

Sjukhus läkaren

#1
2023

Ditt granskande öga mot vården



Ledaren:

*"Varför har
det krävts en
inspektion
av IVO för
att se det
självlklara?"*

TEMA: HOT & VÅLD

Mordhotad på jobbet

- Stora mörkertal
- Hatvåg mot medicinska forskare



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. Indikationer hos vuxna: 1. Profylax av venös tromboembolism (VTEp) efter elektiv höft- eller knäledsplastik. 2. Profylax av stroke och systemisk embolism vid icke-valvulärt förmaksflimmer (NVAf) med en eller flera riskfaktorer. 3. Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE). Förebyggande av återkommande DVT och LE. 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 vid 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 22 augusti 2022. 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-2200116 PP-ELI-SWE-2552 JAN 2023

Välkommen till en ny – men ändå bekant Sjukhusläkaren!

Det är både spännande och lite skrämmande med förändring. I din hand håller du det första numret av "nya" Sjukhusläkaren. Ett antal centimeter mindre, några sidor tjockare, med en annan typ av papper och en alldeles ny logga.

Vi på redaktionen hoppas att du både ska känna igen dig och uppskatta de förändringar vi har gjort. Till exempel vill vi ge bilderna lite mer utrymme än förut och du kommer kanske märka av en del nya vinjetter.

Innehållet kommer vi däremot inte ändra på. Vårt mål är fortfarande att ge dig som läsare en blandning av granskningar, fördjupande artiklar, goda exempel, arbetsplats-reportage och skarpa krönikor.

Vi vill såklart veta vad du tycker om vår förändring.

Hör gärna av dig med synpunkter – både stora och små. Om såväl innehåll som form.

Det här numret fördjupar vi oss i ämnet hot och våld – ett problem som både har ökat och ändrat karaktär inom arbetslivet de senaste åren.

Det är också ett ämne som är svårt att få fram hårda fakta kring. Statistiken hos både regionerna och

universiteten visade sig vara väldigt bristfällig och mörkertalet enormt.

Med de orden säger jag också på återseende för ett tag framöver. När det här numret kommer ut går jag på föräldraledighet. Mina otroliga kollegor Malin och Eva finns såklart kvar och kommer att fortsätta hålla ett granskande öga mot värden åt er.

Anna Sofia Dahl
Chefredaktör

Eva Nordin,
Anna Sofia Dahl
och Malin Gavelin
på redaktionen.



Sjukhusläkaren

REDAKTION

E-POST: redaktionen@sjukhuslakaren.se

HEMSIDA: www.sjukhuslakaren.se
Utkommer med 6 nummer/år

CHEFREDAKTÖR: Anna Sofia Dahl,
annasofia.dahl@sjukhuslakaren.se
076-790 04 41

GRÄVCHEF: Malin Gavelin,
malin.gavelin@sjukhuslakaren.se
076-790 04 08

REPORTER: Eva Nordin
eva.nordin@sjukhuslakaren.se
076-790 01 97

LAYOUT: Sofia Wixner, A4

ANSVARIG UTGIVARE: Karin Båtelson,
karin.batelson@slf.se
070-790 73 47

SENIOR ADVISOR: Christer Bark
christer.bark@sjukhuslakaren.se

ANNONSER

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

PRENUMERATIONSFRÅGOR

wendela.zetterberg@slf.se

TRYCK

V-TAB Vimmerby AB

NÄSTA NUMMER:

Sjukhusläkaren #2 kommer den 12 april.

#1 2023:

- 6–7: Ledaren med **Elin Karlsson**
- 8–9: I omlopp
- 10: Siffran: 94%
- 11–12: Bilden: Norra Älvsborgs Länssjukhus
- 14–16: Så gör vi: Personal-driven verksamhet i Skåne
- 18–19: 3 frågor till **Björn Lantz**

TEMA:

- 20–23: Temastart
- 24–25: Regionerna svarar
- 26–27: Bemanning är lösningen
- 28–33: Kirurgen hotades av anhörigt till patient
- 34–42: Bildextra: Akuten i Malmö
- 43: Juristen svarar
- 44–47: Medicinska forskare hotas allt mer
- 48–49: Professor **Dan Larhammar**
- 50–52: Hatvågen mot pediatrikprofessor **Claude Marcus**
- 53: Gästkrönika: **Christine Takami Lageborn**
- 54–57: **Ardavan Khoshnood**, kriminolog och lektor

- 58–59: Hallå där **Bo-Göran Ericzon**
- 60–62: Vad hände sen? #utantystnadsplikt
- 63: Kollen: Influensavaccin
- 64–66: Föreningsnytt från Sjukhusläkarna



14

FOTO: LI FERNSTEDT



28

FOTO: NICKLAS ELMRIN



34

FOTO: LI CHRISTIAN ÖRNBERG



PÅ OMSLAGET

Björn Öberg har illustrerat numrets tema. Du hittar fler av hans illustrationer längre bak i tidningen.

TEMA: HOT & VÅLD

► I statistiken syns hot och våld nästan inte alls, men Sjukhusläkaren har pratat med dem det verkligen gäller. Och mörkertalen är stora. ◀

Läs mer på sidorna 20–57.

Nytt inslag i tidningen:

► "Ser erbjudandet gällande influensavaccin likadant ut för all sjukvårdspersonal runt om i landet?" Den frågan fick vi in till redaktionen och vi bestämde oss för att ta reda på svaret. Resultatet blev vår nya vinjett "Kollen" som du hittar på sidan 63 i tidningen. ◀

Läs mer på sidan 63.

FOTO: GETTY IMAGES

VI HAR LIVSVIKTIG PERSONAL SOM DU GÄRNA FÅR TA DEL AV.



Ilona
Sjuksköterska och
Sjukvårdssoldat.

När du anställer sjukvårdare med bakgrund eller deltidsengagemang i Försvarsmakten, får du personal som är tränade i att behålla lugnet. Som är utbildade i akut omhändertagande och traumasjukvård. Alltid med praktisk erfarenhet, också i utmanande situationer.

BLI EN AV OSS, FÅ EN AV OSS.

Samarbeta med Försvarsmakten och få handlingskraftig, samarbetsvillig och engagerad personal. Samtidigt som du bidrar till att försvara allt det som gör Sverige till Sverige.
Läs mer på forsvarsmakten.se/arbetsgivare



FÖRSVARSMAKTEN

”Man kan fråga sig varför det har krävts en inspektion av IVO för att se det självklara? Varför har man inte lyssnat?”



NOLL-TOLERANS

Detta nummer fokuserar på hot och våld – något vi aldrig ska behöva acceptera. Arbetsgivarna ska ha handlingsplaner, stötta oss och agera. Annars är alla uppsatta skyltar om nolltolerans bara ett skådespel.

Patientsäkerheten är hotad på grund av vårdplatsbristen vid våra svenska sjukhus. Det påtalas tydligt i Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) granskning av 27 sjukhus där samtliga får allvarlig kritik.

Man ser oacceptabelt långa väntetider på akutmottagningar, utebliven medicinsk övervakning av patienter, patienter som vårdas i korridorer, patienter som inte får sina läkemedel i tid, eller i värsta fall inte alls.

Det brister även i den mest basala omvårdnaden, som att få hjälp med personlig hygien och att få i sig näring och vätska.

Vi från Sjukhusläkarna är tyvärr inte förvånade. Vi har sett problemen i många år, med en gradvis och mycket oroande försämring. Vi har påtalat det gång på gång i artiklar, debatter och politikermöten. Vi har visat i siffror – svart på vitt – att vårdplatsbristen orsakar onödigt lidande och onödiga dödsfall. Ändå har man förminskat eller helt ignorerat våra rapporteringar, och de enorma problem sjukvården står inför. Och trots att vi har redovisat tydliga data har man anklagat oss för anekdotisk bevisföring.

Otaliga är de regionala politiker och högt uppsatta chefer som visionärt, utan tydlig verklighetsanknytning, talat sig varma om att flytta ut vården från sjukhusen och om digitaliseringens möjligheter.

Missförstå mig inte, den vård som kan ske i öppenvården bör ske just där. Men när en vårdplats behövs – då ska den finnas. När en patient behöver intensivvård – då ska det medicinska behovet avgöra inte platstillgången.

Patientens överlevnad skall inte stå och falla med tillgången till adekvata vårdplatser på våra sjukhus. När man väl är på sjukhus, då ska det

vara värdigt och man ska få en säker vård. Man ska inte bli undernörd, få trycksår och i värsta fall komma ut från sjukhuset i sämre skick än innan.

Man kan fråga sig varför det har krävts en inspektion av IVO för att se det självklara? Varför har man inte lyssnat? Varför finns det inte inbyggt i hälso- och sjukvården att säkerställa patientsäkerheten och larma när det brister? Vi menar att svaret finns i flera systemfel.

Ett av dem handlar om chefläkarnas roll. En kartläggning utförd av Nätverket Sveriges Chefläkare visar att ställning i organisationen, anställningsvillkor och arbetsuppgifter varierar kraftigt mellan sjukhusen. Gemensamt är dock någon form av ansvar för arbete med patient-säkerhet och kvalitet.

Rollen är inte definierad i lagen, men den sammankopplas ofta med det som anges i Hälso- och sjukvårdslagen för anmälningsansvarig: ”den som är anmälningsansvarig för händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada bör ha en sådan ställning i organisationen att han eller hon kan överblicka och påverka patient-säkerhetsarbetet”.

Lagen kräver inte ens medicinsk kompetens för detta. Inte heller rollen som verksamhetschef, som alltid har det yttersta ansvaret, kräver medicinsk kompetens. Chefläkaren borde få vara tydligt oberoende – separerad från en vanlig anställd i linjestyrningen. Med möjlighet att garantera patientsäkerheten och larma när det brister. Utan risk för repressalier.

Vidare måste vi titta på det självklara: För vems skull är vi i vården här? Vården måste utgå från mötet mellan patient och läkare. Det krävs en översyn av vem som gör vad och vi måste säkerställa att kompetenser används på rätt sätt – till kärnuppdraget. För oss läkare handlar

det om att utreda, ställa diagnos och behandla patienter, men även att utbilda framtida kollegor samt att driva forskning och utveckling framåt.

För att vården ska fungera krävs omvårdnadspersonal som kan ägna större delen av sin tid till patienterna – inte till meningslös dokumentation.

Det får inte vara viktigare att dokumentera upprepningar i journalen än att säkerställa att patienten får mediciner, eller slipper ligga i sin egen avföring. Därtill behövs exempelvis dietister, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, logopeder. Och vi behöver experterna på patientnära administration – de medicinska sekreterarna – nära oss i vården.

Den administrativa delen av sjukvården har ökat lavinartat – medan det administrativa stöd vi får kring det patientnära arbetet på många håll minskat. Den enorma administrativa överbyggnad som vården, liksom annan offentlig verksamhet, drabbats av måste granskas och utvärderas. Här krävs ett vetenskapligt förhållningssätt liksom i vården i övrigt. Ett nyckeltal eller målvärde över antalet administratörer i förhållande till antalet som arbetar med kärnuppdraget bör tas fram. Vi behöver få arbeta i lugn och ro. Och få tid till att förändra det som förändras bör – till patienternas gagn.

