



**Eva leder
forum för
etiska frågor**

Elin Karlsson:
*Rusa inte in
i snabba åtgärder*



**Musik för
hälsan**



Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARNA • NR 4/2022

EN DAG PÅ SÖS



- **Ständig jakt på vårdplatser**
- **Kritiken mot SKR • SKR:s svar**

VAD SKULLE DU SKRIVA UT TILL DIG SJÄLV?

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

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

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

Referens: 1. Produktresumé för Eliquis®



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

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

I DETTA NUMMER:

TEMA | VÅRDPLATSBRISTEN



- Strypta resurser trots miljardöverskott.....24
- **David Nathanson & Johan Herlin Ejerhed** sågar SKR:s rapport26-27
- **Emma Spak**, SKR, om kritiserade rapporten.....28-30
- Krönika | **Lars Sandman**31



ÖVRIGT

- Ledaren | **Elin Karlsson**4-5
- Krönika | **Stella Cizinsky**6-7
- Forum där etiska frågeställningar lyfts32-33
- Alarmerade siffror i arbetsmiljöenkät34-35
- Pilotprojektet **"Musik i vårdens väntrum"**36-37
- Neurokirurger i internationellt samarbete38-39
- Föreningsnytt från Sjukhusläkarna40-42

Kontakt redaktionen

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



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



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



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



Vårdens kostym är för trång

Sjukvården har med rätta varit en av de hetaste frågorna inför valet, i alla fall om du frågar befolkningen. På den politiska arenan har den dock inte fått samma utrymme. Detta trots att vi är i en unik situation med ett val i kölvattnet av en pandemi och med krig i vårt närområde. Då borde en fungerande sjukvård ligga högt på den politiska agendan.

Vi gick in i pandemin 2020 med urusla förutsättningar, då vi låg i botten inom OECD vad gäller såväl IVA- som vårdplatser. Det tydliga medicinska ledarskapet som på många håll fick råda, och personalens enorma slit, minskade dock skadeeffekterna av pandemin. Lovord har kommit från politiskt håll, men det har stannat där. Regionerna och SKR har misslyckats med sitt uppdrag att tillvarata de positiva förändringar vi har sett i sjukvården under pandemin, och man har inte lyssnat på professionen i tillräcklig utsträckning.

Vårdplatsbristen och dess konsekvenser är ett av de absolut största problemen för patienter och personal. Behovet av vårdplatser har visserligen minskat genom ett förbättrat arbetssätt och utveckling, men vi har sedan länge passerat gränsen för ett ändamålsenligt antal platser. Siverskogs avhandling på tema vårdplatser från 2022, Linköpings universitet, visar att en person dör i förtid när tre vårdplatser försvinner. Detta kan ni läsa mer om i Lars Sandmans krönika.

Naivitet och friserad statistik

Regeringen, Inspektionen för vård och omsorg (Ivo), och vi som arbetar inom vården delar numera samma verklighetsbeskrivning: vården har en för trång kostym. Regionerna har uppenbart misslyckats med att förse befolkningen med en god vård med acceptabla väntetider, och SKR har misslyckats i sin roll som samarbetsorgan regionerna emellan. Inte heller har de lyssnat på de

lösningar på sjukvårdens problem som vi i professionen framfört. Man visar upp en naivitet, med friserad statistik från SKR där de faktiska väntetiderna inte visas, utan endast om vårdgarantin hålls eller ej. Dessutom verkar man ha en övertro på att lösningen på vårdplatsbristen är digitalisering och att ta vara på primärvårdens möjligheter.

Det är ett huvudlöst resonemang sett till dagens situation. Inom vården arbetar vi fortfarande med usla it-system: våra journaler är i praktiken digitala osammanhängande pappersjournaler. De är en av våra största tidstjuvar och arbetsmiljöproblem.

Inte heller har regionerna lyckats skapa en arbetsmiljö och personalpolitik som gör primärvården till en attraktiv arbetsplats. Att tro att en korrekt dimensionerad primärvård skulle leda till ett minskat behov av vårdplatser är önsketänkande. Lyckas man är det troliga att man kommer hitta fler patienter med åkommor som behöver den specialiserade vårdens resurser – självklart bra för befolkningen om dessa hittas i tid, men då måste vi ha resurser att ge den vård som krävs.

Vi behöver tillit

Att vända skutan och skapa fler vårdplatser kommer ta tid. Man behöver skapa en arbetsmiljö där såväl läkare som övrig personal orkar vara kvar. Och vi behöver få känna tillit. När då SKR bagatelliserar problematiken – och vi inte delar samma verklighetsbild – är det svårt att se hur vi ska kunna arbeta tillsammans för en adekvat dimensionerad vård. SKR medger visserligen att utlokaliseringar och överbeläggningar ökat de senaste åren, på grund av brist på tillgång till personal med rätt kompetens. Men arbetsgivarorganisationen SKR nämner inte med ett enda ord vilka orsakerna till personalbristen är eller hur man ska kunna locka tillbaka de tiotusentals som slutat eller överväger att sluta. Den nonchalansen

riskerar att leda till att allt fler tappar hoppet om ansvarstagande och förbättringar från regionerna. Man riskerar att ännu fler slutar. Slutar en sjukhusläkare är det år av kompetens som försvinner, vi är inte utbytbara pinnar i statistiken.

Vi är tacksamma för att Emma Spak, nu när hon är på väg att lämna SKR, nyanserat bilden och erkänner vårdplatsbristen som ett stort problem. Jag hoppas dock att den medvetenheten stannar i organisationen – det är ett enormt trovärdighetsproblem för SKR om man endast kan tala klarspråk när man lämnar.



I skrivande stund är resultatet från valet inte färdigt vare sig på nationell eller regional nivå. Men det som är klart är att vi kommer ha en regering med mycket knapp majoritet, och stora behov av förhandlingar över blockgränser.

Vad gäller sjukvården krävs politisk handlingskraft såväl på nationell som regional nivå. Sjukvården får inte bli ett slagträ i den politiska debatten. Våra patienter och vi som arbetar i sjukvården förtjänar bättre.

Vi vill att partierna nationellt ställer gemensamma krav på att regionerna tar sitt ansvar för sjukvården och uppfyller sitt lagstiftade uppdrag att bedriva patientsäker hälso- och sjukvård i tid. Och låt oss arbeta i enlighet med vår yrkesetik – att ge vård efter medicinska behov, oavsett pappersstatus eller betalningsförmåga.

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

Vi vet sedan tidigare att kortsiktiga ekonomiska stimulansmedel inte bidrar till de grundläggande strukturella förändringar som behövs. I stället

ger de upphov till förvanskande av det statistiska underlaget. En patient bakom ett draperi på akuten är fortfarande kvar på akuten – trots att den officiella statistiken visar att den befinner sig på en vårdavdelning. För att minska antalet utlokaliserade patienter har på många håll den enklaste vägen att nå resultat på pappret valts – att utvidga antalet avdelningar som är ”rätt” för patienten, oavsett vilken kompetens eller utrustning som finns kring vårdplatserna. En patient som vill stå kvar i kön till sitt sjukhus – trots långa väntetider – har inte fransagt sig vårdgarantin, men hamnar i dag ändå ofta i gruppen patientvald väntan och vips är man ett steg närmare att hålla vårdgarantin.

Se över tandlös lagstiftning

Vi vill ha en reglerad fortbildning – fortbildning får inte vara något man sparar på när resurserna tryter. Fortbildning är ingen lyx för den enskilde – det är patienternas rättighet. Vi behöver vara uppdaterade på nya behandlingsmetoder och aktuella studier. När fortbildningen minskar drabbas även forskningen och utvecklingen, och

vår möjlighet att vara ledande inom life-science.

Vi vill också att man ser över dagens tandlösa lagstiftning, Hälso- och sjukvårdslagen och Patientlagen som ingen region följer och inte heller får represalier av att strunta i. Vi vill se en ny lagstiftning där patientens behov sätts i fokus – oavsett var patienten bor och vilka regiongränser som försöker stänga patienten inne, en patienträttighetslagstiftning.

Det behövs ett tydligt medicinskt ledarskap med mandat för uppgiften. Sjukhusläkarna vill inte ha valöverenskommelser som ser bra ut på pappret, men väger tunt för patienterna i vår kliniska vardag. Vi vill inte ha fler kortsiktiga stimulansbidrag.



Elin Karlsson
Ordförande i Sjukhusläkarna

Sjukhusläkarna kräver att regering och regionerna säkerställer:

- ▼ En adekvat dimensionering av vård- och lva-platser.
- ▼ Att patientens behov sätts i fokus, genom införande av en patienträttighetslag.
- ▼ En total transparens kring väntetider.
- ▼ En nationell väntelista och samarbete över regiongränserna.
- ▼ En professionsstyrd vård präglad av tillit. Vi ska leverera en god vård och samtidigt ta

- ansvar för att våra resurser och skattemedel används på bästa sätt. Det kan vi inom professionen, det har vi bevisat under pandemin.
- ▼ En arbetsmiljö som får personalen att stanna.
- ▼ Ett stopp för kortsiktiga ekonomiska stimulansmedel.
- ▼ Att regionerna tvingas ta ansvar för sjukvården
- ▼ En reglerad fortbildning, det är patienternas rättighet i en kunskapsintensiv bransch.

Motsägelsefulla betraktelser om sommaren

När jag skriver detta är det några få dagar kvar till valet. Åter en sommar läggs till listan över ”värre än någonsin”. Det verkar dessutom vara sant. I år har vi sett fler extrema och allmänt dysfunktionella lösningar. Patienter skickas mellan regioner, höga extraersättnings har krävts för att få folk att jobba – och trots det har vi haft fler stängda vårdplatser och ett sorgligt antal svårt sjuka äldre som ligger i dygn på akutmottagningarna.

Vi som jobbar inom den sjukvård som måste fungera 24/7/365 ser rubriker där sjukvårdens medarbetare från alla professioner, alla åldrar och alla möjliga verksamheter uttalar sig om stressen – inte minst den etiska – och hur man tvingas till övertid och dålig bemanning. Alla tycks vara helt överens om att nu får det räcka. Fackliga företrädare och ledningar uttrycker rädsla för att fler skall sluta inom den offentliga sjukvården. Nationella och regionala politiker har med darr på rösten berättat om hur usel sjukvården har blivit – och att orsaken givetvis står att finna i att andra partier har fått göra en massa dumheter. Det enda vi behöver göra är att rösta på rätt parti, så skall nog allt fixa sig bums och till glädje och båtad för alla. Diskvalificeringen av tidigare styrning kommer också med en detaljerad beskrivning av vad den framtida makten skall göra och hur många nya miljarder som skall skjutas till. Ofta är det diffusa förslag i samma härad som tidigare. Mycket

handlar om mätning, kontroll, utredningar, rapporter eller andra förslag som saknar väsentlig förbindelse med jorden eller en beskrivning på vilket sätt som dessa åtgärder leder till fler personer i den direkta vården.

Det är ett överhettat debattklimat med överord, polarisering och intellektuell torftighet. I en samtid som hävdar att alla har rätt till ”Den Egna Sanningen”, så är det påfallande lite nyansering i diskussionen och mångfaldsbegreppet tycks inte räcka till för även tanken och ordet. Så jag tar väl risken att hamna i det mediala drevets enfald när jag påstår att sommaren är min bästa tid.

Det låter förstås galet – självdestruktivt, naivt eller bara provokativt. Bevisligen borde det vara omöjligt att jobba sommartid. Under alla sommarveckorna är minst en tredjedel på semester – vissa veckor ännu fler. En hel del föräldraledighet tas ut. En ny covid-våg har medfört fler sjukskrivna än förra sommaren.

Sjukvårdens metamorfos

Sen har vi alla som kan ta ledigt när de vill, eftersom deras arbetsuppgifter kan vänta tills de är åter.

De senare har gått på välbehövlig semester, oftast under den tid när bemanningen i kärnverksamheten är som sämst. Man kan bara beklaga dem. Genom att de tar ledigt, så får de inte se den metamorfos som sjukvården genomgår under sommaren. Man jobbar med sjuka människor, man löser problemen så gott

det går, oftast i en anda av samarbete och flexibilitet. Man ringer varandra istället för att skicka remisser. Konsulter hanteras snabbt. Röntgenkolleger föreslår alternativa metoder för utredning, i avsikt att skynda på diagnosen istället för att pressa in förloppet i standardisering. De utlokaliserade patienterna försöker vi handlägga tillsammans, så att kolleger som tvingas springa runt på flera avdelningar kan få lösa sin uppgift smidigt och snabbt. Sjuksköterskor och läkare hjälps åt, det händer också att vi gör varandras uppgifter utan så mycket formalia.

Ibland bråkar vi. Men det är bråk som handlar om patienter och patientnytta. Nästan aldrig om de egna fördelarna och reviren. Och vi blir sams, och dagen efter är vi vänner på rond, i fikarummet och i matsalen. Och snabbt infinner sig en annan kollegialitet, den som bygger på att man vill göra ett bra jobb.

Även på ett större sjukhus så ökar mänskligheten och relationer skapas i stunden. Man ser när någon är trött, stannar upp och säger några ord, ser varandra i ansiktet, lägger en hand på den andres arm. När ett tragiskt utfall inte har kunnat undvikas, så har vi tårar i ögonen tillsammans, säger inte så mycket men förstår ordlöst vad arbetet handlar om. Det räcker som tröst. När man befinner sig i samma situation så behöver man inte mer för att förstå att den andre har sett samma sak och att vi delar samma känsla och samma utsatthet som människor.

Sommartid har vi många yngre kolleger med oss. Underläkarna på avdel-

ningen är inte sällan läkarstudenter. De kommer med förväntan och rädsla. De försöker göra allt på det sätt som de har lärt sig, och märker att det inte alltid går. Vi äldre tar hand om dem. Trots att vi inte är så många, så har vi inte så många andra uppgifter och kan koncentrera oss på att få utredning och behandling genomförd på ett rationellt och rimligt sätt. Vi är nära varandra. Specialisterna stannar kvar, berättar om andra liknande fall, undervisar bedside, förklarar varför vi inte alltid gör som algoritmen bestämt åt oss. Underläkarnas utveckling är snabb och glädjande. På slutet av placeringen kommer de till mitt rum, tackar och ger mig en kram. En del bakar kakor och tårtor till alla på avdelningen.

Dags för nya rutiner

Plötsligt är sommaren slut. Skolorna börjar, morgonen är kall och klar. Mailboxen fylls i en rasande fart. Min arbetstid utökas med 4-5 timmars daglig administration. Det är panik på många ställen. Nya ekonomiska rutiner kräver en blankett (i papper, man måste skriva ut den från intranätet) för varje faktura inom FoU och där måste man skriva ansvarsenhet, momsuttag och annat som plötsligt blir absolut nödvändigt för att kunna använda de egna forskningsmedlen på det sätt de är avsedda att användas. Ett avtal som handlar om GDPR har försvunnit i den digitala hoarding – man tror att det är diariefört men vet inte var. Ett annat avtal har blivit ligande för lång tid inom högre ledning, och vi får påpekande från företaget att

de inte kommer att leverera nödvändig utrustning eftersom byråkratin inte är på plats. Utbildningsansvariga bjuder in till möten – innan mötet är det bra om vi läser igenom en mängd papper om förändringarna i regelverket.

Varje mail besvaras av alla som fått det (och det är många) med att artigt hoppas att alla haft en fin semester – för att sedan bekräfta att man sett mailet men att det är någon annan som skall ta hand om det. Mailen skickas vidare, det gäller att inte bli kvar med själva arbetsuppgiften. Den nya termen agilitet verkar bland annat innebära att man skall vara synlig på mailen, men kanske inte göra så mycket konkret.

En särskild uppgift handlar om att cheferna skall redovisa hur sommaren har varit. Det är en enkät med ett antal standardfrågor. Den skall sedan sammanställas och presenteras som grafer och tabeller. Därefter skall man träffas och diskutera hur man skall undvika samma situation nästa sommar. Det är en fin tradition som upprepas varje sensommar och som sedan pågår som återkommande punkt vid möten tills det är dags att börja planera problemen med bemanning inför jul och nyår.

Arbete i sjukvård är och har alltid varit djupt meningsfullt. Det är samtidens organisation och ledning som inte är meningsfull.

Om man driver destruktiv byråkrati och juridifiering så påverkas kärnverksamheten och dess medarbetare. Då räcker inte alla skattepengar i världen för att lappa och laga. Etisk stress kostar – emotionellt, intellektuellt och ekonomiskt. Denna stress och demotivering är störst för läkargruppen som tvingas fatta svåra beslut – ofta orsakade av en dålig verksamhet. Vi som väljer att jobba kvar som chefer har olika incitament, men de flesta av oss vill gärna minska de skadliga effekterna av byråkratin. Ibland lyckas vi, åtminstone delvis och under en kortare tid. Ibland är det bara sommar.

Stella Cizinsky



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.

EN DAG PÅ SÖS

"Påståendet att det inte finns givna samband mellan antalet vårdplatser och beläggningsgrad är löjeväckande"

Text: Eva Nordin Foto: Meli Petersson Ellafi

I början av augusti följde Sjukhusläkaren med Märit Halmin och hennes kollegor under ett arbetspass på Södersjukhuset. Även om intensivvården hade några ovanligt lugna dagar på grund av nedstängda vårdplatser och färre patienter än vanligt, var det fullt kaos på akuten. Där hade 24 patienter tvingats vänta över natten och tidigt på morgonen var jakten på vårdplatser i full gång.

På avdelningen MIVA/HIA vårdas patienter med hjärtstopp, hjärtinfarkt, allvarliga arytmier, sepsis, allvarliga infektioner, förgiftningar, njur- och leversvikt.

"Ingen människa som satt sin fot på Södersjukhuset kan hävda något annat än att vårdplatserna är för få i förhållande till det aktuella behovet", säger Märit Halmin.



"Vi tvingas till hårda prioriteringar och att jobba med logistiska pussel som leder till besvärliga kedjereaktioner."

