på deras kliniker, om en verklighet som inte syns

i statistik på regionnivå eller sjukhusnivå. Vi tog fram belägningsgrader klinik för klinik, där vården bedrivs. Statistik som fortfarande inte samlas in nationellt till de som bestämmer om svensk sjukvård.

Hur ser det ut i dag? Vi kollade med några sjukhus från vår

förra granskning. Kalla fakta som visar att allt fler kliniker har extrema belägningsgrader. Värre än 2014.

Beläggning i procent av disponibla vårdplatser

April 2022	Linköpings Universitetssjukhus
Njur/Rema	119,4 %
Hand- och plattskirurgi	115,8 %
Lungmedicin	112,0 %
Geriatrisk akutsjukvårdsavdelning	110,8 %
Magtarm och endokrinmedicin	108,8 %
Onkologi	107,3 %
Kirurgisk akutsjukvårdsavdelning	105,9 %
Kvinnoklinik	105,6 %
Neurokirurgi	103,6 %
Palliativ	102,5 %
Medicinsk akutsjukvårdsavdelning	102,4 %
Kardiologi	102,2 %
Ortopedi	101,9 %
Kirurgi	101,5 %
Neurologi	99,3 %
Rehabiliteringsmedicin	98,3 %
Urologi	97,3 %
Hematologi	97,3 %

Jan-april 2014	Linköpings Universitetssjukhus (jan-april)
Njurmedicin	102,0 %
Kirurgi/avd 103	101,3 %
Kava	100,8 %
Ortopedi/ avd 31A	94,5 %

April 2022	Gävle sjukhus
Hjärtintensivvårdsavdelningen	113 %
Geriatriskavdelningen	113 %
Ortopedavdelning	111 %
Njur och Hematologiavdelningen	102 %
Lungavdelningen	102 %
Medicinsk akutsjukvårdsavdelningen	96 %
Hjärtavdelningen	95 %
Strokeavdelningen	94 %

• Under vardagarna är belägningsgraderna betydligt högre. Under vecka 11 hade exempelvis Njur och Hematologiavdelningen

belägningsgrader per timme:
Måndagen: Mellan 131 – 144 procent.
Tisdagen: Mellan 131 – 150 procent.

Onsdagen: Mellan 113 – 131 procent.
Torsdagen: Mellan 106 – 119 procent.
Fredagen: Mellan 106 – 119 procent.



April 2022	Akademiska sjukhuset
Ortopedi och handkirurgi	117 %
Plastik- och käkkirurgi	113 %
Kirurgi	113 %
Urologi	111 %
Rehabilitering och smärtcentrum	110 %
Specialmedicin hud och reumatologi	107 %
Blod- och tumörsjukdomar	107 %
Kvinnosjukvård	103 %
Infektionssjukdomar	103 %
Geriatrisk	102 %
Akutsjukvård och internmedicin	100 %
Thoraxkirurgi och -anestesi	99 %
Genomsnitt alla kliniker:	97 %

Jan-april 2014	Akademiska sjukhuset
Intern/lungmedicin	104,6 %
(+ 11,1 procent utlokaliserade patienter)	
Kirurgi	101,8 %
Kardiologi	98,9 %
Infektion	97,2 %
Ortopedi	96,3 %

Jan-april 2014	Gävle sjukhus
Gynekologisk vårdavdelning	102,0 %
Kirurgi/avd 11A	100,1 %
Njur och hematologiavdelning	100,0 %

Stora skillnader i antal överbeläggningar och utlokaliseringar

▼ Tabellen visar antalet överbeläggningar respektive utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser för den somatiska vården under april 2019 respektive april 2022. Även här syns stora skillnader mellan regionerna. Källa: SKR:s databas väntetider.se.

Region	Överbeläggningar		Utlökaliseringar	
	April -19	April -22	April -19	April -22
Blekinge	2.8	7.6	0.8	3.3
Dalarna	1.6	1.8	1.5	1.7
Gotland	2.3	0.5	4.1	8.9
Gävleborg	5.9	3.3	1.4	1
Halland	2	1.5	0.9	1.7
Jämtland	2.4	6.5	2.5	3.3
Jönköping	1	2.4	0.7	2.8
Kalmar	0.5	0.6	0.2	0.8
Kronoberg	2.4	2.4	0	2.7
Norrbottn	5.8	8.5	2.2	1
Skåne	6.9	-	1.3	-
Stockholm	5	4.1	2.7	1.5
Sörmland	4	4.4	0.9	1.3
Uppsala	5.9	7.4	2.2	3.2
Värmland	2.6	2.1	1.4	1.3
Västerbotten	4.3	3.6	3.9	2
Västernorrland	5.6	12.6	0.9	1.9
Västmanland	1.4	1.5	1.2	1.5
Västra Götaland	4.2	7	3.3	2.7
Örebro	1.9	2.4	1.1	2.8
Östergötland	8.1	10.6	2.2	2.4
Alla regioner	4.4	4.9	1.9	2.1

Grafik: Anna Sofia Dahl.



Remeo söker en Specialistläkare i intensivvård och anestesi

Vi är ett "sjukhus i miniatyr" som bedriver hög-specialiserad vård för patienter i behov av avancerad andningsvård och intensivvårdsnära rehabilitering.

Remeo är en arbetsplats som ser hela människan, erbjuder stöd, utveckling och månar om en god balans mellan arbete och fritid.

Vi söker dig som vill lära dig ett unikt vårdkoncept och vill vara med på vår resa framåt!

Läs mer och ansök på remeo.se > Jobba hos oss



PROMASMETODEN UPPLEV SKILLNADEN

Märker dina patienter om du är stressad eller utvilad?

Som sjukvårdspersonal har du ett av de tuffaste jobben i världen. Långa arbetspass i kombination med kort vila och snabba beslut. Det är inte konstigt att man blir trött!

För att fortsätta orka göra ditt bästa är återhämtning viktigt. Med regelbunden och effektiv återhämtning ökar vi chansen att må bra på jobbet i det långa loppet.

I Promas återhämtningsfåfölg får du möjlighet till optimal återhämtning på jobbet – både mentalt och fysiskt. Varje behandling är på 15 minuter och du kombinerar mental träning med avslappnande massage.

Upplev skillnaden, kontakta oss på promas.se

PROMAS

VALÅR LOVAS EN MASSA – MEN MILJARDER I TILLFÄLLIGA STÖD STJÄLPER OSS

Alla organisationer har ett kärnuppdrag. Ledningens främsta ansvar är att stödja detta uppdrag, inte minst genom att inte skapa för många parallella krav vilka stör det egentliga arbetet.

Offentlig sektor har senaste decenniet haft stora problem med styrning och struktur. Ett flertal utredningar och publikationer beskriver situationen inom vård och omsorg, utbildning, polis och myndigheter.

En observation som tycks gemensam för alla dessa verksamheter är att administrationen växer på bekostnad av det arbete som skapar nytta för individer och samhälle – och även skapar mening för medarbetare. Varför har det blivit så?

Pandemin har satt fokus på problem som förelegat en längre tid. Kriser har den egenskapen – de sätter ljuset på styrkor och svagheter, och visar i bästa fall också på lösningar och vägar framåt.

De stora revolutionerna under 1700- och 1800-talet lade grunden till dagens demokratier. Folkmorden och krigen under 1900-talet har lett till förändring i vår inställning till människovärde och rättigheter.

Många vill återgå till "business-as-usual"

Vi är snart i pandemins efterbörd och får inte förlora möjligheten till förändring. Det finns dock många som hellre – och snarast möjligt – vill återgå till "business-as-usual". Och då ser vi samma dumheter som bidragit till nuvarande situation med vårdplatsbrist



STELLA CIZINSKY

Verksamhetschef för hjärt-, lung- och fysiologikliniken på Universitetssjukhuset i Örebro.

trots många sjukvårdsutbildade, och oklara (eller rent felaktiga) prioriteringar av sjukvårdsresurser trots att portalparagrafen i HSL betonar behovet som huvudsaklig grund för prioritering.

Parallellt vittnar professionerna om ökande arbetsmiljöproblem trots att vi i genomsnitt arbetar kortare tid än någonsin, har starkare skyddslagar än majoriteten av andra länder och en omfattande apparat för att stötta medarbetare som inte orkar.

I början av detta år meddelade regeringen – inte oväntat under ett valår – att man delar ut ytterligare två miljarder kronor för att beta av den växande "vårdskulden". Själva ordet "vårdskuld" är en nyskapad floskel som tycks mena att detta uppstått som resultatet av en oundviklig naturlag eller genom ett

virus och inte genom en dålig styrning.

Idag väntar närmare 200.000 människor på operation, varav många är polikliniska eller behöver bara en kortare vårdtid.

Miljarder delas ut utan evidens att de gör nytta

2021 utdelades sex miljarder i stöd för denna vårdskuld och 2022 skall man dela ut lika mycket. Men det handlar om villkorade pengar, som skall gå till diverse åtgärder som snarast ökar administration och som inte på något sätt har evidens för varken patientnytta, bättre arbetsmiljö eller effektivare resursutnyttjande.

Enligt socialminister Lena Hallengren är det svårt att uppskatta hur stor vårdskulden har blivit (SvD 2022-01-20). Men nu skall mobila team, vårdlotsar och kartläggning från Socialstyrelsen lösa situationen. Man blandar också in ett magiskt tänkande om att dessa åtgärder skall leda till en allmän sjukdomsprevention så att man inte behöver ställa nya människor i operationsköerna.

I retoriken nämns också problemen med ökad psykisk ohälsa, ökat alkoholbruk, behov av fasta läkare i primärvården och samverkan mellan regionerna. Självklarheter, men knappast relevant i detta sammanhang och med oklar koppling till väntetiderna till operation.

Men som alltid nämner man "the usual suspects" – som också inkluderar

en växande grupp av kroniskt sjuka äldre, något som alltid tas upp som orsak till alla bekymmer som skapats genom dålig styrning.

Och vad kommer nu att hända med dessa pengar – ja, givetvis mer av samma. Mobila team skall införas brett och utan evidens för nytta och kostnadseffektivitet. Men givetvis är det fint att folk kan få besök i hemmet – även om resurserna kanske skulle kunna användas bättre för en ökad kontinuitet i primärvården. Vad vårdlotsar skall göra är fortfarande höljt i dunkel, men det är väl någon som hanterar folks missnöje, berättar om väntetiderna i andra regioner och vem man skall ringa för att tjata sig fram i köerna.

Detta kommer att hända

- Mer siffror och redovisningar kommer att begäras in från regionerna, så att politisk ledning, SKR och myndigheter kan ägna sig åt byråkrati och skenbar styrning.
- Mera meningslös administration och åtgärder utan effekt kommer att avkrävas den patientnära verksamhetsledningen på vårdcentraler och sjukhuskliniker.
- Fler sjuksköterskor kommer att bli samordnare, vårdlotsar, koordinatörer och ledningsstöd än tidigare.
- Fler möten kommer att hållas med sjukvårdsutbildat folk, chefer och controllers och processledare. De som arbetar i kärnverksamheten kommer att bli färre och ännu tröttare, och deras chefer kommer att få ägna tid åt att försöka förklara varför vi får mer pengar

men ändå inget av detta syns i personalens lönekuvert eller i form av en bättre bemanning på akutmottagningar, intensivvård eller operations- och vårdavdelningar.

Beroendet av hyrpersonal kommer att öka

När så alltför specialiserade läkare och sjuksköterskor tröttnar och lämnar offentlig sjukvård, så ökar vårt beroende av hyrpersonal. Särskilt sker detta inom primärvården där vi behöver fasta läkare, sjuksköterskor och rehabprofessioner. Redan idag har flera regioner avtal med företag som hyr ut ett komplett operationsteam, vilka bemannar operationssalarna kontorstid till minst den dubbla timlönen som ges till de trogna medarbetarna i 24/7-verksamheten.

Kostnaderna ökar samtidigt som kvaliteten, utbildningen och patientsäkerheten försämrats och flexibiliteten minskar. Motivationen för att bli chef i patientnära verksamhet lär ju knappast öka i denna situation. Även om man får en fin ledarskapsutbildning eller s k stöd från HR.

Det är kanske dags att säga ett rungande nej till alla dessa dumheter. Vi behöver också ta vårt ansvar som chefer och högtbildade medarbetare. Sjukvården idag kräver fler som arbetar med patienter. Inte minst inom läkargruppen har alltför många fjärrat sig från det krävande patientansvaret och från ledningsuppdraget. När såg man senast en verksamhetschef ronda en avdelning eller delta i akutuppdraget?

Och alla ni som ofta byter arbetsplats eller har lämnat för att arbeta som hyrläkare, kan inte ni dra ert strå till den gemensamma stacken? Förändring bedrivs inte genom att lämna, utan genom att stanna kvar.

När vi kräver bättre sjukvård – av vem kräver vi det, när vi själva inte är på plats och tar vårt ansvar? En läkare som hyr ut sitt arbete ställer sällan krav på en bättre verksamhet, egen vidareutbildning eller långsiktig patientsäkerhet.

På kort sikt är det nog ganska skönt för en dålig ledning att betala för att få täckning för en schemarad utan att behöva ägna sig åt besvärliga medarbetare som önskar förbättring, ansvarstagande och etisk kompass. Men det leder snabbt utför när allt färre tar ansvar för kärnuppdraget idag och i framtiden.

Förtroendet för läkarprofessionen hotas

Och hur går det med det förtroende och status som idag kopplas till läkarprofessionen? Hur länge dröjer det innan vi som grupp betraktas som alltmer opålitliga, och både allmänheten och våra patienter börja tvivla på professionens drivkrafter och kompetens? När det så sker, så kommer också kontrollen över professionen att öka, och makten förskjuts ytterligare mot högre nationella och regionala ledningar som skapat nuvarande situation.

Valåret lovas dock en massa. Men man påstrar inte om en blödande sjukvård med mer administration och pengar till meningslösheter.

Mesalazin Orion
mesalazin
Enterotablett och suppositorium, 500 och 1000 mg

Välj ett billigt alternativ!

Mesalazin Orion – ett alternativ med låg behandlingskostnad*

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

*TLVs prisdatabas maj 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



NÄR SKA DE ANSVARIGA HÅLLAS ANSVARIGA?

Jag har en fundering. När verkligheten inte passar ihop med vad politiker och konsultbolag tänkt ut – vem är det då som har ansvaret när det inte blir bra?

Som kliniker är jag ansvarig för det jag gör. Jag kan inte skylla på att det var mitt i maten som larmet om det sjuka barnet på akuten kom. Jag måste dit och göra det jag kan – det jag är utbildad för.

Jag sätter patienten i centrum och har så alltid gjort – och jag vet inga andra kollegor inom sjukvården som gör eller har gjort annorlunda. På högre nivåer, där de stora besluten tas, ser verkligheten annorlunda ut. Och vår verklighet har inte alltid samma värde eller dignitet när det skall tas beslut.

När våra folkvalda väljer att låta sig intervjuas på en byggarbetsplats och pekar uppåt bygget; "Det blir så häftigt – man kommer att kunna stå här nere på gatan och se hur svårt sjuka patienter transporteras i glaskorridorerna däruppe" blir det så konstigt.

Jag vändas – vet hen hur en svårt sjuk patient ser ut? Skulle hen vilja att det var hans anhöriga som låg för allmän beskådan – naken under ett skynke, blek och tagen med maskiner som håller igång andning, njurfunktion och massa pumpar med mediciner för att hjärtat ska orka? Det är inte Cityakuten med sminkade skådespelare utan en verklig situation som är helt annorlunda och inte alltid så vacker eller romantisk.

Förstår våra beslutsfattare hur verkligheten verkligen ser ut?

När vi inom intensivvården går på ett arbetspass får vi alltid en rapport



ELIZABETH LICHTENSTEIN
Anestesiolog.

från avgående läkare om patienterna. Dels de som ligger på intensivvården, men även de som ligger på andra ställen som är på väg att bli potentiella "kunder" hos oss. (Jag använder här ordet kunder

Jag undrar vilka andra arbetsplatser som startar arbetspasset med en etisk reflektion och ett i många fall omöjligt prioriteringsbeslut?

för det ofta är så patienter beskrivs inom de politiska diskussionerna – som om det handlar om någon som väljer och sedan utvärderas varan/tjänsten).