Elin Karlsson
Ordförande i Sjukhusläkarna



Det behövs en nationell samordning av vården. I det regionala självstyret har man är efter år negligerat vårdplatsbristen. Idag ser man på många håll problemet – men ingen lösning. Det krävs ett ansvarstagande.

Sjukhusläkarna kräver:

- En nationell styrning av vården där regionernas ansvar måste förändras.
- En översyn av chefläkarrollen med målet att vara en oberoende garant för patientsäkerheten.
- En högre grundbemanning och en översyn av vilka yrkesgrupper som gör vad. Arbetsuppgifter måste renodlas.
- Ökad medicinsk ledning och närvaro på vårdavdelningar.
- Hög medicinsk kompetens i ledningen.
- En översyn och korrigering av den administrativa överbyggnaden inom hälso- och sjukvården. Låt skattepengarna gå till vård – inte till administrativ överbyggnad.

HJÄLP TILL!

- Jordbävningen i Turkiet och Syrien har släckt tusentals människoliv, och totalförstört hem och flera sjukhus. Vi kan alla hjälpa till genom att exempelvis skänka pengar till hjälporganisationer.

När nyhetsflödet blir för tungt försöker jag tänka på Tage Daniels-sons citat ”Det är ens skyldighet att hålla glädjen levande. Det kan vara tungt men man måste försöka. Om man ger upp och drunknar i sorgen ökar man världens elände” ◀



FOTO: GETTY

100

så många patienter har nu vårdats av medicinkliniken på Capho S:t Görans sjukhus tillsammans med företaget Medoma i piloten **Virtuell Vårdavdelning**. Patienterna får med sig en läsplatta samt utrustning för att mäta sina vitalparametrar hemma, men är fortsatt inskrivna på medicinkliniken. Ronden sker via videosamtal på läsplattan.

**HÖR AV DIG!**

Har du lagt märke till något roligt, förargande eller konstigt på din arbetsplats? Eller hittat något fyndigt i flödet på dina sociala medier? Ta en bild eller skriv några rader till oss på redaktionen@sjukhuslakaren.se

FOTO: GETTY IMAGES

Röster om IVO:s kritik

IVO:S NATIONELLA SJUKHUSTILLSYN RIKTADE SVIDANDE KRITIK MOT SAMTLIGA 27 GRANSKADE SJUKHUS I SVERIGES 21 REGIONER FÖR PERSONALBRIST, ÖVERBELÄGGNINGAR OCH DÅLIG PLANERING:

”När det här åläggandet kom från Ivo upplevde jag och många andra det som att en tyngd lättade från axlarna. Ivo noterade också att vården inte var patientsäker – det som vi kände och upplevde var sant. Sedan blir det ett hårt rakt slag i ansiktet när regionen överklagar, i stället för att ta till sig av kritiken” säger urologen Karl Wassberg, tjänstledig från Akademiska, till Läkartidningen.

”Tillsynen är av begränsat värde och slutsatserna lite väl långtgående”, säger Mikael Johansson (M), ordförande i Kronobergs regionstyrelse, till Dagens Samhälle.

”Vi fackliga har sett att en raljant attityd kring Ivo-rapporten spritt sig både i politikerleden och bland chefstjänstemän i Region Kronoberg” skriver Johan Danielsson, ordförande i Kronobergs Läns läkarförening i en debattartikel i Smålandsposten.

”Det är uppenbart att regionerna har misslyckats med sitt uppdrag, och detta utan att hittills behöva stå till svars. Vi kräver en ökad nationell styrning där regionernas ansvar måste förändras” säger Elin Karlsson, ordförande i Sjukhusläkarna. ◀

LÄS MER!

Elin Karlsson, Sjukhusläkarnas ordförande, om kritiken på s. 66.

ELEVERINGENS INNEBÖRD

Ur DN Debatt-artikeln ”Varning för strategerna som slipper göra jobbet” av Johan Alvehus och Gustaf Kastberg Weichselberger, experter på offentlig förvaltning: ”Personalen i kärnverksamheten sitter plötsligt och utför enkla uppgifter av typen fylla i reseräkningar

och leveranskvittera beställningar, samtidigt som administratörerna tar fram en ny strategisk kommunikationsplan. Elevering innebär alltså att enklare administrativa arbetsuppgifter skiftas ut, ofta till dem som jobbar ute i verksamheten och till chefer på lägre nivå.”

**ETT KORT-VARIGT SKRI**

På en anslagstavla på SÖS hängde denna uppmaning att stanna upp, lyssna inåt och ta tre djupa andetag. Någon var snabbt framme och målade dit ”Skriet” på en av bilderna – vilket resulterade i att den skyndsamt plockades ner.

**I flödet:**

@schyssta.stygn skojar om läkares berömda handstil.



En lapp som definitivt signalerar passiv aggressivitet, menar @stlakarna.

”Visionen är att tänka digitalt först både i relationen med patienter och i våra arbetssätt.”

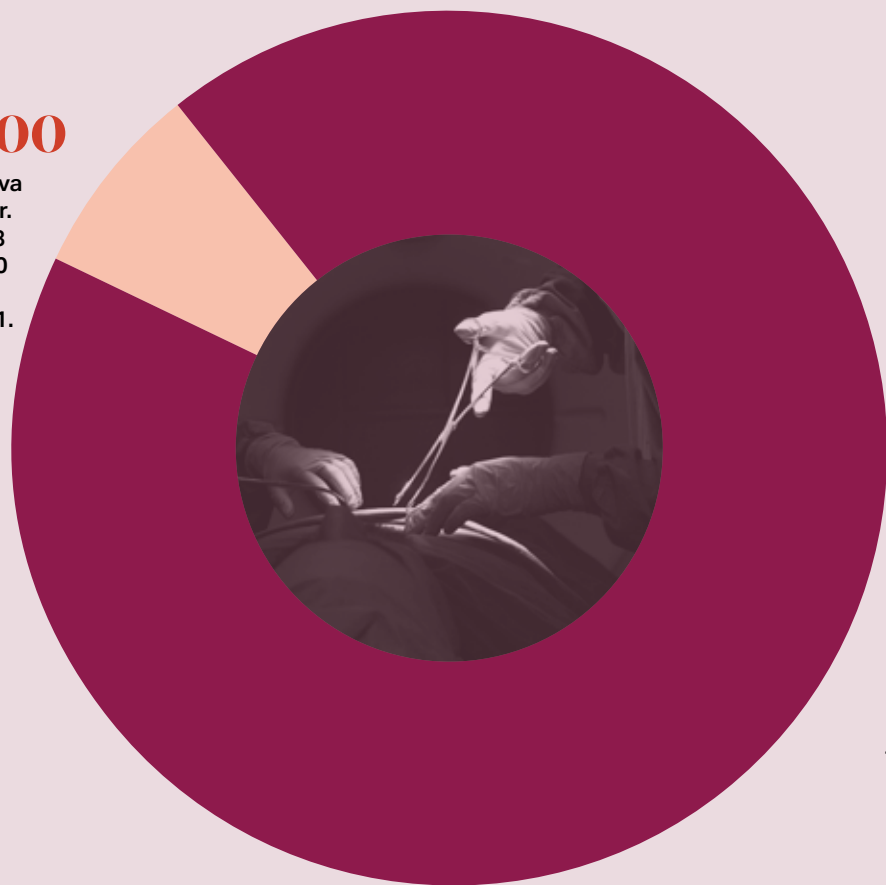
Från **Sahlgrenska Universitetssjukhusets** digitaliseringsstrategi 2022.



FORTFARANDE FÄRRE ELEKTIVA OPERATIONER

20 700

färre elektiva
operationer.
Men 54 268
fler än 2020
och 36 079
fler än 2021.



94%

färre elektiva
operationer
utfördes
under 2022
jämfört med
2019.

FORTFARANDE ÄR NIVÅERNA för antalet utförda elektiva operationer inte tillbaka till det normala. Vid en jämförelse av antalet operationer under 2022 och det senaste normalåret 2019 står det klart att det utfördes drygt 20 000 färre elektiva operationer i fjol.

Det ser också olika ut runt om i landet. Endast sex regioner kommer upp i ungefär samma nivåer som 2019 under

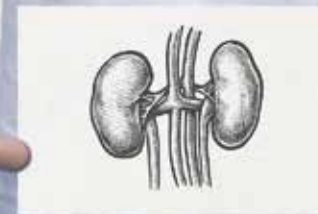
2022 – Region Skåne och Västra Götalandsregionen (107 procent), Region Stockholm (103 procent), Region Uppsala (98 procent), Region Jönköpings län (98 procent) och Region Dalarna (97 procent).

Tuffast verkar fjolåret ha varit för Region Kalmar län (62 procent) följt av Region Värmland (71 procent) och Region Kronoberg (74 procent). ◀

Om statistiken: Datan kommer från Svenskt Perioperativt Register, SPOR, som är ett kvalitetsregister. Operationsavdelningar från hela landet rapporterar själva in antalet utförda operationer.

Fotnot: Region Blekinge, Gotland samt Jämtland/Härjedalen är exkluderade i den här statistiken, eftersom det saknas data för dessa regioner 2019.

EN SMIDIG VARDAG TILLSAMMANS



Dailiport® (takrolimus depotkapsel)

Behandling med immunosuppressiva läkemedel såsom takrolimus varar ofta livet ut. Denna grupp av läkemedel byts inte automatiskt ut på apoteket, så det är du som behandlande läkare som väljer hur mycket patientens läkemedel kommer att kosta på sikt. Genom att ordinera generiska mediciner hjälper du till att tygla läkemedelskostnaderna både för enskilda patienter och på samhällsnivå.

- Fler styrkor ger bättre möjlighet till individanpassad dosering^{1,2,4}
- Förmånligare pris än referensläkemedlet^{3,4}



Referenser: 1. Dailiport® produktresumé. 2. Stegemann, Eur J Pharmaceutical Sciences 2011;44:447-54. 3. TLV.se 28 okt 2022. 4. Advagraf® produktresumé.