▼ Klockan är strax efter sju på morgonen när Märit Halmin rullar in på sin cykel till Södersjukhuset. Hon skyndar sig till omklädningsrummet och har några minuter på sig innan morgonmötet startar klockan 07.30.

Just den här dagen har Märit, biträdande överläkare och specialist i anestesioch intensivvård, en samordnande roll på avdelningen MIVA/HIA. Det är en medicinsk intensivvårdsavdelning och hjärtintensivvårdsavdelning som sorterar under verksamhetsområde kardiologi på Södersjukhuset. Här vårdas patienter med alla typer av internmedicinska och kardiologiska sjukdomar som kräver intensivvård, exempelvis hjärtstopp, hjärtinfarkt, allvarliga arytmier, sepsis, allvarliga infektioner, förgiftningar, njur- och leversvikt. Här finns också en intermediärvårdsavdelning, allt under samma tak.

Det kommer att bli en varm dag. Inte bara för medarbetarna. Flera patienter som vårdas på Södersjukhusets avdelningar har i flera dagar klagat på värmen, vissa känner nästan panik. Det saknas luftkonditionering och på flerbäddsrumsen kan temperaturen stiga till nära 30 grader under varma sommardagar.

Oanständig väntan

Vi tar en sväng förbi Märits lilla arbetsrum som hon delar med ett gäng kollegor. På väggen vid dörren hänger klumpiga svarta "gasmasker" som personalen tvingades använda under de tyngsta faserna av covid-pandemin. I

många månader arbetade medarbetare dag ut och dag in i 12-timmarpass med skyddsmaskerna. Det går nästan inte att föreställa sig hur det var. Många medarbetare drabbades av yrsel, huvudvärk, eksem, klåda, blåsor, sår, och även allergiska reaktioner.

Klockan är 07.30. Märit ansluter till ett tiotal kollegor som sitter samlade i avdelningens konferensrum för en genomgång av inläggande patienter.

Specialistläkaren Daniel Hjalmarsson håller i genomgången tillsammans med en kollega. På tre stora skärmar projiceras grafisk information och frågor bollar kring den medicinska handläggningen. Just den här dagen har intensivvården på Södersjukhuset en kort andningspaus. Drygt hälften av vårdplatserna för intensivvård och intermediärvård är tillfälligt stängda, eftersom de inte kan bemannas på grund av semestrar. Även om det under några dagar är lite lugnare än vanligt råder annars en kronisk brist på intensivvårdsplatser.

– Det innebär att patienter blir kvar farligt länge på akutmottagningen och vi är tvungna att lägga in patienter på överbeläggningsplatser, säger Magnus Fux, specialist i internmedicin och kardiologi med inriktning på intensivvård.



Magnus Fux

Data från OECD i april 2020 (Intensive care beds capacity) visar att

Sverige före pandemin hade de sämsta förutsättningarna i Västvärlden att klara pandemin, på grund av bristen på intensivvårdsplatser.

Sverige hade i snitt 4,9 intensivvårdsplatser (med ventilator) per 100 000 invånare. "Efter" pandemin 2022 hade siffran sjunkit till 4,6, det vill säga färre platser än före pandemin.

I Region Stockholm är dock tillgången till disponibla vårdplatser ännu lägre: 3,6 IVA-platser, en mycket låg siffra internationellt sett. Även om finansieringssystemen skiljer sig åt mellan länder går det ändå att jämföra de svenska siffrorna med Tyskland som 2021 hade 12,8 IVA-platser. Jämförande siffror för Norge var 8, 5 samt Danmark 7, 8.

– Vi brottas ständigt med stress för att uppnå medicinsk standard kombinerat med etiska stressmoment, eftersom vi vet vad patienter behöver, men vi tvingas till hårda prioriteringar och att jobba med logistiska pussel som leder till besvärliga kedjereaktioner. Detta läggs på toppen av patientarbetet. Det här är inte bara en patientsäkerhetsfråga. Vi tvingas lägga mycket av vår arbetstid på logistik, att jaga vårdplatser och flytta runt patienter. Det kräver stora resurser, säger Magnus Fux.

Svåra prioriteringar

På akuten är läget bekymmersamt.

Redan klockan 22.00 föregående

Fortsättning nästa uppslag >>>



Varje år läggs 1 700 patienter in på MIVA (totalt på MIVA/HIA cirka 4 000 patienter förra året). Bristen på vårdplatser och den höga beläggingsgraden sliter på personalen.

kväll var det fullt på sjukhusets vårdavdelningar; 24 patienter har blivit kvar över natten i väntan på bedömning och vårdplats. Läget beskrivs som katastrofalt. Alla vårdavdelningar måste hjälpa till.

MIVAS medarbetare ställs inför ett dilemma. Bristen på sjuksköterskor är omfattande, flera vårdplatser är stängda. När larmet går måste det med kort varsel finnas tillgängliga vårdplatser för tunga intensivvårdspatienter.

– Vi kämpar hårt för att ha beredskap för IVA- patienter på de få IVA-vårdplatser som finns i Stockholm. Det kan handla om några minuter från att larmet går och ambulansen kommer in med patienter med livshotande tillstånd, då måste det finnas tillgängliga IVA-platser. Därför kan vi inte ha för "lätta" icke-intensivvårdspatienter belagda på våra vårdplatser, säger Magnus Fux.

SKR-rapport upprör

Morgonmötet är slut. Kollegor samlas i lunchrummet för frukost. Stämningen är lättsam. Många är tillbaka från sina

semestrar. En medarbetare berättar om cykelturen från Stockholm till Färö och tillbaka.

En annan visar bilder på kattugglor, en tredje berättar skämtsamt om en grävlingfamilj som siktats på söders gåtor och om gigantiska trutar som tycks ha erövrat staden.

Men snart förbyts skratt till allvar. I juni publicerade SKR rapporten "Fakta om vårdplatser". I rapporten står bland annat att det i dag inte finns några givna samband mellan antal vårdplatser och beläggingsgrad.

Röstläget i fikarummet höjs.

– Påståendet är ju helt obegripligt. Ingen människa som satt sin fot på Södersjukhuset kan hävda något annat än att vårdplatserna är för få i förhållande till det aktuella behovet. Varje morgon väntar upp till 30 patienter som inte kunnat beredas en vårdplats, trots medicinskt behov. En uppmaning till SKR är att sluta tolka siffror på distans och i stället närvara på plats, säger Märit Halmin.

Klockan är 09.00 och vi lämnar

frukostgänget. Märit promenerar i väg för att ronda en patient som kommit in under natten med hjärtflimmer och blodförgiftning från urinvägarna. Blodtrycket är lågt. Njurvårderna kritiska. Märit går fram till patienten, möter kvinnans blick med varma ögon och lägger sin hand på patientens arm, tar sig tid för frågor. Hur kritiskt är det? Kvinnan är medtagen, uppsvullen och har svåra buksmärter. Märit försöker balansera informationen, men visst, läget är allvarligt.

I värsta fall kan det bli fråga om dialys. Patientens ögon blir blanka. Märit säger att de ska göra allt de kan för att försöka minska den risken.

Kan MIVA avlasta akuten?

Strax utanför vådrummet sitter specialistsjuksköterskan Caroline Nordius vid ett skrivbord (se intervju på sidan 21). Hon är nybliven specialist i intensivvård, men har över 11 års erfarenhet av akutsjukvård. Hon har nyligen fått

Fortsättning nästa uppslag >>>

TEMAOMRÅDE

Till dig som jobbar som läkare eller sjuksköterska och är specialiserad inom kardiologi och/eller internmedicin.

Utbildningsmaterial framtaget i samarbete med professor i kardiologi.

RESIDUAL RISK FÖR KARDIOVASKULÄR SJUKDOM – INFLAMMATION & LIPOPROTEINER

PODCAST | ON-DEMAND VIDEO | WEBBINAR

Fördjupa dig på det sätt som passar dig bäst!



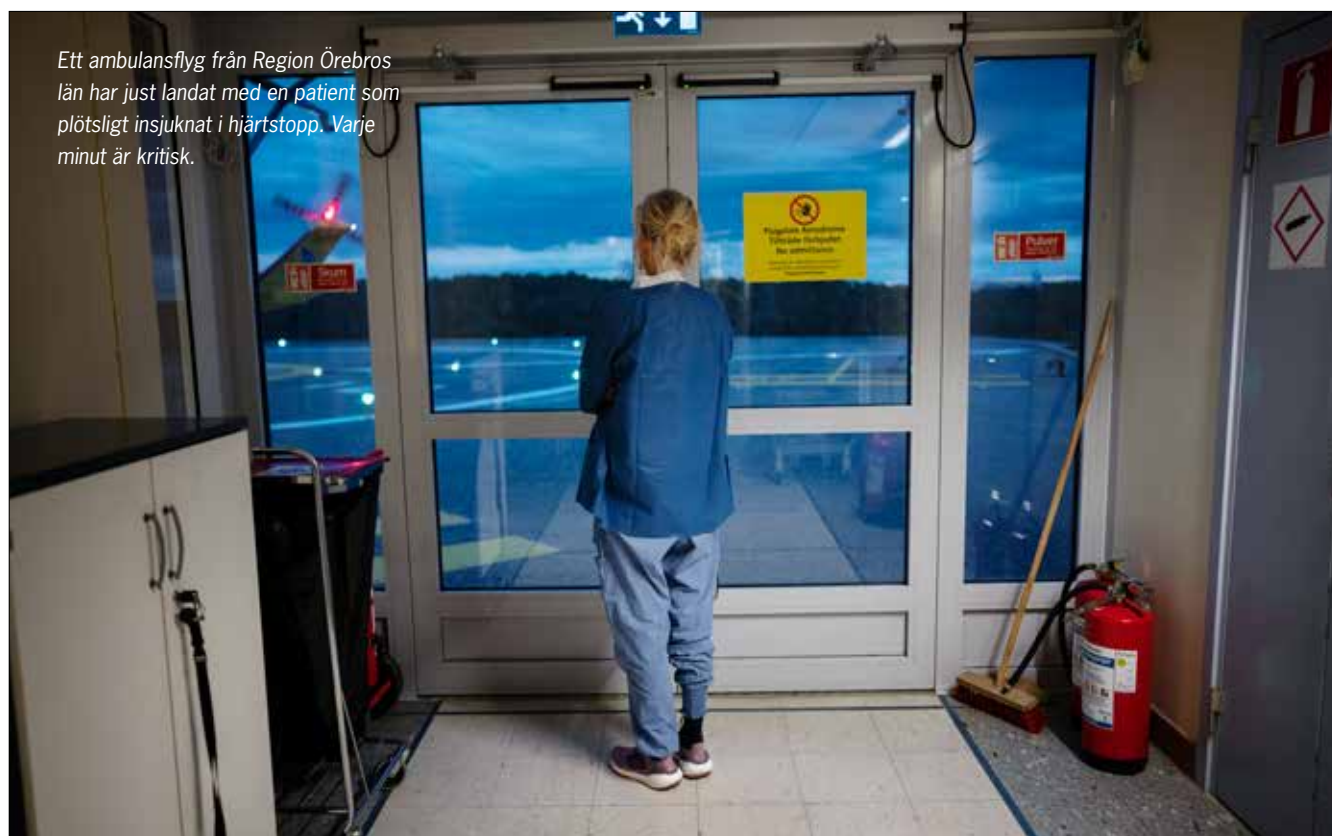
Ta del av det senaste inom prevention av kardiovaskulär sjukdom i höst!

Besök www.medhub.se/residual-risk eller skanna QR-koden.



Nordic CardioCast – allt om hjärtat för ögat och örat

Nordic CardioCast är Novartis utbildningsplattform inom kardiologi. Ta del av ledande nationella och internationella experters kunskaper och insikter i form av podcaster, webinarier och on-demand videos. Nordic CardioCast riktar sig till dig som jobbar som sjuksköterska eller läkare och är specialiserad inom internmedicin och/eller kardiologi. Produktinformation kan förekomma.



Ett ambulansflyg från Region Örebro län har just landat med en patient som plötsligt insjuknat i hjärtstopp. Varje minut är kritisk.



Data från OECD i april 2020 visar att Sverige före pandemin hade de sämsta förutsättningarna i Västvärlden att klara pandemin, på grund av bristen på intensivvårdsplatser. "Efter" pandemin 2022 var antalet platser ännu färre

en kombinationstjänst där hon varvar kliniskt arbete med uppdraget som sjukhusövergripande HLR-koordinator på Södersjukhuset.

– Nu har jag äntligen fått en lönenivå jag är nöjd med. Men jag hade inte lyckats få den här lönen om jag endast arbetat med patienter. Det cyniska är att ju längre bort du arbetar från patienterna, desto högre blir lönen. Det är inte klokt egentligen.

Märit sätter sig bredvid Cecilia och tillsammans diskuterar de patientens tillstånd och vilka åtgärder som behöver vidtas. En konsult i njurmedicin tillkallas.

Plötsligt avbryts samtalet. Vårdenhetschefen Caroline Schelin kommer in. Akuten måste avlastas. Det råder en febril jakt på vårdplatser. Verksamhetsledningen vill att MIVA/HIA lägger in icke intensivvårdskrävande patienter på intensivvårdsplatser. Det innebär att intensivvårdskapaciteten tillfälligt minskar.

Caroline Schelin vänder sig till läkarkollegan Magnus Fux. De sätter sig i ett av korridorernas väntrum, för tillfället

tomt på besökare. Sju kardiologpatienter sitter fast på akuten och behöver snabbt en vårdplats.

– Vi tillhör kardiologkliniken och eftersom vi har lite luft i systemet just i dag skulle vi kunna assistera och plocka upp några av patienterna från akuten. Men det är vanskligt. De platser vi har är hårt åtgångna. För patienterna innebär det säkerhetsrisker att tvingas vänta länge på akuten och sedan hamna på vårdavdelningar som är överbelagda, eller att utlokaliseras till avdelningar där de egentligen inte ska vara, säger Magnus Fux.

Inte hållbart i längden

Varje år läggs 1 700 patienter in på MIVA (totalt på MIVA/HIA cirka 4 000 patienter förra året). Bristen på vårdplatser och den höga belägningsgraden sliter på personalen.

– Det är inte hållbart i längden att ha det så här. En nödvändighet är att utveckla intermediärvården för att skapa större intensivvårdskapacitet för de mest intensivvårdskrävande patienterna.

– Vi har det senaste året haft en mer positiv rekryteringstrend, men vi har fortfarande en hög belägningsgrad på befintliga platser. Min uppfattning är att det totala antalet patienter har ökat över åren och även den vård vi kan ge till våra patienter, säger Caroline Schelin.



Caroline Schelin

Märit får ett telefonsamtal från vårdavdelning 55, en medicinsk akutvårdsavdelning. Vi lämnar MIVA för att ta hissen till våning 5. I korridoren promenerar en förvirrad man med en papperslapp i handen. Behöver du hjälp? undrar Märit. Mannen suckar av lättnad. Han hittar inte på sjukhuset och blir lotsad till rätt avdelning. Han kastar en varm blick på Märit innan han tas om av hennes kollega.

På våning fem ligger en patient med CVK på halsen. Märit går fram till patienten, småpratar lugnt och kikar på katetern som är på väg att lossna. Det

”För patienterna innebär det säkerhetsrisker att tvingas vänta länge på akuten och sedan hamna på vårdavdelningar som är överbelagda.”

krävs några stygn för att få den på plats igen. Det är varmt och kvavt, rummet delas av fyra svårt sjuka patienter, lukten av urin sticker i näsan.

En underläkare på avdelningen tar över från Märit och passar samtidigt på att konsultera henne kring några frågor som rör andra inläggande patienter.

Telefonen i Märits ficka ringer. Konsulten i njurmedicin är på väg till MIVA och vi tar hissen ned igen. Märit hinner titta till en patient som kommit in akut med hjärtstopp några dagar tidigare: ”Du ser piggare ut nu, kanske vill du komma upp och gå lite i dag?”. Mannen ler och tycks bli glad över idén. Märit pratar med omvårdnadspersonalen som tar över.

Lite längre bort i korridoren väntar konsulten i njurmedicin, Krassimir Katzarski. Märit ställer frågor kring patienten

ten som vårdas för blodförgiftning från urinvägarna. I avvaktan på beslut om dialys får Märit rådet att beställa prover och undersökningar för att säkerställa njurstatus. Så snart hon är klar kilar hon vidare för att möta Staffan Sandell. Han är specialist i infektionssjukdomar och konsult i frågor som rör antibiotikaförskrivning.

– Våra patienter svävar i regel mellan liv och död och minsta infektion kan vara dödlig. Vi använder antibiotika med brett spektrum och intensivvården har tyvärr problem med resistent stammar. Den här problematiken blir inte bättre av att det är brist på vårdplatser.

Bor SKR på en annan planet?

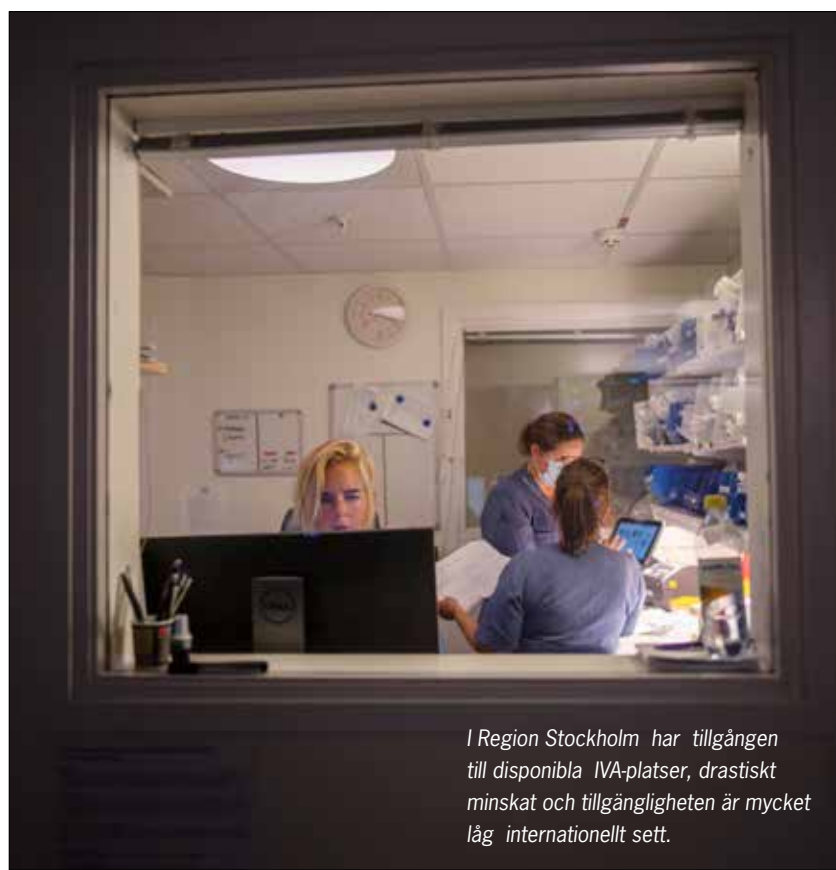
Klockan närmar sig tolv. I lunchrummet fortsätter diskussionen om SKR:s rapport ”Fakta om vårdplatser”.