Det kan inte ha undgått någon, i och med pandemin, att Sverige tillsammans med Portugal har Europas lägsta tillgänglighet på intensivvårdsplatser – cirka 5-6/100 000 invånare jämfört med till exempel Tyskland som har 5-6 gånger så många platser.

Diskussionen som då uppstår är: "Vem ligger närmast dörren?" ". Det vill säga: vilken eller vilka av våra patienter kan vi skicka ut från intensivvården med minsta möjliga skada och påverkan på deras vård? Jag undrar vilka andra arbetsplatser som startar arbetspasset med en etisk reflektion och ett i många

fall omöjligt prioriteringsbeslut.

De allra sjukaste patienterna vi har på våra sjukhus skickas runt på nätter och helger för att lösa en ohållbar situation. En situation skapad av våra prioriteringar i sjukvården, till syvende och sist av de som beslutar.

Under alla de år jag arbetade i storstaden ägnades många jourtimmar till att, med intensivvårdsambulansen (en stor buss), skicka patienter mellan sjukhusen för att vi hade för få platser. Kvar på hemmasjukhuset blev de övriga jourerna, som under tiden en jour var borta på transport, fick springa dubbelt med en extra sökare på sig.

När man väl hade avbördat sig sin patient på en ny IVA-avdelning (där man alltid tappar i vårdcykeln på dessa patienter), fick man i spariverns kraft åka färdtjänsttaxi tillbaka till hemsjukhuset. Alla som åkt sådan taxi vet att det tar tid innan den kommer och är inte högprioriterat. Det vill säga: den dyraste och mest specialiserade akutresursen på sjukhuset fick sitta och rulla tummarna i väntan på färdtjänst på ett annat sjukhus.

Jag undrar hur många av våra beslutsfattare som åker färdtjänst mellan sina uppdrag? Dyrt för vården, jobbigt för patienterna och extra tungt för kollegorna som är kvar på hemmasjukhuset under tiden.

Ett arbetspass består förstås inte bara av rapporter och transporter. Vi tar hela tiden svåra medicinska beslut, inleder behandlingar, gör ingrepp och operationer. Gör vi något fel så kan det i värsta fall orsaka lidande och till och med död.

Vi gör regelbundna avvägningar huruvida andra svårt sjuka patienter på sjukhuset har möjlighet till vår intensivvård eller om vi kan vårda dem på plats med upprepade besök under passet.

Vi är alltid ansvariga oavsett vad klockan är, hur länge vi varit i tjänst, om magen skriker, om vi inte hunnit gå på toaletten eller ens hunnit dricka ett glas vatten. Under pandemin uppmärksammades detta och gemene man kanske tror att det bara var då vår arbetssituation var pressad. Så är det tyvärr inte, de flesta av våra arbetspass är pressade – inte minst

dagtid då vi inom mitt verksamhetsområde sällan hinner slänga i oss någon mat inom de fem timmar från arbetsdagens start som arbetsmiljölagen stipulerar.

Samma människor som slet ut sig i pandemin ombes nu att ta tag i operationsköer och uppskjuten vård. På en del ställen har personalen uppmuntrats med en extrapeng och extra semesterdagar. I den region jag arbetar har vi inte fått något förutom extra jourpass, då så många har slutat eller är sjukskrivna. Vi saknar mer folk än tidigare och det gör naturligtvis inte

arbetsbördan mindre då behovet av vård inte minskat.

Varför arbetar vi på då? Jo, för att vi sätter våra patienter i centrum. Vi har valt detta yrke för att vi vill hjälpa, lindra och ibland bota. Den inre tillfredsställelsen när vi lyckas, när vi gjort något bra för någon annan är obetalbar. Men visst vore det trevligt att få uppskattning

Jag undrar hur många av våra beslutsfattare som åker färdtjänst mellan sina uppdrag?

och förståelse från de som beslutar någon gång. Och visst vore det fint om de lyssnade på oss innan de slänger sig i kraft med nästa omorganisation.

Att tro att vi ska kunna förmedla detta till den breda allmänheten är kanske en utopi, jag nöjer mig tills vidare med att politiker och andra beslutsfattare börjar lyssna.

I min utopi ingår också att beslutsfattare och politiker ska hållas ansvariga för sina beslut när de så i grunden påverkar oss som står på golvet. Det är

trots allt de som skapar förutsättningarna för vårt arbete, vi är bara människor och kan omöjligt hinna vara på mer än ett ställe åt gången. Vi behöver äta, gå på toaletten, ha rast någon gång – inte bara avdrag på lönen för en halvtimmes lunchrast som vi aldrig får. Och inte minst, vi behöver återhämtning innan fler av oss ger upp av olika anledningar.

Hur ska vi kunna fortsätta sätta våra patienter i centrum när vi inte själva får åtnjuta de mest basala rättigheterna när det gäller vår arbetsmiljö? Hur ska vi kunna fatta rätt medicinska och etiska beslut när vi inte räcker till?

Åtstramningar, nedskärningar och omorganisationer skördar liv – inte minst har Stockholms Sjukvårdsupprop vittnat om detta. En bra arbetsmiljö ger en god vård och nöjda anställda. När ska våra beslutsfattare förstå att den viktigaste resursen är oss – vi som står på golvet dag ut och dag in och sätter patienten i centrum? När ska de ansvariga hållas ansvariga?



Ansök om anslag till diabetesforskning

Ansökan
lämnas senast
15/9 2022

Diabetesfonden utlyser projektbidrag, för såväl grundforskning som klinisk patientnära forskning med tydlig diabetesrelevans, avseende diabetesforskning med hög vetenskaplig kvalitet. Anslag kommer i första hand att tilldelas forskargrupper med mer omfattande program. Endast undantagsvis tilldelas enskilda forskare eller mindre projektanslag. Huvudsökande för projektet ska vara disputerad. Anslag kan endast tilldelas forskare vars lön till minst 50% uppbärs i Sverige. Ansökan lämnas senast den 15 september 2022.

Läs mer och ansök på
diabetes.se/forskningsanslag

DIABETES FONDEN
Svenska Diabetesförbundet

GE OSS SOM KAN MER ÄN PEKFINGERVALSEN SPELUTRYMME

Jag spelade piano när jag var ung. Att med två händer kunna frambringa musik är inte helt enkelt, men fantastiskt. Man ska använda rätt rytm, rätt anslag och framför allt träffa rätt tangenter. Det är en konst som kräver stor koncentration och mycket tid. Att förstå hur en vårdverksamhet fungerar är ännu mer komplicerat och att kunna påverka den kräver minst lika mycket koncentration och övning.

Kunniga och erfarna läkare kan spela på hela sitt register med klinisk bedömning av situationen, kännedom om kompetensen hos personalen och de resurser som finns tillgängliga. På det sättet kan man omgående driva en utredning framåt eller genomföra en brådskande operation när det behövs och utan varsel.

När vårdens resurser behövs, då spelar man med bägge händerna. Det hände i början av Coronapandemin när personalen klev fram och löste problemet. Det är vad som händer när patienter är i fara.

Trots att vi vet det här sitter de beslutande med pekfinger-valsens. De spelar med ena fingret på "vårdplatsneddragning" och det andra på "centralisering" samtidigt som de stampar hårt på pedalen som det står "digitalisering" på.

Under 20 års tid har många regioner arbetat med sviktande ekonomi och fattat alltmer drastiska beslut i budgetarbetet – utan stora effekter på sista raden av resultaträkningen.

Värst i klassen är kanske Region Västernorrland med dyrast vård per invånare och sämst tillgänglighet till vård. I de tio senaste årsredovisningarna har man pekat på den höga andelen hyrpersonal och en alltför kostsam riks- och regionvård. Misstanken borde då omedelbart falla på personalbrist och underproduktion.

Vakansgraden i primärvården har i episoder varit 50 procent och kötiderna till både specialist och operation är långa. I stället för att komma till rätta med de verkliga problemen har man



LARS ROCKSÉN

Specialist i anestesi och intensivvård, förste vice ordförande i Läkarförbundet.

fortsatt hävda att lösningen är att lägga ned verksamheter och därmed tvinga den redan pressade personalen att springa ännu snabbare. Samtidigt håller man med HR:s goda minne nere löneutvecklingen.

Notera att dagens situation inte har någonting med COVID att göra, utan problemet har vuxit fram under många år. Det hjälpte naturligtvis inte att regionledningen, mitt under den värsta pandemin på hundra år, presenterade massiva nedläggningsförslag helt utan förankring. Inte heller att sittande ledning aktivt motarbetade de av oss från verksamheten som ville hitta lösningar på pandemiutmaningen. Det bygger inte en trygg organisation som kan behålla lojal personal.

Resultatet har därför varit lika förutsägbart som situationen är besvärlig. Kostnader för hyrpersonal har fullständigt exploderat och missnöjesyttringar sprider sig i takt med att överbeläggningarna växer.

Eftersom det är svårt att rekrytera och behålla personal ville ledningen genomföra en lönesatsning som riktade sig till enbart en del av personalen. Det resulterade naturligtvis i ännu mer missnöje och till slut massuppsägningar.

Ledningen sitter så långt från sin personal att man till och med miss-

lyckas med en lönesatsning i ett massivt klavertramp. Resultatet är att den politiska majoritet som styr Region Västernorrland har spruckit, att ordförande för hälso- och sjukvårdsnämnden har tvingats bort från sitt uppdrag och lämnat regionala politiken samt att hälso- och sjukvårdsdirektören lämnat organisationen.

Det som började med en regionalt sviktande ekonomi har genom ett ledarskap utan koppling till verksamheten och upprepade beslut som saknar förankring i verkligheten utvecklats till en akut instabil situation.

Upprepade nedläggningar kräver transport av patienter till redan hårt pressade avdelningar där personalen gör sitt yttersta. Det är viktigt att förstå att det är aktiva beslut ivrigt påhejade av SKR, som tagit oss till den här situationen. Inget av detta är en slump.

Det är dags att acceptera att det finns andra möjligheter än de som resulterat i nuvarande situation och att det finns andra aktiva beslut som kan skapa större harmoni.

En ledning som sitter nära verksamheten har större möjlighet att spela på fler tangenter. Chefer med god klinisk kunskap, kännedom om organisationens kompetens och med förståelse för förutsättningarna kan fatta mer nyanserade beslut med förankring i verkligheten.

En sammanhållen vårdkedja, där flera delar av vården ingår med kloka kliniskt kunniga läkare kan greppa mer än en oktav och har möjlighet att snabbare hjälpa patienten. Därigenom skapas det lugn och mervärde som organisationen behöver. Då finns förståelsen för både utbildning av egen personal och vårdande av de kompetenser som finns i organisationen.

De regioner som brottas med ekonomin måste förstå att deras viktigaste resurs alltid är personalen. Om vårdpersonalen mår bra kommer de att lösa både vården, utbildning, ekonomi och rekrytering. Allt på samma gång.

Själv kanske jag ska börja spela piano igen.



TX ACADEMY
Facts and Future in Transplantation

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 (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 hjälpämnen, 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), amning (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

Skriande personalbrist, dålig ekonomi, långa avstånd

Vad har politikerna i Norrbotten för val?

Text: Ingemo Orstadius

Norrbotten toppar listan över långa väntetider på operation, vårdplatsbrist och utlokaliseringar. Förklaringen är personalbrist. Regionens storlek och speciella läge spelar en viktig roll. "Kostnaden för bra vård är högre här än i en tätbefolkad region. Det måste staten ta hänsyn till", säger regionrådet Kenneth Backgård.

▼ Statistik från SPOR (Svenskt Perioperativt Register) visar att tre av tio patienter som opererats i region Norrbotten, fått vänta mer än ett halvår under perioden jan-april 2022. Även innan pandemin fick många invånare vänta längre där än i andra regioner. Att det blivit så är en lång historia, menar Kenneth Backgård, regionråd för Sjukvårdspartiet och ordförande i regionstyrelsen sedan valet 2018.

– Vi får gå tillbaka flera år. Köproblemen, som beror på ett underskott av personal, har funnits länge i regionen. Det mest kritiska har varit att få tag på operationssjuksköterskor, men vi har

också haft brist på kirurger, primärvårds-läkare och i viss utsträckning även undersköterskor. Under pandemin pausades det mesta av operationsverksamheten och jag tänker i efterhand att vi nog tog i lite för hårt där med inbromsningen, säger han.

För att åtgärda problemen med de långa operationsköerna, avsattes en halv miljard kronor. Upphandlingen fick gensvar från 38 olika intressenter.

– Vi avropar främst operationer på annat håll, men i vissa fall

Hur ska man se till att patienterna får vård?

har också team med operationssköterskor kommit till Norrbotten.

Upphandlingen har mött viss kritik från läkarhåll, enligt Kenneth Backgård.

– De menade att de inte kunde upprätthålla träningen för de egna kirurerna. Men de får ju operera så mycket de

bara kan, säger han och tillbakavisar kritiken. Vi har till absolut största delen nyttjat egna kirurger.

Vårdplatsläget i Norrbotten är mycket ansträngt; något som tvingat regionen att skicka patienter både till andra svenska sjukhus och till Finland.

Det bästa är en stabil personalkår, menar Kenneth Backgård. Men han tror att hyrpersonalen har kommit för att stanna. – Vi märker att de tar över mer och mer.

Foto: Pär Bäckström.

– Vi måste ju fråga oss: Vem är till för vem? Vi är till för patienterna och kan inte utsätta dem för att få vänta hur länge som helst på en operation. Därför har vi valt att skicka dem till andra sjukhus.

Region Norrbotten kan tvingas betala tio miljoner kronor i vite efter beslut från IVO, om inte fler vårdplatser tas fram på Sunderby sjukhus i Luleå. Kenneth Backgård är helt på det klara med att frågan måste lösas snarast.

– Jag som politiker säger att detta är oacceptabelt. Det här måste vi rätta till. Vi har sängar och rum och ett inte alltför gammalt länssjukhus, men vårdpersonalen

saknas. Vi letar med ljus och lykta! Det sista jag fått höra, är att vi kommer att lyckas lösa problemet och slippa betala vite. Jag har inte alla detaljer klara för mig ännu, men det kommer att ske genom att omfördela, nyanställa och hyra in personal, säger han.

Personalbristen beror enligt honom delvis på "den administrativa överbyggnad" som finns i vården.

– Sköterskors enda karriärmöjlighet är att bli vårdadministratörer och många väljer det på grund av bättre arbetsvillkor. Många försvinner också till bemanningsföretag, där de ofta får bättre lön, samtidigt som de får jobba mindre. Sjukvårdspersonal måste också kunna göra klinisk karriär.

Kenneth Backgård tror att hyrpersonalen har kommit för att stanna.

– Vi märker att de tar över mer och mer. Region Norrbotten är inte den enda regionen som konkurrerar om verksamheter på hyrsidan. Detta är ett stort problem, eftersom det absolut bästa är en stabil personalkår.

Genom förbättrad kompetensutveckling, bättre arbetstider och högre löner för all hälso- och sjukvårdspersonal hoppas Sjukvårdspartiet lösa problemen. Strate-

giska lönemål som minst ska motsvara medianlönen i relation till ett rikssnitt införs.

I den enkät som Sjukhusläkaren gjorde inför valet 2018 svarade i princip alla partier i regionfullmäktige att kompetensförsörjning var den viktigaste frågan att lösa den kommande mandatperioden. Hur har ni arbetat för att locka vårdpersonal till Norrbotten?

– Under 2018 och direkt när vi tog över, satsades 99 miljoner kronor enbart riktade till våra sjuksköterskor i regionen; pengar som framförallt gick till löner.

Det motsvarar i runda tal 50 000 till varje sköterska. En lyckad satsning, säger Kenneth Backgård.

Enligt honom visar att under 40 månader av soci-

aldemokratiskt styre mellan 2015 och 2018, tappade regionen 124 läkare och 428 sköterskor. Under motsvarande tidsperiod den gångna mandatperioden var omsättningen 59 läkare respektive 208 sköterskor. (Antalet anställda under de jämförda perioderna var ungefär desamma.)

– Under vår mandatperiod har vi lyckats halvera personalomsättningen. Så något har vi gjort rätt, säger Kenneth Backgård.

Han menar att regionens geografiska läge är en nackdel när det gäller att locka till sig ny personal.

– Vi har ett stort och vackert län, men det är lättare att resa söderut. Vi märker det på hyrpersonalen. Resorna blir dyra och tidsödande.

Med annonser som "Jobba hos oss i fjällmiljö" försökte regionen nyligen locka personal till Gällivare/Kiruna och lyckades över förväntan.