Dailiport (takrolimus): 0,5 mg; 1 mg; 2 mg; 3 mg; 5 mg. Depotkapslar. (Rx;F), ATC-kod: L04AD02. **Farmakoterapeutisk grupp:** Kalcineurinhämmare. **Indikationer:** 1) Profylax mot transplantatavstötning hos vuxna njur- och levertransplantationspatienter. 2) Behandling av transplantatavstötning som är resistent mot behandling med andra immunsuppressiva läkemedel hos vuxna patienter. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot takrolimus, andra makrolider eller något hjälpämne. Behandling med takrolimus kräver att noggrann monitorering genomförs av adekvat och erfaren personal. Läkemedlet ska endast förskrivas, och förändringar i immunsuppressiv behandling inledas, av läkare med erfarenhet av behandling med immunsuppressiva medel och av vård av patienter som genomgått transplantation. **Varningar och försiktighet:** Felmedicinering, inklusive ovarsamt, oavsiktligt eller oövervakat byte mellan takrolimus beredningar med direkt respektive fördröjd frisättning, har setts. Detta har lett till allvarliga biverkningar, inklusive avstötning av det transplanterade organet och andra biverkningar som kan vara en följd av antingen under- eller överexponering för takrolimus. Patienter bör bibehålla behandling med samma takrolimus beredningsform och den därtill hörande doseringsregimen. Byte av beredningsform och ändringar i doseringsregimen bör bara ske under noggrann övervakning av transplantationspecialist (se avsnitt 4.2 och 4.8). **Fertilitet, graviditet och amning:** Data på människa visar att takrolimus passerar över placentan. Begränsad information från mottagare av transplantat visar inte på någon ökad risk för skadlig påverkan på utvecklingen eller utfallet av graviditeter under takrolimus behandling jämfört med andra immunsuppressiva läkemedel. Fall med spontana aborter har dock rapporterats. Data på människa visar att takrolimus utsöndras i bröstmjölk. Eftersom skadliga effekter på den nyfödda inte kan uteslutas bör kvinnor inte amma när de får Dailiport. En negativ effekt av takrolimus på manlig fertilitet i form av minskat antal spermier och minskad motilitet sågs hos råtta (se avsnitt 5.3). **För fullständig information om varningsföreskrifter och begränsningar:** se www.fass.se. **Datum för senaste översyn av produktresumén:** 2022-07-29. **Innehavare av marknadsföringstillstånd:** Sandoz A/S, Edvard Thomsens Vej 14, 2300 Köpenhamn, Danmark, www.sandoz.se. NR2112225105

SANDOZ A Novartis
Division

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

dailiport®
TACROLIMUS
depotkapsel



NÄL, Trollhättan tisdag 31/1 16.38

JOURRUM När Marie Keillar, barnläkare på NÄL, Norra Älvsborgs Länssjukhus, ska gå jour händer det att samtliga bokningsbara jourrum är upptagna. Då börjar sökandet efter en plats att sova på. Under flera nätter har hon och hennes kollegor tvingats övernatta på en ledig brits på barnmottagningens patientrum.

– Det är ovärdigt och en otrolig försämring av arbetsmiljön, säger hon.

Beslutet att förändra organisationen runt jourrum fattades av sjukhusledningen i juli 2020. I korthet resulterade det i att samtliga jourrum på NÄL omfördelades och blev en förvaltningsgemensam resurs. Barnkliniken blev i och med beslutet av med sina bakjoursrum.

– Var ska tiden och orken komma ifrån? Att inte veta var man ska sova och i vilket rum är stressfyllt, särskilt när du snabbt ska rusa i väg och knappt vet var du befinner dig, säger Marie Keillar.

Johan Ernelin är enhetschef för NU-sjukvårdens utvecklings- och planeringsenhet.

– Det ska självklart inte vara så som de beskriver i intervjun, att de sover på britsar och i patientrum. Jag bokar gärna ett möte med verksamhetschefen och de läkare som vill vara med, så att vi kan föra en dialog om hur deras arbetsmiljö när det gäller jourrummen kan förbättras, säger han.

Läs mer! En längre version av texten finns på sjukhuslakaren.se.

Kortare beslutsvägar med personaldriven verksamhet

Vid årsskiftet tog personalen vid enheten för kognitiv medicin över driften av sin verksamhet. Det är den första personaldrivna vårdenheten i Region Skåne.

– Vi upplever ett ökat engagemang i personalgruppen, säger Moa Wibom, verksamhetschef vid Ängelholms sjukhus.

TEXT EVA NORDIN FOTO LI FERNSTEDT

INFÖR VALET 2018 gick Allians för Skåne ut med löftet att ge personalen ett större inflytande i hälso- och sjukvården.

– Förberedelsearbetet inför en ansökan har varit intensivt och krävande, men motivationen att bli en personaldriven vårdenhet har varit stark hos alla medarbetare, säger Moa Wibom, överläkare och verksamhetschef för specialistmottagningen, som vid årsskiftet bytte namn till verksamhetsområde kognitiv medicin.

Till mottagningen kommer patienter från hela Region Skåne med kognitiv svikt och misstanke om neurodegenerativ sjukdom eller kognitiv sjukdom för utredning och behandling.

– Från 1 januari är vi organisatoriskt placerade direkt under regiondirektören och regionstyrelsen, vilket undanröjer flera nivåer av beslutsfattande och gör oss mer snabbfotade, säger Moa Wibom.

Syftet med att införa personaldrivna vården-

heter är att stärka arbetsmiljön och öka utrymmet för utveckling av idéer samt ge medarbetare större möjligheter till inflytande och delaktighet.

– Vi vill verkligen hitta vägar för att leverera en god vård med hög kvalitet och skapa förutsättningar för att våra patienter ska känna sig trygga. Vi har sedan länge en bra struktur och har i flera år arbetat över myndighetsgränser och i nära samarbete med olika klinikspecialiteter och verksamhetsområden. Det tänker vi fortsätta med, men förhoppningsvis på nya sätt och vägar, säger Moa Wibom.

VID ÅRSSKIFTET UTÖKADES verksamheten även med BPSD-registret, ett nationellt kvalitetsregister som vill kvalitetssäkra vården av personer med kognitiv sjukdom, samt bidra till forskning och utveckling.

Ledningen för det politiska styret i Region Skåne har förhoppningar om att personaldrivna

enheter kan stimulera ett långsiktigt ekonomiskt tänkande samt öka tillgängligheten i hälso- och sjukvården.

– Jag skulle väldigt gärna vilja säga att vi ska minska köerna med hälften och bli mångdubbelt effektivare. Men det är inte rimligt utifrån de växande behov som finns och de resurser vi har. När vi övergick till att bli personaldrivna hade vi lite drygt tre heltidsanställda läkare. Men för att klara vårt upptagningsområde skulle vi behöva vara snarare nio. Det regionbidrag vi har är utformat efter hur det såg ut 2019 och det täcker inte våra kostnader på långa vägar, säger Moa Wibom.

INOM EN TVÅÅRSPERIOD spår Moa att patientgruppen kommer att förändras, på liknande sätt som skett inom exempelvis reumatologi och neurologi, tack vare mer effektiva läkemedelsbehandlingar.

”
Vi vill verkligen hitta vägar för att leverera en god vård med hög kvalitet.”

– Vi ser nu lovande läkemedelskandidater som kan komma att bromsa den kliniska försämringen vid Alzheimer. Vi kommer sannolikt också att få tillgång till biomarkörer som väsentligt kan förändra diagnostiken. Det kommer att kräva stora omfördelningar av resurser om vi ska mäta med vårt uppdrag, säger Moa.

MED KORTARE AVSTÅND till beslutsfattare hoppas Moa Wibom att dialogen med politiker och tjänstemän blir enklare.

– Med den närhet vi nu har till regionledningen hoppas jag att vi i större uträkning ska få en snabbare tillgänglighet till beslutsfattare. Vi behöver regelbundet föra samtal om vad som fungerar respektive inte fungerar och skapa en större förståelse för de utmaningar vi har på golvet, säger Moa.

Per Johansson är överläkare i psykiatri och biträdande verksamhetschef samt grundare av

”Motivationen att bli en personaldriven vårdenhet har varit stark hos alla medarbetare”, säger Moa Wibom (längst fram till vänster).



”Vi har många som söker sig till oss, det ger kanske en signal om att vi har högt i tak och en god arbetsmiljö.

specialistmottagningen vid Ängelholms sjukhus. Tillsammans med Moa sitter han i styrelsen för verksamhetsområdet kognitiv medicin.

– Redan när vi drog i gång mottagningen för 13 år sedan fick vi en relativt stor autonomi och utformade den på ett sätt som vi ville skulle gynna våra patienter och även våra samarbeten över myndighets- och specialitetsgränser. När erbjudandet kom för drygt två år sedan om att bli personaldrivna var vi snabba att hoppa på tåget.

PER MENAR ATT DET finns ett brett politiskt stöd, både från de styrande partierna (M, KD samt L med stöd av SD när det gäller budgetrelaterade frågor) samt oppositionen.

– Vi vill verkligen bevisa vinsterna med att vara personaldrivna. Samtidigt finns det en paradox. Vi har en bred ansats och ju bättre vi är desto fler patienter vill komma till oss och desto fler remisser får vi. Vi har redan långa köer som vi omöjligt kan arbeta bort utifrån de resurser vi har idag. För att utvärdera oss behövs andra mätetal än att ekonomin ska vara i balans, säger Per Johansson.

Med den nya organisationsformen och en självständigare vårdenhet hoppas Moa och Per att viktiga beslut ska färdas kortast möjliga väg. Nu får chefer och medarbetare en möjlighet att utöva medledarskap, det vill säga samarbete i team med fokus på patienten och där alla medarbetare tar ansvar för att saker och ting blir gjorda.

MOTTAGNINGEN HAR 35 anställda.

– De senaste åren är det få som har slutat. Vi har många som söker sig till oss, det ger kanske en signal om att vi har högt i tak och en god arbetsmiljö. Även om vi inte kan matcha lönerna som ges i kommunerna, kan vi erbjuda ett stimulerande uppdrag och möjligheter till forskning och att kanske skriva en master. Vi hoppas också kunna vara en inspiration för andra som vill starta en personaldriven vårdenhet, säger Moa Wibom. ◀



”Vi hoppas kunna vara en inspiration för andra som vill starta en personaldriven vårdenhet, säger cheferna Per Johansson och Moa Wibom.”

RIKTLINJERNA FÖR PERSONALDRIVNA VÅRDENHETER INNEHÅLLER BLAND ANNAT FÖLJANDE:

- ▶ En personaldriven verksamhet är en avgränsad enhet – vårdcentral, mottagning, ett helt eller delar av ett sjukhus.
- ▶ En personaldriven verksamhet har fått utökade befogenheter och utökat ansvar för verksamhet, ekonomi och personal, där ledningen ansvarar för det ekonomiska resultatet.
- ▶ Verksamheten fortsätter vara i Region Skånes regi och placeras organisatoriskt under regionstyrelsen som enskild verksamhet.
- ▶ Chef för verksamheten utses efter samverkan och i samråd med all personal.

KÄLLA: REGION SKÅNE

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

Förkortad produktinformation

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 och pediatrika patienter i åldern 3 månader och äldre. Hänsyn ska tas till officiella riktlinjer för lämplig användning av antibakteriella medel. **Kontraindikationer** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något av de hjälpämnen som anges i avsnitt Förteckning över hjälpämnen. **Dosering Vuxna:** Rekommenderad dos av dalbavancin är 1500 mg administrerat som en enstaka infusion eller som 1000 mg följt av 500 mg en vecka senare. **Barn och ungdomar från 6 års ålder till yngre än 18 år:** Rekommenderad dos av dalbavancin är en enstaka dos på 18 mg/kg (högst 1500 mg). **Spädbarn och barn från 3 månaders ålder till yngre än 6 år:** Rekommenderad dos av dalbavancin är en enstaka dos på 22,5 mg/kg (högst 1500 mg). **Administrerings sätt** Xydalba måste rekonstitueras och spädas ytterligare före administrering som intravenös infusion under en 30-minuters-period. Anvisningar om rekonstituering och spädnings av läkemedlet före administrering finns i avsnitt Särskilda anvisningar för destruktion 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 för försäljning** AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstraße, 67061 Ludwigshafen, Tyskland

Produktresumé 12/2022.