Magnus Fux avfärdar påståendet om att det inte finns något givet samband mellan antalet vårdplatser och belägningsgrad som världsfrånvänt och vilseledande.

– Hur vågar man ens skriva så. Man undrar ju om SKR bor på en annan planet, det är klart att beläggningen speglar belastningen. Vår belägningsgrad ligger på över 95 procent. Det finns ingen luft i systemet, förutom några enstaka dagar i början av augusti.

– Det är allmänt känt att det fattas vårdplatser och att det råder en brist på sjuksköterskor och omvårdnadspersonal. Det räcker inte att bara konstatera det i en rapport, man måste också aktivt arbeta för att förbättra vårdsituationen, arbetsmiljön och arbetsvillkoren. Här

Fortsättning nästa uppslag >>>



I Region Stockholm har tillgången till disponibla IVA-platser, drastiskt minskat och tillgängligheten är mycket låg internationellt sett.

har SKR och regionerna ett tungt ansvar.

Det är inte bara sjuksköterskor som flyr från sjukhusen. En ny undersökning bland Läkarförbundets medlemmar visar att 6 av 10 läkare överväger att byta arbetsplats, gå ned i arbetstid eller helt lämna läkaryrket på grund av arbetsbelastningen.

Krisberedskap enligt plan C

Efter lunchen går vi över till hjärtavdelningen. Krisplan C har satts i verket. I korridoren möter vi Sara Karlsson, bemanningssjuksköterska som arbetat på hjärtavdelningen i några månader. Hon skakar på huvudet och slår uppgivet ut med händerna (se intervju här intill).

– Det är ett fullständigt kaos. Vi är egentligen en avdelning med fokus på ischemisk hjärtsjukvård. Men för att avlasta akuten har sjukhusledningen tillämpat en krisplan och öppnat stängda vårdplatser för medicinpatienter från akuten. Skälet till att vårdplat-

serna varit stängda är att anställda är på semester. När vårdplatser plötsligt öppnas tvingas vi som arbetar att springa ännu fortare, stressen ökar ytterligare och vi hinner inte med det grundläggande.

Det är inte konstigt att sjuksköterskor flyr akutsjukvården, menar Märিত. Mycket skulle kunna förbättras bara genom att plocka lågt hängande frukter. Genom att öka antalet disponibla vårdplatser, lyfta lönerna och skapa vettiga arbetsscheman för sjuksköterskor skulle arbetsmiljön i ett slag förbättras.

– Den här situationen som vi ser nu startade egentligen för flera år sedan när regionen började skära ned antalet vårdplatser till en nivå som gör att Sverige har minst antal vårdplatser i Europa.

Vi promenerar ned till akuten. Märits kollega Mohammed Said, specialist i internmedicin och ST-läkare i

Fortsättning nästa uppslag >>>

”Det är ett fullständigt kaos”

Sara Karlsson gick i väggen och lämnade sin anställning i Region Stockholm för att arbeta som sjuksköterska för ett bemanningsföretag. Över en natt fick hon ett lönepåslag med 80 procent och dessutom en sammanhängande längre semester. Hade hon inte haft möjligheten att arbeta inom bemanning skulle hon troligtvis sluta som sjuksköterska.

▼ I korridoren på hjärtavdelningen möter vi Sara Karlsson. Hon skakar på huvudet och slår uppgivet ut med händerna.

– Det är ett fullständigt kaos. Vi är en egentligen en avdelning med fokus på ischemisk hjärtsjukvård. Men för att avlasta akuten har sjukhusledningen tillämpat en krisplan och öppnat stängda vårdplatser för medicinpatienter från akuten. Skälet till att vårdplatserna varit stängda är att anställda går på semester och vårdplatser stänger under sommaren. När vårdplatser plötsligt öppnas tvingas vi som arbetar att springa ännu fortare. Konsekvensen blir att stressen ökar ytterligare och vi hinner inte med det grundläggande.

En av patienterna som flyttats upp från akuten kom in föregående kväll med ”ett farligt” högt blodtryck. I över 12 timmar tvingades patienten vänta över natten på akuten innan en läkare beslutade att hen måste förflyttas till en vårdplats för övervakning.

– Det är en stor patientsäkerhetsrisk. Att sitta med ett jättehögt blodtryck i så många timmar utan att bli medicinskt omhändertagen innebär stora risker. Det här är bara ett av många exempel. Att säga att det är ett ansträngt läge på akuten är en grov underdrift. Min upplevelse är att akuten inte hinner med det stora inflödet av patienter. Söker man till Södersjukhusets akutmottagning får man i regel räkna med att övernatta.

Känslor av förtvivlan

Sara menar att den höga beläggningsgraden på i stort samtliga avdelningar medför att patienter ”fastnar” på akuten

Det har blivit allt svårare att frigöra platser. Och det finns såklart en direkt koppling till vårdplatsbristen och personalbristen. När det saknas tillräckligt med vårdplatser blir arbetsmiljön lidande och folk lämnar akutsjukvården. Varför ser man inte detta från SKR:s sida?

Sara beskriver arbetssituationen som ohållbar. Den etiska stressen är påfrestande; känslan av inte räkna till och finnas där för patienternas behov; att hinna borsta deras tänder och prata en stund, hjälpa till med intymhygien och grundläggande omvårdnad.

Det handlar i första hand om att prioritera medicinska behov, resten får göras i mån av tid.

– Det finns ingen luft i systemet. Vi arbetar med människor och vill göra det bästa vi kan. Men jag lever med en ständig stress över att göra fel och att bli anmäld. Jag kommer ofta hem med en känsla av förtvivlan över att inte hinna med. För att klara av jobbet får man stänga av egna behov. Häromdagen hann jag inte äta lunch, det dröjde 15 timmar innan jag kissade, jag var alldeles yr när jag kom hem.

Insåg att det var ohållbart

Överbeläggningar och utlokaliseringar innebär att specialister från olika avdelningar tvingas komma till hjärtavdelningen för att runda ”sina patienter”.

– Det blir väldigt rörigt för alla inblandade. Patienter ligger på avdelningar där de egentligen inte ska vara och får därmed inte det mest optimala omhändertagandet. Men alla gör sitt bästa och hjälps åt för att patienter ska slippa vänta nere på akuten.

Sedan januari 2021 arbetar hon som sjuksköterska för ett externt bemanningsföretag. I några månader har hon arbetat på Södersjukhusets hjärtavdelning och i september löper avtalet ut.

– Kanske blir det en fortsättning, vi får se.

Sara blev legitimerad sjuksköterska 2018 och arbetade därefter på olika sjukhus inom geriatrik och kardiologi. Men efter två år bestämde hon sig för att lämna regionen. Beslutet kom en



Sara Karlsson, leg. sjuksköterska. I dag arbetar hon för ett bemanningsföretag och vill inte tillbaka som anställd i regionen.

lång period av efter intensiva arbetsdagar med för lite återhämtning.

– En dag när jag kom till jobbet på en hjärtavdelning kände jag mig svimfärdig. Jag gick omkring med en hjärtövervakning för att se om det kunde vara något fel på hjärtat. Det var det inte. Trots vila hade jag en puls på över 120. Då insåg jag att det var ohållbart. Lösningen hade kanske varit betablockerare eller sjukskrivning, men inte i längden. Efter en tid ska du tillbaka till samma sjuka arbetsmiljö, med risk för att bli långtids-sjukskriven.

Efter drygt två år började hon som konsultsjuksköterska. Över en natt fick hon ett lönepåslag med 80 procent och dessutom en sammanhängande längre semester. Nu har hon råd att gå ned i arbetstid, för uppdraget som konsultsjuksköterska på storsjukhusen är fortfarande slitsamt.

– Härmdagen fick vi inom loppet av en halvtimme upp fyra patienter från akuten. Platsbristen innebär att vi måste lägga allt annat år sidan för att hinna

göra i ordning platser som just öppnats upp. Man hinner knappt läsa på om patienterna. För att klara beläggningen måste vi också utlokalisera patienter som egentligen tillhör hjärtavdelningen, men som på grund av platsbristen kanske hamnar på onkologen. Det är ett evigt pussel och jagande efter vårdplatser.

Vill inte tillbaka till regionen

Sara skulle i dagsläget inte vilja vara anställd som avdelningssjuksköterska inom regionens akutsjukvård.

– Även om jag kan sakna gemenskapen med kollegor, ingå i ett större arbetsteam och få möjlighet att utbilda mig, är priset för högt. Det är inte värt att riskera hälsan.

Hade hon inte haft möjligheten att arbeta inom bemanning skulle hon troligtvis sluta som sjuksköterska.

Förutom en dålig arbetsmiljö, låga löner och dålig löneutveckling, hade hon svårt att anpassa sig till arbetsschemat som slarvigt kallas ”treskift”; ett blandat schema med dags-, kvälls- och nattjänstgöring.

– Dygnsrytmen rubbas, min kropp orkade helt enkelt inte. Jag fick sömnsvårigheter och kunde ibland vara vaken nära 30 timmar i sträck. Det är svårt att ha familj och som singel var det inte lätt att träffa någon som kunde acceptera att jag jobbade så många kvällar och helger och nätter.

Hon är inte ensam, menar hon. Sara berättar om kollegor som är sjukskrivna, känner ångest inför sitt arbete, lever med ett ständigt stresspåslag och som vill söka sig bort från akutsjukvården.

– SKR har ett jättestort ansvar att lyfta lönefrågan och förbättra arbetsmiljön. Det finns en massa sjuksköterskor därute som slutat i regionen på grund av dålig arbetsmiljö och ohållbara arbetsvillkor. Fokus borde vara på att bli attraktiva arbetsgivare. I stället vill SKR införa begränsningar för bemanningsföretagen och sänka kostnaderna för hyrpersonal. Det kommer inte att förbättra arbetsmiljön inom akutsjukvården, snarare tvärtom. Flykten av sjuksköterskor kommer sannolikt att öka, säger Sara.

kardiologi, är tillfälligt på akuten för att runda kardiologpatienter.

– Det är en sorglig situation. Mest synd är det om patienterna. Vi har sju patienter i behov av en vårdplats. Vår patientkategori är särskilt utsatt eftersom allvarliga komplikationer plötsligt kan inträffa. Det kan röra sig om sekunder innan läget blir livshotande.



Mohammed Said

Väntetiderna på akuten för att få träffa läkare är för många patienter orimligt långa, menar Mohammed. Om bedömningen sedan blir att patienter är så pass sjuka och måste läggas in, är det i regel ytterligare långa väntetider för få en vårdplats.

– Det ska inte behöva vara så här.

Många är äldre och det är inte värdigt. Alla kategorier av vårdpersonal jobbar extremt hårt för att få det att fungera, inte bara personalen på akuten, utan även de som jobbar på avdelningar som behöver ta emot överbeläggningar och bereda plats för de som väntar. Det är ett ständigt pusslande med logistiken.

Sverige har ingen brist på vårdpersonal, men villkoren och arbetsmiljön gör att de söker sig bort från sjukhusen, menar Mohammed.

– Vi skulle behöva fler vårdplatser för att förbättra flöden och minska väntetiderna på akuten. Men det behövs också en ökad bemanning och en lägre omsättning av personal. Villkoren behöver förbättras för att vårdpersonal ska vilja ta anställning på storsjukhusen, och för att de som är kvar ska stanna.

Rekordmånga kvar på akuten

En bit längre bort sitter Sara Kärrsten, specialist i akutsjukvård. Sommaren har varit tuff, mer ansträngande än vanligt, menar hon.

– Vi kan inte säga nej till patienter som kommer till akuten. Ända sedan midsommar har vi som mest haft 40

patienter på morgonen som väntar på en vårdplats. Som lägst har vi haft cirka 12–15 patienter. Det inträffar ofta att patienter väntar över natten, inte sällan 12 till 18 timmar. Det är höga siffror. Konsekvenserna blir att antalet patienter per vårdlag ökar och arbetsbelastningen blir tyngre. Jag upplever att de patienter som kommer in är sjukare än förr och att andelen larm har ökat.

De patienter som väntat längst är de med lägst prioriteringsgrad (gul och grön), menar hon.

– De är sjuka, men bedöms kunna vänta. Orange har högre prioritetsgrad. De kommer inte på larm, men är sjuka och behöver ett snabbt omhändertagande, om än inte omedelbart. Röda patienter som kommer in på larm tas om hand omedelbart.

En stor andel av de som väntat längst kommer på remiss från närakuten eller en vårdcentral, men behöver fortfarande tas om hand och få en bedömning av specialistläkare på akuten.

– Arbetssituationen är tung för många, särskilt då det råder brist på sjuksköterskor. Vi har numera tre vårdplatser om dagen och vi gör allt vi kan för att ta upp patienter till avdelningarna, säger Sara.

I väntan på att hemsjukvården byggs ut och att den nära vården får de förutsättningar och resurser som krävs för att kunna ta hand om patienter från slutenvården, behövs fler vårdplatser, menar Sara.

– Vi har en brist på vårdplatser, även när det inte är sommar. De reformer man pratat om är ju inte fullt ut implementerade. Det är en lång väg kvar att gå. För att minska antalet vårdplatser på sjukhus måste man satsa på öppenvården och kanske på subakuta specialistmottagningar. Men vi är ju inte där.



Sara Kärrsten

När det är som mest pressat på akuten påverkas stämningen, menar Sara.

– Alla jobbar för patienternas bästa, men när personalen trots hårt arbete inte känner att de räcker till är det lätt att det känns hopplöst. Jag upplever dock att samarbetet och kommunikationen har blivit bättre när vi har utökat våra vårdplatser där representanter från hela sjukhuset deltar vid genomgångar av patienterna.

Bemanningskonkurrens

Jenny Delin är vårdenhetschef på akuten och en av tre chefer för mottagningens sjuksköterskor och undersköterskor. I över 22 år har hon arbetat på akuten, på senare år som verksamhetsutvecklare samt chef.

Inflödet av patienter är högt, det är sällan en jämn ström och det innebär stora utmaningar när det gäller bemanning.

– Vi kan ha sex till sju larm samtidigt och då gäller det att vi kan bemanna akutintaget och våra moduler. Vi har tyvärr haft många som varit sjuka i covid, vi behöver också ta hänsyn till önskemål om semester, studier och föräldraledighet. Det är en dynamisk verksamhet.

– Min bedömning är att vi har en god kompetens, några av våra sjuksköterskor har arbetat i 20 till 30 år. Det är idag svårt att rekrytera sjuksköterskor, men trots allt är det många som söker till oss, det gäller även undersköterskor. Nyutexaminerade sjuksköterskor vill också gärna jobba på akuten och det är vår uppgift att utbilda dem och se till att det finns en bra fördelning mellan erfarna och oerfarna sjuksköterskor. En del av de som söker till akuten har som mål att fortsätta till narkosen eller den prehospitla verksamheten.

Den största utmaningen, menar hon, är konkurrensen med bemanningsföretagen när det gäller rekrytering av vårdpersonal.

Fortsättning nästa uppslag >>>

Det är inte bara sjuksköterskor som flyr. En ny undersökning från Läkarförbundet visar att 6 av 10 läkare överväger att byta arbetsplats, gå ned i arbetstid eller helt lämna läkaryrket på grund av arbetsbelastningen.