– Vi fick ett fantastiskt bra gensvar. Människor vill komma hit och jobba, i varje fall sommartid. Naturen kan locka

och vara en del av en total livsmiljö. Och kanske har pandemin påverkat folks inställning till stadsmiljön, säger Kenneth Backgård, som hoppas att fler ser fördelarna med att bo i Norrbotten året om.

Han konstaterar att vården i Sverige tyvärr inte är jämlik. Förklaringen är dels regionernas olika ekonomiska förutsättningar, dels dessa satt i relation till bland annat geografien. Norrbotten motsvarar 25 procent av landets yta med en befolkning på 2,5 procent av hela Sveriges. Avstånden i regionen är stora.

– Att ha en god och nära vård här kräver en helt annan infrastruktur än i en mindre och tätbefolkad region. Kostnaden är och måste få vara högre. Vi anser också att staten måste acceptera och ta hänsyn till de geografiska olikheterna och tillföra medel särskilt till den högspecialiserade vården. Den måste säkras på fler ställen än i mer tätbefolkade områden. En jämlik vård betyder inte att struktur och ekonomiska villkor är desamma överallt, säger Kenneth Backgård, som inte tror på större och färre regioner.

– Nej, det vore ett feltänk, eftersom det med automatik betyder centralisering. Och det är raka motsatsen till God och Nära vård-omställningen, som både vi och staten satsar mycket pengar på.

Genomsnittliga beläggningsgrader på Sunderby sjukhus i april 2022

Avdelning	Beläggningsgrad
Avd 52 Kirurgi mage tarm kärl	165%
Avdelning 63 Hematologi PAVA Internmedicin	141%
Avd 30B Psykiatri, Psykiatri Norrbotten	122%
Avd 41 Strokeenhet, Internmedicin	111%
Avd 53 Kirurgisk akutvård	108%
Avd 43 Geriatrisk akutvård, Internmedicin	107%
Avd 61 Gastro Endo Njur, Internmedicin	105%
Avd 31C Ortopedi/Rehab	103%
Avd 46 Hjärt/Kärl, Internmedicin	100%
Avd 42 Medicinsk akutvård, Internmedicin	100%
Avd 35 Infektion/Hud, Infektionssjukvård	100%
Avd 31A Ortopedi, Ortopedi länsklinik	100%

9 februari 2022

Avd 31A Ortopedi, Ortopedi länsklinik 214%

Fotnot: Beläggningsgraden är beräknad på beläggning i procent av disponibla vårdplatser.

Sjukvårdspartiets viktigaste valfrågor

- Halvera patientresandet!
- Ha en mer patientnära vård med filialer och servicepunkter.
- Kraftigt stärka rekryteringen av primärvårdsläkare.
- Digitalisera och fjärrmonitorera.
- Göra en total översyn av kvinnosjukvård, gynekologi och förlossningsvård inför byggandet av Kiruna nya sjukhus.
- Inrätta norrbottenskt cancercentrum med bland annat viss strålbehandling. (Utredning pågår.)

NORRBOTTEN

” Vi måste återskapa tilliten – idag litar inte folk på att de ska få ut sin semester och säger upp sig

Anders Öberg, oppositionsråd i Norrbotten, är kritisk till den upphandling som regionen nyligen gjort för att minska vårdköerna. ”Stabiliteten och kompetensutvecklingen blir lidande” säger han och förordar i stället en satsning på den personal som redan finns i verksamheten.

▼ Oppositionsrådet Anders Öberg, som representerar socialdemokraterna, har suttit i regionfullmäktige sedan 1990-talet. Han håller med om att väntetiderna för operation är orimligt långa.

– Det är ett jättestort problem. För att komma tillrätta med det, behöver vi ha en dialog om vägval med de som arbetar i vården. Jag ser gärna att man tittar på vilka möjligheter som finns att förändra verksamheten så att medarbetarna får en chans att utvecklas. Och jag tror att vi måste organisera på ett nytt sätt och fråga oss hur vi kan möjliggöra att operationer sker i den egna verksamheten i första hand, säger Anders Öberg.

– Det skulle ge större volymer. Piteå har redan i dag mycket ortopedisk verksamhet, exempelvis operationer av höfter och knän. De skulle kunna få koncentrera sig på detta. En sådan modell skulle också vara kompetensutvecklande. Personalen får bli extra duktig på sitt område.



Foto: Pär Bäckström.

Han menar att operationskön främst beror på sköterskebristen. Dels saknas specialistsjuksköterskor som kan assistera vid operationer, dels saknas sjuksköterskor på de vårdavdelningar som ska ta hand om de nyopererade patienterna.

– Vi kan inte operera om vårdplatser saknas, säger han och tillstår att problemet inte är nytt. Tvärtom har det varit en utmaning för regionen under lång tid. Vi måste vara ödmjuka och konstatera att inte heller vi hade lösningar på alla de utmaningar som fanns. Samtidigt var det så att vi inte hade politisk majoritet för att kunna ta nödvändiga beslut.

Ett sätt att åtgärda problemet stavas ”Vårdnära service”, enligt Anders Öberg.

– Att ta bort Vårdnära service är ett exempel på ett felaktigt förändringsarbete från regionens sida. Det ledde till att många vårdplatser försvann och operationskön växte.

Den personal som tidigare utförde arbete på vårdavdelningarna exempelvis lokalvård, bäddning av sängar, viss fastighetsskötsel, transporter av patienter inom sjukhuset, ja allt sådant som underlättade arbetet för utbildad personal, plockades bort av den nuvarande regionledningen. Det handlar om ett femtiotal anställda. Men arbetsuppgif-

terna som de hade försvinner ju inte, utan måste nu göras av någon annan på avdelningarna, förklarar han.

530 medarbetare har slutat eller sagts upp mellan september 2019 och årsskiftet 2021-2022. Av dessa hade ungefär hälften en stödfunktion eller en servicefunktion och hälften fanns inom vården, enligt Anders Öberg. Totalt är de färre i dag.

– Vi vill ha en ordentlig dialog med professionen om detta. Hur gör vi en omstart av region Norrbotten? Vårt förslag är att återinföra Vårdnära service. Det skulle inte bara underlätta arbetet och ge fler vårdplatser, utan också skapa möjligheter för fler att ta sig in i ett vårdyrke och inse att detta är vad jag vill utbilda mig till, säger Anders Öberg och tillägger att det är viktigt att säkra personal långsiktigt med tanke på den generationsväxling som är på gång.

Ifrågasätter upphandlingen för att minska vårdskulden

Han är kritisk till den upphandling på 500 miljoner kronor, som regionen gjorde hösten 2021, med syfte att klara vårdskulden efter pandemin. 38 företag, merparten svenska, men även några finländska och ett letländskt, får ett fyraårigt ramavtal med Norrbottens region. Avtalet gäller operationstjänster inom de fem specialistområdena ortopedi, kirurgi, urologi, gynekologi och öron-näsa-hals.

– Upphandlingen är störst i Sverige! Visst vill vi att folk ska få vård, men är detta den bästa lösningen på våra problem, att ta in andra aktörer? Det har vi ifrågasatt. Att inte ha egen personal i organisationen är inte bra i längden. Stabiliteten och kompetensut-

vecklingen blir lidande. Dessutom kostar det mycket pengar, säger Anders Öberg och erkänner att även den tidigare regionledningen använde sig av bemanningsföretag för att bedriva vissa verksamheter.

IVO:s kritik berättigad

Han håller med IVO om att antalet vårdplatser måste öka i regionen.

– Kritiken är berättigad. Det räcker inte att peka med hela handen och säga ”lös problemet” som Sjukvårdspartiet gjort. Jag pratade nyligen med kirurgerna på Sunderby sjukhus. Av de 54 kirurgiska vårdplatserna är endast 40 tillgängliga. Man kan operera men vårdplatser saknas, säger han och befarar att situationen förvärras under sommaren, då det bara kommer att finnas 15-17 tillgängliga platser.

Hur tänker ni lösa vårdplatsbristen?

– I Luleå finns sköterskeutbildning. Vi borde kunna rekrytera flera därifrån. Det är inte bara grundutbildade sjuksköterskor och undersköterskor som vi kommer att få brist på, utan även specialistsjuksköterskor, säger Anders Öberg, som poängterar att det är viktigt att stötta nyrekryterad personal så att de stannar kvar i regionen.

– Vi måste fråga oss hur vi lyckas ge dem en bra start. Jag tror att det är viktigt att göra ”bra reklam” genom att ge handledning och gott stöd initialt till de nyutbildade. De ska få tid att lära sig hantverket. Det kan exempelvis handla om att utveckla modeller för mentorskap, där erfarna kollegor stöttar i vardagen.

Självklart är det av största vikt att behålla den personal man har. Det gör

regionen bäst genom att bygga på tillit och förtroende, samt genom att skapa en trivsamt och stimulerande arbetsmiljö, menar Anders Öberg.

– Vårdens utövare ska känna att de har politiskt stöd. Vi har visserligen inte gjort någon medarbetarundersökning sedan 2018, men alla signaler pekar på att detta brister i region Norrbotten. Både Vårdförbundet och Kommunal har sagt upp sina samverkansavtal med motiveringen att de blir ”rundade” i besluten. Det innebär att ungefär en tredjedel av medlemmarna inte känner sig delaktiga i beslutsprocessen. Att förtroendet mellan de fackliga representanter och regionen saknas, ser jag som ett stort bekymmer.

Det kommer att ta lång tid att åtgärda de problem som nu finns i regionen.

– Sjukvårdspartiet har varit inne och petat på många områden. Det löser vi inte i brådskande. Men vårt mål är att återskapa tillit och förtroende för de människor som arbetar i våra verksamheter. I dag litar inte folk på att de ska få ut sin semester och säger upp sig på grund av detta. Det är inte hållbart. Vi måste göra Norrbotten till en attraktiv region att jobba i.

Ingemo Orstadius

Socialdemokraternas viktigaste valfrågor

- Återskapa tillit och förtroende för vårdens medarbetare och chefer.
- Prioritera frågor som möjliggör bättre arbetssituation och arbetsmiljö.
- Ge fler möjligheter till fortbildning och kompetensutveckling.

SÅ RESONERAR POLITIKERNA I JÖNKÖPING

” Att bemanna de ställen som ligger långt ifrån en storstad är den stora frågan framöver

Text: Anna Sofia Dahl

Kompetensförsörjningen är den största utmaningen för sjukvården i Region Jönköpings län, enligt Rachel De Basso (S) som är ordförande i nämnd för folkhälsa och sjukvård i Region Jönköpings län.

▼ I Sjukhusläkarens enkät inför valet 2018 svarade Socialdemokraterna i Region Jönköpings län att en av de viktigaste frågorna inför den kommande mandatperioden var att rekrytera personal med rätt kompetens.

Regionen har satt som mål att vara Sveriges bästa offentliga arbetsgivare. Enligt Rachel De Basso (S), ordförande i nämnd för folkhälsa och sjukvård i Region Jönköpings län, har fokus till stor del tidigare varit satt mot att attrahera och rekrytera ny personal, men att man nu snarare riktat om det till att



Enligt Rachel De Basso (S), ordförande i nämnd för folkhälsa och sjukvård i regionen, vill man öka operationskapaciteten med tio procent jämfört med ett normalår. Om inget oförusett händer kommer man då vara ikapp med köerna inom ett år.

behålla den personal som finns i verksamheterna.

– Men det behövs både kortsiktiga och långsiktiga lösningar. De kortsiktiga lösningarna handlar om hur vi får

schemaraden att fungera och då är arbetsmiljöfrågorna avgörande.

En del i det arbetet menar hon handlar om att lyfta blicken från att enbart tänka produktion och flytta den mot andra delar av arbetslivet, så som kompetensutveckling och förbättringsarbete. På lång sikt stavs lösningen isär ett hållbart arbetsliv, menar hon.

– Jag ser det som mer tid för patienten, mer tid för utbildning och mer tid för forskning. Det är de tre benen som hälso- och sjukvården behöver vila på.

Vad har då gjorts för att komma till rätta med kompetensförsörjningsproblemet de senaste fyra åren? Mycket, menar Rachel De Basso. Bland annat nämner hon ett ökat samarbete med högskolan i Jönköping, och då specifikt med hälsohögskolan, samt förbättrade relationerna med de 13 kommunerna. Hon nämner också utbildnings- och introduktionsprogram för sjuksköterskor samt att man inom regionen arbetat mer målmedvetet med utlandsrekryteringar av läkare.

– Vi har också skapat en kompetensförsörjningsenhet som jobbar strategiskt

med kompetensförsörjningsfrågor inom regionen. Vi har skapat en bemanningsenhet där man är anställd för att rycka in i verksamheter där det är brist på personal.

Utöver det nämner hon att hälso- och sjukvården har fått ett tillskott på drygt 300 miljoner under mandatperioden för att stärka uppdraget och för att kunna bli fler.

Hon poängterar också att kompetensförsörjningen är kopplad till möjligheterna att kunna erbjuda en jämlik hälso- och sjukvård. Inte bara i Region Jönköpings län.

– Att bemanna upp de ställen som ligger långt ifrån en storstad tror jag är den stora frågan framöver. Här måste Stockholm, Västra Götalandsregionen och Skåne ta ett ökat ansvar kring utbildning, verksamhetsförlagd utbildning och antalet AT-, BT- och ST-tjänster. Som det är nu kompetensförsörjer övriga regioner storstäderna, och där behöver det ske en förändring.

Rachel De Basso tror att det alltid kommer att finnas skillnader inom hälso- och sjukvården, men poängterar att fokus ändå behöver vara på en jämlik vård och att man arbetar utifrån det. Och hon menar att kunskapsstyrningen och det arbete som sker på nationell nivå är en av grundstenarna i det.

Även om hon är tydlig med att hon inte tycker att antalet regioner ska bli färre, anser hon att de 21 som idag finns behöver samarbeta och samverka än mer.

– De sex sjukvårdsregioner vi har behöver ta ett ökat ansvar i jämlikhetsfrågan. Det är inte rimligt att vi har skillnader i hur vi erbjuder läkemedelsbehandlingar eller tillgång till operationer till exempel. Det måste förbättras och jag är övertygad om att det kan förbättras genom ökad samverkan.

” Idag är det sjukhusen som är kungen och primärvården får rätta sig efter när det passar sjukhuset. Det borde egentligen vara tvärtom

Text: Anna Sofia Dahl

Thomas Bäuml (M), 2:e vice ordförande i nämnd för Folkhälsa och sjukvård i Region Jönköpings län, ser kompetensförsörjningen som den i särklass viktigaste frågan för sjukvården i regionen.



Bra arbetsmiljö och satsningar på att utbilda fler distriktsläkare och sjuksköterskor är två huvudnycklar för att lösa sjukvårdens problem, menar Thomas Bäuml.

– Det vill säga att man vänder på kuttingen. Idag är det sjukhusen som är kungen och primärvården får rätta sig efter när det passar sjukhuset. Det borde egentligen vara tvärtom, säger Thomas Bäuml och nämner Borg-holmsmodellen som ett lyckat exempel.

Hur tänker du kring att vi ska ha en jämlik vård i Sverige?

– Jag tror inte på att slå ihop och göra en enda sjukvårdsregion. Det är ett dilemma, helt klart, men samtidigt blir det inte bra om någon ska sitta centralt och besluta heller. Det kommer ändå sluta i att man är tvungen att komma tillbaka på regional nivå för att fördela medlen och så vidare.

Och även om han inte tror på ett förstatligande av sjukvården menar han att staten måste ta ett större ansvar.

– Dels ställa krav på vad som ska göras, men också skjuta till mer medel. Det är den vägen man ska gå.

Ryhov håller ställningen, men esset i rockärmen i fara för onkologen och geriatriken



Genomsnittliga beläggningsgrader på de kliniker som hade det tuffast i april 2019 och 2022

April 2022

320 Kirurgkliniken RJL	93,7 %
206 Geriatriska kliniken Jkp	93,0 %
227 Urologkliniken RJL	92,2 %
201 Medicinkliniken	91,2 %
208 Onkologkliniken	90,2 %
223 Öron-näs och hals	84,7 %

April 2019

Infektionskliniken	93 %
Kvinnokliniken	90 %
Medicinkliniken	86 %
Kirurgkliniken	89 %
Geriatriska kliniken	78 %
Onkologkliniken	73 %

BO ROTHSTEIN KRITISK TILL SKR:S
MYNDIGHETSLIKNANDE UPPDRAG

"Inte förenliga med vår regeringsform"

Text: **Eva Nordin**

Bo Rothstein har under ett par år debatterat den statliga styrningen och SKR som en dold maktstruktur i den svenska demokratin och förvaltningen.