För fullständig information hänvisas till FASS.se

Vid medicinska frågor kontakta: medicalinformation@advanzpharma.com eller tel. 020 088 02 36.

Endast för vårdpersonal.



ADVANZ

PHARMA

"Med en personalpool sprider man helt enkelt riskerna"

1 Kan fler personalpooler vara lösningen på vårdens problem med personal- och vårdplatsbrist?

– Vår viktigaste lärdom under den här studien hittills är att det finns mycket potential inom det här området. Personalpooler kan göra att verksamheterna kan planera smartare och därmed bli mer effektiva. Man kan likna det vid en aktieportfölj där vissa aktier går ner och andra går upp. Med en personalpool sprider man helt enkelt riskerna och får en ökad servicegrad med en redan befintlig personalstyrka. När det uppstår ledig kapacitet på en avdelning och brist på en annan kan man inte riktigt göra något åt det i dagsläget utan tvingas till drastiska åtgärder som att beordra in ledig personal. Det är det vi vill komma ifrån. Som ett exempel kan jag nämna Skaraborgs sjukhus där man i perioder har haft ont om neonatalläkare men ett överskott på specialiserade neonatalsjuksköterskor. Samtidigt har situationen inne på Sahlgrenska varit precis den motsatta. Tänk om vi på ett systematiskt sätt hade kunnat ha ett utbyte av personal.

2 Men personalpooler är inte bara av godo – vilka nackdelar har ni observerat i studien?

– Det största hindret handlar om rekrytering. Om man ska jobba i en pool behövs det både en bredare kompetens och en vilja hos individen att arbeta på det här sättet. Inom vården har vi redan stor brist på framför allt specialiserade sjuksköterskor så att hitta de här personerna kan vara en utmaning i sig.

– Ett annat hinder på vägen handlar om specialisering. Det krävs ofta specialkunskaper inom den verksamhet du arbetar så du kan inte poola vilka verksamheter med varandra som helst. Specialiseringen dem emellan måste vara densamma.

– Det tredje tydliga hindret som vi har observerat i studien är gemenskap. Den

handlar om att även om det funkar specialiseringsmässigt så kan olika arbetsplatser ha olika kulturer som gör att man inte känner sig hemma där om man är van att arbeta på ett annat sätt.

3 Studien är inte slut – vilket blir nästa steg?

– Nästa steg för oss är att hitta metoder att överbrygga de här hindren och lösa de praktiska problemen. Kanske behöver vi avlöna personalen som ingår i poolen mer än andra för att de ska vara villiga att ingå i den? Vi jobbar just nu även med befintliga verksamhetsdata där vi försöker hitta ett sätt att rent matematiskt kunna bygga och konfigurera pooler för att få den ökade servicegraden som vi är ute efter. I den bästa av världar behöver vi två enheter som rör sig på olika sätt, så att variationerna tar ut varandra så mycket som möjligt. Det behöver inte vara två enheter – det kan vara tre eller ännu fler också. För att undersöka detta tittar vi bland annat på historiska data för att se hur och var efterfrågan på vård och personalkapacitet naturligt tenderar att gå upp och ner enligt vissa förutsägbara mönster. Som exempel kan nämnas brutna lårbenshalsar som ökar på vintern när det är halt ute och studsmatteskador hos barn som ökar under sommaren. Vår förhoppning är att få till en planering med tydligare proaktiva inslag istället för att huvudsakligen jobba reaktivt. Historiskt sätt har den svenska sjukvården löst kriserna först när de uppkommer genom att till exempel beordra övertid eller ringa in den som är ledig. En mer proaktiv modell kostar mer som grundinvestering men betydligt mindre när problemen faktiskt uppstår. På köpet får vi en ökad patientsäkerhet och ett ökat antal vårdplatser etcetera. ◀

TEXT MALIN GAVELIN
FOTO OSCAR MATTSO

Björn Lantz är biträdande professor inom Operations Management vid Chalmers tekniska högskola och har forskat på interna personalpooler och deras möjligheter och hinder.

TEMA: HOT & VÅLD

38
SIDOR!

Hotfulla brev till bostaden, olustiga sms nattetid och aktivister som mobiliserar via sociala medier. I regionernas och universitetens statistik syns det nästan inte alls – men hat och hot om våld mot läkare och medicinska forskare beskrivs som ett ökande fenomen när man frågar dem det gäller. Det visar Sjukhusläkarens granskning. >>>



Bara 11 av 26 svarande kunde redovisa siffror för hur många läkare som utsatts för hot och våld.

Stora mörkertal i regionernas siffror

Hur vanligt är det egentligen att läkare utsätts för hot och våld i arbetet? Vi frågade regionerna, som visade sig ha svårt att ge en tydlig bild. Men det görs en hel del för att förhindra att det sker.

TEXT ANNA SOFIA DAHL

ATT DET ÄR SVÅRT ATT få fram en rättvisande bild av hur vanligt det är med hot och våld mot läkare blir tydligt nästan oavsett var man tittar. Exempelvis visar Arbetsmiljöverkets statistik över antalet anmälda arbetsolyckor orsakade av hot och våld sammanlagt endast elva anmälningar som gäller yrkeskategorin "specialistläkare" under åren 2017-2022.

Och när Sjukhusläkaren ber regionerna om statistik gällande just hot och våld mot läkare visar det sig att nästan hälften inte kan särskilja olika yrkeskategorier i siffrorna.

Sjukhusläkaren frågade också vilka åtgärder man vidtagit inom respektive region de senaste tre åren för att minska risken för hot och/eller våld. Samtliga regioner svarar att de har en handlingsplan och/eller rutiner för hur man ska agera om en medarbetare utsätts för hot eller våld. Utöver det är ökad vaktnärvaro, fler larm, mer

utbildning, möjlighet till låsning av lokaler (lock down) och att ha med perspektivet vid om- och nybyggnationer var några av de mest återkommande svaren.

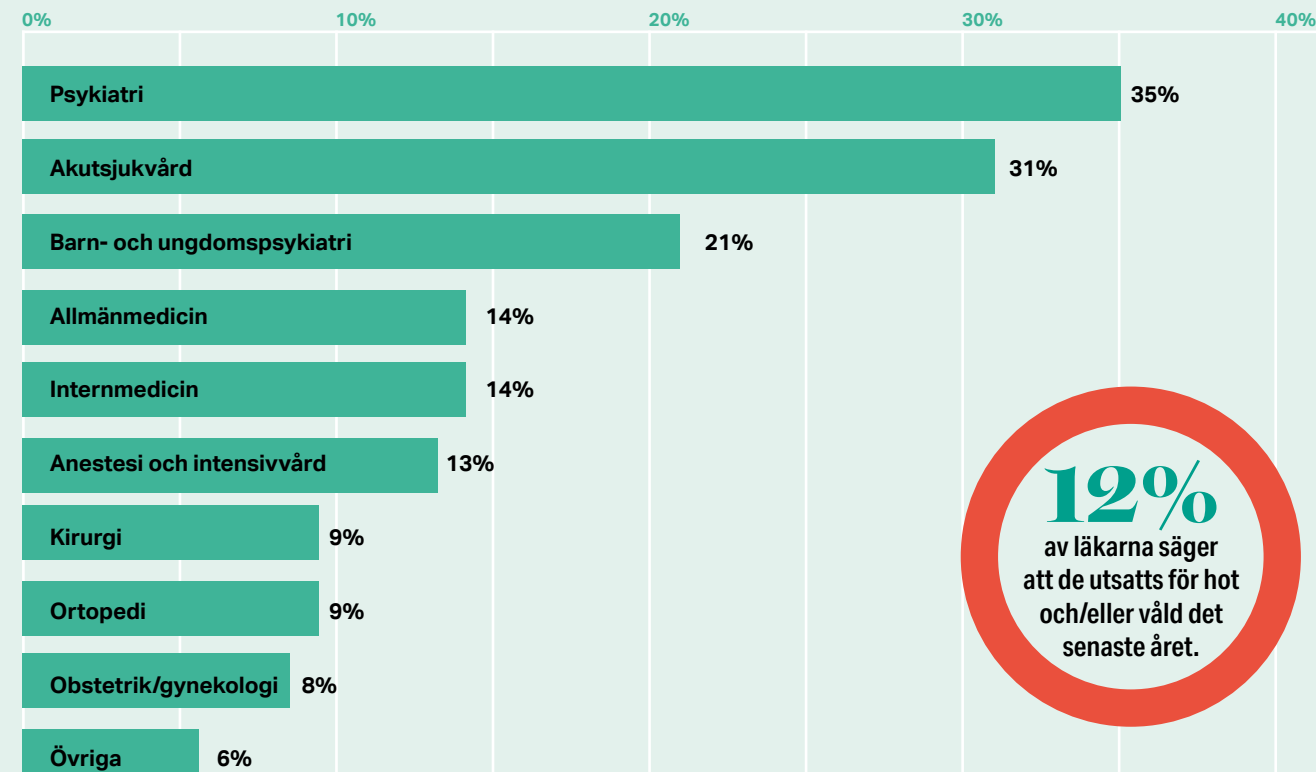
SAMTIDIGT LYFTER EN DEL regioner också svårigheten att få personalen att rapportera avvikelser om hot och våld.

När Läkarförbundet förra våren frågade sina medlemmar om de utsatts för hot och/eller våld de senaste tolv månaderna svarade 12 procent ja.

Flest som utsatts för hot eller våld av en patient eller anhörig visade sig då finnas inom psykiatri, följt av akutsjukvård och barn- och ungdomspsykiatri.

Sett till var i karriären man befinner sig uppger fler AT-, BT- och ST-läkare samt underläkare att de utsatts jämfört med överläkare/specialister (11 procent). ◀

SÅ UTSATTA ÄR DE OLIKA SPECIALITETERNA

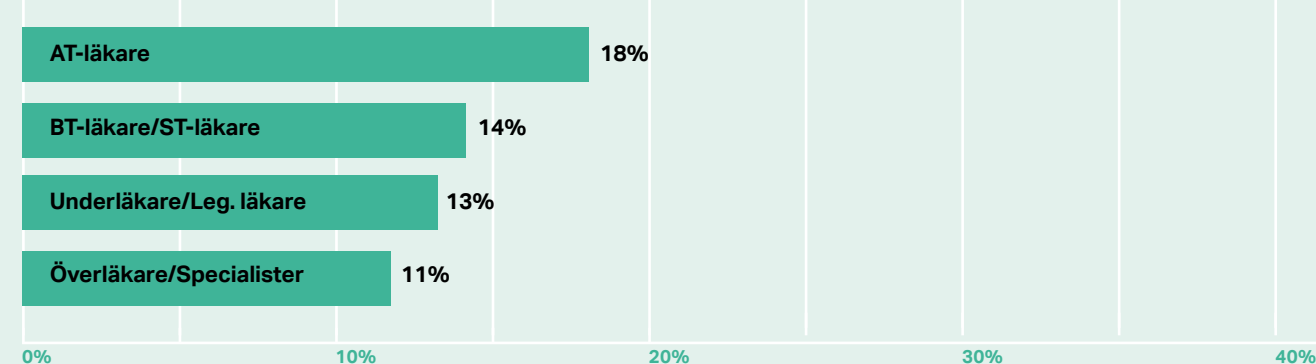


Andel som svarat att de utsatts för hot eller våld från patient eller anhörig under de senaste 12 månaderna uppdelat på specialiteter.