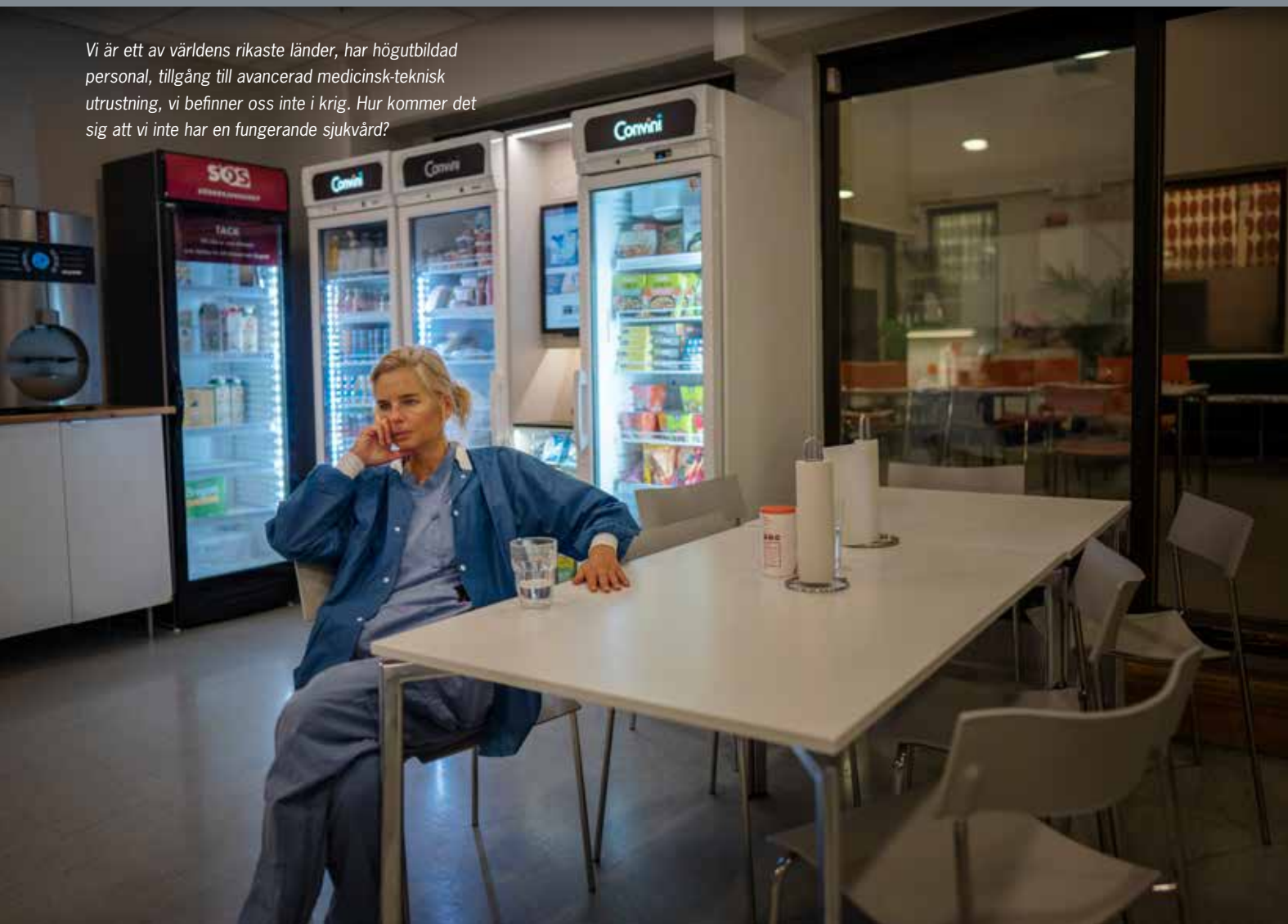


”Villkoren behöver förbättras för att vårdpersonal ska vilja ta anställning på storsjukhusen. Och för att de som är kvar ska stanna.”

För drygt 15 år sedan var det extremt ovanligt att patienter väntade kvar på akuten på morgonen. I dag är det snarare regel än undantag.



Vi är ett av världens rikaste länder, har högutbildad personal, tillgång till avancerad medicinsk-teknisk utrustning, vi befinner oss inte i krig. Hur kommer det sig att vi inte har en fungerande sjukvård?



– Arbetsmiljön måste prioriteras. Många sjuksköterskor jag intervjuar frågar inte alltid först om lönevillkoren utan om exempelvis arbetsmiljön och möjligheten till vidareutbildning med betald studietid. För närvarande har vi fem platser för betald vidareutbildning inom akutsjukvård. Dessa platser skulle kunna vara fler.

Bristen på vårdplatser är också ett reellt problem, menar Jenny.

– Det blir svårt för personalen på akuten att hinna med att runda, ge läkemedel till patienter som ligger och väntar på en vårdplats och samtidigt ta emot nya patienter.

För drygt 15 år sedan var det extremt ovanligt att patienter väntade kvar på akuten på morgonen. I dag är det snarare regel än undantag.



Jenny Delin

– För att kunna bevilja semester till våra medarbetare och jobba mer patientsäkert under sommaren anställde vi ett 30-tal undersköterskor. Syftet var att säkerställa att patienter får information och sina behov tillgodosedda, inte minst när det gäller mat och dryck. På varje modul har vi numera matautomater och små kylskåp, ett resultat av ett nutritionsprojekt som vi tidigare har genomfört och som har medfört nöjdare patienter, säger Jenny

Skarp kritik från IVO

Men trots ansträngningar och förbättringsprojekt, konstaterar IVO i ett myndighetsbeslut den 30 juni 2022 att Södersjukhuset inte säkerställt att patienter som triagerats får läkarbedömning inom adekvata tidsramar på akutmottagningen. Vidare skriver IVO att vårdgivaren inte i tillräcklig utsträckning säkerställt att personalen har förutsättningar att följa rutiner som rör omvårdnad, kon-

troll och reevaluering (utvärdering) av patienterna på akutmottagningen.

IVO konstaterar även att Södersjukhuset inte har säkerställt att det finns disponibla vårdplatser i den utsträckning som motsvarar behovet. Beläggningsgraden för sjukhuset som helhet låg i januari och februari på över 100 procent.

Bristen kan inte uteslutande förklaras med att sjukhuset vårdat många patienter med covid-19. Bristen på disponibla vårdplatser ses även under andra perioder, menar IVO. Analysen visar att vårdgivaren har återkommande perioder med hög belastning och ofta medföljande brist på disponibla vårdplatser. Det har medfört risk för allvarliga vårdskador och ökade patientsäkerhetsrisker för patienter som vårdats på akutmottagningen och på vårdavdelningarna.

Senast i oktober ska Södersjukhuset inkomma med en redovisning om vilka åtgärder som planeras att vidtas för att komma till rätta med bristerna.

”Problemet ligger i att för många har för lite erfarenhet helt enkelt”

Med högre krav, bättre villkor och förutsättningar skulle Region Stockholm kunna skapa en hållbar arbetsmiljö för att locka sjuksköterskor tillbaka till akutsjukvården. Det menar Cecilia Nordius, nybliven specialistsjuksköterska i intensivvård, som valt att tacka ja till en administrativ kombinationstjänst.

▼ Cecilia har lång och bred erfarenhet av ambulans-, akut- och hjärtsjukvård. Nyligen blev hon klar med sin specialistutbildning i intensivvård, en utbildning hon betalade ur egen ficka.

Efter den första terminen på specialistutbildningen blev hon erbjuden ett utbildningskontrakt. Men Cecilia tackade dock nej efter löneförhandlingar med arbetsgivaren.

– Sjukhuset erbjöd förvisso bra villkor under studietiden, men studielönen var för låg med tanke på att jag efter examen endast skulle få ett påslag på 2 000 i månaden. Jag har arbetat över 11 år i Region Stockholm och skulle som utbildad specialistsjuksköterska i intensivvård tvingas gå ned flera tusenlappar i lön jämfört med vad jag tidigare tjänat som ambulanssjuksköterska. Dessutom skulle jag vara bunden till sjukhuset i två års tid, annars skulle jag bli återbetalningsskyldig för studielönen.

Vårdförbundet har nu i avtal med regionen stoppat alla studieavtal där man binds till arbetsgivaren, vilket i stället lett till att sjukhusen blivit mycket mindre benägna att erbjuda utbildningstjänster med lön under studietiden.

– Det borde vara en självklarhet att arbetsgivaren betalar för sjuksköterskors specialistutbildning. Till skillnad från legitimerade läkare som får sin specialistutbildning betald, får vi sjuksköterskor betala den ur egen ficka. Det är en väldigt konstig inställning från sjukhusens sida att man hellre tvingar personalen att jobba kvar med bindande avtal, än jobbar för att bli en attraktiv arbetsgivare med bra löner och villkor där specialist-sjuksköterskor verkligen vill jobba.



”Det cyniska är att ju längre bort du arbetar från patienterna, desto högre blir lönen”

Sedan augusti 2022 har hon en kombinationstjänst som sjukhusövergripande HLR-koordinator på Södersjukhuset. Det är en administrativ tjänst på halvtid, övrig tid arbetar hon kliniskt på MIVA.

Högre lön utan patienter

– Nu har jag en lönenivå jag är nöjd med. Men jag hade inte lyckats få den här lönen om jag endast arbetat med patienter. Det cyniska är att ju längre bort du arbetar från patienterna, desto högre blir lönen. Det är inte klokt egentligen.

För 11 år sedan började hon som nyutexaminerad sjuksköterska på en hjärtavdelning på Södersjukhuset och därefter på Huddinges akutmottagning.

Då fanns det tillgång till handledning med erfarna och rutinerade sjuksköterskor, men idag är läget annorlunda, menar Cecilia.

– Det är många nyutexaminerade sjuksköterskor som jobbar på akutmottagningarna i regionen och bemanningsbolagen skickar i regel många oerfarna sjuksköterskor, åtminstone oerfarna av akutmottagningsarbete. Problemet ligger i att för många har för lite erfarenhet helt enkelt, att den samlade kompetensen blir för låg.

– Förr fick man inte arbeta på akuten som nyutbildad sjuksköterska eller som oerfaren bemanningssjuksköterska. Det krävdes minst två års yrkeserfarenhet. Den gränsen finns inte längre. Det innebär att sjuksköterskor som just blivit klara med sin utbildning kan få jobb på akuten, men konsekvensen blir att belastningen och ansvaret på erfarna sjuksköterskor blir orimligt hög. Många går i väggen eller orkar inte arbeta kvar och slutar. Det här skapar en usel arbetsmiljö och en ond cirkel.

Lösningar finns

En lösning, menar Cecilia, skulle vara att höja lönerna för specialistsjuksköterskor och sätta en mininivå på akuten när det gäller yrkeserfarenhet.

Till en början skulle det troligtvis vara svårt att rekrytera kompetens, men ryktet om satsningen skulle snart locka erfarna sjuksköterskor tillbaka till akuten.

– Det här gäller ju för hela akutsjukvården. Med högre krav, bättre villkor och förutsättningar kan du skapa en hållbar arbetsmiljö som gör det lockande för sjuksköterskor att söka sig tillbaka till akutsjukvården.

”Det är en sorg att inse att det inte har blivit bättre”

Det har gått nära tio år sedan Märit Halmin startade Läkaruppropet tillsammans med kollegan Lollo Makdessi. Uppropet fick stort genomslag och över 3 000 valde att skriva under i protest mot vårdsystemet. Då var förhoppningen stor att uppropet skulle tas på allvar och leda till genomgripande systemförändringar.

Men, konstaterar Märit Halmin, de problem som beskrevs då har snarare förvärrats och fördjupats.

▼ I ett sms skriver Märit, anesthesi- och intensivvårdsläkare på Södersjukhuset, att hon är försenad till intervjun. I slutet av arbetsdagen inträffade ett dödsfall och Märit stannade kvar för att hålla samtal med den avlidnes anhöriga.

Efteråt skyndar hon sig på cykel från Södersjukhuset till fiket på Söder där vi bokat tid.

– Jag är förskräckligt åksjuk, därför cyklar jag överallt.

Vad har egentligen hänt sedan Läkaruppropet? Och vad driver henne i jobbet som läkare och kritiker av ett sjukvårdssystem som hon menar är ”patologiskt”?

– För en tid sedan skulle jag föreläsa om sjukvårdspolitik. Jag gick tillbaka för att se vad vi tog upp i debatten 2013. Jag blev smått chockad, herregud problemen verkar pyttesmå jämfört med idag. Det är en sorg att inse att det inte har blivit bättre, snarare sämre och att det inte tycks spela någon roll vad vi på golvet vittnar om.

Märit älskar sitt jobb, även om det är slitsamt.

– Men om jag ska fortsätta jobba kan jag inte i tysthet stå vid sidan av ett sjukt system som genererar orättvisor och ojämlikhet, utan att höja min röst.

Märit lyfter det glapp som hon menar bara växer. Tilliten mellan vårdens medarbetare och beslutsfattare är skör och risken är överhängande att medarbetare som inte blir lyssnade på ger upp, slutar.

– Vi jobbar i ett system där vi får allt svårare att vara i samspel med vår yrkese-

tik, det skapar en enorm etisk stress. Fler och fler känner sig främmande inför den utveckling som pågår. Just nu är det sjuksköterskorna som flyr, men det är bara en tidsfråga innan även läkare börjar fly från sina arbetsplatser.

WHO-uppdrag i Libanon

Vägen till läkare gick via sjuksköterskeutbildningen. Men snart insåg hon att kemi och teorier om kroppens syra-basbalans var roligare än väntat; en lärare knuffade henne i riktning mot läkarprogrammet och 2007 fick hon sin legitimation. Åtta år senare var hon färdig specialistläkare och 2017 dispute-rade hon på en avhandling om lungkomplikation efter blodtransfusion.

– Jag halkade in på forskning efter en allvarlig cykelolycka som gjorde att jag inte kunde jobba kliniskt. Det började med en översiktsartikel till Läkartidningen, men jag blev så engagerad av ämnet att jag sökte en tjänst som doktorand.

Efter disputationen var hon dödstrött på forskning, men ett WHO-uppdrag i Libanon 2020 förändrade hennes inställning. Strax efter en omfattande explosion i hamnen i Beirut var Märit, samt internationella medicinska team och fältsjukhus, på plats för att ta hand om cirka 6 000 skadade människor. Strax därefter drabbades landet av ett covid-utbrott, drygt sex månader efter Sverige.

– Jag åkte dit för att försöka bygga en mer robust intensivvård inom den offentliga sektorn. Den är relativt liten,

gravt underfinansierad och med låg kvalitet.

De internationella medicinska teamen var uppskattade. Libanon saknade vid den tiden erfarenhet av covid-vård och det fanns inga rutiner för att samla data på hur många patienter som dog av covid. Märit fick veta att alla som intuberades dog. Var det verkligen så?

Efter ett år av insamling och systematisering av data kunde Märit påvisa en 94-procentig mortalitet hos intuberade covid-patienter.

– Jag blev inspirerad av min kollega och mentor, Johan von Schreeb, professor i global katastrofmedicin, att satsa på den typ av forskning som vetenskapligt utvärderar det vi gör. På plats i Libanon utvecklade jag ett kvalitetsinstrument att använda i kris där det inte finns uppbyggda system för patientutvärdering.

I oktober återvänder hon till Libanon för att fortsätta sitt forskningsprojekt.

Du har tidigare jobbat i krigshärjade länder som Afghanistan, Jemen och Syrien. Hur har du påverkats?

– Otroligt mycket. Jag har lärt mig att det finns flera sätt att tackla medicinska problem och utmaningar, utan den tekniska apparatur och de läkemedel vi har tillgång till. Perspektiven och synen på livet och döden har vidgats. Sorgen är densamma överallt, men acceptansen är mycket större i många andra länder. Jag kan också känna att empatin bland människor är stor, trots all misär.

– Ibland är jag frustrerad när jag återvänder till Sverige. Vi är ett av världens

rikaste länder, har högutbildad personal, tillgång till avancerad medicinsk-teknisk utrustning, vi befinner oss inte i krig. Hur kommer det sig att vi inte har en fungerande sjukvård?

I över 20 år har hon i huvudsak arbetat på Södersjukhuset. Det är en helt annan arbetsplats nu än för 15 år sedan, det går inte att jämföra, menar hon.

– Under läkarutbildningen arbetade jag nattetid på akutmottagningen. Jag såg fram emot varje arbetsplats. I dag får jag nästan kväljningar när jag ska gå ned till akuten. Den ständiga vårdplatsbristen, köer av patienter som får vänta i timmar och dygn och som riskerar att fara illa, det är en oerhört sorglig utveckling. Det har varit rubriker i årtal om Södersjukhuset och vi i professionen har skrikit oss hessa. I stället för att mötas pekar sjukhusledningar, regionledningar, beslutsfattare åt ett annat håll. Vi delar inte verklighetssyn.

Tystnadskultur

Märit upplever att tystnadskulturen blivit starkare. Hon har själv erfarenhet av att bli uppkallad till chefen när hon uttalat sig i media.

I en diskussion i P1 om antalet intensivvårdsplatser per capita i Sverige och vilken beredskap som inför en pandemi, hamnade Märit i besvärliga diskussioner med sjukhusledningen.

– De sa att jag brutit mot sekretessen. Hur många intensivvårdsplatser som fanns i Stockholm var tydligen hemligt och sekretessbelagt, det fick inte komma främmande makt till kännedom. Det var helt befängt, det jag hade diskuterat i media var att vi hade sämst tillgång till IVA-platser i Europa och att vi inte hade kapacitet för en pandemi. Det slutade med att jag fick en skriftlig ursäkt, men jag tyckte att det var djupt obehagligt.

Har du aldrig funderat på att gå in i politiken?

– Jo, det har jag gjort. Men var ska jag arbeta politiskt, på riks, region- och lokalnivå. Var fattas egentligen besluten och vem styr över svensk sjukvård? Regionerna skyller på staten, staten på regionerna och däremellan har vi SKR som inte ens är en myndighet utan en lobbyorganisation med stor makt.

Du skulle kunna sikta på posten som socialminister?

– Om jag skulle få det erbjudandet

”Chefskap i vården handlar i dag om produktion och att hålla budget i balans. Läkarperspektivet får stå tillbaka. Om du inte gör som ledningen säger får du kicken, det ser vi hela tiden.”



Region Stockholm redovisar miljardöverskott – samtidigt stryps resurserna till akutsjukhusen

Under sommaren har kronisk underbemanning, etisk stress och en tuff arbetsmiljö slitit hårt på personalen.

▼ – Samtidigt som regionen gör stora vinster ska vi som arbetar i vården spara, arbeta bort den uppskjutna vården. Dessutom ska vi öka kapaciteten och skapa fler vårdplatser. Den ekvationen går helt enkelt inte ihop, säger Andreas Fischer, ordförande för Sjukhusläkarna i Stockholm och specialitetsläkare i kirurgi vid Södersjukhuset.

För fem år sedan inledde IVO en tillsyn av patientsäkerheten vid Södersjukhuset. Därefter har flera uppföljningar gjorts och så sent som i juni i år beslutade myndigheten att Södersjukhuset ska inkomma med en plan på åtgärder för att komma till rätta med de omfattande brister som IVO har funnit vid sina inspektioner (se faktaruta).

– Vårdplatsbristen är konstant och det har varit så under många år. Det påverkar arbetsmiljön och många medarbetare ser sig om efter andra arbetsgivare. Den dåliga arbetsmiljön påverkar sjukhusets varumärke och det blir allt svårare att rekrytera personal, säger Andreas Fischer.

Antalet vårdplatser har minskat i nästan alla europeiska länder sedan sekelskiftet. OECD-data visar att minskningen i Sverige har gått längst och vi har

nu lägst antal vårdplatser per invånare i Europa.