▼ För drygt ett år sedan gick Bo Rothstein, professor emeritus i statsvetenskap, i pension. Han arbetar dock oförtrutet vidare och befinner sig under våren 2022 i Paris där han är gästforskare vid Sciences-Po, institutet för statsvetenskap.

– Min drivkraft är helt enkelt att det är mycket roligt att syssla med forskning.

Ett av hans forskningsområden har handlat om samhällsstyrningens kvalitet. De senaste två åren har han flitigt debatterat arbetsgivarorganisationen Sveriges kommuner och regioner, SKR, regionernas roll och ansvar under pandemin samt brister i demokratin på regional nivå.

Han har även deltagit i webinarier, arrangerade i samarbete mellan statsvetenskapliga institutionen vid Göteborgs universitet, Svenska infektionsläkarföreningen samt Svenska läkaresällskapet. Samtalen har handlat om hur vi kan skapa en god och ändamålsenlig styrning av vården.

– Rent generellt har jag fått mycket positiv respons, inte minst från läkarkå-

ren. Det visar sig att många läkare tror att SKR är en statlig myndighet. Flera läkare pekar på att SKR:s styrning av sjukvården hindrar dem från att bedriva den sjukvård de anser vara den bästa ur ett medicinskt perspektiv.

Bristande kontroll och transparens

Den 26 mars publicerades en debattartikel om SKR av Bo Rothstein och Louise Bringselius, docent i företagsekonomi vid Lunds universitet, i Dagens Nyheter. De menar att SKR växlar mellan olika roller, men saknar legitimitet i samtliga av dessa.

– Vi ifrågasätter inte att SKR ska finnas till som en intresseorganisation. Det vi ifrågasätter är att det sker en styrning från sidan och att SKR tar sig an myndighetsliknande uppdrag, som exempelvis överenskommelser med regeringen, trots att SKR inte är en myndighet. Det här skapar stora problem och det är inte så det bör fungera. Som statsvetare är det min skyldighet att hissa röd flagg när det sker saker i vårt politiska system som



För SKR gäller inte viktiga principer som transparens och utan insyn är ansvarsutkrävande omöjligt, menar Bo Rothstein.
Foto: Johan Wingborg.

inte är förenliga med vår regeringsform.

Det finns även en problematik, menar Bo Rothstein, med att SKR saknar den juridiska reglering som krävs för att axla rollen som arbetsgivarrepresentant. Det finns en tydlighet i grundlagen att all offentlig makt ska utövas under lagarna och att all offentlig maktutövning ska åtföljas av möjligheter till granskning och ansvarsutkrävande.

– Det är förstås rimligt att arbetsgivar sidan behöver samordna och organisera sig. Men för SKR gäller inte viktiga principer som transparens genom exempelvis offentlighetsprinci-

pen. Utan insyn är ansvarsutkrävande omöjlig.

– Det finns heller ingen bra kontroll på vad som händer med de miljardbelopp som omfattas av överenskommelserna och hur mycket som kommer patienter, vårdpersonal och sjukvården till godo och hur mycket som går till administrativa tillväxtsystem.

Inget skäl att staten ska ge regionerna extrapengar

Det är också anmärkningsvärt, menar Bo Rothstein, att Riksrevisionen i en av sina rapporter påpekar att det inte går att se några större effekter av alla de miljarder som slussats från staten via SKR till regioner och kommuner; trots alla satsningar är vårdköerna fortsatt långa och tillgängligheten till vården snarare minskar än ökar.

– Det finns egentligen inget skäl till att staten ska ge regionerna, som ju har beskattningsrätt, extrapengar för att de ska göra det som de enligt lag har en skyldighet att göra. Det visar även på att de ledande politikerna i landet, men också medborgare, uppfattar sjukvården som en nationell och inte regional angelägenhet.

Det finns över tjugo års samstämmig forskning som visar att det finns brister i demokratin på den regionala nivån; få vet vilka de ledande regionpolitikerna är, vilken politik som partierna står för och vad som har genomförts under den gångna mandatperioden.

– Sverige är ett av få länder som inte har skilda valdagar. Det ställer höga krav på väljarna som ska hålla reda på tre politiska nivåer, kommunen,

regionen och nationen. Det är också en förhållandevis svag medial bevakning av den regionala politiken, möjligtvis med undantag för Region Stockholm.

Myndigheter sidosteppas

I slutet av februari lämnade Corona-kommissionen över sitt slutbetänkande till regeringen. Kommissionen skrader inte orden när de beskriver regionernas hantering av pandemin som ett haveri.

– I början av pandemin för två år sedan krävde personalen inom äldreomsorgen att få skyddsutrustning. Arbetsmiljöverket ställde sig bakom det kravet, men SKR intervenerade och fick myndigheten att backa. Det pekar ju på att det är något som är väsentligt fel i vårt politiska system, att en intresseorganisation som ju huvudsakligen företräder ett arbetsgivarintresse kan få Arbetsmiljöverket att backa i en så viktig fråga. Och det är kanske en av orsakerna till att vi hade en så otroligt hög överdödlighet i början av pandemin.

Ansvarsutkrävandet fungerar inte

Även om SKR uppger sig vara en politiskt styrd organisation med ombud från landets regioner och kommuner som deltar vid den årliga kongressen, finns det ett demokratiskt problem, menar Bo Rothstein. Vid förbundskongressen utses en styrelse som inte är direktvald och som i regel är okänd av väljarna.

– När man har den här typen av indirekta val och inte riktigt vet vad som har beslutats och av vem, då kan inte

ansvarsutkrävandet fungera. Den statsvetenskapliga forskningen visar också övertygande att om väljarna ska kunna sätta sig in i komplicerade frågor i förväg och sedan kunna välja det parti som man tycker representerar den egna åskådningen bäst, är det högst problematiskt att väljare inte kan påverka valet av styrelse.

Vill ha skilda valdagar

Inför valet hoppas Bo Rothstein att frågan om SKR:s framtida roll och funktion hamnar högt på den politiska agendan. Det är inte rimligt, menar han, att SKR ska vara en dold maktsfär i den svenska demokratin.

Vad tycker egentligen politikerna om den debatt och de brister som redovisats?

– Efter det senaste debattinlägget i DN förväntade jag någon form av respons från politikerna, men ingen har återkopplat eller svarat på den kritik som fördes fram.

Som statsvetare ser han som sin uppgift att peka på brister i den svenska förvaltningen, inte att förskriva recept på lösningar.

– Men det är uppenbart att Sverige kan titta på sjukvårdssystem i andra länder med andra styrformer och med ett mycket tydligare ansvarsutkrävande. Att skapa färre regioner skulle också kunna vara en väg, även att förstatliga vissa delar av sjukvården. Sedan tror jag att Sverige skulle ha mycket att vinna på att införa skilda valdagar till kommun-, region- och riksdagsval, säger Bo Rothstein.

■■■



ExamVision

MARKNADENS SÄKRASTE LUPP

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




Hur ser riksdagspartierna på nationell styrning och SKR:s roll i svensk sjukvård?

Av: Eva Nordin och Christer Bark

Sjukhusläkaren har frågat riksdagspartiernas talespersoner för sjukvårdsfrågor

SKR är en arbetsgivar- och intresseorganisation som alltmer ifrågasätts för att den behandlas som en myndighet. Omfattande kritik har framförts från bland andra Riksrevisionen, Coronakommissionen, läkarnas fackliga organisationer, patientorganisationer, statsvetare, forskare, med flera som rör den bristande demokratiska insynen och möjligheterna att utkräva ansvar.

1 Staten gör allt fler överenskommelser med SKR som inte lyder under offentlighetsprincipen. Ser ert parti några problem med detta? I så fall vilka? Och vilka åtgärder vill ni i så fall vidta?



Kristina Nilsson,
socialdemokraterna

▼ SKR och olika regeringar har över tid samarbetat inom olika områden, till exempel genom att teckna olika överenskommelser.

Överenskommelser med SKR är alltså inget nytt utan är ett etablerat arbetssätt och överenskommelser har varierat över tid.

SKR är en medlemsorganisation för Sveriges kommuner och regioner. Det är alltid viktigt att vara tydlig med att SKR inte företräder de enskilda kommunerna och regionerna, utan är en organisation som för fram en samlad bild av sina medlemmars intressen.

Vi följer utvecklingen, men vi har inte tagit ställning till om eller hur detta bör förändras.



Camilla Waltersson Grönvall,
moderaterna

▼ Moderaterna anser att regeringen inte i tillräcklig omfattning tagit hänsyn till konsekvenserna av att använda en intresseorganisation som en del av statsförvaltningen.

Detta eftersom SKR inte lyder under vare sig regeringsformen eller förvaltningslagen så försämrar därmed möjligheterna till insyn och utkrävande av ansvar.

Moderaterna delar Riksrevisionens uppfattning att regeringen i praktiken gett SKR, en myndighetsliknande roll.

Regeringen bör på ett principiellt plan ta ställning till de framtida formerna för samverkan mellan regering och SKR och särskilt se till att möjligheterna till insyn förstärks.



Anders W. Jonsson,
centerpartiet



▼ Det behövs en ökad nationell styrning av svensk sjukvård.

Den sker i första hand genom lag/förordning/föreskrift samt statlig tillsyn. Därutöver behövs nationella överenskommelser.

Om man vill ha minskade skillnader mellan olika regioner är det bättre att dessa sker mellan staten och SKR än mellan staten och 21 olika regioner. De överenskommelser som görs mellan staten och SKR är offentliga.



Acko Ankarberg Johansson,
kristdemokraterna



▼ Vi anser att regeringen bör överlägga direkt med de 21 regionerna i högre grad än vad som görs idag. Fler budgetbeslut bör också kanaliseras via exempelvis Socialstyrelsen istället för genom överenskommelser med SKR.

Eftersom SKR är en ideell förening saknas offentlig insyn och transparens. Det är angeläget att sådan finns för att stärka tilliten till offentliga beslut och dess genomförande.

KD vill även avskaffa regionernas ansvar för vården och istället införa ett statligt ansvar. Det skulle långsiktigt och i grunden lösa bland annat denna problematik.



Linda Lindberg,
sverigedemokraterna



▼ Det finns en problematik med överenskommelser mellan staten och intresseorganisationer när det handlar om stora summor skattemedel.

SKR agerar mellanhand och företräder i första hand regionernas intresse, vilket blev tydligt i frågan om de s.k. förlossningsmiljarderna där 2,2 miljarder inte återrapporterats.

I det nya avtalet mellan staten, regionerna och SKR ska dessa följas upp och återrapporteras, vilket är ett tydligt tecken på att man är medveten om att detta inte sköts på ett bra sätt.

För en starkt demokratisk kontroll är det viktigt att offentlighetsprincipen följs. Från vår sida menar vi att återrapportering och transparens ska vara standard vid avtal mellan staten och SKR, speciellt när det handlar om miljardbelopp av skattemedel. Det bör även utredas huruvida det finns andra avtal mellan staten och SKR som inte levererar den önskade effekten, och om det finns möjligheter att istället vända sig till Socialstyrelsen eller Ivo.



Margareta Fransson,
miljöpartiet



▼ Miljöpartiet anser att de överenskommelser som staten tecknar med SKR ska behandlas som offentlig handling.

De bör därmed vara tillgängliga för media och medborgare. Vi kommer att arbeta för det i SKR, och lyfta det i andra sammanhang.



Lina Nordquist,
liberalerna



▼ SKR har idag en otydlig roll där bristen på transparens är problematisk. Vi vill se över SKR:s funktion och uppgifter. Vårt mål är att SKR ska vara en renodlad stöd-, arbetsgivar- och intresseorganisation för kommuner och regioner, men även som sådan behövs mer transparens än idag.



Karin Rågsjö,
vänsterpartiet



▼ Offentlighetsprincipen är avgörande för den demokratiska kontrollen av välfärden. Inskränkningar i offentlighetsprincipen är inskränkningar av vår demokrati.

Vänsterpartiet vill ta tillbaka kontrollen över välfärden. Allmänna handlingar ska alltid vara offentliga eller sekretessreglerade styrda av OSL (offentlighets- och sekretesslagen).

Intresseföreningen Sveriges kommuner och regioner (SKR) snabba tillväxt i omfattning och uppdrag får inte innebära inskränkningar av offentlighetsprincipen.

Även skyddet för den personliga integriteten är ett väsentligt inslag i en demokratisk rättsstat och åtnjuter, liksom offentlighetsprincipen, grundlagsskydd.

**Vad vet du om partiernas ståndpunkter?
Testa dig själv.
– svara först, läs sedan**

Sagt av vilket parti?

Fråga 1:

"Vi anser att regionernas beskattningsrätt och självstyre över hälso- och sjukvården ska tas bort".

Fråga 2:

"Det är helt orimligt att en icke statlig intresseorganisation som agerar utifrån regionernas intresse ska redovisa statistik, som dessutom uppenbart inte fungerar på ett tillfredställande sätt".

Fråga 3:

"Vi vill se över SKR:s funktion och uppgifter. Vårt mål är att SKR ska vara en renodlad stöd-, arbetsgivar- och intresseorganisation för kommuner och regioner, men även som sådan behövs mer transparens än idag".

Fråga 4:

"Om man vill ha minskade skillnader mellan olika regioner är det bättre att dessa sker mellan staten och SKR än mellan staten och 21 olika regioner. De överenskommelser som görs mellan staten och SKR är offentliga".

Rätt svar:

Fråga 1: KD
Fråga 2: SD
Fråga 3: L
Fråga 4: C

Överenskommelser för mångmiljardbelopp har under många år delats ut från staten via SKR för att korta väntetider och väntetider. Riksrevisionen menar dock att det inte går att se några större effekter av miljardsatsningarna och Tillgänglighetsdelegationens nyligen publicerade rapport visar att det tvärtom har blivit sämre (och att det inte beror på pandemin).

- 2 a. Tycker ert parti att staten har fått valuta för de miljarder som skickats till regionerna via SKR?**
b. Vilka åtgärder vill ert parti vidta för att svenska patienter ska få vård i tid som danska patienter?
c. Varför har Sverige enligt ert parti inte kommit till rätta med väntetider och väntetider under alla år?



Acko Ankarberg Johansson,
kristdemokraterna



2 a. Det görs sällan uppföljningar av beslutade medel, det anser vi är en stor brist.

De beslut riksdagen fattar om budget genomförs av regeringen via överenskommelser med SKR. Eftersom överenskommelser tecknas efter förhandling i någon form mellan regeringen och SKR så genomförs ibland riksdagens beslut på annat sätt än vad riksdagen beslutat om. Så är fallet just nu med den nationella vårdförmedlingen, vilket vi är väldigt kritiska till.

Sammantaget är det svårt att veta om beslutade medel använts till det som regering/riksdag beslutat om. Det är vi inte nöjda med och är ytterligare ett argument för ett statligt ansvar för vården i Sverige.

2 b. Danmark har genomfört en sjukvårdsreform under 2000-talet och det finns viktiga lärdomar därifrån.

Uppdelningen i de 21 regionerna fungerar dåligt. För att kunna ge patienter över hela landet en jämlik och god vård krävs ett statligt ansvar för vården. Vidare måste ansvar flyttas från

regionerna ut till verksamheterna. Förutom ett statligt huvudansvar måste reformen för en god och nära vård genomföras sammanhållet och långsiktigt. Först då får vi en patientsäker och effektiv hälso- och sjukvård.

2 c. Det saknas nationell ledning och styrning. Vi anser exempelvis att patienter ska ges rätt att söka vård där ledig kapacitet finns. Som ett första steg bör en nationell vårdförmedling upprättas för att använda tillgänglig kapacitet till de patienter som väntat olagligt länge.

Samverkansavtal ska skrivas med landets regioner och staten avsätter särskilda medel för detta.

Kömiljardsystemet motiverar samtidigt regionerna att beta av sin egen kö. Vidare bör reseersättning utgå till den patient som får göra sitt vårdbesök i annan region.

Förutom kompetensbristen som leder till för få vårdplatser så har vi en underdimensionerad primärvård. En bättre arbetsmiljö inom hela hälso- och sjukvården tillsammans med en utbyggd primärvård med fler medarbetare och ett rimligt antal patienter per distriktsläkare ger förutsättningar för en mer effektiv och patientsäker vård. I ett andra steg behöver staten ta över ansvaret för vården från de 21 regionerna.