12%

av läkarna säger att de utsatts för hot och/eller våld det senaste året.

AT-LÄKARE UTSÄTTS OFTARE



Andel som svarat att de utsatts för hot eller våld från patient eller anhörig under de senaste 12 månaderna uppdelat på var man befinner sig i karriären.

KÄLLA: SVERIGES LÄKARFÖRBUNDS ARBETSMILJÖENKÄT SOM SKICKADES UT TILL SAMTLIGA MEDLEMMAR UNDER VÅRDEN 2022. 15 901 AV 37 521 SVARADE, DET VILL SÄGA 42 PROCENT.

Se regionernas svar på nästa uppslag

REGIONERNA SVARAR

1. Hur många ärenden där en läkare har utsatts för hot och/eller våld har ni registrerat 2012 till 2022?
2. Vilka konkreta åtgärder har ni gjort de senaste tre åren för att minska risken för hot och/eller våld?

REGION BLEKINGE



- 1 Har inte haft möjlighet att ta fram statistiken.

REGION DALARNA



- 1 2012-2022: 52 ärenden totalt.
- 2 Bland annat ökad vaktnärvaro, ökat antalet larm, utbildning.

REGION GOTLAND



- 1 Kan inte specificera per yrkeskategori.
- 2 De åtgärder vi har att tillgå väktare, överfallslarm, personlarm, kallelsesignalsystem.

REGION GÄVLEBORG



- 1 Kan inte specificera per yrkeskategori. Började registrera ärenden 2017.
- 2 Väktare att tillgå dygnet runt på akutsjukhusen, utbildning efter verksamhetens behov, lock down-rutin på akutmottagningen vid ökad hotbild. Nytt sjukhus under uppbyggnad i Gävle och Hudiksvall – hot och våldperspektivet är med i bygget, våra akutmottagningar får högre skyddsklassning mot yttre påverkan.

REGION HALLAND



- 1 2015-2022: 35 ärenden totalt.
- 2 Exempel på konkreta åtgärder senaste tre åren: Utbildning, komplettering av överfallslarm, utökning av väktare och ordningsvakter, låsning av verksamheter och begränsning av antalet medföljande, tillgång till bevakningspersonal på plats vid patientmöten av högriskkaraktär, förebyggande arbete del av processen vid samtliga om- och nybyggnationer.

REGION JÄMTLAND/HÄRJEDALEN



- 1 2012-2022: 13 ärenden totalt
- 2 Utökat vaktorganisationen – nu vakt dygnet runt samt anställt egna ordningsvakter.

REGION JÖNKÖPINGS LÄN



- 1 2012-2022: 5 ärenden totalt (Enbart möjligt att följa yrke när hot och våld registrerats som arbetsskador, ej vid tillbud)
- 2 Några exempel: Ny utbildning som tagits fram. Stödmaterial för vägledning av hot via sociala medier och av hot/aggressivitet via telefon. Nybyggnationer/renovering sker enligt direktiv för robust sjukhus (MSB). Förstärkt/utökat bevakning vid våra sjukhus.

REGION KALMAR



- 1 Har ingen tillförlitlig statistik över detta, av flera orsaker.
- 2 Några exempel: Webbarad hot/våld-utbildning, utbildat huvudinstruktörer i metoden TERMA, förtydligat rutiner kring tillträdesskydd och larm. På ett av sjukhusen har rondering av ordningsvakt utökats till dygnet runt.

REGION KRONBERG



- 1 2012-2022: 17 ärenden totalt. (Det är befattningen på den person som registrerar ärendet registreras)
- 2 Framförallt försöker vi få personalen att genomföra våra utbildningar. Väktare/ ordningsvakter finns. Uppdaterar kontinuerligt riktlinje för Fysisk säkerhet. Kontinuerlig översyn av lås- larm och passagesystem.

REGION NORRBOTTEN



- 1 Kan inte specificera per yrkeskategori.
- 2 Några exempel: Bärbara larm erbjuds till verksamheter som känt behov, utbildning baseras utifrån riskbedömningar, ordningsvakter och väktare som responderar på överfallslarm samt möjlighet att beställa bevakning vid

planerade patientbesök som bedöms kunna bli ordningsstörande, genomgång av ev. riskpatienter i vissa verksamheter under morgonmöten, vaktbolag tas in vid behov både akut samt till planerade besök, översyn av möblering i väntrum, mottagningsrum, säkra glas (ej skottsäkra) och ökad belysning utanför entréer.

REGION SKÅNE
Skånes universitetssjukhus

- 1 2014-09-14-2022: 150 ärenden totalt.
- 2 Larm ska varje verksamhet ha i någon form. Varje verksamhet ska utföra en riskbedömning Går att låsa samtliga dörrar i entréplan. Att lära sig ett gott bemötande och ha en förståelse för att våra patienter befinner sig i kris, ha en medvetenhet om problemen och arbeta aktivt med frågorna gör att när det väl händer så är man förberedd. Följa upp incidenter för att lära sig om vad som gick bra eller mindre bra och vad gör vi om det händer igen.

Nordväst

- 1 2015-2022: 10 ärenden totalt.
- 2 Exempelvis: Många vårdenheter har möjlighet att låsa entréer för att uppnå kontrollerade personflöden (porttelefon med kamera),

hela akutmottagningen kan utlösa s.k. hotbildslåsning, CCTV-systemet har utökats. Möjligt att avropa såväl mobila personlarm som personskydd. Ett antal enheter har lokalt överfallslarm installerat i sina lokaler. Helsingborgs lasarett finns två stationära ordningsvakter som kan tillkallas av samtliga medarbetare vid incidenter eller upplevd hotbild.

Nordost

- 1 Kan inte specificera per yrkeskategori.
- 2 Flertalet åtgärder har gjorts, men de faller under sekretess (rör bl.a bevakning och bevakningens rutiner/instruktioner och arbetssätt).

REGION STOCKHOLM
Danderyds sjukhus

- 1 Registrerar inte olika yrkeskategorier.
- 2 Flertalet tekniska åtgärder har vidtagits för att hindra obehöriga att komma åt sjukhuspersonal. Lång utbildning- och övningsserie relaterat till "pågående dödligt våld" genomfördes i fjol. Och storskalig övning gjordes på akutmottagningen, vilket utmynnat i så väl tekniska som organisatoriska skyddsåtgärder.

Södersjukhuset

- 1 2012-2015: 236 ärenden totalt (samtliga läkare). 2016-2022: 308 ärenden totalt (spec.läk/ÖL)
- 2 Några exempel: Projektet "Verkligheten flyttar in" om hur en kan bemöta hot och våld för att minimera skadan. Lokala rutiner ska tas fram på hur de ska agera. Projektet "Patientens rätt att välja" pågår. Riktlinjer och instruk-

tioner för hur man ska bemöta patienter och närstående med förolämpande eller diskriminerande beteende för att det inte ska eskalera. Under 2023 ska utbildning där hot- och våldssituationer tränas med hjälp av VR-teknik. Utökat antal vakter.

Södertälje sjukhus

- 1 Kan inte specificera per yrkeskategori.
- 2 Några exempel: Bevakningspersonal finns på plats dygnet runt alla dagar i veckan. Möjlighet att bära personlarm. Kamerabevakning finns. Alla ska 1 ggr/år göra e-kursen "Lärande om hot och våld på jobbet", vid avvikelser får säkerhetschefen kopia och följer upp med närmsta chef/medarbetare.

TioHundra, Norrköping

- 1 2012-2022: 175 ärenden totalt.
- 2 Regionsgemensam VR-utbildning i att bemöta hot- och våldssituationer införs 2023. Riskanalyser görs kopplat till systematiskt arbetsmiljöarbete. Exempel på åtgärder: Olika typer av larm, extrainkallade väktarresurser, samverkan med polis och kommun.

Capio St Göran och Karolinska universitetssjukhuset har ej svarat.

REGION SÖRMLAND



- 1 2012-2022: 134 ärenden totalt.
- 2 Exempelvis: Utbildningar, säkerhetsinventeringar i alla våra högriskverksamheter regelbundet. Verksamheter med högrisk har bärbara bråklarm, på två av sjukhusen ordningsvakt dygnet runt. På akutmottagningar överfallslarm som går direkt till polisen.

REGION UPPSALA



- 1 Okt 2016-2022: 73 ärenden totalt.

- 2 Exempelvis: Insatser har gjorts för att få in fler och bättre avvikelserapporter och rutiner för test av överfallslarm har vässats. Förtydligande av roller och ansvar mellan chef och säkerhetsombud. Justeringar som underlättar för verksamheterna att få tillgång till både permanent och tillfällig hjälp i form av utbildad bevakningspersonal.

REGION VÄRMLAND



- 1 Kan inte specificera per yrkeskategori.
- 2 Exempel på åtgärder: ordningsvakter på CSK sedan ett antal år (>10) tillbaka. Fortlöpande utbildning, självskyddsutbildning kan fås på begäran. Överfallslarm i utsatta verksamheter. Skalskyddet är förstärkt och endast ett fåtal entréer är öppna.

REGION VÄSTERBOTTEN



- 1 Ingen rapport i avvikelssystemet om hot/våld mot läkare. Handfull incidenter mot personal.

- 2 Exempelvis: Ordningsvakter dygnet runt på NUS. Övriga sjukhus har avtal med säkerhetsföretag som kan komma ut vid beställning. Vid akuta hot gäller annars 112. I planering av undersökningsrum/mottagningsrum/samtalsrum placeras patient längst in och personal närmast dörr.

LÄS MER!
Du hittar svaren i sin helhet på sjukhuslakaren.se

REGION VÄSTER-NORRLAND



- 1 Kan inte specificera per yrkeskategori.
- 2 Utökat med ordningsvakter på Sundsvalls sjukhus. Ständig översyn av larm och utbildning.

REGION VÄSTMANLAND



- 1 Kan inte specificera per yrkeskategori.
- 2 Säkerhetsenheten bildades 1 oktober 2020. Exempelvis görs säkerhetsrådgivning och utbildning. Finns tydlig och väl fungerande kommunikationskanal under alla dygnets timmar. Västerås sjukhus har en tjänstgörande ordningsvakt dygnet runt och verksamheter kan, vid behov, begära extra stöd av väktare.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN



- 1 Kan inte specificera per yrkeskategori.

REGION ÖREBRO LÄN



- 1 Kan inte specificera per yrkeskategori.

REGION ÖSTER-GÖTLAND



- 1 Kan inte specificera per yrkeskategori.
- 2 Exempel på åtgärder: utbildning, väktare/ordningsvakt dygnet runt alla dagar, överfallslarm till väktare/ ordningsvakt eller polis inom fler verksamheter, projektet "Säker akut" där risker inventerats utifrån lokaler inne och utemiljö, rutiner och samverkan med tex polis, bättre teknik mm.