En del av minskningen kan förklaras med medicinsk och teknisk utveckling och möjligheter att ta hand om fler patienter polikliniskt, i öppenvård och hemsjukvård. Men minskningen är också följdverkningar av besparingar och brist på personal.

Berättelser om hur läkare tvingas skriva ut patienter för tidigt på grund av ständiga överbeläggningar och utlokaliseringar är många enligt Andreas.

– I denna kaotiska situation väljer alltså politikerna att ytterligare strypa resurserna till akutsjukhusen. Det är högst demoraliserande för vårdpersonalen som tvingas springa allt fortare samtidigt som den etiska stressen ökar.

Andreas Fischer tycker att det är ironiskt att SKR släpper en rapport, med titeln Fakta om vårdplatser, med påståenden om att det inte finns några givna samband mellan antalet vårdplatser och beläggningsgrad. På golvet känner medarbetare inte igen sig. Glappet mellan vårdens medarbetare å ena sidan och tjänstemän och förtroendevalda på den andra växer, vilket skadar tilliten, menar Andreas.

– SKR är inte en oberoende part. Det är en lobbyorganisation som går regionernas och kommunernas ärenden. Den

står rätt ensam i sin analys av sambandet mellan vårdplatser och aktuella behov.

Tidigare har ju regeringen och SKR kroat arm, men nu har regeringen börjat ge allt fler uppdrag till sina egna myndigheter så som Socialstyrelsen.

Även om den medicintekniska utvecklingen och förbättrad folkhälsa medfört kortare vårdtider och färre vårdplatser inom slutenvården, är det högst vanskligt att som SKR dra slutsatsen att framstegen och utvecklingen även fortsättningsvis kommer att minska behoven de kommande decennierna, menar Andreas Fischer.

– Med ny teknik och effektivare behandlingar växer också andra typer av behov. På vår akuta kirurgavdelning opererar vi exempelvis 100-åringar, något vi inte gjorde för bara några år sedan. Den här gruppen växer och vi får en allt större andel av som består av pigga äldre långt upp i åldrarna. Även om mycket kan skötas i den planerade öppna vården, så kommer det att behövas många bemannade britsar för patienter som behöver göra kirurgiska ingrepp på sjukhus, säger Andreas Fischer.



Andreas Fischer

Läs mer!

Du hittar en längre intervju med Andreas Fischer på vår hemsida: [sjukhuslakaren.se](https://www.sjukhuslakaren.se)

Fakta: Tillsyn av patientsäkerheten

► **1 januari 2020** inledde IVO en uppföljning av en tidigare tillsyn som genomfördes 2017. Uppföljningen syftade till att granska patientsäkerheten för patienter med inskrivningsbeslut som visas på akutmottagningen i väntan på vårdplats.

► **1 juli 2021** inledde IVO ytterligare en granskning då det framkommit nya uppgifter om patientsäkerhetsrisker på akutmottagningen. Granskningen vidgades i augusti till att även gälla slutenvårdsavdelningar.

► **Den 14 februari 2022** genomförde IVO en oanmäld inspektion där personal vid både akutmottagningen och två vårdavdelningar (kirurg- och medicinavdelning) intervjuades. Den 15 februari hade IVO ett möte med sjukhusledningen.

► I ett beslut från den 30 juni 2022 sammanfattar IVO sin bedömning:
• Vårdgivaren har inte säkerställt att sjukhuset har disponibla vårdplatser i den utsträckning som motsvarar behovet.

• Vårdgivaren har inte säkerställt att patienter som triagerats får läkarbedömning inom adekvata tidsramar på akutmottagningen.
• Vårdgivaren har inte i tillräcklig utsträckning säkerställt att personalen har förut sättningar för att följa rutiner avseende omvårdnad, kontroll och reevaluering av patienterna på akutmottagningen.
Södersjukhuset ska senast i oktober redovisa vilka åtgärder som ska vidtas för att komma till rätta med bristerna. Källa: IVO

Xydalba™

Dalbavancin 500 mg, IV

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

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

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

*ABSSSI, Acute Bacterial Skin and Skin Structure Infection

Produkresumé

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

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

David Nathanson och Johan Herlin Ejerhed: SKR-rapporten kan läsas som en partsinlaga

Rapporten Fakta om vårdplatser som publicerades av SKR i juni lämnar en väsensskild bild av vårdplatssituationen i Sverige, jämfört med vad många medarbetare på landets sjukhuskliniker upplever i sin vardag. Statistiken är inte hederligt presenterad, menar David Nathanson, verksamhetschef på Karolinska universitetssjukhuset samt Johan Herlin Ejerhed, läkarstrateg i Stockholms stad.

▼ Så snart rapporten var publicerad startade en livlig diskussion på sociala medier. En av flera som gav sig in i debatten var David Nathanson, docent, överläkare och tidigare ordförande för Svensk förening för diabetologi.

– Jag tycker att det finns flera tveksamma slutsatser i rapporten. Påståendet att det inte längre skulle föreligga ett samband mellan vårdplatsantal och belägningsgrad stöds av de data som SKR presenterar. Rapporten har ändå titeln Fakta om vårdplatser och då krävs rimligtvis att man redovisar några statistiska samband som exempelvis R-värde, vilket man inte har gjort.

Johan Herlin Ejerhed är specialist i internmedicin och har i tio år arbetat på Danderyds sjukhus. Sedan ett år har han en projektanställning som läkarstrateg i Stockholms stad.

– Ambitionen hos SKR är god, att man vill bidra med fakta till diskussionen, men det är väl hårt att påstå att den tidigare kopplingen mellan antalet disponibla vårdplatser och belägningsgrad inte längre existerar.

I en av de grafer som presenteras sticker Gotland ut med både hög belägningsgrad och högt antal disponibla vårdplatser. Tas regionen bort ändras r2-värdet och korrelationen mellan antalet vårdplatser och överbeläggningar blir lika stor nu som för tio år sedan, menar Johan.

– Gotland är en speciell region och inte så representativt för landet i övrigt.



David Nathanson



Johan Herlin Ejerhed

SKR har även ändrat skalan på X-axeln så att korrelationskurvan ser felaktigt brantare ut 2010 än 2019. Det ger läsaren intrycket av att korrelationen mellan disponibla vårdplatser och belägningsgrad inte längre finns. Graferna är visserligen korrekta, men det går inte att jämföra dem.

Missvisande statistik

David Nathanson vänder sig även mot att SKR i rapporten räknat ihop vårdplatser i särskilda boenden (SÄBO) med vårdplatser på sjukhus. Gör man det hamnar plötsligt Sverige tillsammans med Nederländerna i topp i den europeiska statistiken.

– Det är inte rimligt att räkna med vårdplatserna i SÄBO i statistiken. Vid dessa platser bedrivs ju inte sjukvård. Tar man bort platserna hamnar Sverige i den absoluta bottenligan i Europa. Dessutom omfattar inte rapporten intensivvårdsplatser och intermediärvårdsplatser, trots att Sverige har väldigt få platser i en internationell jämförelse.

Rapporten bygger även på statistik på regional nivå, vilket inte säger så mycket om hur det ser ut på landets sjukhuskliniker. Vissa kliniker kan ha en belägningsgrad över 100, andra på 30. Genomsnittsvärdet blir därför inte talande för hur det ser på de enskilda klinikerna.

– Statistiken tar heller inte hänsyn till viktiga faktorer som kan skilja sig åt mellan sjukhusens patientpopulationer, som exempelvis ålder, kön och socioekonomi. Sambandet mellan vårdplatser och överbeläggningar blir mycket starkare om upptagningsområdet för ett sjukhus har en hög andel sjuka individer som löper hög risk att läggas in, säger David.

Bättre statistik efterlyses

Johan Herlin Ejerhed efterlyser bättre statistik och en bättre förståelse för hur det faktiskt ser ut på sjukhuskliniker och avdelningar.

– Det är ett problem att det förekommer olika mått för överbeläggningar, ibland över dygnet och ibland vid ett specifikt klockslag. I exempelvis Region Stockholm redovisas belägningsgraden klockan 15.00, trots att det vore mer rimligt att redovisa klockan 06.00 då belastningen är som högst. Klockan 06.00 är dessutom den tidpunkt som överbeläggningar och utlokaliseringar ska rapporteras in till SKR, så uppgifterna finns.

– Dessutom bör man komplettera med data som visar hur många patienter med inskrivningsbeslut som finns kvar på akuten vid en given tidpunkt, lämpligen då också klockan 06.00. Då får man en någorlunda rättvisande bild över hur stort behovet av vårdplatser faktiskt är, säger Johan.

Socialstyrelsen fick i mars i år i uppdrag av regeringen att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering, samt lämna förslag

på målvärden för antalet vårdplatser och genomsnittlig belägningsgrad.

Slutrapporten ska lämnas i mars 2025. En första delrapport ska redovisas 30 september och den andra delredovisningen senast 31 maj 2023.

Visionära visioner

SKR menar i sin rapport att de senaste 20 årens medicinska och tekniska framsteg har lett till bättre resultat för patienter som tidigare krävde sluten sjukhusvård, men som idag kan förebyggas eller skötas i öppna vårdformer. Framstegen har lett till att medelvårdtiden på sjukhus har minskat.

Några av de områden som tas upp är stroke, höftfraktur och hjärtinfarkt.

SKR har i sin rapport stora visioner och förhoppningar på att den nära vården och "förflyttningar mot en mer proaktiv, samordnad och personcentrerad vård" ytterligare ska avlasta sjukhusen. Om utvecklingen fortsätter i samma tak som de senaste 20 åren kommer behovet av vårdplatser att minska med 2 300 fram till 2032: "Verkligheten kommer sannolikt att landa någonstans mitt emellan, under förutsättning att pågående utvecklingsarbete inte bromsas" skriver man i rapporten.

– Det är långt ifrån säkert att vi kan uppnå liknande medicintekniska språng. Vi får också en allt större andel av befolkningen som är äldre och som lever längre med kroniska sjukdomar och som kommer att behöva slutenvårdens insatser, säger David Nathanson.

I drygt ett år har Johan Herlin Ejer-

hed innehaft projektanställningen som läkarstrateg i Stockholms stad. Tjänsten tillkom efter Coronakommissionens slutrapport, på initiativ av Stockholm stads äldreborgarråd. Huvudsyftet är att försöka förbättra strukturerna för vården av äldre.

Det finns en förhoppning i SKR-rapporten, menar Johan, att kommunerna ska kunna ta hand om mycket av det sjukhusen tidigare ansvarat för. Vårdtiderna för äldre har förvisso minskat på sjukhusen, men stora utmaningar har i stället förflyttats till kommunerna.

– Gränserna för när man är medicinskt klar har förflyttats över tid, vilket man kan se bland annat i form av kortare vårdtider inom geriatriken. Det finns starka incitament i många regioner att så snabbt som möjligt skriva ut patienter och överlämna ansvar för exempelvis medicinering, rehabilitering och hemsjukvård till kommunerna. Många patienter får det säkert bättre hemma, men det kan också finnas de som gagnas av inläggande geriatrisk vård inför en återgång till hemmet.

Politisk partsinlaga

Man bör också ställa sig frågan om det alltid blir billigare för samhället att lämna över ansvar och kostnader till kommunerna, menar Johan, och refererar till en rapport från FoU Väst, Göteborgsregionen. Rapporten belyser frågor som: om mer vård ska ske i hemmet, vad innebär det då för kommunerna? Hur påverkas kommunernas kostnader för vård och omsorg? Och hur förändras vårdens och omsorgens innehåll i

kommunerna när alltmer vård ska ges i hemmet? (se fotnot)

– Studien från Göteborg visar att det i vissa fall kan vara billigare att vårda på korttidsboende än med sjukvård i hemmet. Här skulle man veta mer om några ytterligare dygn med geriatrisk vård på sjukhus vore kostnadseffektivt ur ett samhällsperspektiv.

”Gränserna för när man är medicinskt klar har förflyttats över tid.”

David Nathanson menar att SKR-rapporten kan ses som en partsinlaga där organisationen duckar för vilka åtgärder som måste vidtas för att komma till rätta med bristen på vårdplatser och svårigheterna med bemanning.

– Vi har en anorektisk tillgång till IVA-platser i Sverige. Det vill märkligt nog SKR inte lyfta i sin rapport. Inte heller hur arbetsgivare i regionerna ska bli bättre på att rekrytera och behålla personal. Den analysen vore intressant att läsa.

Fotnot: Rapporten från FoU i Väst heter: Vad kostar det att vårda patienter i kommunal vård och omsorg? Av Theresa Larsen och Hilda Svensson (2021)

Mesalazin Orion

mesalazin

Enterotablett och suppositorium, 500 och 1000 mg

Välj ett billigt alternativ!

Mesalazin Orion – ett generiskt alternativ med låg behandlingskostnad*

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

*TLVs prisdatabas september 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



Emma Spak lämnar SKR och blir länsråd

”Man kan inte jobba med vårdplatsfrågan i ett vakuum”

När SKR släppte rapporten *Fakta om vårdplatser* i juni blev upprördheten stor bland många medarbetare i vården.

▼ Reaktionerna har varit starka och många medarbetare i vården upplever att bilden som SKR förmedlar är väsensskild från den verklighet som vårdens medarbetare upplever.

Hur ser SKR på kritiken och varför väljer Emma Spak att nu lämna sin ledande roll inom organisationen?

I SKR:s rapport *Fakta om vårdplatser* står bland annat att det i dag inte finns några givna samband mellan antal vårdplatser och beläggningsgrad.

Reaktionerna har varit starka. En medarbetare uttrycker det som: *”Man undrar om SKR bor på en annan planet, det är klart att beläggningen speglar belastningen. Vår beläggningsgrad ligger på över 95 procent. Det finns ingen luft i systemet, förutom några enstaka dagar i början av augusti”*.

Hur vill du kommentera det här glappet mellan å ena sidan medarbetares upplevelser på golvet å andra sidan SKR:s analyser?

– När jag träffar hälso- och sjukvårdsdirektör och chefer inom hälso- och sjukvården är det uppenbart att det är kompetensförsörjningen som är den största utmaningen. Jag kan förstå att medarbetare inte känner att de blir sedda, men det finns en stor medvetenhet om de problem som finns. Regionpoliti-

kerna, chefer, ledare och vi på SKR har kompetensförsörjningen som den absolut viktigaste frågan på agendan.

Men om man rent hypotetiskt leker med tanken att det finns tillräckligt med personal att bemanna vårdplatser, skulle det då inte saknas disponibla vårdplatser?

– Det är ju inte de fysiska rummen, sängarna eller utrustningen som saknas, det är bemanningen av de platser som finns i planeringen som man skulle behöva ha tillgång till. I dag kan många av dessa vårdplatser inte bemannas på grund av att det saknas personal.

– Det är viktigt att understryka att man inte kan jobba med vårdplatsfrågan i ett vakuum eller endast titta på väntetiderna på akuten och sedan säga att det krävs fler vårdplatser på sjukhuset. Vi måste jobba med helheten för att skapa en fungerande vårdssituation. Vårdplatserna och bemanningen är viktiga. Det är också primärvården och kompetensen i äldreomsorgen. Man måste jobba med samtliga steg i vårdkedjan.

Det har framförts en hel del kritik mot att rapporten har statistiska brister och att SKR vilseleder med statistik. Hur ser du på den kritiken?

– Rapporten bygger på öppna data. Vi säger inte i rapporten att det inte längre finns ett samband mellan antalet vårdplatser och beläggningsgrad. Det vi säger är att sambandet är svagare än tidigare. Vi ser också en stor spridning i regionerna och att det inte bara är antalet vårdplatser som påverkar beläggningsgraden. Det finns många fler faktorer.

– Region Halland till exempel, har relativt få vårdplatser, men ändå få utlokaliseringar och överbeläggningar. De har en balans och de har jobbat metodiskt med implementeringen av nya arbetssätt.

Halland har en plan

Region Halland är en liten region som inte har högspecialiserad vård, som är en socioekonomiskt stark region som dessutom köper en hel del utomlänsvård. Är det inte vanskligt att ensidigt lyfta fram Region Halland?

– Det visar snarast på att lösningarna behöver anpassas lokalt. I Halland har man sedan lång tid en plan för vad som måste göras och de får goda resultat. När man säger att det krävs fler vårdplatser så måste man veta var. Vilka sjukhus, kliniker och avdelningar behöver fler vårdplatser och vilken typ av platser behövs. Den analysen är viktig att göra för att veta var vi ska rikta resurserna och den måste göras lokalt.

Menar du att läsare av rapporten har missuppfattat och feltolkat rapporten?

– Några hävdar att SKR påstår att det inte saknas några vårdplatser, men det är ett missförstånd. I rapporten lyfter vi att man under de senaste 20 åren har kunnat minska antalet vårdplatser, tack vare medicinska framsteg och nya arbetssätt. Samtidigt lyfter vi att svensk hälso- och sjukvård i dag har brist på vårdplatser på grund av att vi inte har tillräckligt med bemanning för att kunna ha planerade vårdplatser öppna. Båda delarna måste

”Det är klart att jag haft en utsatt position. Men det är inte orsaken till att jag nu går vidare till ett nytt uppdrag. Jag lämnar SKR för att jag är nyfiken på att jobba på den statliga sidan.” Foto: Pressbild

kunna lyftas samtidigt. Här och nu handlar det om att arbeta med bemanning och utveckla arbetssätten så att vi får tillgång till de vårdplatser vi behöver.

Sverige ligger lågt

En annan kritik som framförts är att SKR i rapporten räknar ihop vårdplatser i särskilda boenden (SÄBO) med vårdplatser på sjukhus. Gör man det hamnar plötsligt Sverige tillsammans med Nederländerna i topp i den europeiska statistiken. Men, menar kritiker, det är inte rimligt att räkna med vårdplatserna i SÄBO i statistiken. Tar man bort SÄBO-platserna hamnar Sverige i den absoluta botten i Europa. Hur kommer det sig att ni räknar med SÄBO-platser?

– I rapporten är vi tydliga och redovisar att Sverige ligger lågt när det gäller antalet vårdplatser på sjukhus. Men vi

har ett annat system än många andra länder i Europa. Det är relevant, menar vi, att redovisa en helhet och att vi jobbar på ett annat sätt där vi har kvalificerad sjukvård och kvalificerad vård i SÄBO och i hemsjukvården, vilket inte alla andra länder har.