Margareta Fransson,
miljöpartiet



2 a. Långa väntetider är ett stort problem hos många regioner. Frågan om staten får valuta för pengarna eller inte beror på vilket resultat man förväntar sig, så den är svår att uttala sig om.

Eftersom vi inte har testat alternativet, dvs generella tillskott, så vet vi inte vilken effekt de skulle ha. Alla regioner ser olika ut så det finns inte en modell som passar alla.

2 b. Allra viktigast är arbetsvillkoren och arbetsmiljön i vården. Det krävs tillräckligt med personal för att få utrymme att utföra den vård som behövs helt enkelt.

Kömiljarden har aldrig varit miljöpartiets prioritet nummer ett. Vi menar att professionen tar stort ansvar för att hinna ikapp om de ges rimliga förutsättningar för det. Ett övergripande stöd behövs dock också.

På sikt vill vi se en regionreform där nuvarande 21 regioner slås ihop till 6-7 större regioner. Det tror vi skulle effektivisera resursanvändningen men samtidigt behålla besluten regionalt.

Dessutom vill vi se en nationell kö för vissa regioner t ex cancer redan från dag ett.

2 c. Det är förmodligen en blandning av skäl.

Till viss del kan det handla om att beslut ibland tas för långt ifrån verksamheter, det är alltid viktigt med utrymme för professionen att utforma vården utifrån de behov som finns.

Ryckighet i styrsystem, ibland detaljstyrning som riskerar leda fel och brist på sätt att bygga in ett helhetstänkande kan vara andra faktorer. Kompetensförsörjningsfrågor är också grundläggande. Att det nationella vårdkompetensrådet har tillsatts anser vi är väldigt viktigt.

Den primärvårdsreform som inletts behöver också ges utrymme att fungera som tänkt för att enkelt fånga upp behov i tid.



Anders W Jonsson,
centerpartiet



2 a. Nej effekten skulle kunna ha varit större.

Det skulle ha varit mer effektivt att göra lagändringar för att all ledig kapacitet inom sjukvården ska utnyttjas. Däribland att ge patienter information om väntetider och kvalitet samtidigt som de ges möjlighet att välja var man vill få sin sjukvård.

2 b. Det krävs lagändringar som gör att kapaciteten i svensk sjukvård tas tillvara.

Den danska modellen med skarpa tidsgränser, tillförlitlig information till patienter om väntetider och kvalitet i kombination med rätt för patienten att söka vård i hela landet skulle minska köerna. Det handlar också om att förbättra arbetsvillkoren för vårdens medarbetare.

2 c. Det finns en mängd skäl till värdköerna i Sverige.

Byråkrati, underbemanning och motarbetande av privata vårdgivare är några exempel.



Karin Rågsjö,
vänsterpartiet



2 a. Nej. Staten har inte fått valuta för pengarna. Under 2020 gjorde Sveriges kommuner och regioner ett överskott på över 50 miljarder.

De pengar staten satsar måste användas på rätt sätt och i så stor utsträckning det är möjligt komma till gagn till personalen som arbetar på golvet inom vården.



Kristina Nilsson,
socialdemokraterna



2 a. Statsbidragen fördelas inte i huvudsak till SKR, utan till kommuner och regioner.

Det är bara en mindre summa som har gått till SKR för vissa centrala kostnader, utvärdering och uppföljning med mera.

Varje överenskommelse måste utvärderas för sig. Det är svårt att avge en generell bedömning. I flera fall har det varit ett bra sätt för staten att få regioner och kommuner att fokusera på vissa viktiga utvecklingsområden. I många fall har statsbidrag varit en direkt förutsättning för att kommuner respektive regioner har kunnat påbörja en satsning inom ett visst område.

2 b. För att öka effektiviteten i arbetet med att beta av köer måste vårdgarantin utgå från olika medicinska behov. Tidsgränserna i vårdgarantin bör därför bli mer flexibel och likna det danska systemet.

När en vårdgaranti finns på ett område ska den gälla. Sjukvårdens skyldighet gentemot patienten måste vara mycket stark. Rätten till rehabili-

tering bör också ingå i vårdgarantin. Rehabilitering bör införas som en del av sammanhängande vårdkedjor, till exempel inom ramen för standardiserade vårdförlopp.

2 c. De politiska metoder som har använts för att reglera tillgänglighet i vården har försvårat för vården att balansera en ökad efterfrågan på snabb vård med en behovsbaserad prioriteringsordning.

Ett exempel är att de statliga vårdgarantierna inte tar hänsyn till vilken typ av vårdbehov patienten har. Vidare gynnar besöksbaserade ersättningsmodeller mottagningar som tar emot många lätta och snabbbehandlade patienter.

När det samtidigt råder fri etablering för privata vårdgivare inom primärvård och en växande andel privata aktörer agerar efter ett vinstintresse, förstärks incitamenten att prioritera lätta fall. Detta leder till att vissa grupper får en snabb vård och bedömning, medan andra med större behov trängs undan.

Väntetiderna i vården måste i större utsträckning styras av patienternas behov, efter professionernas kunskap och bedömning av patienten, snarare än av systemets pekpinnar.

2 c. Redan före pandemin var sjukvården och äldreomsorgen satt under attack, utan marginaler och byggd på timanställda.

Efter nedskärningar i decennier, utan skyddslager och skyddsutrustning, blottade pandemin hur farligt det är för befolkningen med en underfinansierad vård, samtidigt som de privata vårdbolagen fortsatte gå med vinst. Det måste vara sluta med att vården ska "effektiviseras", vilket i själva verket betyder att satsningar uteblir.

Fortsättning nästa uppslag >>>

Camilla Walthersson Grönvall,
moderaterna

2 a. Nej. Skattebetalarna får inte tillräcklig valuta för sina pengar.

Det som krävs nu är ett brett omfång av konkreta åtgärder. Moderaterna föreslår bland annat att alla medborgare i Sverige ges laglig rätt att söka både öppen och slutet specialistvård var som helst i Sverige.

2 b. Varje region ges i uppdrag att informera patienterna om deras möjlighet att söka sådan vård även i andra regioner.

En nationell patientportal skapas med information om lediga behandlingstider och väntetider inom olika regioner och hos olika vårdgivare.

Privata vårdgivare ska systematiskt användas i hela landet för att korta och skapa vårdköerna. Det ska i praktiken finnas tillhands en nationell vårdförmedling och väntelista som har till uppgift att se till att alla väntande patienter ska få sin vård i enlighet med den lagstadgade vårdgarantin.

Lina Nordquist,
liberalerna

2 a. Statens utformning av satsningar påverkar naturligtvis i hög grad om de fungerar. Här behövs långsiktighet och strategi, snarare än byråkratitunga tillfälliga insatser.

I vissa fall är alternativet till överenskommelser med SKR att staten gör 310 separata överenskommelser. Det tror vi inte är effektivt.

Överlag anser dock Liberalerna att SKR:s uppgifter bör bantas. Den huvudsakliga uppgiften ska vara att stötta kommuner och regioner med exempelvis juridisk rådgivning och utbildning.

2 b. Vi tror att kömiljarderna behöver ett större fokus på återbesök och kvalitet.

Framför allt behöver vårdköerna kortas genom goda arbetsvillkor och genom långsiktiga, strategiska överföringar från Försäkringskassan till sjukvården.

Vi vill modernisera taxeläkarsyste-

met så att fler kan bedriva småskalig vård över hela landet. Patienter som behöver operation inom slutenvård ska få detta i den region de själva vill, till exempel där anhöriga bor. Vårdens ersättningssystem behöver ses över, så att god vård särskilt säkras för dem med störst behov.

2 c. Sverige har en allt större del äldre personer och en ökande vårdtyngd, samtidigt som överbyråkrati och svårbotlig vårdutvecklingsoptmism på sina håll minskat antalet vårdplatser mer än den medicinska utvecklingen faktiskt tillåter.

För dåliga vårdplatsmarginaler, hög grad av detaljstyrning och administrativt krångel har gått ut över människors arbetsmiljö. Detta har skapat snöbollseffekter; ansträngda arbetsvillkor gör att anställda saknas, vilket i sin tur leder till ännu färre öppna vårdplatser och ännu mer stress för den personalstyrka som finns kvar, osv. Regeringens sjukvårdspolitik har lagt fokus på att fäktas mot privata alternativ och ytterligare öka byråkrati och detaljstyrning, snarare än på att strategiskt säkra kvaliteten och tillgången till vård oavsett utförare.

en nationell väntelista och ett vårdgarantikansli.

2 a. Det har enligt vår mening blivit en allt större byråkratisering och administrering inom sjukvården istället för att fokusera på löner, kompetensförsörjning och att behålla personal.

I Danmark flyttades all administrativ personal, vars arbete inte resulterade i mer vård, till andra departement. Den svenska vårdmodellen har likt mycket annat i samhället varit utsatt för så många "snabba lösningar" att systemet är trasigt. Många satsningar är också i projektform, vilket innebär att det inte finns någon långsiktighet eller kontinuitet.

vård. När det gäller både förlossningsmiljarder och kömiljarder har staten inte fått valuta för pengarna. Det är fortfarande extrema vårdköer och bristande personaltäthet inom både förlossningsvård och specialistsjukvården. Vi satsar mer än våra grannländer på vården och har ändå sämre kvalitet. Det är ett problem.

2 a. Vi tror att det likt i Norge och Danmark är dags att dra i nödbromsen när det gäller svensk sjukvård och framförallt specialistsjukvården.

Redan innan pandemin var det över 100 000 människor i kö, idag är den siffran betydligt högre. En steg är att förstatliga delar av sjukvården med inspiration från den danska modellen. Vi vill även införa

Linda Lindberg,
sverigedemokraterna

2 a. Sjukvården har inte prioriterats tillräckligt under dessa två mandatperioder. Trots att kömiljarderna uppenbarligen inte ger effekt fortsätter man bara med sina snabba lösningar som egentligen bara gör det värre.

En av de första åtgärderna man gjorde i Danmark var att lösa upp den propp som den regionala administrationen utgör. Kömiljarder ska inte gå till onödig byråkrati eller annan verksamhet än det som utmynnar i bättre

Välkommen till

Sjukhusläkarna i Almedalen

4
juli

IVA är fullt – försök igen i morgon

kl 14.10 - 15.00

Plats: Slottsterrassen 6

Seminarium

Arrangör: Sjukhusläkarna

▼ I dag finns inte tillräckligt med personal så att det samtidigt går att operera bort värdköen och vårda patienterna inom intensivvården. Vad krävs för att vi ska skapa en hållbar och patientsäker

verksamhet som möter behoven – inte bara i form av en robust och resilient intensivvård utan också i form av en operationsverksamhet som kan verka på toppen av sin förmåga?

5
juli

Förbered för det värsta och hoppas på det bästa

kl 14.10 - 15.00

Plats: Slottsterrassen 6

Arrangörer: Sjukhusläkarna,

Chefsföreningen, Industriläkarföreningen

▼ För att klara en kris eller krig behöver man vara förberedd. Hur förberedda är vi i vården? Och vad gör vi när det brinner till? Vi vet att vi saknar tillräckliga lager av material och läkemedel, men hur hanterar vi

ledningen och styrningen i en kris? Ledarskapet är något vi kan och ska förbereda. Att leda i kris bygger på ett gott ledarskap i fredstid. Om ansvar, befogenheter och att våga ta makten över situationen!

5
juli

Klarar sig vården utan medicinskt ledarskap när får vi en ansvarig minister som är läkare?

kl 15.20 - 16.00

Plats: Slottsterrassen 6

Arrangörer: Sjukhusläkarna,

Chefsföreningen, Industriläkarföreningen

▼ Vården står inför stora utmaningar. Vi kan bota allt fler, befolkningen lever allt längre. Det gör att vi behöver ändra vårt sätt att arbeta och det krävs medicinska prioriteringar. För patientsäkerhetens skull behöver läkare med sin medicinska kunskap då finnas med i ledningen för vården på alla olika nivåer.

Det inkluderar givetvis även myndigheter och regeringsnivå. Vi vet att när läkare leder verksamheter så ser man högre kvalitet och bättre arbetsmiljö för alla yrkeskategorier i vården. Och som konsekvens blir även kostnaderna lägre.

Folkhälsodalen

3
juli

4
juli

5
juli

6
juli

Plats: S:t Hans Café,
S:t Hansplan 2

Arenan för de hälsopolitiska samtalen. Här diskuteras alltifrån precisionsmedicin, hälsodata och patienträttigheter till företagshälsovården, prevention och life science-frågor.

Mer info på slf.se/sjukhuslakarna/

SKR hanterar i dag den så kallade nationella väntetidsdatabasen. Socialstyrelsen har dock under många år kritiserat statistiken och redan 2008 efterlyste myndigheten fakta som visar hur länge patienter i verkligheten får vänta, från misstanke om sjukdom till behandling. Trots att 14 år har gått finns ingen tillgänglig statistik över hur länge de patienter som har tvingats vänta längre än vårdgarantins maxgräns på 90 dagar egentligen får vänta. Det saknas även statistik på hur länge patienter får vänta på undersökningar, vilket kan ta månader och år.



Camilla Waltersson



▼ Vi har länge drivit frågan om att den nationella statistiken över väntetider och den lagstadgade vårdgarantin ska tas över av lämplig oberoende myndighet till exempel Socialstyrelsen. Moderaterna föreslår också att en nationell patientportal ska tas fram med information om lediga behandlingstider och väntetider inom olika regioner och hos olika vårdgivare i syfte att underlätta för patienter och anhöriga.



Acko Ankarberg Johansson



▼ Vi ser positivt på detta. Det blir också ett viktigt uppföljningsinstrument för att genomföra de reformer om nationell vårdfördelning och statligt ansvar för vården som KD vill genomföra.



Lina Nordquist



▼ Kunskap och transparens är avgörande för att kunna göra vården bättre.

Vi vill vänta ut utredningen och se vad som väger för och mot en överflyttning av data – generellt sett ser vi dock problem med SKR:s nuvarande kombination av avsevärt inflytande, hantering av stora summor pengar och brist på transparens i data.



Kristina Nilsson



▼ Vi är positiva till att en oberoende myndighet får ansvaret för detta. En delredovisning lämnades av Socialstyrelsen i mars 2022.

En förbättrad och mer utvecklad väntetidsdatabas skulle kunna möjliggöra förbättrade och systematiska uppföljningar och analyser av väntetider och tillgängligheten i vården.



Linda Lindberg



▼ Det är helt orimligt att en icke statlig intresseorganisation som agerar utifrån regionernas intresse ska redovisa statistik, som dessutom uppenbart inte fungerar på ett tillfredställande sätt. Socialstyrelsen bör tillsammans med tillsynsmyndigheten IVO vara de aktörer som följer upp denna fråga, så ja vi ställer oss positiva till dessa förslag.



Karin Rågsjö



▼ Vänsterpartiet anser att Socialstyrelsen och SKR ska samarbeta i frågan om den nationella väntetidsdatabasen för att säkerställa vilken statistik som förs och att den är tillgänglig.



Margareta Fransson



▼ Vi har ingen specifik synpunkt annan än att det är angeläget med adekvat statistik, att den är tillgänglig och offentlig. Vi välkomnar att det utreds hur det kan göras på bästa sätt. Det är också angeläget att arbetet med att rapportera in till databasen inte blir två parallella system.



Anders W Jonsson



▼ Det viktiga för oss är att vi snabbt får tillgänglig information om väntetider och kvalitet för patienten. Det avgörande är inte då vem som äger informationsportalen utan att den innehåller korrekt och uppdaterad information.

Regeringen ger regelbundet SKR olika uppdrag som omfattar miljardbelopp. Det handlar om uppdrag som att stärka vårdens kvalitet och tillgänglighet, korta köer och skapa en sammanhållen, jämlik och säker vård.

4

Myndighetsförespråkare förordar att staten flyttar de myndighetsliknande uppdragen från SKR till en myndighet som Socialstyrelsen. Stöder ert parti idén?



Lina Nordquist, liberalerna



▼ Vi ser fördelar med att staten kan träffa överenskommelser med landets samlade kommuner och regioner.