Nedskärningar leder till **mer våld** på jobbet

För att förebygga hot och våld inom sjukvården behövs varken ett utökat skalskydd, larmbågar eller fler väktare. Lösningen ligger snarare i att ha tillräcklig bemanning. Det säger kriminologen Sofia Wikman som forskat om hot och våld i arbetslivet i mer än tio år.

TEXT ANNA SOFIA DAHL FOTO OLIVIA AGE

OM MAN DELAR IN våldet i tre olika arenor – hemmet, på gatan och i arbetslivet – är det egentligen bara inom den sistnämnda som hot och våld har ökat sedan 2012. Ett faktum som inte sällan väcker en hel del reaktioner.

– Folk blir arga när man säger det här. Våld i nära relationer är ett jätteviktigt problem, men de nivåerna ligger stilla sedan 00-talet. Och gängkriminaliteten är såklart ett stort problem, men det dödliga våldet i Sverige är i dag faktiskt lägre, inte högre, än vad det var på 1990-talet, trots ökningen av de skjutvapenrelaterade fallen. Däremot ser vi en kraftig ökning av det arbetsrelaterade våldet – och då främst inom skola och vård, säger Sofia Wikman, docent i kriminologi vid Högskolan i Gävle, som i sin forskning också ser ett tydligt samband mellan ökningen och nedskärningar, decentralisering och en pressad arbetsmiljö.

Och just det sambandet gör att vägen mot att förebygga hot och våld varken ligger i ”hårdare tag”,

nollvisioner eller åtgärder i skalskyddet. Det är inte heller det som efterfrågas av de som utsatts, enligt Sofia Wikman. Snarare handlar det om att man ser ett behov av att ha tid för överlämning och att kunna kommunicera med kollegerna kring patienter i affekt.

– Man kan tycka att det är löjligt att personalen ska ha tid att fika som åtgärd för att motverka hot och våld. Men det är jätteviktigt att det finns luft i systemet där man hinner prata om subtila hot och sånt som man kan oroa sig för på arbetsplatsen, säger hon.

I SIN FORSKNING KAN Sofia Wikman även se att problemen med hot och våld har förflyttats från att vara något som ska lösas internt på arbetsplatsen, till att vara något som ska lösas med hjälp av en extern aktör så som polis eller rättsväsende. Från ett arbetsmiljöproblem till ett brottsproblem.

– När man pratar om det som ett arbetsmiljöproblem är det som om

det skulle vara mjukare än de där ”hårdare tagen”. Men det behöver det ju inte alls vara. Tvärtom kan ett arbetsmiljöperspektiv inrymma hårdare tag, men då mot huvudmännen. Arbetsgivaren är de som har ansvaret för att påverka.

MEN FÖR ATT KUNNA agera behövs kunskap om hur det egentligen ser ut. När Sjukhusläkaren ber regionerna redovisa hur många läkare som utsatts för hot och/eller våld de senaste tio åren visar det sig att endast hälften har den typen av statistik. Och även bland de som kan ta fram siffrorna är mörkertalet stort.

När Sofia Wikman skrev sin doktorsavhandling för tio år sedan fokuserade hon på det förebyggande arbetet och såg inte statistiken som något nödvändigt. Idag har hon ändrat sig.

– Vi vet att nedskärningar och en dålig arbetsmiljö spelar roll, men vi lyckas ändå inte förebygga det här problemet. Och jag ser inte att frågan lyfts i den utsträckning som den skul-



”Många har nolltolerans, men det hjälper inte. Det går inte att kontrollera bort problemet – det viktigaste är att man skapar kunskap för att det inte ska ske igen. Det här handlar om systemfel och inte om att hitta en syndabock”, säger Sofia Wikman, docent i kriminologi vid Gävle Högskola.

le behöva lyftas, säger Sofia Wikman och exemplifierar med att arbetsmiljöfrågan i princip helt saknades i debatterna inför valet.

Hon påpekar också att det redan finns lagar och regler för det systematiska arbetsmiljöarbetet på plats.

FÖR ENLIGT SOFIA WIKMAN är det viktigaste att arbetsgivaren får snurr på det systematiska arbetsmiljöarbetet.

– Det är där frågan om hot och våld ska ligga, inte hos någon extern aktör. Och det måste vara ett pågående arbete.

Det är också viktigt, menar hon, att det blir naturligt att prata om både hot och våld. Och att det är den drabbade som har definitionsmakten. För en annan aspekt som Sofia Wikman lyfter handlar om synen på den som anmäler.

– Om man är den som anmäler hot och våld riskerar man att framstå som den som inte är kompetent. Det är ofta inte neutralt att anmäla en arbetsskada. Därför är det så viktigt

att titta på de som gjort sig besväret att anmäla.

Att anpassa åtgärderna efter den verksamhet som bedrivs är också en viktig del.

– Man ska inte snegla för mycket

”Det är jätteviktigt att det finns luft i systemet där man hinner prata om subtila hot.”

på USA eller storstäder här i Sverige om man befinner sig på landsbygden, till exempel. Man behöver åtgärder som passar in i den situationsspecifika kontexten.

Sofia Wikman arbetar just nu med ett uppföljande forskningsprojekt där hon och hennes kolleger ska gå

igenom samtliga arbetsskadeanmälningar som handlar om hot och våld som inkommit under åren 2010–2020. Även om det är ett pågående arbete kan de redan nu se att antalet anmälningar sedan 2016 stabiliserats på en ny hög nivå. Också att samvariationen mellan bristande arbetsmiljö och förekomsten av hot och våld fortfarande finns kvar.

HON SKULLE ÖNSKAT att fler gjorde den typen av genomgångar, snarare än fler enkäter och löften om nolltolerans, för att få en bild av hur hot och våld skulle kunna förebyggas.

– När de som utsatts faktiskt har tagit sig tiden att göra en arbetsskadeanmälning så måste vi titta på dem i stället för att gissa kring de här frågorna. För ofta är säkerhetsperspektivet helt dominerande – att man på ett akutsjukhus prioriterar att träna på pågående dödligt våld istället för att se till att man har tillräckligt med personal på sommaren till exempel. Då fokuserar man på fel sida av problemet. ◀

”Ett helvete kommer du få jävla svin”

Peter Danielsson, kirurg på Hallands Sjukhus i Halmstad.

Kirurgen **Peter Danielsson** är en av de läkare som utsatts för hot av en patients anhörig.

– Vi har nolltolerans mot trakasserier på arbetsplatser och det måste också gälla för hur patienterna uppträder mot oss. Man får inte glömma bort att vi är vanliga människor, säger han.

TEXT ANNA SOFIA DAHL FOTO NICKLAS ELMRIN



För tre år sedan tog Peter Danielsson emot hotfulla sms från en patients anhörig.

FÖR TRE ÅR SEDAN landade mejl och sms i Peter Danielssons inkorg som gjorde att den vintern inte blev riktigt som andra. I stället för att fokusera på arbetet som kirurg gick mycket av tankekraften till de hot och beskyllningar som riktades mot honom.

– Det är klart att man känner sig kränkt och ganska ledsen. Och sen blir jag också förbannad för att jag ska behöva gå runt och tänka på det här.

Det började egentligen redan under hösten 2019. En äldre patient med ett svårsläkt sår på ena benet remitterades från primärvården till kirurghuset på Hallands sjukhus i Halmstad och hamnade på Peter Danielsson bord. Efter ingreppet, som enligt Peter Danielsson gick så bra det under förutsättningarna kunde göra, kontaktades han av en anhörig. Hen hävdade att han orsakat patienten en allvarlig vårdskada, något som enligt Peter Danielsson inte är sant. Den an-

”*Det är alltid oacceptabelt att behöva motta hot, men det här är långt över alla gränser.*”

höriga menade också att han uppträtt nonchalant i mötet med patienten, trots att hen inte närvarat vid besöket.

Den anhöriga krävde även att få ta del av patientens journaler, samtliga journalanteckningar och inloggningar i journalen – eftersom hen menade att det saknades information om vad som egentligen hände under ingreppet. Hen hävdade att Peter Danielsson fejkat journalerna för att försöka mörklägga det hela.

TROTS ATT PETER DANIELSSON och den biträdande verksamhetschefen ordnat ett möte med patientens anhöriga för att reda ut de missuppfattningar som uppstått återkom den ena av dem vid ett flertal tillfällen med krav om att få se journalerna. Hen uppträdde då, enligt Peter Danielsson, än mer hotfullt mot både honom och annan personal. Till slut hade situationen gått så långt att personalen fick be den anhöriga att

lämna kliniken, om inte frivilligt så med hjälp av sjukhusets vakter.

– Det finns ingen substans i påståendet att vi skulle ha mörkat något. Vi är väldigt tydliga och öppna med allt vi gör, även det som inte gått som vi hade tänkt. Det finns inget som vi undanhåller och patienten har ofta väldigt god förståelse, även om det ibland inte blir som man önskat, säger han.

ETT PAR VECKOR GICK och en natt kom det två sms från ett okänt nummer till Peter Danielssons mobiltelefon.

”Ojoj...”

”Ett helvete kommer du få, jävla svin”

Ett par nätter senare, två nya.

”Du kommer inte undan med vad du gjort! Du borde nog börja tänka om...”

”Inte konstigt att IVO har dig under uppsikt och kritiserar dig! Tur man har lite kontakter överallt! Gå i pensions nu!”

Även hans fru fick motta sms från samma nummer med hot och beskyllningar som riktades mot honom.

– Då tog jag kontakt med min chef och kände att jag måste få stöd från min arbetsgivare i det här. Det är såklart lite kränkande, även om anklagelserna kommer från en person som inte har varit med vid vårdmötena, säger han och fortsätter:

– Det är alltid oacceptabelt att behöva motta hot, men det här är långt över alla gränser.

MEN FRÅN ARBETSGIVAREN, Region Halland, hade man inga råd att ge enligt Peter Danielsson. Då fanns inga riktlinjer för vilka åtgärder som skulle vidtas eller vad han kunde få hjälp med.

Till slut gjordes en polisanmälan, men utan att man nämnde vilket telefonnummer som hoten kommit ifrån – det fick Peter Danielsson

”Om någon är våldsam finns det en tydlig handlingsplan, men det är betydligt vanligare att vi får motta hot.

komplettera först i efterhand. Efter ett tag lades polisanmälan ner.

– Det borde finnas en handlingsplan för hur man ska gå till väga om en person eller en anhörig börjar uppföra sig oacceptabelt mot någon i personalen. Arbetsgivaren borde vara tydlig med att man inte tolererar ett sådant beteende och att man kommer att vidta rättsliga åtgärder om det inte får ett slut. Det här är inte första gången som någon blir hotad och jag tror inte att det kommer att minska i framtiden, säger han och fortsätter:

– Om någon är våldsam finns det en tydlig handlingsplan, men det är betydligt vanligare att vi får motta hot eller blir tilltalade på ett oacceptabelt sätt.

I 30 ÅR HAR PETER Danielsson arbetat som kirurg och även om hot och våld inte förekommer varje dag märker han av en tydlig ökning de senaste åren.

Främst av situationer då personalen blir tilltalade på ett oacceptabelt sätt – så som att anhöriga och patienter är hotfulla och respektlösa mot sköterskorna i telefon om de inte får träffa läkaren när de vill eller inte får det läkemedel de vill ha.