– Vi menar inte att man ska slå ihop statistiken och heller inte att platser på SÄBO är det samma som platser på sjukhus, men när man resonerar om vårdplatser är det viktigt att ta med hela vårdkedjan runt patienten och belysa att vi i Sverige har ett system där patienter, exempelvis äldre med kroniska sjukdomar, hjärtsvikt och KOL, ska kunna vårdas på SÄBO och inte behöva flytta mellan öppna vårdformer och sjukhus. Ta exempelvis palliativ vård, den vården håller mycket hög kvalitet i SÄBO, enligt vårt svenska kvalitetsregister. Svårt sjuka eller döende patienter ska inte

behöva flytta från sitt hem till sjukhus, vården ska vara välfungerande på plats.

En kritik som riktats mot SKR:s rapport är att ni framför teorier, och visioner om hur det borde eller skulle kunna vara. Det råder dock idag stora utmaningar och brister i kommunal hemsjukvård och på många av landets SÄBO:n, vilket blev särskilt tydligt under pandemin. Tillgången till medicinsk kompetens har varit ett omfattande problem under många år. Hemsjukvården behöver byggas ut och den nära vården har inte fått resurser och förutsättningar att klara omställningen till en nära vård. Kritiker menar att när vårdkedjan inte fungerar, när det råder omfattande brister i hemsjukvård, på SÄBO och i primärvården är det svårt att mins-

Fortsättning nästa uppslag >>>

”I grunden handlar det om att komma till rätta med kompetensförsörjningen.

ka antalet vårdplatser på sjukhusen. Hur ser du på den kritiken?

– Det är uppenbart att det finns brister och stora utmaningar. Olivia Wigzell, statlig utredare och generaldirektör för Socialstyrelsen, har lämnat ett betänkande bland annat om hur den medicinska kompetensen i äldreomsorgen ska säkras upp. Det betänkandet är nu ute på remiss och resulterar förhoppningsvis i åtgärder på de problem vi ser idag.

IVA-platser

I rapporten Fakta om vårdplatser har ni valt att inte ta med intensivvårdsplatser och intermediärvårdplatser, varför då?

– Rapporten blev mer omfattande än vad vi hade tänkt. Vi var tvungna att avgränsa oss och fokusera. IVA-platser räknas som tekniska platser, tillsammans med förlossningsplatser som inte heller är med i rapporten så det var en avgränsning som var möjlig att göra.

– När det gäller IVA-platser har vi bra data tillgängligt, tack vare Svenska intensivvårdsregistret, SIR. Det är jätteviktigt att analysera IVA-platser och under pandemin jobbade vi nära företrädare för SIR runt IVA-platssamordningen. Vi har inte gjort anspråk på att presentera den enda allenarådande faktakällan i rapporten, vi behöver hjälpas åt att titta på data och SIR publicerar löpande data.

– Nu pågår även ett viktigt arbete med att definiera vad som kan räknas som intermediärvårdplats, men också vilka kriterier som ska ställas på en IVA-plats, om det endast är respiratorplatser som ska räknas. Det arbetet är välkommet, vi behöver förtydliga definitionerna för att kunna göra bra analyser.

I rapporten redovisar ni data på aggregerad regionnivå. Genomsnittsvärdet blir därför inte talande för hur belägningsgrader ser på enskilda kliniker och avdelningar. Färiska data från exempelvis Sahlgrenska universitetssjukhuset och Sunderbyns sjukhus visar belägningsgrader på flera avdelningar på

långt över 100 procent, till och med över 200 procent. Om vi ska få fakta om belägningsgrader är det väl viktigt att inte bara utgå från aggregerade data på regionnivå?

– Återigen, rapporten gör inte anspråk på att ta hela greppet om allt. Vi lyfter fram fakta utifrån de öppna datakällor vi har tillgång till. Dessutom är det svårt på nationell nivå att jämföra enskilda sjukhus och kliniker eftersom de har olika uppdrag och roller.

– En viktig tanke med rapporten är att den ska vara en bas för fortsatt diskussion och att man på lokal nivå kan fortsätta diskussionen och analysera utvecklingen över tid på sjukhus och enskilda kliniker.

Krisplaner, den ständiga jakten på vårdplatser och medarbetare som väljer att sluta sin anställning på grund av en dålig arbetsmiljö har skapat en moment-22-situation, vilken ytterligare försämrar möjligheterna att rekrytera och behålla personal. Hur arbetar SKR aktivt för att förbättra vårdsituationen, arbetsmiljön och arbetsvillkoren? Planerar ni att publicera en sådan rapport?

– Arbetsmiljön är i högsta grad ett arbetsgivaransvar. Det är inte längre bara HR-sidan som är engagerade för att lyfta arbetsmiljöfrågan, det är en högprioriterad fråga de politiska ledningarna i regioner och kommuner och för chefer inom hälso- och sjukvården.

– Strax före jul 2021 tecknade SKR en överenskommelse med flera fackliga organisationer om att genomföra ett gemensamt arbete runt arbetsmiljön i regioner och kommuner. I våras ingick en partsgemensam kompetenskommission i avtalet med Vårdförbundet. Syftet är att trygga kompetensförsörjningen och en god arbetsmiljö. Det handlar om stora utmaningar och vi behöver kroka arm. Jag vill påstå att det pågår ett omfattande arbete i hela landet och att frågan om arbetsmiljön tas på högsta allvar.

Det blev nyligen känt att du nu ska lämna SKR för ett uppdrag som

länsråd i Värmland. Vad gör ett länsråd och varför väljer du att sluta på SKR?

– Jag kommer att vara landshövdingens närmaste medarbetare och leda det dagliga arbetet i länsstyrelsen. Jag är själv född och uppvuxen i Värmland, men flyttade därifrån till Göteborg och sedan vidare till Stockholm. Familjen har nu rotat sig i Stockholm och jag kommer att veckopendla till Karlstad.

– Under pandemin arbetade jag mycket med länsstyrelserna och deras roll att stödja kommunerna och regionerna. Det känns spännande att byta roll och nu börja jobba för den statliga sidan och därmed öka min förståelse för olika delar av styrningen.

Haft utsatt position

Du har under den senaste tiden haft en tuff och utsatt roll på SKR. Statsvetare, fackliga företrädare och politiker har riktat skarp kritik mot att SKR alltmer liknar en myndighet, men utan krav på insyn. Hur har du påverkats och är det ett skäl till att du lämnar?

– Det är klart att jag haft en utsatt position. Men det är inte orsaken till att jag nu går vidare till ett nytt uppdrag. Jag lämnar SKR för att jag är nyfiken på att jobba på den statliga sidan och ta med mig alla de erfarenheter jag fått under pandemin in i en annan organisation. Länsstyrelsen har exempelvis ett stort uppdrag när det gäller att genomföra statens folkhälsopolitik. Det ska även bli spännande att jobba med samverkan och möjliggöra för kommuner och regionen att tillsammans driva utveckling i ett län.

Längtar du tillbaka till läkaryrket?

– Jag hade min senaste patient hösten 2019 och jag trivs verkligen med att jobba kliniskt, det är oerhört givande med det direkta mötet. Så man ska aldrig säga aldrig, jag försöker nu få ordning på mina papper för att kunna ha möjligheten att bli färdig med min specialistutbildning i allmänmedicin. Men först ska jag ta mig an uppdraget som länsråd och det ska bli spännande.

Hur prioriteras resurserna?

Det är svårt att inte bli berörd av den arbetssituation som beskrivs i reportaget från Södersjukhuset, men det väcker också frågor om vårdens övergripande resursprioriteringar.

I den etiska plattform för prioriteringar som riksdagen fattade beslut om för cirka 25 år sedan beskrivs tre principer som tillsammans ska vägleda vårdens resursfördelning: människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Kortfattat innebär det att ju större behov en patient har, desto större andel av de gemensamma resurserna ska läggas på den patienten eller patientgruppen.

Med tanke på de vårdbehov som finns i samhället är det uppenbart att vi måste ransonera vårdens resurser; i första hand är det patienter med lindriga tillstånd, eller tillstånd där vi inte kan bidra med särskilt mycket patientnytta på ett kostnadseffektivt sätt, som bör få sin vård ransonerad.

I reportaget från Södersjukhuset förefaller det dock vara patienter med stora behov som får sin vård ransonerad.

I en avhandling från Linköpings universitet våren 2022 tittade Jonathan Siverskog (med medförfattare) i en studie på just vårdplatser. I studien, som ställer vårdplatstillgång i relation till vinster (eller förluster) i form av överlevnad och livskvalitet, visar de att förlusten av tre vårdplatser leder till att en person dör i förtid per år. Eftersom detta är en genomsnittlig beräkning för alla vårdplatser inom en region, skulle det kunna innebära att i vissa vårdformer är vårdplatstillgången än mer kritisk och skulle få större konsekvenser.

Intensivvården skulle kunna vara en

sådan vårdform med tanke på patienternas tillstånd. Siverskog med medarbetare visar även att kostnadseffektivitetskvoten för en vårdplats är i storleksordningen 400 000 kronor/QALY (kvalitetsjusterat levnadsår). Ställer vi det i relation till att de flesta nya läkemedel för svårt sjuka patienter som vi för in i systemet idag har en kostnadseffektivitet i storleksordningen 1 000 000 kronor/QALY (om det är ett vanligt tillstånd) och 2 000 000 kronor/QALY (om det är ett sällsynt tillstånd) – så har vi en indikation på att ökade vårdplatser är ett betydligt mer kostnadseffektivt sätt att bidra till ökad överlevnad och livskvalitet än många av de nya läkemedlen som vi inför.

Framför allt eftersom det är troligt att många av dessa vårdplatser i stor utsträckning beläggs av patienter med lika stora behov som de patienter vars läkemedelsbehov vi tillgodoser.

SKR:s rapport om vårdplatser har väckt mycket diskussion. Problemet, som SKR själva medger i rapporten, är att man redovisar siffror på en övergripande statistisk nivå. Därmed är det svårt att se hur SKR:s rapport bidrar till en konstruktiv diskussion kring huruvida vårdens resurser är felprioriterade när det gäller tillgången till vårdplatser i en specifik vårdmiljö.

Vad som snarare behövs är en utvecklad diskussion om huruvida våra horisontella prioriteringar, alltså hur vi fördelar resurser mellan olika vårdformer och patientgrupper, är rimliga ur ett etiskt perspektiv. Det innebär att man behöver värdera behoven hos patienter inom olika vårdformer, titta på hur resurstillgången ser ut och vilken patientnytta dessa resurser ger upphov till. Detta för att bedöma om det finns områden där patienter, trots

mindre behov får bättre resurstillgång, jämfört med områden där patienter har större behov och dit resurser skulle behöva omfördelas. För att kunna göra det krävs relevanta faktaunderlag.

Utan att underkänna värdet av SKR:s kartläggning så är den form av hälsoekonomiska studier som Siverskog och medarbetare presenterar, i kombination med en prioriteringsetisk analys utifrån den etiska plattformen, en viktig faktor för att kunna föra en nödvändig diskussion om hur vi prioriterar våra resurser horisontellt inom svensk hälso- och sjukvård.

Utifrån mitt perspektiv förefaller det inte särskilt långsökt att dra slutsatsen att en sådan analys skulle visa att svensk intensivvård i många stycken är underprioriterad och att det behöver ske en tydligare horisontell prioritering till förmån för intensivvården.

Lars Sandman,
professor i hälso- och sjukvårdsetik
och föreståndare för Prioriterings-
centrum vid Linköpings universitet



”Det finns ett uppdämt behov av att föra samtal”

Text: Anna Sofia Dahl

Avmystifiera och normalisera samtalet om etiska dilemman genom att skapa ett forum där etiska frågeställningar kan lyftas och diskuteras. Det vill Eva Hannerz Schmidtke, ordförande för den nystartade delföreningen för etik inom Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård.

▼ Eva Hannerz Schmidtke, som till vardags arbetar på Intensivvårdssektionen vid Akademiska sjukhuset i Uppsala, har själv ett långvarigt intresse för etik. Idén om att starta en delförening föddes i ett samtal med en kollega under en bakjournkurs för fem år sedan. Den 23 september förra året bildades delföreningen och Eva Hannerz Schmidtke valdes till ordförande.

– Den medicinska etiken är en del av vår gärning på alla områden. En stor anledning till att vi föreslog en delförening är just att frågorna är övergripande och tar ganska mycket resurser att adressera, säger Eva Hannerz Schmidtke.

Mer specifikt vilka etiska frågeställningar som delföreningen ska rikta in sig på är ett arbete som just nu pågår.

– Det som är uppenbart är att det finns ett uppdämt behov av att föra samtal, och att vi hittar ett språk och utrymme för att föra det samtalet, säger hon.

För trots att etiska dilemman av olika storlek är en del av det dagliga arbetet inom intensivvården är det ingen självklarhet att strukturerade etiska diskussioner är det. Det är något som

Eva Hannerz Schmidtke skulle vilja ändra på.

– Ibland upplever jag att det fortfarande ses som något som man kan välja. Vi behöver prata om varför det är svårt, och personligen tror jag att det handlar om att vi är så vana vid det vetenskapligt analyserande förhållningssättet att vi har svårt att byta tankarum, säger hon fortsätter:

– Vi behöver normalisera samtalet om etiska problem, avmystifiera det. Det ska bli lika tryggt och vardagligt som allt annat. Vi är naturvetenskapligt skolade allihop och det är det vi är vana vid, men det går att angripa etiska dilemman på det sättet också.

Snabb utveckling

Därför ser Eva Hannerz Schmidtke, och tillika delföreningen, ett behov av utbildningar som är specifikt inriktade på frågor för anestesi- och intensivvårdsläkare. Att läsa etik som filosofi är för många inte användbart i en klinisk vardag, menar hon.

En del handlar om att utvecklingen inom anestesi och intensivvård går snabbt framåt, där både äldre och skörare

patienter idag kan behandlas på ett sätt som tidigare inte var möjligt. Det gör, enligt Eva Hannerz Schmidtke, att personalen får ett ännu större ansvar när det kommer till att göra riskbedömningar.

Passion trots resursbrist

Men det handlar också om införandet av nya metoder, vilket hon menar väcker känslor och frågor. En vision som Eva Hannerz Schmidtke och delföreningen har är att standardisera utbildningen kring etik och skapa ett lättillgängligt forum för etiska frågor – att lyfta upp de etiska frågeställningarna och den forskning som finns på området.

– Det går att träna på att hantera etiska dilemman. Om vi får möjlighet att efter varje svår situation reflektera och ge varandra återkoppling, precis som med allt annat, så växer vi med det.

Att intensivvården under en lång tid har levt med en relativ resursbrist är ingen nyhet. Att personalen fortsatt, trots tuffa arbetsförhållanden, menar Eva Hannerz Schmidtke handlar om ”den enorma passion som finns för arbetet och alla de otroligt fantastiska saker vi kan göra”.

Eva Hannerz Schmidtke, intensivvårdsläkare på Akademiska sjukhuset i Uppsala, vill att samtalet om etiska problem ska bli tryggt och vardagligt. Foto: Staffan Claesson

– Men många har plågats av och blivit slitna av det faktum att vi har varit tvungna att ta hänsyn som vi inte är utbildade för. Vi skulle hellre lägga vår energi på andra saker.

Hon menar att det mest uppenbara idag är antalet intensivvårdsplatser, som har minskat under en lång tid. Samtidigt, påpekar hon, lever vi i ett land där välfärden är god och där människor får en god vård. Också att kunskapen om vad som ska göras när behovet överstiger resurserna redan finns.

– Men vi måste prata om det här och hitta ett språk, även om frågan är svår. Det faktum att vi, mina kolleger och jag, alltid gör vårt absolut yttersta för att skapa en intensivvårdsplats är något som tar oerhört mycket kraft och tid. Inte varje dag, varje minut, varje sekund, men flera gånger i veckan.

Och det är här man brukar prata om etisk stress, något som Eva Hannerz Schmidtke vill definiera som ”när en situation förhindrar oss att handla efter våra moraliska värderingar”. För även om hon är tydlig med att man alltid bereder en plats till patienter som är i behov av intensivvård, kan vägen dit påverka personalen.

– Frågan är hur vi gör det. Gör vi det genom att folk jobbar dubbla pass? Gör vi det genom att ringa in folk från ledighet? Gör vi det genom att flytta patienter ut ur regionen?

Sliten personal

Att Covid-19 har satt situationen på sin spets är ingen hemlighet – där mötena med etiska dilemman varit mer frekventa än i normalläget och i en tid där ”det inte finns någon vardag”. Det är inte

heller någon hemlighet att personalen inom intensivvården är sliten.

– Att vara i ständig brist på återhämtning underlättar inte när vi ska ta ansvarsfyllda beslut och göra analyser. Det kräver kraft och utrymme i verksamheten. Och det kräver att vi har möjlighet att stötta varandra, för vi fattar aldrig besluten själva. Det här har varit långt ifrån visionen för hur vi skulle vilja ha det, även om det är bättre nu än när det var som värst, säger Eva Hannerz Schmidtke och fortsätter:

– Covid har väckt många tankar om vilka behov vi har. Vår arbetsplats kommer aldrig att bli den samma, det kommer att vara det nya normala nu. Och hur gör vi för att anpassa oss i det? Det finns en mening med allt lidande som vi har gått igenom som personalgrupp om vi kan använda det framåt.



"Alarmerade siffror som kräver handling"

Text: Anna Sofia Dahl

Bland läkare som arbetar på sjukhus har en av fem det senaste året övervägt att lämna yrket helt och nästan två av fem att byta arbetsplats. Dessutom har fler än var tredje sjukhusläkare under samma period funderat på att gå ner i arbetstid och var fjärde på att arbeta som hyrläkare/konsult.

▼ I Läkarförbundets arbetsmiljöenkät 2022 framträder bilden av en läkarkår där många är trötta på den rådande arbetsmiljön.