Men SKR ska inte ha myndighetsliknande uppdrag utan att samtidigt lyda under myndighetsliknande regler. Organisationens roll och mandat är idag otydliga. Under vårt Januariarbete med S, C och MP lät vi vissa statsbidrag fördelas via Socialstyrelsen i stället för via SKR. Vi följer den utvecklingen noga för att kunna bedöma för- och nackdelar.



Anders W Jonsson, centerpartiet



▼ Vi delar inte bilden att SKR har en myndighetsliknande funktion.

De har en samordnande funktion genom att de samlar Sveriges samtliga regioner. Vi tycker därmed att det är naturligt att staten gör överenskommelser med SKR. Uppdrag som innebär myndighetsutövning ska enligt vår mening inte ges till SKR utan till ansvarig myndighet.



Camilla Waltersson Grönvall, moderaterna



▼ För närvarande har vi inget sådant förslag. Se svaret på fråga ett.



Karin Rågsjö, vänsterpartiet



▼ Ja. I och med att SKR är en intresseorganisation, och inte en myndighet, bör de myndighetsliknande uppdragen flyttas till en myndighet som Socialstyrelsen. Det är en fråga om demokrati och var den offentliga makten ska ligga.



Kristina Nilsson, socialdemokraterna



▼ Frågan har aktualiserats, inte minst av Riksrevisionen som påtalat just det faktum att SKR, har myndighetsliknande funktioner, trots att det är en intresseorganisation. Vi har inte tagit ställning till hur detta bör ändras. Men vi är positiva till att se över frågan.



Margareta Fransson



▼ Vi ser att det finns fördelar med nuvarande system och den roll SKR har i att bidra i utformningen och kunna ge stöd till tjänstepersoner. Givetvis kan det ur andra perspektiv finnas nackdelar, att statens roll och ansvar blir otydligt.



Linda Lindberg, sverigedemokraterna



▼ Ja, precis som i tidigare svar är det anmärkningsvärt att det kunnat gå så långt. Det är en demokratisk fråga om insyn och ansvarsutkrävande.

I likhet med "förlossningsmiljarderna" skyller regeringen på regionerna, regionerna pekar på SKR och SKR säger sig inte ha något krav på sig att redovisa vart 2,2 miljarder i skattemedel tagit vägen.

När det handlar om en sjukvård som befinner sig i den situationen som den gör, är det av yttersta vikt att det finns transparens, uppföljning och ansvarsutkrävande. När det gäller exempelvis förlossningsvården är det återigen röd flagg från vissa regioner gällande personalbrist och arbetsmiljöproblem. Regeringen skickade med andra ord ut 5,5 miljarder kronor i skattemedel utan krav på återrapportering, och i samarbete med en intresseorganisation som inte har några som helst krav på sig.



Acko Ankarberg Johansson, kristdemokraterna



▼ Idag har vi för mycket styrning. Det gör vården ineffektiv.

Kristdemokraterna anser att staten ska ha huvudansvar för hälso- och sjukvården. Det som är ändamålsenligt att styra nationellt ska beslutas av staten – svensk sjukvård behöver ett statligt huvudmannaskap. Vidare ska övrigt ansvar och befogenheter flyttas från regionerna ut i verksamheterna.

Regionernas självstyre och beskattningsrätt över vården tas bort. Sammantaget gör detta att SKR kommer behöva förändras när vår sjukvårdsreform genomförs. Det blir myndigheter som övertar många av SKR:s nuvarande uppgifter.

Allt fler röster höjs för att skapa färre och större regioner för att klara framtidens sjukvård och en jämlik sjukvård i hela landet.

5 Hur ser ert parti på att införa storregioner?



Anders W. Jonsson,
centerpartiet



▼ Vi är i grunden positiva till en regionreform.

Förutsättningen för detta är dock att det leder till att makt flyttas närmare medborgarna samt att eventuella sammanslagningar av regioner och kommuner sker på basis av de egna analyserna av förutsättningarna att hantera sina uppdrag på ett effektivt och demokratiskt sätt.



Margareta Fransson,
miljöpartiet



▼ Vi är positiva till bildandet av större och mer jämstarka regioner och beklagar att reformen inte kunde genomföras inför denna mandatperiod.



Karin Rågsjö,
vänsterpartiet



Vänsterpartiet var för när förslaget om att sjukvården skulle omorganiseras till 6 stora regioner låg på riksdagens bord. Det hade kunnat leda till ett mer enhetligt system för att säkerställa en jämlik vård i hela Sverige. Riksdagen avslöjde dock förslaget.



Camilla Waltersson Grönvall,
moderaterna



▼ Moderaterna har för närvarande inget förslag gällande införande av storregioner.

Moderaterna sätter patientens bästa först. Idag är såväl regionerna som kommunerna och staten ansvarig för olika delar av vården. Det gör att moderaterna anser att det finns ett stort behov av att sätta patientens bästa i centrum.

Patientens makt över sin egen vård ska markant stärkas och politikernas makt minska.

Vi vill att Sverige ska ha en hälso- och sjukvård av hög kvalitet som är tillgänglig när man behöver den och det kräver goda arbetsmiljöer för vårdens personal.



Acko Ankarberg
Johansson



▼ Vi anser att regionernas beskattningsrätt och självstyre över hälso- och sjukvården ska tas bort.

Svensk sjukvård ska gå från 21 huvudmän (regionerna) till ett statligt huvudmannaskap.

I vår modell använder vi de sex sjukvårdsområdena som finns idag för viss samordning, osv. Hur i detalj en ny organisation för vården ska se ut bör formas efter arbete gemensamt mellan patientföreträdare, professionerna, akademi och politik.



Kristina Nilsson,
socialdemokraterna



▼ Vi menar att dagens regioner i allmänhet är för små för att långsiktigt klara uppdragen som huvudmän för hälso- och sjukvården.

Socialdemokraterna var pådrivande för att genomföra en regionreform där dagens 21 regioner slogs samman till cirka 6–9 storregioner. Trots tidigare utfästelser från borgerliga partier visade sig det inte finnas majoritet för en sådan reform när frågan senast behandlades år 2017. Detta beklagar vi.



Linda Lindberg,
sverigedemokraterna



▼ Nej. Staten behöver ha ett större samordnande ansvar.

Vi vill utreda möjligheten att på sikt flytta huvudmannaskapet för hela, eller delar av sjukvården, från regionerna till staten.



Lina Nordquist,
liberalerna



▼ Huvudmannaskapet över sjukvården ska fortsatt ligga hos regionerna.

Den statliga styrningen bör öka, men frågan om en större omställning av Sveriges regionala indelning har nyligen prövats, men förslaget saknade förankring i de berörda regionerna och kommer aldrig att genomföras.

Vi ser gärna att mindre regioner skapar fördjupade samarbeten och kan bilda nya, större regioner under förutsättning att initiativen växer fram lokalt. Staten ska inte rita om kartan uppifrån.

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. **Dosering** Rekommenderad 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

Anna Nergårdh har bytt spår

Text: **Eva Nordin**

När Anna Nergårdh var klar med sitt utredningsarbete satte hon livet på paus. Hon lämnade hälso- och sjukvården och är nu konsult. Sjukhusläkaren har frågat varför och hur hon tycker att det går med genomförandet av hennes fem års utredande och förslag.

▼ Efter många och intensiva arbetsår som kliniker, forskare, chef, biträdande landstingsdirektör och utredare bestämde hon sig för att göra något nytt och efter några månaders funderingar startade hon eget och driver nu sina kärnfrågor vidare som konsult och Public Affairs-rådgivare.

Det är mer än fem år sedan Anna Nergårdh i mars 2017 klev på uppdrags-

get som utredare. Många klappade händerna medan vissa höjde på ögonbrynen; var det verkligen vettigt att en specialist i kardiologi från Stockholm skulle utreda primärvårdens roll och uppdrag i framtidens hälso- och sjukvård?

– Jo, jag vet att vissa tyckte det. Samtidigt har jag en lång erfarenhet av att vara kliniker, chef och ledare och jag

har arbetat mycket med frågor på system- och organisationsnivå. Jag kände en stor uppbackning från alla möjliga håll och det fanns en bred politisk enighet om att en reformering av primärvården måste ske. Jag kände mig verkligen taggad inför uppdraget.

En utredning och fem delbetänkanden senare känner hon sig hoppfull, men har också vissa farhågor att utred-

ningens förslag och de förslag som klubbats av riksdagens inte kommer att tas på allvar.

– Jag ser att mer har hänt på den statliga nivån än i genomförandet på huvudmannanivån. Jag är rädd att regioner och kommuner inte riktigt förstår hur viktigt det är för framtiden att strategiskt ta tag i genomförandet av omställningen, till exempel vad gäller primärvårdens uppdrag som nav i

systemet. Alla regioner borde vid det här laget ha sett över sina förfrågningsunderlag i enlighet med den nya lagstiftningen, och det borde synas i en större del av den ekonomiska kakan till primärvården. Det krävs verkligen för att medarbetare och medborgare ska se att man menar allvar med alla de fina orden om en nära och stark primärvård.

Vård- och omsorgsanalys konstaterar i rapporten *Nära vård* i sikte? att regio-

nerna ännu inte har skapat tillräckliga förutsättningar för att nå omställningens mål, och att de flesta regioner verka sakna tydliga planer på att öka finansieringen under kommande år. Kort sagt, även om regeringen skjuter till sex miljarder per år till omställ-

Anna Nergårdh om satsningen på nära vård

” Jag ser att mer har hänt på den statliga nivån än i genomförandet på huvudmannanivån. Jag är rädd att regioner och kommuner inte riktigt förstår hur viktigt det är för framtiden att strategiskt ta tag i genomförandet av omställningen. ”

Foto: Meli Petersson Ellafi.

Fortsättning nästa uppslag >>>

ningen är det få medarbetare i primärvården som upplever att en reform är på gång.

– Det är ett långsiktigt och tålmodigt arbete. Jag tror att det är bra att vi har myndigheter som Vårdanalys som kan fungera som en blåslampa i omställningen. Även Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att följa omställningen.

60 år av prat

Helhetssyn, närhet, tillgänglighet, kvalitet, säkerhet och samverkan.

Verkar värdeorden bekanta?

För drygt 60 år sedan användes samma ord som riktmärken för primärvården. I flera decennier har politiker och tjänstemän enträget upprepat att primärvården ska vara navet i den svenska hälso- och sjukvården. Men särskilt mycket har inte hänt; problemen med otillgänglighet, underfinansiering, samt bristen på kontinuitet och specialister i allmänmedicin har snarare förvärrats.

Ändå är alla överens om att en omställning måste ske och att det både är modernt och kostnadseffektivt med en stark primärvård. Trots det går det trögt.

– Den utredning jag lämnat ifrån mig är ingen primärvårdsutredning utan tar ett helhetsgrepp om hela systemet. Jag hoppas förstås att förslagen ska leda till ett modernt hälso- och sjukvårdssystem som är hållbart ur alla aspekter. Det finns massor av evidens som visar att det bästa sättet att bygga en jämlik hälsa i befolkningen är en stark primärvård, säger Anna Nergårdh.

Lättnadens suck

Det hördes en lättnadens suck från professions- och patientföreträdare när riksdagen i början av april röstade igenom propositionen om en primärvårdsreform (den tredje propositionen som baseras på förslag från utredningen). Motståndare till lagförslaget hade dessförinnan ventilerat sin kritik på tidningarnas debattsidor och det fanns en viss oro att propositionen inte skulle klara sig levande genom riksdagen.

– Då tänkte jag att, näe nu får de väl ändå ge sig. Det fanns en del uppenbara missförstånd i kritiken som framfördes,

och vissa av frågorna som debattörerna tog upp ingick inte i mitt utredningsuppdrag. Jag är väldigt glad att propositionen gick igenom. Jag är övertygad om att ska den här omställningen lyckas, vilket är helt nödvändigt, måste vi fortsätta att hålla i den breda politiska förankring som finns om vägen framåt.

Besvikelse

För alla, inte minst fackliga organisationer, blev dock besvikelsen stor att patienter inte fick en lagstadgad rätt att lista sig direkt på en fast namngiven läkare.

– Jo, jag förstår det. Men i propositionen uttrycks det att patienter ska ha en namngiven läkare hos den utförare man är listad hos. Det finns vissa juridiska hinder i vägen som innebär att vi inte kunde föreslå listning på namngiven läkare. Och vi kan av flera skäl, som vi tar upp i utredningen, inte förespråka att göra så som man har gjort i exempelvis Norge. Där har allmänläkare egna avtal med huvudmannen och ska sedan se till att utifrån det knyta andra kompetenser som krävs till sig. Vi har i grunden ett annat system och vårt förslag var så långt vi kunde komma, säger Anna Nergårdh.

Läkarförbundet är positivt inställda till att reformen röstades igenom, men menar samtidigt att om lagen ska få full effekt krävs ytterligare åtgärder som: öronmärkta pengar för listning på fast läkare, statligt finansierade utbildningstjänster och en lagstiftning om listning på läkare och inte på vårdcentral.

– Jag delar uppfattningen att ett avgränsat uppdrag för allmänläkare i primärvården är en avgörande arbetsmiljöfråga, liksom kontinuiteten. Som jag ser det måste det vara det som är målet. Den nya lagstiftningen tillsammans med andra åtgärder, som till exempel Socialstyrelsens nya uttalande om rimligt antal patienter per fast läkare i primärvården, är tydliga sådana steg.

Det är en omfattande utredning med fem delbetänkanden på tusentals sidor som Anna Nergårdh har lämnat ifrån sig. I fem år har hon levt med uppdra-

get, tre år längre än från början beräknat.

– Jag kände inte en lättnadens suck när uppdraget var över, snarare en stark vilja att fortsätta driva de frågor som vi har lyft i utredningen. Det har varit otroligt spännande och personligt berikande att få träffa så många fantastiska och kompetenta människor. Jag har också fått möjligheten att ge röst åt förslag som jag trott på i hela mitt yrkesliv.

Hon känner sig särskilt nöjd över att ha lyckats förändra definitionen av primärvården och att utredningen i fem punkter tydliggjort primärvårdens nationella uppdrag. Tidigare hette det att primärvårdens uppdrag är att svara för sådant som inte kräver ”sjukhusens medicinska och tekniska resurser”.

Sedan 1 juli 2021 ska primärvården nu ansvara för: behovet av åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser. Uppdraget är reglerat i hälso- och sjukvårdslagen.

– Det är ett trendbrott att man i en lagstiftning, som varit väldigt generell och principiell, bestämmer sig för att tydliggöra primärvårdens nationella uppdrag. Det måste bli tydligare för befolkningen vad erbjudandet från primärvården är, oavsett var man bor i landet. Jag hade gärna sett att man hade gått ännu längre i utformningen av det nationella uppdraget, kanske till och med infört ett nationellt vårdval. Vi hade sådana förslag, men jag är ändå nöjd med det som blev. Och också nöjd med en större principiell tydlighet i hälso- och sjukvårdslagen, det skulle jag vilja se inom flera områden. Det är ett effektivt sätt att säkra jämlik vård i hela landet som jag ser det.

Hon hade också velat se en mycket skarpare skrivning i lagtexten om att primärvården *ska* bedriva egen forskning i samverkan med mer traditionella forskarmiljöer. Nu står det att det är viktigt att primärvården medverkar i forskning.

– Det är en svagare skrivning och det kan jag tycka är olyckligt. Forskning är viktig ur så många aspekter, inte minst

för kvalitet och patientsäkerhet, men det ger även möjligheter för medarbetare att göra olika saker och välja olika karriärvägar under ett långt yrkesliv. Sådant är viktigt ur arbetsmiljösynpunkt. Och forskningen måste bedrivas där patienterna finns, allt oftare i regionens och kommunens primärvård. Det är också där de med störst och mest komplexa behov finns, och det är grupper där forskningen fortfarande är eftersatt.

Saknas tusentals allmänläkare

Anna Nergårdh tycker också att det är bra att regeringen tidigt gav Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet i uppdrag att ta fram förslag för att stärka primärvårdens kompetensförsörjning. Läget är akut. En nyligen publicerad rapport från myndigheterna visar att det saknas tusentals specialister i allmänmedicin (2 500 till 6 000 allmänläkare) i samtliga regioner.