Han menar att det också är många som säger att de ska anmäla personalen om resultatet inte blivit precis så som patienten och de anhöriga tänk sig från början.

– Jag tror att det kan handla om att medie-rapporteringen ofta handlar om hur dåligt det är inom sjukvården. Patienterna och anhöriga får då med sig en förutfattad mening om att man verkligen måste ta strid för att få rätt hjälp, säger han och fortsätter:

– Men jag skulle säga att det många gånger är de anhöriga som har orealistiska förväntningar på vad vi kan göra för patienten. De vill försvara den som är sjuk, även om det inte finns någon behandling som kan hjälpa dem, och då kan de bli ganska påstridiga och svåra att möta. De tillåter sig en ton som om vi vore brottslingar för att deras anhöriga har blivit sjuka.

PETER DANIELSSON BERÄTTAR att det i början av 1900-talet fanns en skylt på vårdavdelningen med texten ”Läkare och personal ska tilltalas med respekt”.

– Det var en annan tid då. Även om jag inte tycker att vi ska tillbaka dit, tycker jag att patienter och anhöriga ska tilltala oss som arbetar inom sjukvården med respekt. Precis som att vi ska tilltala dem med respekt. Vi kan inte vara deras slasktrattar, säger han och fortsätter:

– Och man måste kunna lita på det vi säger. Om du som patient kommer till sjukvården måste du kunna känna full tillit till att de personer som behandlar dig är kompetenta. Du lägger ju ändå ditt liv i våra händer.

På samma sätt menar han att man som anställd måste känna att man har arbetsgivaren i ryggen vid medicinska beslut som patienten kanske inte håller med om.

– Vi är i en ganska utsatt situation och alla blir inte alltid nöjda – om patienten till exempel vill ha en röntgen direkt, bli sjukskriven eller få ett visst läkemedel – men vi måste kunna agera och ta de beslut som vi anser är bäst ur en medicinsk synvinkel. ◀



Peter Danielsson tycker att det har blivit vanligare med hot och våld de senaste åren.

REGION HALLAND SVARAR:

► ”Detta är ett aktuellt och viktigt område för våra verksamheter och det är något vi arbetar med kontinuerligt och anpassar våra arbetssätt. Sedan 2019 har vi förtydligat en regional rutin kring bemötande av kränkande och trakasserande patienter eftersom vi såg att det behövdes. Relevant kompetensutveckling i hur man hanterar våld- och hotsituationer för befintliga och nya medarbetare är något vi fortsätter att satsa på. Som arbetsgivare är den viktigaste förebyggande åtgärden att säkerställa kunskap hos medarbetare i att hantera hotfulla situationer för att skapa trygghet i att kunna hantera uppkomna situationer på arbetsplatser, och känna trygghet i att det finns rutiner som stödjer en säker arbetsplats. Detta i kombination med att vi i Region Halland kontinuerligt utvecklar processer och insatser utifrån förändrade behov i såväl verksamhet som omvärld”, säger Indre Grimpe, tf HR-direktör.



Lågaaffektivt bemötande, kamrattstödjare vid varje arbetspass och välkomnande väktare istället för beväpnade ordningsvakter. På akuten i Malmö uppstår potentiellt hotfulla situationer dagligen men tack vare ett mångårigt säkerhetsarbete sker endast ett fåtal allvarliga incidenter varje år.

TEXT MALIN GAVELIN

FOTO CHRISTIAN ÖRNBERG

AKUTEN I MALMÖ: VÄNLIGA VÄKTARE GJORDE SKILLNAD

◀ Vakt

För ungefär ett år sedan byttes ordningsvakter i grova kängor och skottsäker väst ut mot vänliga väktare i skjorta och slips. Det visade sig ha jättestor betydelse när det kom till antalet hotfulla situationer på akutmottagningen i Malmö, berättar Christian Engvall och Anders Öjerstedt.

” Vi har verkligen ett gott och nära samarbete med polisen vilket är en stor trygghet för oss.

– **GÄLLER DET SONEN?** Då är det barnakuten som är aktuell för er, min vän, säger Christian Engvall och ler vänligt mot den frustrerade tonårspappan som förgäves försöker ta sig in genom den låsta entrédörren på Malmö akutmottagning. Pappan mumlar något irriterat till svar men samlar sedan ihop sig och sin familj och lommar vidare i riktning mot barnakuten.

– Det händer något med människor som kommer hit i stor stress. De är rädda och oroliga och har en förväntan på att vi ska kunna erbjuda dem en viss typ av hjälp. När vi inte kan det uppstår det lätt diskussioner och tjafs. Men med ett vänligt och lugnt bemötande går det att vända det mesta och förmedla känslan av att vi hjälper dem vidare istället för att avvisa dem, säger Christian Engvall.

Som enhetsansvarig läkare på Malmös akutmottagning bär han tillsammans med enhetschefen Anders Öjerstedt ansvaret för kollegornas säkerhet på sina axlar. Ett ansvar som stundtals har varit extra utmanande att bära.

– **MAN KAN SÄGA** att vårt säkerhetsarbete aktualiserades som mest i samband med den första stora gängrelaterade våldsvågen i Malmö år 2013 när gängen turades om att köra in framför akutmottagningen på två hjul och dumpa sina skjutna kamrater här hos oss. Det var fullständigt horribelt och fick oss att verkligen lägga stort fokus på de här frågorna, säger Christian Engvall.

Att utföra sitt arbete med så pass grovt våld inpå knuten och hantera oroliga gängmedlem-

mar som ville beskydda sin skadade kamrat gjorde att många rutiner behövde skärpas och dörrar behövde låsas. Akutmottagningens samarbete med polisen intensifierades och förtroendet från båda håll är fortfarande mycket högt.

– Larmar vi dem slår de en ring runt akutmottagningen på oerhört kort tid.

Vi har verkligen ett gott och nära samarbete med polisen vilket är en stor trygghet för oss. De förvarnar även oss inför händelser som riskerar att bli extra våldsamma eller hotfulla som till exempel fotbollsmatcher eller demonstrationer. De är våra absolut bästa vänner! säger Christian Engvall.

Samtidigt som våldsvågen var som värst höll även de nya lokalerna för akuten på att ta form efter en längre tids trångboddhet. En fördel med det var att det nya förhöjda säkerhetstänket även kunde byggas in rent fysiskt i lokalerna, något som även underlättar det mer vardagliga säkerhetsarbetet som inte alls är kopplat till det grova gängvåldet.

– **DET BYGGDES DÅ** både ett inre och ett yttre skal där vi kan låsa och skärma av olika zoner, säger Christian Engvall och visar runt i den lite annorlunda utformade runda sjukhusbyggnaden, där han med jämna mellanrum behöver använda sitt kort för att ta sig igenom de olika passagerna.

– Ingen utan kort med tillhörande kod kan komma särskilt långt i byggnaden. Trycker vi på larmet aktiveras övervakningskamerorna automatiskt och spelar då in en kvart bakåt. De har varit till stor hjälp vid flera polisutredningar,



Diskret

Tvåfingerlarmen går direkt till polisen och sitter diskret placerade.



▲ Stopp!

De stora blomkrukorna i betong hindrar effektivt bilar från att köra in framför akutmottagningens entré. Under våldsvågen i Malmö 2013 hände det vid flera tillfällen att bilar sladdade in och dumpade av allvarligt skadade gängmedlemmar framför entrén.

◀ Namn

Det händer att kollegorna döljer sina namnskyltar men för Christian Engvall är det inget alternativ. "Ett sådant samhälle vill jag inte ha" säger han.

CHRISTIAN ENGVALLS BÄSTA TIPS

- Tillämpa ett lågaffektivt bemötande. Tala lugnt, le och var trevlig. Tänk på kroppsspråket och försök förmedla känslan av att du hjälper patienten vidare istället för att avvisa honom eller henne.
- Gå inte in ensam till en patient som uppvisar hotfulla tendenser – men gå inte heller in för många. Det kan göra att patienten känner sig onödigt trängd.
- Om det börjar hetta till – sätt ord på situationen. "Jag känner att du är hotfull mot mig nu". Då ger du patienten en chans att backa, be om ursäkt eller förklara sig.
- Om det inte hjälper – lämna situationen och ge patienten en möjlighet att lugna ner sig. Tänk på att det inte är dig som människa utan din läkarroll som patienten är arg på.
- Testa att byta spelare. Kanske kommunicerar din kollega bättre med just den här personen än du gör? Nästa gång är situationen kanske den motsatta och då är det du som kan hjälpa till.
- Om en hotfull eller våldsam situation ändå uppstår – skriv en avvikelse och bidra till att minska mörkertalet. Dokumentation är viktig av många skäl och kan på sikt bidra till en bättre arbetsmiljö.
- Om du utsätts för regelrätta hot eller våld – polisanmäl! Det är aldrig okej att utsättas för den här typen av saker när du är i tjänst. Anmäl direkt så att polisen kan hämta patienten direkt efter avslutad behandling. Det underlättar den fortsatta rättsprocessen.



Dubbelt upp

Samtliga undersökningsrum på akuten i Malmö har dubbla utgångar av säkerhetsskäl.

säger han och visar med en handrörelse var i taket de många kamerorna sitter placerade.

Vi passerar ett av de många undersökningsrummen som även de präglas av ett tydligt säkerhetstänk.

– Alla undersökningsrum har två utgångar och tysta tvåfingerlarm placerade på diskreta platser. De här larmen går direkt till polisen, säger Christian Engvall och demonstrerar vant genom att lägga fingrarna under en disk i ett av hörnen.

I EN AV KORRIDORERNA möts vi av en väktare som hejar glatt, men som föredrar att vara anonym i det här sammanhanget. Att det är just en väktare i skjorta och slips och inte en ordningsvakt med grova kängor och skyddsväst som befinner sig i lokalerna är ingen slump.