– Det här är mycket alarmerande siffror som kräver handling. Specialister inom sjukhusspecialiteterna har minst tolv års utbildning bakom sig för att bli specialister. Därefter följer ett livslångt lärande, med ansvar för såväl kvaliteten på dagens sjukvård som framtidens genom att utbilda och handleda framtida kollegor. Vi är inte utbytbara pinnar i statistiken. Varje sjukhusläkare som lämnar sjukvården är en enorm förlust för såväl den enskilda verksamheten som samhället i stort, säger Elin Karlsson, ordförande för Sjukhusläkarna.

Inom gruppen akutläkare har var fjärde funderat på att helt lämna yrket och hälften har funderat på att byta arbetsplats under det senaste året.

Michael von Schickfus, ordförande för Svensk Förening för Akutsjukvård (SWESEM), känner ingen större förvåning över resultatet.

– Det är väldigt tråkigt att akutläkare ligger högt i undersökningen och att det har skett en försämring sedan senaste undersökningen gjordes. Men det är å andra sidan inte heller jätteförvånande. Det räcker med att öppna tidningen så ser man vilka stora arbetsmiljöproblem som finns på svenska akutmottagningar, säger han.

Signalerna från runt om i landet är att sommaren har varit förfärlig, värre än tidigare år, och enligt Michael von



Elin Karlsson



Michael von Schickfus

Schickfus vet han om kolleger som både sagt upp sig och bytt specialitet.

– Arbetsmiljön på svenska akutmottagningar är under all kritik. Vad som gör det än mer komplext är att akutmottagningen oftast inte själv sitter på lösningen på arbetsmiljöproblemet, utan det är andra delar inom vården, som till exempel brist på vårdplatser eller en otillgänglig primärvård, som behöver åtgärdas för att förbättra situationen på akutmottagningen, säger han.

Inte bara arbetsmiljön

Däremot tror han inte att den undermåliga arbetsmiljön är den enda anledningen till att allt fler akutläkare funderar på att lämna specialiteten.

– Vi har sedan många år svårt att komma överens med övriga specialiteter och kliniker, som hittills har bemannat akuten, om vem som äger vilken del av patientansvaret och vem som gör vad. Det är en pågående process och det är lite oklart var vi kommer att landa, säger han och fortsätter:

– Vår målbeskrivning är tydlig och vi inom SWESEM tycker att vi ska kunna hantera patienter från A till E på akuten.

Men andra specialiteter håller inte med om det. På vissa ställen har man kommit väldigt långt, medan det på andra ställen är som att man ersätter det gamla underläkarsystemet fast med akutläkare istället. Och det är klart att man inte vill arbeta som underläkare på akuten under hela sin karriär, då är det inte så konstigt om man börjar leta efter annat om ett tag, säger han.

Michael von Schickfus påpekar också att det inte är konstigt om det skaver när en ny specialitet ska in i sjukvårdssystemet.

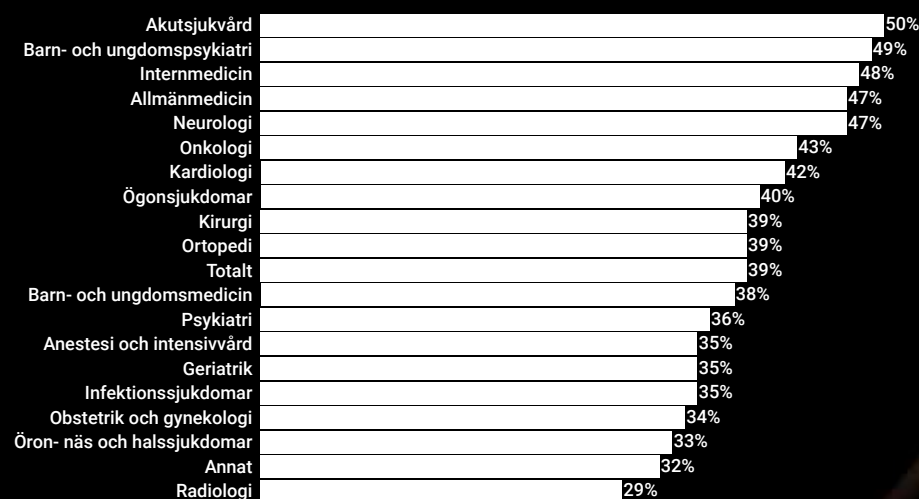
– Vi måste hitta vår plats i ett svenskt sammanhang, men det måste också resultera i att det blir en attraktiv specialitet som många vill jobba i. Annars är det lika bra att låta bli. Vi från SWESEM kommer inte kunna acceptera ett annat utfall än att vi har hela patientansvaret.

Även bland de läkare inom barn- och ungdomspsykiatri som svarat på enkäten är det många som funderar på att både lämna yrket helt (27 procent) och byta arbetsplats (49 procent). Susanne Buchmayer, ordförande för Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, pekar på tre olika områden som hon tror kan spela in i de funderingarna.

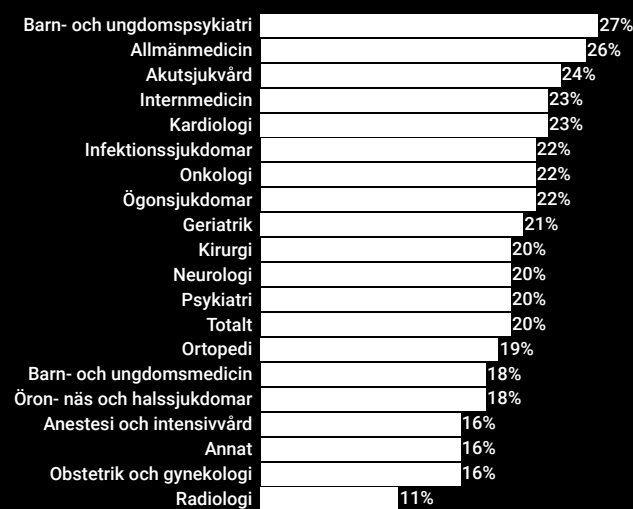
– Dels används barn- och ungdomspsykiatri lite som ett politiskt slagträ och är en specialitet som förväntas lösa ett samhällsproblem. Vi ska ta hand om problem i skolan, vi ska ta hand om socialtjänstens problem och dysfunktionella föräldrar. Många av våra patienter har de här problemen, men allt är inte barnpsykiatri och kan inte heller lösas

"Jag har på grund av arbetsbelastningen på min arbetsplats under de senaste 12 månaderna funderat på att ...

... byta arbetsplats"



... helt lämna läkaryrket"



Fakta om enkäten: Enkäten är gjord av Sveriges läkarförbund under våren 2022. Den skickades ut till samtliga medlemmar yrkesverksamma i hälso- och sjukvården (37 521 personer). 15 901 personer svarade, vilket motsvarar 42 procent. Svarsfrekvensen skiljde sig inte nämnvärt mellan lokalavdelningarna/regioner. Sjukhusläkaren har bitt SLF om resultatet enbart för de som uppgett att de arbetar på sjukhus, vilket här presenteras.

Läs mer!

Du hittar fler siffror från enkäten på vår hemsida: sjukhuslakaren.se

inom barnpsykiatri. Att vi som är runt 400 specialister ska lösa att 10 procent av barn och unga mår dåligt är helt orimligt, säger hon och fortsätter:

– Dels är vi en specialitet där det på många ställen inte finns någon fungerande vårdkedja än. Jämför man med vuxenpsykiatri så söker de vuxna patienterna med lättare psykiatriska problem till vårdcentralen och tas där omhand. Den vårdkedjan finns inte inom barn- och ungdomspsykiatri. Elevhälsan är nedmonterad och jag förstår att allmänmedicinerna slår bakut om de ska ta hand om det här också, som de inte har utbildning för. Samtidigt, att barn som behöver lättare sömnmedicinering ska komma till BUP är orimligt och skapar en splittrad vård för patienten.

Susanne Buchmayer pekar också på att många medlemmar i SFBUP upplever att det saknas ett tydligt medicinskt ledarskap och att det är svårt att verka som läkare. Dessutom menar hon att trycket på de neuropsykiatriska frågeställningarna har ökat dramatiskt de senaste tio åren.

– Vi tar emot fler patienter än någonsin tidigare, ändå får vi bara skäll. Det är inte så lätt att arbeta i.

Vårdplatsbristen problem

Arbetsmiljöenkäten lyfter också frågan om vårdplatsbrist. Den visar att två av fem varje vecka tvingas låta patienter vårdas utan vårdplats (överbeläggning) och lika många tvingas lägga in patienter på en annan avdelning varje vecka.

En av fem tvingas varje vecka skriva ut patienter för tidigt och 14 procent uppger att de varje vecka tvingats skicka hem patienter som borde ha lagts in.

– Att vårdplatsbristen är ett enormt problem för arbetsmiljön är för oss känt sedan länge, men nu har vi också ett statistiskt underlag som visar detta. Det går inte att blunda längre. Vårdplatsbristen orsakar dödsfall, onödigt lidande, och är en enorm arbetsmiljöbelastning med en ständig etisk stress för sjukhusläkare. Att ständigt få problematiken bagatellisera försämrar arbetsmiljön ytterligare. Nu krävs det ett brett erkännande från regionerna om att vårdplatsbristen är ett problem, och konkreta satsningar på vår arbetsmiljöhandlings, säger Elin Karlsson.

Musik som medicin

Text: Ingemo Orstadius

Under våren startade pilotprojektet "Musik i vårdens väntrum" på Skånes universitetssjukhus.

– Musik sänder en stark signal om att alla får vara med. Det symbolvärdet är jättestort, säger Ola Björgell, som gärna är ambassadör för det goda och absoluta välkommandet.

▼ I väntrumsprojektet byts den slentrianmässiga reklamen på teveskärmarna ut mot lugn och behaglig musik framförd av Malmö Operas kör och orkester. De deltagande musikerna har själva fått välja repertoar utifrån frågan vad de lyssnar på när livet känns svårt. En 90 minuter lång föreställning kommer vid fyra tillfällen per dygn att visas på bild- och funktionsmottagningen, samt på akutmottagningen vid Skånes universitetssjukhus (SUS Malmö). Projektet ska utvärderas av Musik i Syd genom en enkät på plats i väntrummen, samt av mottagningarna själva.

En av krafterna bakom "Musik i vårdens väntrum" är Ola Björgell, regionöverläkare i Skåne. Han menar att alla som arbetar i hälso- och sjukvården självklart ska vara ambassadörer för det goda och absoluta välkommandet.

Gott bemötande

– För såväl patienter som medarbetare är det två saker som är speciellt viktiga i vården. Det ena är att alla ska känna sig absolut välkomna oavsett vem hen är. Det andra är att vi läkare ska vara absolut bäst på den medicinska vetenskapen, säger Ola Björgell och berättar om när han som nybliven läkare kom till röntgenavdelningen i Hässleholm.



Ola Björgell

- Regionöverläkare, Funktionsansvarig Likarätt, Region Skåne
- Docent, Lunds universitet
- Vetenskaplig sekreterare, Svenska Läkaresällskapet

Pilotprojektet "Musik i vårdens väntrum"

Region Skåne, Musik i syd och Malmö Opera har ett gemensamt pilotprojekt kring musik i väntrum på bild- och funktionsmottagningen, samt på akutmottagningen på SUS Malmö. Start våren 2022.

– Jag blev sedd och lyssnad på och kände mig välkommen och inkluderad från första stund. Min chef bjöd till och visade tydligt att han ville att jag skulle stanna kvar på avdelningen. Det goda mellanmännsliga bemötandet gjorde intryck på mig. Det gav mig stor arbetsglädje och blev sedan en stark drivkraft till att lära mig mer.

– Vi som jobbar på sjukhus ska träna på att vara vänliga mot oss själva och alla vi möter. Hur ska vi annars orka med att jobba på sjukhus, frågar han sig och tillägger att musiken är ett av många bra verktyg för att genomföra detta i praktiken. I stället för att sitta i ett kallt väntrum där en teve puttrar på med reklam eller obehagliga nyheter, kan patienterna få lyssna på musik som får dem att känna sig lugna och välkomna, säger Ola Björgell och tillägger att forskningen visar att stresshormonerna kan gå ner och måbra-hormonerna kan öka vid musiklyssnande.

Turas om att vara patienter

Förhoppningsvis kan musiken också fylla en viktig funktion för medarbetarna. Ola Björgell hoppas på en "spin-off-effekt"; att musiken fortsätter in i vårdens korridorer så att alla blir delaktiga.

– Musiken kan få oss att stanna upp och lyssna. Den berör och väcker medkänsla. Det blir lättare för oss att sätta oss in i en annan människas situation och hur det är att vara patient. Och det är viktigt, för vi turas ju om med att vara patienter; det är inte frågan om utan när i livet. Dessutom ligger det i arbetsgivarnas intresse att skapa trivsamma arbetsplatser. Tiotusentals medarbetare

"Tillsammans med Musik i Syd arrangerar vi den Stora Likarättsgalan i vår med temat "Musik som medicin", där profession och allmänhet möts tillsammans", säger Ola Björgell, regionöverläkare i Skåne.



kommer att saknas i vården om några år. Varje insats som gör att personalen stannar, är guld värd. Det kan bli en hit för att använda en musikterm; detta att musik i vården kommer såväl patienter som medarbetare tillgodo!

Ola Björgell ser många möjligheter att använda musik i vården framöver. Äldrevården är ytterligare ett välfungerande exempel.

– Musik stimulerar våra minnesceller. Hos människor med demenssjukdom kan behagliga minnen väckas till liv, som får dem att må bra tillsammans. Att musiken fungerar lugnande kan innebära att äldre kanske kan minska på nattmedicinen, säger han.

Hos barn och unga är musiken ofta mera närvarande i vardagen. Den kan få patienten att glömma bort ögonblicket, förvandla den obehagliga sjukhuskorridoren till ett rum i ett annat universum och kanske väcka fantasin.

Pilotprojektet "Musik i vårdens väntrum" baseras mycket på känslor.

– Men våra liv består av känslor och tankar. De måste också få lov att räknas. Vårt syfte med projektet är att göra enkla saker för att få till stånd ett bra mellanmännsligt möte. Vi lutar oss mot vetenskapen och känner oss trygga med att det redan finns god evidens om musikens hälsofrämjande effekter. Nu är det dags att praktisera det, säger Ola Björgell.

Musikens hälsofrämjande effekt

- Forskning visar att musik kan sänka stressnivån, öka välbefinnandet, minska behovet av smärtlindring, samt lindra inflammationer. Fler och större studier behöver dock göras för att ytterligare kunna belägga musikens hälsofrämjande effekter.

Läs mer här:

► <https://www.lu.se/artikel/musik-en-underutnyttjad-kraft-battre-halsa>

MUSIK STIMULERAR BELÖNINGSCENTRUM I HJÄRNAN

- Enligt Jan Fagius, docent i neurologi och överläkare i Uppsala, är musik som konstart unik på det sättet att vi känner ett behov av att återuppleva den mer än vad vi exempelvis gör med litteratur eller konst.

– Vi får ett sug efter att lyssna på ett visst musikstycke, säger han och jämför med suget efter droger. Precis som droger påverkar musiken dopaminet, vårt belöningssystem, dock utan att vara beroendeframkallande på ett skadligt sätt.

► <https://www.lu.se/artikel/musik-en-underutnyttjad-kraft-battre-halsa-artikelutkast#Fagius2>

MUSIK SOM SMÄRTLINDRING

- 18 olika studier av musikens smärtlindrande effekt gjordes 1998-2007. 15 av 18 studier rapporterade minskad smärta efter operation och 4 rapporterade minskat behov av smärtlindring. I en studie från 2003 fick 151 patienter lyssna på musik under samt efter en bräckoperation. Upplevelsen av smärta var lägre efter operation hos de som lyssnat på musik jämfört med referensgruppen. Likaså var behovet av morfin lägre hos den gruppen.

► <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19962104>

► <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15816586/>

STOR SMÄRTLINDRING VID TARMKIRURGI

- I en studie fick 167 patienter som genomgick gastrointestinal kirurgi självsätta smärta och obehag. Resultatet blev 18-40 procents reduktion under dag ett och två efter operationen. Musik och avslappning användes. Bäst resultat gav en kombination av båda.

► <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15884029/>



Den anatomiska dissektionen hos PO Medica i Sparsör var ett populärt och lärorikt inslag under tiodagarsbesöket.



Dickson Bandoh, färdig neurokirurg nästa år, tillsammans med neurokirurgen Mabel Banson, båda från Ghana.

Utbyte som gagnar alla

Text: **Ingemo Orstadius** Foto: **Dickson Bandoh**

Utbildningsresor, online-kurser och samarbete via WhatsApp. Och i juni ett tiodagarsbesök från Nigeria och Ghana. Samarbetet mellan svenska och afrikanska neurokirurger är numera väl etablerat och sprider sig till fler länder; något som gläder initiativtagaren Magnus Tisell. – Vi har så mycket att lära av varandra, säger han.

▼ 2017 startade Svensk Neurokirurgisk Förening ett långsiktigt samarbete med Nigeria och Ghana. Syftet var att utbilda och förbättra den befintliga verksamheten, samt att bidra med adekvat utrustning. Sedan dess har mycket hänt, trots pandemin.

– Vi har gjort tre ”missions”, i form av utbildningsresor, säger Magnus Tisell, ordförande i Swedish African Neurosurgery Collaboration (SANC). Hittills har 13 personer från Lund, Uppsala, Stockholm och Göteborg rest till Nigeria, Ghana och Liberia. Det handlar om läkare och sköterskor, alla engagerade i SANC, men som aldrig jobbar ihop annars. Utbildningsresorna har gjorts efter att vi fått invitationer med speci-
aluppdrag från de afrikanska länderna;

typ ”nu vill vi ha hjälp med detta”. Då gäller det att hitta rätt personer som kan uppfylla deras önskemål; något vi lyckats bra med. Det senaste året har mycket tid också ägnats åt planering av en tio dagar lång vistelse i Sverige. Besöket inleddes på Sparsörs dissektionslaboratorium utanför Borås. Sju läkare från Ghana och Nigeria, varav flera utbildade neurokirurger, arbetade ihop två och två med svenska blivande ST-läkare under ledning av professor Mikael Svensson från Karolinska Universitetssjukhuset.