– Det här är något vi såg och påtalade i utredningen, både bristen på allmänläkare och att vi vet för lite om vilka gap vi har när det gäller kompetensförsörjningen i primärvården. Detta är en ödesfråga och belyser vikten av att de förändringar som nu görs bidrar till en bättre arbetsmiljö för primärvårdens medarbetare. Därför är utbildningsfrågorna viktiga, tillsättningen av ST-block i allmänmedicin, frågor om fortbildning och möjlighet att påverka och begränsa sin arbetssituation. När regionerna nu genomför omställningen bör det göras i nära samverkan med professionerna, och hela tiden med aspekten arbetsmiljö och hållbart yrkesliv för ögonen.

Staten behöver skjuta till pengar långsiktigt

Det krävs också en omfördelning och tillskott av resurser om omställningen ska lyckas, menar Anna Nergårdh. Ett av utredningens förslag är att staten tillför mer långsiktiga övergångsmedel för att utveckla och stärka primärvården. Under lång tid har primärvården varit både underfinansierad och underdimensionerad.

– Vi behöver göra omställningen



Anna Nergårdh hade velat se en mycket skarpare skrivning i lagtexten om att primärvården ska bedriva egen forskning i samverkan med mer traditionella forskarmiljöer. Nu står det bara att det är viktigt att primärvården medverkar i forskning.
Foto: Meli Petersson Ellafi.

utan att det blir på bekostnad av sjukhusvården eller antalet vårdplatser. Jag tycker dock att förståelsen för att vi måste vända på perspektiven och bygga en stark grund med primärvården som bas väsentligen har ökat under mina år som utredare.

Föreslår lagreglerat krav på samverkan

I huvudbetänkandet finns även förslag om lagreglerad samverkan. Den nuvarande lagstiftningen behöver moderniseras för att tydligare ställa krav på att aktörer runt patienten måste samverka. Under pandemin blev det smärtsamt tydligt, menar Anna Nergårdh som även hoppas att läkare i större utsträckning ska vara en del av kommunernas hälso- och sjukvård.

– Det är lätt att tal om samverkan kan uppfattas som något luddigt. Men

vi behöver verkligen etablera fungerande förutsättningar för samverkan, det ska inte behöva byggas på enskilda eldsjälar som tänjer sig över gränserna. Vi behöver tid och mötesplatser för dialog mellan de som arbetar i olika delar av vården, i till exempel ett geografiskt närområde. Det är medarbetarna i hälso- och sjukvården som vet vilka förändringar som behövs för att den större målbilden ska kunna uppnås. Det måste skapas tid och rum och upprättas planer för den gemensamma vårdnivån primärvård i region och kommuner. Det är något jag tycker kan och ska regleras i lag.

Förslagen är fortfarande under beredning. Huruvida de kommer att tas vidare för beslut i riksdagen återstår att se.

Fortsättning nästa uppslag >>>

Så snart Anna Nergårdh lämnat ifrån sig utredningen kände hon ett behov av att sakta ned och få tid att reflektera. I många år hade hon arbetat långa arbetsveckor som kliniker, forskare, verksamhetschef, chefsläkare och biträdande landstingsdirektör. Nu ville hon lägga mer tid på familj, vänner och träning. Hon hann även med en utbildning till instruktör i medicinsk yoga.

– När jag 2006 klev in i min första chefsroll hade jag precis disputerat och några år tidigare avslutat min ST. Jag har arbetat intensivt under många år och det har stundtals varit utmanande att få arbets- och familjeliv att gå ihop. Mitt beslut om att starta eget handlar om att se hur det är att arbeta med lite större frihetsgrader, och kanske också att arbeta lite mindre än jag oftast gjort.

Det saknades dock inte skarpa erbjudanden, men hon valde till slut att starta eget bolag. Och i oktober förra året rekryterades hon på deltid som senior rådgivare till Rud Pedersen Public Affairs. Många blev förstas nyfikna, varför tog hon det steget och ser hon några problem med att arbeta som lobbyist?

– Nej, jag ser inga problem med det och jag vill inte lägga så mycket värdering i ordet lobbyist. De flesta av oss arbetar med påverkan på olika sätt. I min egen verksamhet vill jag bidra med mina erfarenheter som chef och ledare. Jag har utöver det två underleverantörsavtal, dels med Rud Pedersen, dels med konsultbolaget Helseplan. Mina uppdrag handlar i stor utsträckning om att föreläsa, bidra med systemkunskap och vara bollplank i frågor om hur exempelvis det svenska hälso- och sjukvården fungerar, lagstiftningen och ansvarsfördelningen.

Vill påverka systemet från sidan

Anna Nergårdh sitter även i flera styrelser, bland annat i Socialstyrelsen sedan 2016 och i Samhällsnytta AB, samt i styrelsen för Röda Korsets Högskola. Fram till nyligen var hon även styrelseledamot i Hjärt-Lungfonden.

– Efter 12 år var det dags att kliva av och få möjlighet att göra något nytt. Något som intresserat mig på senare år, och som vi också skrev om i utredningen, är hälso- och sjukvårdens sam-

verkan med civilsamhället. Jag har nyligen valts in i styrelsen för Fri-luftsfrämjandet Riks, ett uppdrag som jag ser mycket fram emot. Få saker är så hälsofrämjande som att vistas i skog och mark, och det vill jag att ännu fler ska få upptäcka.

Även fortsättningsvis vill hon arbeta med frågor om hur man skapar ett hälso- och sjukvårdssystem som bättre tar tillvara medarbetares kunskaper och vilja att förändra och förbättra. Patientdelaktighet, förebyggande insatser och ett hållbart arbetsliv är andra frågor hon brinner för.

Men är det inte mer effektivt att vara inne i systemet för att försöka påverka och förändra, snarare än att arbeta utifrån som konsult?

– Det vet jag ju inte eftersom jag inte har provat. Det ska bli intressant att se hur det är att stå utanför systemet och arbeta mer fritt med till exempel professions- och patientföreningar i olika sammanhang. Men vem vet, rätt som det är vill jag kanske vara chef igen i ett större sammanhang. Vi får se.



Vad måste hända nu?

Anna Nergårdh om de viktigaste åtgärderna som politiskt måste ske för en verklig omställning med primärvården som nav.

På statlig nivå:

▼ Att de propositioner som redan antagits följs av flera. En reform av hälso- och sjukvården måste ske i flera steg. Viktiga steg är tagna men fler steg behöver tas, menar Anna Nergårdh.

– Så helt enkelt att förslagen i våra betänkanden som hittills inte tagits vidare i propositioner

kommer att göra det.

Mer specifikt hoppas hon att det förslag som finns i huvudbetänkandet om samverkan lagregleras. Det handlar om samverkan mellan regioner och kommuner, mellan olika utförare i systemet (det vill säga alla olika vårdgivare i en region och kommun). Ur ett individperspektiv handlar det om att en sammanhållen och samordnad plan är lättillgänglig och som säkerställer att patienten är involverad, dessutom att planen innehåller inte bara det akuta utan också

innehåller förebyggande och rehabiliterande insatser

Inom regioner och kommuner:

▼ Att det fattas strategiska politiska beslut som styr mot den av riksdagen framtagna målbilden.

▼ Att det dessutom fattas politiska beslut utifrån den nya lagstiftning som träder i kraft i nära anslutning till att den börjar gälla.

– Det vill säga, inte bara att verksamheterna och tjänstemannanivån förutsätts lösa de stora förändringar som faktiskt sam-

mantaget är avsikten med de nya lagförslagen.

Om till exempel lagstiftningen om primärvårdens uppdrag ändras bör det fattas politiska beslut i regionen om hur förfrågningsunderlagen för utförarna behöver anpassas till det, menar Anna Nergårdh.

– Det är viktigt för att säkerställa att lagstiftarens intention uppnås. Det kan ju ofta behövas en ny eller förändrad resurssättning för att de nya lagkraven ska kunna uppfyllas. Därför bör detta vara en politisk fråga hos huvudmännen.

NÄR RÅKADE DU RÖJA EN PATIENTS SKYDDADE UPPGIFTER SENAST?

Har det hänt att du journalfört patientbesök för patienter med skyddade personuppgifter i journalsystemet? Har det hänt att du i samma journalsystem skickat remiss till annan vårdgivare i journalen?

Jackpott, den som förföljer och hotar den utsatta kan där och då med enkla medel ta reda på vilken ort patienten befinner sig på och vilken vårdgivare hen går till. Det räcker med att gärningspersonen har en kontakt inom vården, någon som med vilja eller under hot går med på att logga in under personnumret och hitta den utsatta. Det finns otaliga situationer inom hälso- och sjukvården där vi riskerar röja skyddade personers uppgifter. En nylig rapport från Jämställdhetsmyndigheten visar att så ofta sker.

Bland annat redovisas i rapporten en intervjustudie med 86 kvinnor och 15 barn med skyddade personuppgifter till följd av våldsutsatthet. I studien framgår en rad svårigheter, inte minst i form av ständig rädsla att bli röjd, men ofta svårigheter med arbete, bostad, ekonomi och möjlighet att söka sjukvård för de utsatta. Hälften av de intervjuade berättar att deras uppgifter röjts av myndigheter och att de hittats av den som jagar dem.

Kvinnorna i studien berättar att de inte har tillgång till hälso- och sjukvård på samma sätt som innan de beviljades skyddade personuppgifter. De berättar om kallelser som uteblivit till mamмоgrafi eller cellprovtagningar, om svårigheter att boka vaccination mot Covid-19 eller problem att få vaccinationsintyg.



CAMILLA STARCK
Överläkare i psykiatri.

Kvinnorna i studien har uppfattningen att journalhanteringen är olika på olika vårdenheter och en del kvinnor berättar att journaler förvunnit eller att rutiner saknats kring journalföringen.

Jag följde en ung kvinna för en tid sedan. Hon var utsatt för hedersrelaterat våld- och förtryck. I ett år hade hon försökt söka sjukvård. Hennes familjemedlem, tillika den som hotade och jagade henne, var läkare och kunde ständigt genom journalsystemet ta reda på information om var hon befann sig och vart hon flyttat. Hon hade skyddade personuppgifter men det hjälper inte när gärningspersonen utnyttjar journalsystemet. Hon levde i ständig skräck, hade svåra PTSD-symtom och saknade inkomst eftersom hon inte kunde bli sjukskriven. Hon vågade till slut inte ha kontakt med vården.

Varför är vi i vården så dåliga på detta? Det finns flera svar men ett är uppenbart – avsaknad av utbildning. Ingen gång under min läkarutbildning eller karriär har jag informerats om vad

det innebär att leva med skyddade personuppgifter, vilka riskerna är, hur jag ska hantera säkerheten på kliniken eller vilken information jag behöver ge patienterna. De utsatta undervärderar riskerna och vi som vårdpersonal behöver kunna mer än patienterna – det vet jag nu och enbart för att jag intresserat mig för frågan. Det är i möten med utsatta som berättat om hur svårt det är att ha kontakt med vården som jag förstått hur bristande kunskapen är. En utsatt grupp patienter med hög grad sjuklighet på grund av våldsutsatthet har blivit förbisedd i vårdutbildningarna och i vårdapparaten.

Att rutinerna skiljer sig åt på olika vårdenheter och hos olika vårdgivare kan jag bekräfta. Det är inte patientsäkert och det är förvirrande för den som lever skyddad. Vi verkar inkompetenta och ointresserade av att förstå. Så uttrycker sig många utsatta, tyvärr. Här tror jag avsaknaden av gemensamma förhållningssätt nationellt och även inom regionerna bottnar i hur spretigt vårdssystemet är uppbyggt i Sverige och hur svårt det är att politiskt få till övergripande nationella förändringar.

14 000 kvinnor och 10 000 män i Sverige har sekretessmarkering eller skyddad folkbokföring. Om ni på er klinik inte vet skillnaden mellan dessa begrepp och vad de innebär för era patienter – om du känner dig minsta osäker på hur du ska journalföra, skicka remisser eller kalla patienter med skyddade personuppgifter – så är det hög tid att du ber din chef om utbildning. Är du chef och känner osäkerhet? Lär dig mer och se till att gå till botten med hur dessa patienter ska bemötas hos er omedelbart.

JONNA BORNEMARK:

Det professionella omdömet trängs undan av förpappring och manualisering

Text: Eva Nordin

Under pandemin visade medarbetare i hälso- och sjukvården med all tydlighet att professionellt omdöme var en av grundbultarna och framgångsnycklarna för att hantera svåra och komplexa situationer.

▼ Men hur ska professionellt omdöme fortsatt tas till vara och utvecklas i en hälso- och sjukvård som blir alltmer förpapprad, manual- och kunskapsstyrd? undrar filosofen Jonna Bornemark.

Professionellt omdöme är inget allmänt godtycke, en magkänsla eller något som vissa råkar ha. Det är en kun-

skapsform som behöver odlas och utvecklas, menar Jonna Bornemark, professor i filosofi vid Centrum för praktisk kunskap på Södertörns högskola.

Hon slog igenom med dunder och brak 2018 med boken *Det omätbaras renässans – en uppgörelse med pedanternas världsberravälde*.

Hon satte ord på vad många i vården känner inför jakten på kontroll, mätbarhet och den växande byråkratiseringen och administrationen av vården.

Sedan dess har hon har fortsatt att föreläsa, undervisa och skriva krönikor och böcker.

För två år sedan kom *Horisonten finns alltid kvar – om det bortglömda omdömet*. I den resonerar Jonna Bornemark om hur vi kan skapa ett mänskligare samhälle och en mänskligare hälso- och sjukvård med hjälp av det professionella omdömet.

– Ingen av dessa böcker hade kunnat skrivas om jag inte hade undervisat och samtalat med personer som arbetar i vården och som delat med sig av sina tankar, upplevelser och erfarenheter.

Vad är gott omdöme?

I en filosofisk essä från 2021 medverkar hon i antologin *Tillit och omdöme*. I den resonerar hon kring vad vi egentligen ska ha tillit till, och hur viktigt det är att komplettera begreppet tillit och tillitsbaserad styrning med professionellt omdöme.

– Vi har haft en stark och framgångsrik vetenskaplig utveckling och det ska vi förstås vara glada och tacksamma för. Men samtidigt har andra kunskapsformer fått stå tillbaka, som omdömeskunskapen. Användningen av det professionella omdömet i hälso- och sjukvården riskerar att få allt mindre plats i en utveckling med stor tilltro till manualisering och förpappring, säger Jonna Bornemark.

Inom hälso- och sjukvården, menar Jonna Bornemark, finns den vetenskap-

– Ett gott omdöme består aldrig i att endast veta teoretiskt hur man ska göra i en viss situation, utan att också verkligen göra det, om inte handlingen finns med är det inte gott omdöme. En erfaren undersköterska, sjuksköterska eller läkare som jobbar nära patienter kan upptäcka det som inte står i manualer eller syns i mätvärden och på apparaturer, menar Jonna Bornemark.

Foto: Johan Persson

liga och teoretiska kunskapen i grunden, men den behöver kompletteras med erfarenhet, praktisk kunskap och handling. Ta exempelvis en undersköterska på en geriatrisk avdelning som behöver se det som riktlinjer och manualer inte ser. Med sin kliniska blick kan hen exempelvis avgöra om patienten är stark nog att klara vissa aktiviteter och träna sina färdigheter. *Hur* undersköterskan bemöter patienten tillhör också det professionella omdömet.

– Det handlar inte minst om *hur* man tilltalar en patient, att det sker med respekt och att inte uppmaningar uttrycks som en order eller att tilltalet

och samtalstonen låter som om det var riktat till ett barn.

Oförståelsen för omdömet plats i professionell verksamhet har dock vuxit sig starkare, menar Jonna Bornemark.

– Jag tror att det beror på en alltför snäv kunskapssyn. Det vetenskapliga tänkandet är så centralt för den kultur vi lever i, men det trängs undan andra kunskapsformer som är minst lika viktiga.

Olika kunskapsformer

Jonna Bornemark tar avstamp i Aristoteles och några av hans kunskapsbegrepp: episteme, techne och fronesis.

Begreppet "episteme" lever kvar i begrepp som epistemologi, läran om

” Utan känslor blir vi dummare ”

Ofta vill man i vården separera känslor från professionellt arbete, men det är djupt olyckligt. Utan känslor blir vi dummare, menar Jonna Bornemark.

kunskap, som är hämtad ur vetenskapliga teorier, utan någon direkt koppling till handling.

– Det är en kunskapsform som har fått starkt fäste i vår tid och som handlar om det som är sant alltid, och som hör hemma i text, siffror och formler. I dag finns det en slags förvrängd idé om att vi antingen har evidensbaserad, vetenskaplig kunskap eller är utelämnade åt tillfälliga och subjektiva begär, nycker och infall. Därför vill vi gärna luta oss mot det rationella och helst mot randomiserade kontrollerade studier som grund för vårt handlande på så många

Fortsättning nästa uppslag >>>

områden som möjligt.

Inom den medicinska vetenskapen finns en evidenshierarki mellan olika forskningsmetoder där metastudier, som lägger ihop resultat från många RCT-studier (randomiserade kontrollerade studier), kommer först, därefter enskilda RCT-studier och sedan andra kvantitativa studier.

– Kvalitativa studier finns inte ens med på listan. Det är kanske rimligt inom vissa delar av medicinen, men inte på områden där en komplex verklighet ska undersökas, till exempel omvårdnadskunskap eller existentiella frågor där hela livssituationen spelar roll.

Utöver den teoretiska kunskapen, finns också praktisk kunskap som kan delas upp i två kunskapsformer, *techné* och *fronesis*.

Techné kan kortfattat beskrivas som kunskap om hur vi producerar något. Sådan praktisk kunskap kan i viss utsträckning formuleras och skrivas ned.

– Vi har en stor och växande tillit till den kunskap som bor i text och som går att generalisera och samla i exempelvis manualer. Dessa ligger till grund för kunskapsstyrning och evidensbaserad praktik.

Men det finns också en kroppslig kunskap som är nödvändig för techné, menar Jonna Bornemark. Till exempel sjuksköterskans förmåga och handlag att sätta dropp eller kirurgens tekniska färdigheter vid en operation. Även om det finns manualer för hur man gör, krävs träning för att bli skickligt kompetent.

Den mest bortglömda

Den kanske mest bortglömda av Aristoteles kunskapsformer är *fronesis*, menar Jonna Bornemark.

Begreppet kan översättas till omdöme med fokus på "här och nu", en slags situationskunskap som handlar om hur man gör eller agerar i en specifik situation. Det handlar om timing och om att veta hur och vad som är viktigt att göra när.

– Ett gott omdöme består aldrig i att endast veta teoretiskt hur man ska göra i en viss situation, utan att också verkligen göra det, om inte handlingen finns med är det inte gott omdöme. En



Jag hoppas att pendeln kommer att svänga så att vi i konkreta och kritiska situationer förstår värdet av att använda alla våra förmågor och kunskaper. Omdömeskunskap är ofta erfarenheter som sitter i kroppen och som lagrats genom åren, menar Jonna Bornemark.
Foto: Johan Persson

erfaren undersköterska, sjuksköterska eller läkare som jobbar nära patienter kan upptäcka det som inte står i manualer eller syns i mätvärden och på apparaturer.

Den fronetiska kunskapen får inte den plats den förtjänar i dagens hälso- och sjukvård, menar Jonna Bornemark.

– Kanske för att den förknippas med subjektivitet som ett godtyckligt tyckande. Men det är en viktig kunskapsform. Jag hoppas att pendeln kommer att svänga så att vi i konkreta och kritiska situationer förstår värdet av att använda alla våra förmågor och kunskaper. Omdömeskunskap är ofta erfarenheter som sitter i kroppen och som lagrats genom åren.

Det är viktigt att understryka, menar Jonna Bornemark, att omdömesförmågan både har en individuell och kollektiv aspekt (professionell kunskap som man utvecklar tillsammans.)

– Omdömesförmågan odlas inte främst genom konkurrens, utan genom samarbeten och utbyten. Och det är helt centralt att kunna och våga visa att man inte vet, att man är osäker och kanske rent av har handlat fel, och då kan man inte ständigt gå omkring och vara rädd och känna sig bedömd.

Det finns några viktiga komponenter som omdömet utgår ifrån, som erfarenhet, icke-vetande, sinnesperception och känslor. Ofta vill man i vården separera känslor från professionellt arbete, men det är djupt olyckligt. Utan känslor blir vi dummare, menar Jonna Bornemark.

– Vi har en tradition där vi gärna vill göra oss av med känslor och i stället odla en slags "ren" rationalitet. Men oavsett, känslorna finns alltid där, det gäller att ha ett professionellt förhållningssätt till dem, att se och acceptera dem och att kunna reglera dem. Vi blir över lag mer balanserade och kloka, och vi förstår världen och situationer mycket bättre om vi tar med dem och undersöker vilken kunskap de innehåller. Känslor är inte en motsats till kunskapsproduktion, utan är intimt förknippad med den.

I den pågående digitaliseringen och framväxten av artificiell intelligens, behövs känslor mer än någonsin, menar Jonna Bornemark.

AI klarar inte att ta ut nya mål i kriser

– Ingen vill helt förlita sig på AI, den missar viktiga saker och har bara vissa förmågor. Vi måste bli bättre på att ta tillvara det som AI inte har, nämligen känslor, värderingar och förmågan att kunna ändra viktiga mål längs vägen. AI är bra på att ta in och aggregera stora mängder data och göra det som är planerat. Men AI kan inte ändra sina grundläggande mål. Under exempelvis en kris träder nya värden fram och för att ta ut en ny riktning behöver människan komplettera AI med sin omdömeskunskap och sina reflekterade känslor.

Det behöver finnas professionella kollektiva rum där olika kunskaper och kompetenser kan mötas och där hänsyn till skilda faktorer tas och olika svåra avvägningar måste göras.

– Frågan som alla organisationer bör ställa sig är hur vi kan skapa en kompletterande infrastruktur för att odla, stärka och utveckla det professionella omdömet. Och hur ska politiker skapa förutsättningar för att det professionella omdömet ska få möjlighet att utvecklas? Det borde vara viktiga frågor att diskutera inför valet, säger Jonna Bornemark.

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), Förebyggande 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 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.

Europeiska läkare möter samma utmaningar

Det finns ett uppdämt behov att diskutera många av de problem som läkare möter i sin vardag. Att det dessutom ofta är samma dilemman stod klart när överläkare från hela Europa nyligen träffades för att diskutera hälso- och sjukvård. Från Sverige deltog Elin Karlsson och Karin Båtelson.

▼ Kliniskt ledarskap, pandemin, brist på läkare, taskshifting, arbetsmiljö med etisk stress och burn-out var självklara och gemensamma frågor när läkare från hela Europa träffades i det sammanslagna årsmötet för "European Association of Senior Hospital Physicians" (AEMH) och "European Federation of Salaried Doctors" (Fems) i Österrike i maj.

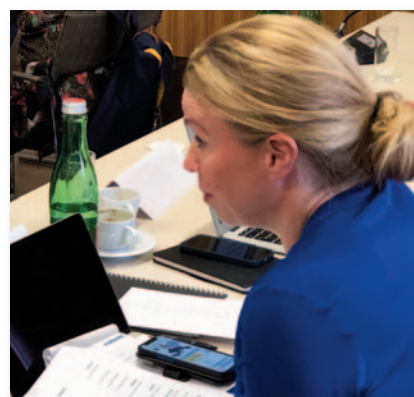
Elin Karlsson representerade Sverige och Karin Båtelson sitter som enda kvinna i AEMH:s styrelse. Representationen på mötet var mer jämställd än vid tidigare årsmöten.

I alla deltagande länder ser man en minskad andel av chefer som är läkare och AEMH har därför, tillsammans med organisationen för Europas specialitetsföreningar (UEMS), ett par universitet och andra medicinska organisationer, tagit initiativ till och skapat en akademi "The European Clinical Leadership" (EACL).

Syftet är att certifiera läkare som har visad kompetens och erfarenhet som kliniker, chefer och ledare. De tilldelas även ett fellowship som ett led i att lyfta betydelsen av att medicinsk kompetens i sjukhusledning på alla nivåer. (Läs mer på akademins



Karin Båtelson, sitter med i AEMH:s presidium.



Elin Karlsson, representerade Sverige under AEMH:s årsmöte.

webbsida <https://aemh-eacl.org/> "Womanizing" av läkarkåren framhölls som ett problem av en delegat. Uttalandet väckte förståelse och livliga diskussioner och protester. En informell arbetsgrupp bildades om

framtidens överläkare, som snarare tar sikte på "nästa generations läkare".

Mötet diskuterade även de etiska dilemman som läkare ställs inför både på ett individuellt och samhälleligt plan när resurserna tryter, exempelvis i samband med pandemier, krig och naturkatastrofer. AEMH skapade därför en arbetsgrupp, som Elin Karlsson kommer att ingå i. Gruppen kommer specifikt att ta upp de etiska problem som sjukhusläkare möter.

Elin Karlsson tog också initiativ till ett gemensamt upprop mot den planerade avrättningen av läkaren och forskaren Ahmadreza Djalalis i Iran, vilket samtliga delegater och deltagande organisationer ställde sig bakom.

Emma Wange

Nordiska läkare ense

Nya sjukhus behöver planeras bättre

För första gången på tre år kunde läkare från Danmark, Norge, Finland och Sverige träffas fysiskt och diskutera hälso- och sjukvården i respektive land när föreningen NordÖl hade möte.

▼ NordÖl samlar överläkare från Danmark, Norge, Finland och Sverige. Värdskapet växlar mellan de olika länderna och i år var det Sveriges tur. Sjukhusläkarna representerades denna gång av Elin Karlsson, Bengt von Zur-Mühlen, Shokoufeh Manouchehr och Karin Båtelson, samt från kansliet Wendela Zetterberg och Emma Wange.

Hälso- och sjukvården är organiserad på olika sätt i länderna. I Norge och Danmark har staten tagit över stora delar av ansvaret för sjukvården medan kommunerna ansvarar för att ordna och finansiera hälso- och sjukvården i Finland. Det finns därför uppenbara skillnader mellan sjukvårdssystemen, men också flera likheter – inte minst läkarnas syn på vilka utmaningar man har. Det handlar bland annat om hur stort inflytande politiker ska ha över vården, om hur kompetensförsörjningen ska säkras, om de problem som uppstår när nya journalsystem ska införas, om behovet av fortbildning, ledarskapsfrågor och hur framtidens sjukhus ska utformas.

Under mötet diskuterades särskilt hur framtidens sjukhus bör dimensioneras och utformas. I alla länderna finns det många äldre sjukhus som inte längre svarar mot



På NordÖl deltog från vänster till höger Elin Karlsson, Susanne Wammen, Shokoufeh Manouchehr-pour, Wendela Zetterberg, Karin Båtelson, Jari Hartman, Klaus Klausen, Solveig Nergård, Kristina Golan, Edith Stenberg, Bengt von Zur-Mühlen, Emma Wange, Mathis Heibert och Lars Strunge.

dagens och morgondagens behov.

Enbart i Sverige investeras 100 miljarder kronor i beslutade och pågående sjukhusbyggen. Trots det konstaterades det nyligen i en statlig utredning att kunskapsöverföringen mellan regionerna är svag eller obefintlig och att sjukhusbyggena präglas av det som kallas megaprojektens järnlag "Over time, over budget, over and over again".

Deltagarna på NordÖl konstaterade att nya sjukhusprojekt i de nordiska länderna ofta är underfinansierade vilket leder till att byggena minskar i storlek under planeringsfasen. Nya sjukhus är därför underdimensionerade från början med otillräckligt antal vårdplatser. Dessutom saknas ofta andra viktiga utrymmen som arbetsplatser för

läkare, jourrum, och tillräckliga utrymmen för behandling, fortbildning och forskning.

Läkare och annan sjukvårdspersonal fackförbund bör därför tidigt involveras i planeringsprocessen när nya sjukhus ska byggas. De nya sjukhusen bör planeras på ett sätt så att inte bara dagens utan även framtidens vårdbehov kan mötas. De bör dessutom byggas där det finns god infrastruktur så att det blir lätt att ta sig till sjukhusen. För patienter som behöver resa till sjukhuset bör det finnas patienthotell.

Under NordÖl framhöll även den svenska delegationen genom Karin Båtelson vikten av klimatet och dess påverkan på hälsan.

Emma Wange

Aktuell facklig profil

Karin Filipsson

"Att vara läkare är det bästa jobbet i hela världen"



Text: Emma Wange

1 Vem är du?

▼ Jag är överläkare i endokrinologi på Lunds universitetssjukhus och disputerad preklinisk forskare. Jag skrev min avhandling [reds. anm. "Regulation of Islet Function by the Neuropeptide PACAP"] under ett studieuppehåll i läkarlinjen. Mellan examen och AT-tjänstgöringen flyttade jag till London i ett år för ett postdoc-projekt där jag undersökte hur hypothalamus reglerar aptiten på råttor. Med till London flyttade även min föräldralediga man och våra barn.

Min prekliniska forskning handlade om regleringen av insulinsekretion, och i dag arbetar jag främst med diabetespatienter. Bakgrunden med preklinisk forskning av molekyler kommer även väl till pass i omhändertagande av patienter med ovanliga ärftliga rubbningar, mitt andra fokusområde som endokrinolog.

Jag är gift och har tre, numera flyttfärdiga, barn.

2 Varför engagerar du dig i Sjukhusläkarna?

▼ Jag har alltid varit en person som velat påverka situationer och göra något åt orättvisor. Med andra ord har jag aldrig varit rädd för att säga vad jag tycker. Det kan vara en

anledning till att njurläkaren Naomi Clyne rekryterade mig till styrelsen för Sjukhusläkarnas lokalavdelning i Lund, som jag är ordförande för i dag. Jag sitter även i styrelsen för Mellersta Skånes läkarförening och är nybliven ledamot i Sjukhusläkarnas styrelse.

Men mitt fackliga engagemang inleddes tidigare än så – även om jag har haft ett 20 år långt uppehåll. Som doktorand satt jag med i Medicinska doktorandrådet. Det liknade arbetet i Sjukhusläkarna med det studentfackliga arbetet som representerar gentemot fakulteten och universitetet. När jag var student skapades även doktorandkåren – en kår för alla doktorander på universitetet som jag var vice ordförande för.

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

▼ Det är det bästa jobbet i hela världen. Att få träffa människor, få göra skillnad och att aldrig behöva fundera över om jobbet man gör bidrar till mänskligheten eller inte. Det är självklart att det gör det. Samtidigt kan det ibland vara utmanande att arbeta i en verksamhet som styrs mot andra mål än dem man själv har och brister i arbetsmiljön bidrar till att försvåra yrkesverksamheten.

4 Vad skulle du göra om du var regionstyrelsens ordförande?

▼ Haha, min gamla chef sa en gång: Karin du passar i opposition. Men om jag var den som bestämde skulle jag stärka läkarnas roll i vården igen. Alla läkare är inte bra chefer. Men man bör fundera på vilka prioriteringar de läkare som man inte gillat som chefer haft – om de ändå inte satt patienternas bästa i främsta rummet? Prioriterar man det som är bra för patienterna mår ofta medarbetarna också bra. Finns det exempelvis tillräckligt med vårdplatser löser man även många andra problem och skapar en bättre arbetsmiljö.

Så fler vårdplatser och mer medicinskt inriktat ledarskap. Dessutom skulle jag arbeta för färre klick för doktorer. Läkare får gärna syssla med schemaläggning, men andra administrativa uppgifter behöver tas bort. Inför exempelvis fler stödfunktioner så att läkare – och sjuksköterskor – får ägna mer tid åt sina patienter.

5 Har du en oanad talang?

▼ Jag är bra på att baka tårter.

Amarin är här!

Med ett helt nytt perspektiv på kardiovaskulär risk.

Trots optimal standardbehandling riskerar kardiovaskulära högriskpatienter fortfarande att råka ut för en ny stroke, hjärtinfarkt eller annan allvarlig hjärt-kärlhändelse.¹

Amarin är ett ledande globalt företag inom kardiovaskulär vård. Nu finns vi i Sverige och Norden.

Vår forskning kan bidra till att patienter över hela världen löper mindre risk att drabbas. Istället för att ensidigt fokusera på LDL fokuserar vi på det som räknas i slutändan: att minska den kvarvarande kardiovaskulära risken.¹

Vad mer kan du göra för att minska den kardiovaskulära risken? Läs mer på amarincorp.se.

Ref: 1. Ganda OP, Bhatt DL, Mason RP, Miller M, Boden WE. Unmet need for adjunctive dyslipidemia therapy in hypertriglyceridemia management. J Am Coll Cardiol. 2018;72(3):330-343.

© 2022 Amarin Pharmaceuticals Ireland Limited.

AMARIN



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

SE-REP-0122-00001 jan 2022. ©2020 Amgen Inc. All rights reserved.