Gruppen for sedan vidare till Stock-



Magnus Tisell

holm för att lyssna på föredrag om neurokirurgisk utbildning i Ghana, Nigeria, Malawi och Egypten, ur både nordisk och afrikansk synvinkel. Det medicintekniska företaget Elekta besöktes, där en strålkniv demonstrerades; något som var mycket uppskattat. Lite sightseeing och nationaldagsfirande hanns också med, innan gruppen delades upp på de tre universitetssjukhusen Karolinska, Uppsala och Sahlgrenska.

– Där fick de se operationer, ronder, multidisciplinära konferenser, jourarbete och interaktiv studentutbildning. Och inte minst umgås på kvällarna, för den sociala biten är jätteviktig, säger Magnus Tisell.

Pandemin omöjliggjorde tyvärr resor. I stället ordnade SANC onlinekurser för afrikanska läkare och sköterskor med ämnen som de önskade förkovra sig i. Föreläsarna kom från såväl Afrika som Sverige, Norge och England.

– Svenska läkare som gjorde sin ST, fick gå samma kurs, säger Magnus Tisell och tillägger att en online-kurs gick så bra att den senare exporterades till Etiopien.

SANC har nyligen bjudits in att delta i en utbildningsinsats i Liberia; ett land med en enda neurokirurg. Landet är fattigt och har lidit svårt under ett långt inbördeskrig.

– Ghana, vars sjukvård är bättre organiserad och mera resursstark, planerar redan nu att skicka en neurokirurg dit för att hjälpa till. Ett team med läkare från fyra olika länder, Gambia, Liberia, Nigeria och Sverige, är med i samma nätverk. Vi har mycket kontakt bland annat via WhatsApp och skickar frågor till varandra. SANC fungerar där som en katalysator.

Magnus Tisell hoppas få till stånd en interaktiv utbildning för all afrikansk sjukvårdspersonal.

– Vad bör nyanställda läkare och sköterskor kunna? Det vore bra att ha en sådan utbildning i stället för att bara dela ut ett häfte. Men det handlar om att hitta rätt personer. Nu är det WhatsApp som gäller i olika grupper. Allt får inte bygga på oss, säger Magnus Tisell, som hoppas mycket på de ”yngre doktorerna”. De har det globala perspektivet!

Dickson Bandoh, blivande neurokirurg, Komfo Ankye Teaching Hospital, Kumasi, Ghana

” ... om sitt tiodagarsbesök i Sverige Jag fick ut mesta möjliga av evenemanget, som ökade min kunskap och min skicklighet inom neurokirurgi. Höjdpunkten på vistelsen, det jag kallar min ”Mercedes-Benz-upplevelse”, var användandet av operationsmikroskop och borrarverktyg för de kirurgiska ingreppen. En annan intressant iakttagelse var vilken skillnad det gör att ha rätt utrustning vid vård av opererade patienter. Under ronden på Sahlgrenska Universitetssjukhuset fascinerades jag över med vilken lätthet operationerna gjordes, tack vare standardutrustning som neuromonitorering, höghastighetsbollar och bra mikroskop. Sådana apparater och instrument saknas oftast på våra neurokirurgiska kliniker i Ghana. Tyvärr har vi inte heller tillgång till bra lappar, som vid avsaknad av operationsmikroskop kan hjälpa till med förstoring under operationerna.

” ... om betydelsen av SANC Utbildningsdagarna på Karolinska, med föredragshållare från olika länder, pekade tydligt på vikten av samarbete över gränserna i Afrika för att kunna erbjuda god vård. SANC-modellen, som innebär att resa till resurssvaga länder för att bistå vid operationer, erbjuda online-undervisning och bidra med medicinsk utrustning till neurokirurgiska kliniker, kan sprida sig till andra länder i Afrika. Det är tack vare SANC, under ledning av Magnus Tisell, som vi kunnat göra den här resan.

” ... om ett framtida samarbete Vistelsen gjorde det möjligt för mig att lära känna kollegor från både Nigeria och Sverige. Vi planerar att fortsatt hålla kontakt och hälsa på varandra. Det borde kunna bli möjligt för våra AT-läkare att resa till Sverige för att observera operationer som ännu inte utförs i Ghana. På samma vis, är jag redo att ta emot besökare från såväl Nigeria som Sverige.

Läs mer!

Längre intervjuer med Dickson och Mabel finns på: sjukhuslakaren.se

Mabel Banson, neurokirurg, Korde-Bu Teaching Hospital, Accra, Ghana

” ... om sitt tiodagarsbesök i Sverige Våra två dagar på Sparsörs dissektionslaboratorium var verkligen en upplevelse. Jag jobbade ihop med en svensk AT-läkare under ledning av professor Mikael Svensson. Jag lärde mig massor av saker, exempelvis att använda flera olika tekniker vid dissektionen. Den gemensamma nämnaren som gjorde det här besöket så minnesvärt, var det positiva och varma mottagandet, den tillmötesgående justeringen av scheman för att inkludera oss och beredvilligheten att samarbeta kring olika frågor.

” ... om betydelsen av SANC SANC är ett samlande forum för att utbyta idéer och information. Med online-kurser där professorer instruerar, kan vi lära oss mer om ny operationsteknik och inspireras att sikta lite högre. Samarbetet i SANC är fantastiskt och håller på att utvidgas i Afrika. Snart åker en av våra neuroki-

rurger till Liberia för att dela med sig av sina kunskaper.

” ... om att vara den enda kvinnliga neurokirurgen i Ghana

Vi har sju neurokirurger på mitt sjukhus och jag är den enda kvinnliga, vilket känns speciellt. Det innebär också ett ökat ansvar för att vägleda kvinnor som är intresserade av neurokirurgi. Jag upplever ingen diskriminering på grund av mitt kön, vare sig från äldre eller yngre kollegor. Tvärtom är de stolta och glada över att ha en kvinna med i gänget. Varje människa får ansvar och möjligheter baserade på meriter och inte på kön.

Generellt brukar många patienter i mitt hemland anta att kvinnliga läkare är sjuksköterskor, och behöva instrueras om att så inte är fallet. Då de inser att kvinnan är läkare, brukar de acceptera den vård som ges. När det gäller neurokirurgi, är patienterna öppna och obekymrade inför att undersökas och opereras av en kvinna.

Öppet brev till SKR:s styrelse

I en intervju i Läkartidningen (9/9) konstaterar Emma Spak att arbetsgivare och professionen behöver kroka arm för att hitta gemensamma lösningar. Sjukhusläkarna delar denna analys. Vi arbetar gärna med er och regionerna för att hitta långsiktiga och konstruktiva lösningar på den svenska sjukvårdens problem. För att vi ska kunna nå framgång med detta arbete krävs dock att vi hittar en gemensam beskrivning av verkligheten.

I dag skiljer sig våra verklighetsbilder fundamentalt åt. Det visar sig inte minst i hur vi resonerar kring vårdplatsbristen och tillgängligheten i vården. Enligt Läkarförbundets nyligen genomförda arbetsmiljöenkät är vårdplatsbristen sjukhusläkarnas största arbetsmiljöproblem. Fokus för er retorik har hittills varit hur vårdplatserna i stället kan bli ännu färre.

Därför är vi glada att vi numera tycks vara ense om grundpremisen: att köerna till operation och behandling är ett problem.

Ni slår fast att det är ett problem att antalet platser som i dag kan hållas öppna är färre än det antal som det beslutats. Sjukhusläkarna konstaterar i stället att vi behöver ta reda på hur många vårdplatser som behövs för att vi ska kunna bedriva en patientsäker vård. Det vill säga hur vi kan hamna på en genomsnittlig belägningsgrad på 85 procent.

Vi är inte ensamma om att argumentera för detta sätt att hitta en lämplig nivå för antalet vårdplatser. Regeringen har exempelvis samma åsikt. Men ni i SKR har i stället kritiserat att Socialstyrelsen har fått i uppdrag att ta fram målvärden för antalet vårdplatser ända ned till klinisknivå. Varför har vi svårt att förstå.

Målvärdena är inte tvingande, men de kommer att visa om de beslutade vårdplatserna är tillräckliga för att bedriva en patientsäker vård eller inte. Argumentet som ni för fram att detta skulle försvåra för en utbyggnad av primärvården och den nära vården är därför svårt att förstå. Den högst nödvändiga utbyggnaden av primärvården kan inte ske på bekostnad av en patientsäker sjukhusvård. Utmaningen är i stället att hitta resurser och arbetsmetoder som möjliggör en god vård för alla – oavsett vårdnivå. Vi för gärna en konstruktiv dialog om hur detta skulle kunna gå till.

I detta sammanhang vill vi också framföra ett ifrågasättande av ert påstående att en satsning på primärvården och den nära vården per auto-

matik skulle innebära ett minskat tryck på sjukhusvården och ett lägre behov av vårdplatser. Tvärtom, kan en sådan satsning i stället komma att innebära att fler patienter får en diagnos och remitteras till sjukhusvården. Den obönhörliga demografiska utvecklingen, med allt fler multisjukska äldre, kan inte enbart hanteras på vårdcentralsnivå. Vad som behövs är fler vårdplatser på sjukhus.



Vi ställer oss även frågande till hur en utbyggnad av primärvården i en nära framtid ska gå till? Behovet av personal är redan i dag skriande och regionerna har hittills varken lyckats skapa en arbetsmiljö och personalpolitik som gör primärvården till en attraktiv arbetsplats. En av fyra distriktsläkare överväger att lämna yrket.

Vi vill därför ge Emma Spak en eloge för att hon i samma intervju som ovan framhåller behovet att förbättra arbetsmiljön samt säkra fortbildning och utveckling. Det är en avgörande fråga för hela sjukvårdens framtid. Men i dag finns stora brister i detta arbete. Under pandemin försämrades möjligheterna till fortbildning samtidigt som krisen bidrog till många exempel på förbättrade och mer effektiva sätt att arbeta. Nu får vi signaler om medarbetare som inte får tillräckligt med fortbildning samtidigt som man återgått till de mer ineffektiva arbetsmetoder som präglade vården innan pandemin. Vi skulle därför gärna vilja att ni på SKR, som arbetsgivarorganisation, utvecklar vad ni konkret kan göra för att förbättra arbetsmiljön och säkra fortbildningen. Vi skulle även vilja veta hur ni kan stötta regionerna att bli bättre arbetsgivare?



Vi hoppas på att ni väljer att börja lyssna på professionen och ser i så fall fram emot ett gott samarbete i framtiden.

Elin Karlsson
Ordförande
Sjukhusläkarnas
styrelse



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[®]

Bristol Myers Squibb | Pfizer

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 hjärklaffprotes eller till patienter med befintlig eller tidigare trombos som har fått diagnosen antifosfolipidsyndrom. Eliquis rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt SPC 15 april 2021. För fullständig information och pris se fass.se. Bristol Myers Squibb, Tel. 08-704 71 00, www.bms.com/se, Pfizer AB, Tel. 08-550 52 000, www.pfizer.se.

Här är reformerna som inte kan anstå, regionpolitiker

Sjukhusläkarna har frågat ordförändarna för våra lokalavdelningar om deras vardag. Vilka frågor som de personligen tycker är mest angelägna för våra nyblivna regionpolitiker att lösa fram till nästa val.

▼ En ny mandatperiod innebär en möjlighet att ta ett omtag i politiken, att prioritera annorlunda, att göra om och rätt. Men vad innebär det i praktiken för sjukvårdspolitiken? Vilka frågor måste politikerna ta itu med direkt, vilka reformer är det som helt enkelt inte kan anstå ytterligare en mandatperiod? Svaren skiftar från region till region, men den röda tråden som binder samman svaren är behovet av en bättre arbetsgivare – även om det överlagset vanligaste svaret i vår enkät är vårdplatsbristen.

Att bristen på vårdplatser är det största arbetsmiljöproblemet för sjukhusläkare bekräftas av Läkarförbundets (SFL:s) nyligen publicerade arbetsmiljöenkät som visar att en av sju läkare tvingas skicka hem patienter varje vecka. SFL konstaterar i sin enkät att vårdplatsbristen inte bara gör vården patientosäker och ineffektiv: den ökar även risken för personalbortfall då stressen och pressen leder till sjukskrivningar. På lite längre sikt riskeras även kompetensförsörjningen då utbildningsläkare inte får tillräckligt med handledning.

Brist på sjuksköterskor

Även i Sjukhusläkarnas enkät återspeglar vårdplatsbristens påverkan på personalen och den personalflykt som finns. Många av de svarande lyfter fram bristen på sjuksköterskor som ett särskilt stort problem. Hur det påverkar den dagliga verksamheten och hur exempelvis bristen på narkos- och operations-sjuksköterskor leder till längre väntetider för operation. Flera svarande efterlyser därför att regionerna särskilt uppmärksammar behovet av ny- och återkryteringen av sjuksköterskor. Även

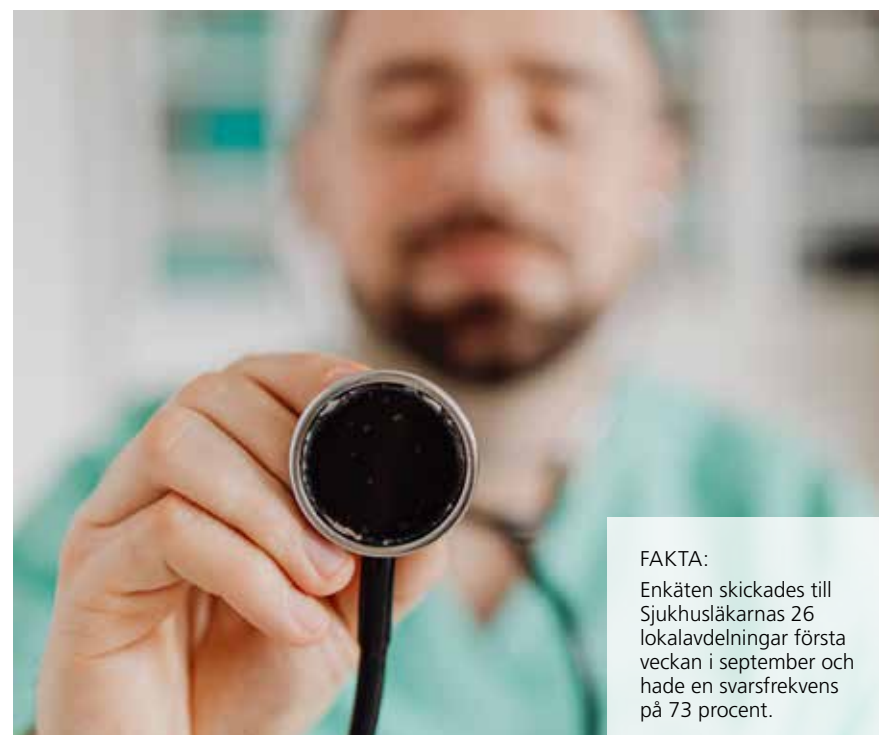


Foto: Karolina Grabowska

FAKTA:
Enkäten skickades till Sjukhusläkarnas 26 lokalavdelningar första veckan i september och hade en svarsfrekvens på 73 procent.

behovet att regionerna som arbetsgivare uppmärksammar och åtgärdar bristen på läkare och specialistläkare, lyfts fram som en angelägen reform i flera svar.

Att regionerna måste bli en bättre och mer attraktiv arbetsgivare är många av de svarande ense om. Inte minst när det kommer till frågan om kompetensförsörjning. Men i svaren tas även flera andra aspekter upp. Som bristen på fungerande it-system. Digitaliseringen som syftar till att underlätta i vardagen har i stället många gånger blivit en frustrerande tidstjuv, som skapar mer administration. Behovet av minskad administration ses dessutom som en viktig fråga för politikerna att ta tag i efter valet. Det efterlyses även medicinskt ledarskap och bättre scheman, mer fortbildning, mindre etisk stress och bättre fungerande akutmottagningar med fullgod bemanning.

Det finns en önskan att läkarna ska tillåtas vara läkare och ägna huvuddelen av sin arbetstid åt kliniskt arbete.

En annan fråga som de nyvalda

regionpolitikerna bör ta tag i så fort som möjligt för att förbättra vården är behovet av fungerande vårdkedjor. Samarbetet mellan sjukhusen, primärvården och den kommunala vården brister många gånger i dag trots att det är en förutsättning för en väl fungerande och patientsäker vård.

Bättre samarbete efterlyses

Det finns ett stort behov av en bättre fungerande primärvård konstaterar flera av de svarande. Andra efterlyser även bättre samarbeten över regiongränserna.

En av de första sakerna som politiker-na behöver göra är dock något som kan tyckas självklart: att definiera vad det är vården ska göra, se till att alla patienter i hela regionen får tillgång till jämlik vård och se till att vården har tillräckligt med medel att utföra sitt uppdrag. Dagens "effektiviseringskrav" måste bytas mot rimliga förutsättningar. I detta ingår därmed en översyn av budgeten och skatter.

1 av 3 lever med risken.^{1*}

*Trots standardbehandling inkl statiner riskerar 1 av 3 kardiovaskulära högriskpatienter ändå att drabbas av en ny stroke, hjärtinfarkt eller annan allvarlig hjärt-kärlhändelse inom 7 år.¹

Amarin är ett ledande globalt företag inom kardiovaskulär vård. Nu finns vi i Sverige och övriga Norden. Vår forskning kan bidra till att patienter över hela världen löper mindre risk att drabbas av hjärt-kärlhändelser. Istället för att ensidigt fokusera på LDL är vår prioritering att minska den kvarvarande kardiovaskulära risken.²

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

AMARIN

Sergels Torg 12, 111 57, Stockholm, Sverige | Organisationsnummer 516412-6558
amarinconnect@amarincorp.eu www.amarincorp.se



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® (evolocumab) R_x (F), ATC: C10AX13. 140 mg injektionsvätska, lösning i förfylld injektionsspenna 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 korrigerande 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 (evolocumab) produktresumé, november 2021