– Ordningssvakterna som vi anlätade tidigare hade en helt annan approach. De hände att de skruvade upp situationer som egentligen inte hade behövt bli våldsamma. Tar du tag i någon och börjar vifta med batonger så svarar den personen ofta med samma mynt. För ungefär ett år sedan bytte vi till väktare som hälsar våra patienter välkomna istället. Det där visade sig verkligen

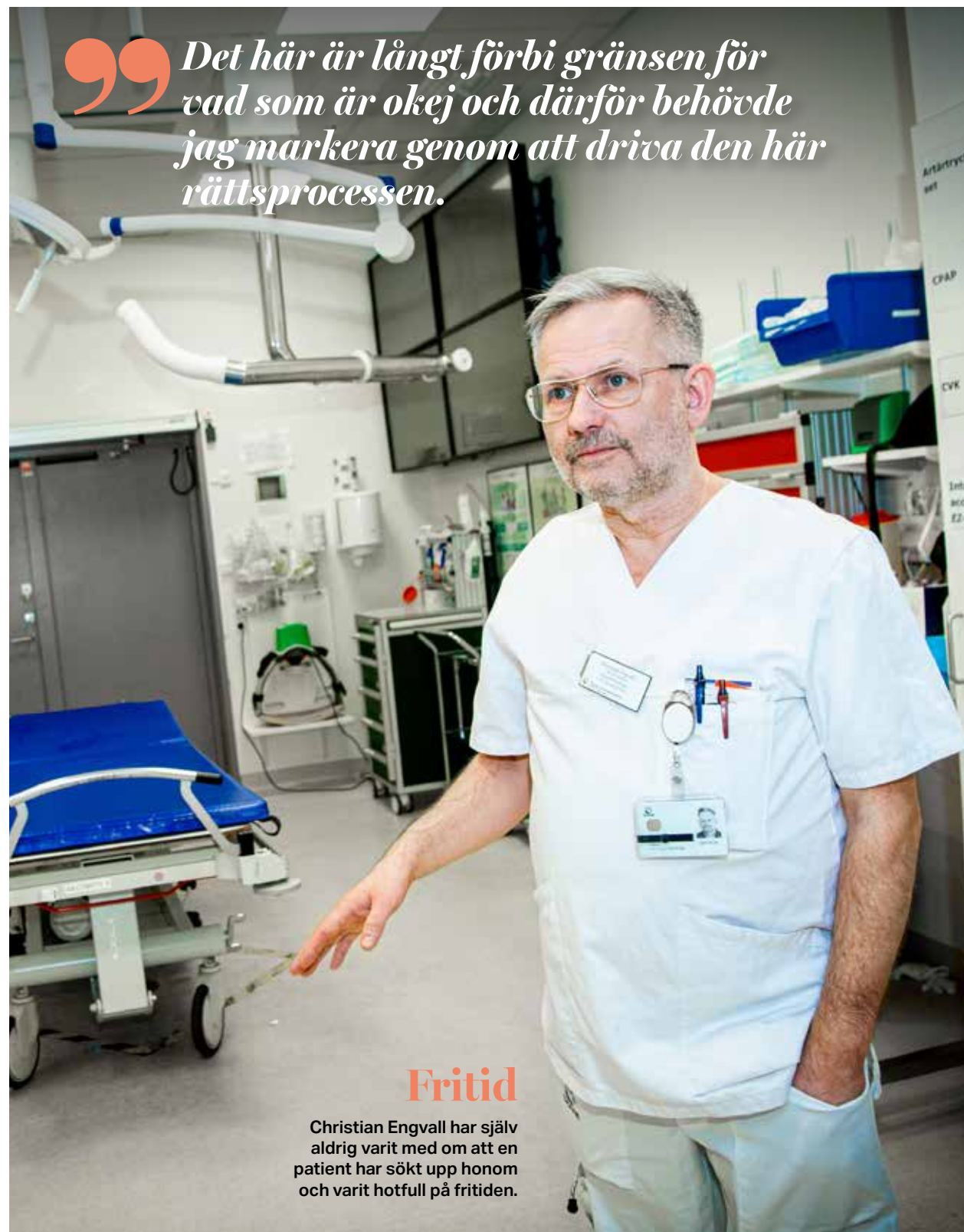
ha jättestor betydelse när det kommer till antalet hotfulla situationer, säger Anders Öjerstedt.

Men att man praktiserar ett lågaffektivt bemötande betyder på inget sätt att man tolererar att bli behandlad hur som helst. På akuten i Malmö råder nolltolerans för alla former av hot och våld, betonar både Christian Engvall och Anders Öjerstedt – men nolltolerans är inte samma sak som en nollvision.

– Vi tolererar inte någon form av våld, men att tro att det aldrig kommer att uppstå den här typen av situationer när man jobbar på en akut-mottagning där vi dagligen möter människor som befinner sig i stor stress, är ett önsketänk. Men allt ska givetvis avvikelseanmälas eftersom det är kopplat till arbetsmiljön. Då kan närmaste chef ta ställning till om till exempel säkerhetsavdelningen behöver kopplas in eller om någon annan form av åtgärder behöver göras.

EN POLISANMÄLAN KAN däremot bara göras av den enskilde och där är det upp till var och en att avgöra om man vill driva ett sådant ärende eller inte, berättar Christian Engvall som talar av egen erfarenhet i frågan.

”Det här är långt förbi gränsen för vad som är okej och därför behövde jag markera genom att driva den här rättsprocessen.



Fritid

Christian Engvall har själv aldrig varit med om att en patient har sökt upp honom och varit hotfull på fritiden.

Larm

Personligt överfallsalarm hör till standardutrustningen för alla yrkeskategorier på akutmottagningen.



– Jag har själv bara varit med om en sådan situation under alla mina år som akutläkare. Det var en alkoholpåverkad man som tappade besinningen fullständigt och där valde jag att gå hela vägen och polisanmäla det inträffade.

Mannen, som hade en allvarlig sårskada i ansiktet, var så utstuderad att han samlade upp blod i handen och stänkte medvetet detta mot Christian samtidigt som han skrek att Christian skulle ta av sina glasögon så han kunde slå honom i ansiktet.

– Där kände jag tydligt att det här är långt förbi gränsen för vad som är okej och därför behövde jag markera genom att driva den här rättsprocessen. Inte bara för min egen skull – utan också för att förhoppningsvis kunna hjälpa någon annan.

MEN TROTS ATT DET VAR Christian som enskild person som gjorde anmälan var han verkligen inte ensam i det hela, betonar han. Stödet var starkt – både från sjukhusets säkerhetsteam och från Christian Engvalls dåvarande chef – som även satt med under hela rättegången.

Väl på plats i rättsalen bad patienten om förlåtelse för sitt beteende och Christian Engvall godtog ursäkten.

– Det blev ett väldigt bra avslut för mig. Ett budskap om att det här var inte okej – men jag godtar din ursäkt. Det slutade med fällande dom för olaga hot och kränkning.

Men Christian Engvall är långt ifrån ensam om att ha utsatts för hot och våld under ett arbetspass på akuten i Malmö. I snitt inträffar

en potentiellt hotfull situation varje dag och kollegor utsatts för reella hot ungefär en gång i månaden. Riktigt allvarliga incidenter inträffar lyckligtvis bara någon enstaka gång om året. Men visst har det hänt att kollegor både har behövt personskydd och trygghetslarm utanför arbetsplatsen, berättar Christian Engvall. Vanligast är dock de där små, förtäckta hoten som inte riktigt går att ta på.

– **”JAHA, DÅ GARANTERAR** du att detta inte är något allvarligt nu då” kan det låta samtidigt som de tittar till en extra gång på namnskylten. Ibland filmar eller fotar de dig samtidigt, vilket givetvis inte är tillåtet här inne på mottagningen. Tack och lov så är det ofta just hot det handlar om och ytterst sällan något som verkställs. Det är viktigt att ha med sig om man ska klara av att jobba på den här typen av arbetsplats.

För det går inte att sticka under stol med att du som läkare på en akutmottagning är extra utsatt för hot och våld av många skäl, menar Christian Engvall.

– Det är ju du som är sista instans och fattar alla de där besluten som är avgörande för patienten. Det är du som inte beställer den där MR:en som någon hade hoppats på eller som på något annat sätt inte gör att förväntningarna på besöket uppfylls. I den frustrationen väcks ofta en ilska som riktas mot dig i din läkarroll. En av de vanligaste situationerna är till exempel när en patient kanske själv har läst på och tycker sig veta vilken behandling hon eller han borde få – men saknar den medicinska kunskapen att värdera sina besvär.

! Det händer att upprörda patienter tar upp mobilen och filmar eller fotar personalen.

En annan kategori patienter som är överrepresenterade när det kommer till att hota och vara våldsamma är de som är alkohol- eller narkotikapåverkade, berättar Christian Engvall. Även patienter med olika former av psykiatriska diagnoser kan utgöra en risk i det här sammanhanget och det i särklass vanligaste stället där situationer uppstår är ute i spotchecken, tillägger Anders Öjerstedt och pekar ut mot den runda receptionen strax innanför entrén som är den första anhalten för majoriteten av patienterna som söker sig till akuten.

FÖR ATT UNDERLÄTTA för kollegor i tuffa situationer har man infört kamratstödare från varje yrkeskategori på varje arbetspass, något som har varit väldigt uppskattat, berättar Christian Engvall.

– Till dem kan du gå om du behöver prata med någon som inte är din chef. Vi jobbar mycket i team så jag kan mycket väl gå till en kamratstödare som är sjuksköterska eller undersköterska – men ibland känns det kanske lättare att gå till en annan läkare som själv har precis samma arbetssituation och ställs inför samma svårigheter.

Utöver det erbjuds avlastande samtal med kurator efter särskilt utmanande händelser samt frivillig debriefing med alla inblandade, berättar Christian Engvall.

MEN TROTS ATT säkerhetsfrågorna ständigt står högt på agendan på akuten i Malmö, finns det utrymme för självkritik.

– När det kommer till utbildning kring hot och våld kan vi absolut bli bättre. I dagsläget har vi bara en obligatorisk webb-baserad kurs i detta förutom introduktionen för nya medarbetare. Men det finns alltid ett stort behov av ytterligare utbildning i de här frågorna och till exempel har vi pratat mycket om att vi borde ha lite mer uppstyrd kurs i lågaffektivt bemötande där vi jobbar ännu mer med kroppsspråk, tonläge med mera. Det är något vi skulle kunna lösa lokalt här med våra kuratorer och något jag skulle vilja ta tag i så snart som möjligt, säger Anders Öjerstedt. ◀



Självkritik

När det kommer till fortbildning kring hot och våld kan även Malmöakuten bli bättre, menar Christian Engvall och Anders Öjerstedt.



Utbildning

För all personal som arbetar på akuten i Malmö är det obligatoriskt att genomgå den webb-baserade kursen i hot och våld.

Regionjuristen svarar om hot och våld



När är det jag som enskild medarbetare som måste göra en polisanmälan och när ligger detta på arbetsgivaren? Sjukhusläkaren bad **Paul Yifter Svensson**, regionjurist i Region Skåne och **Marie Jensen**, säkerhetsstrateg på Skånes universitetssjukhus, att reda ut några vanliga frågor på temat hot och våld. TEXT MALIN GAVELIN

? Vad krävs för att det ska räknas som att jag som läkare har utsatts för ett regelrätt hot av en patient?

! För att det rent rättsligt ska räknas som att en läkare eller någon annan person har utsatts för ett hot måste rekvisiten i 4 kap. 5 § brottsbalken vara uppfyllda. Du behöver då ha blivit hotad med att bli utsatt för en brottslig gärning, till exempel misshandel, och att detta är ägnat att framkalla allvarlig rädsla för din egen säkerhet. /Paul

? När kan det bli tal om hot eller våld mot tjänsteman när målsägande är en läkare?

! Våld och hot mot tjänsteman regleras i 17 kap.1 § brottsbalken och innebär att någon med hot eller våld förgriper sig på en tjänsteman i dennes myndighetsutövning eller för att tvinga tjänstemannen till eller hindra tjänstemannen från en åtgärd i myndighetsutövningen eller för att hämnas för en sådan åtgärd. Med myndighetsutövning menas myndigheternas yttersta maktbefogenheter, till exempel när myndigheter fattar gynnande eller ingripande beslut mot enskilda. Brottet kan alltså inte bli aktuellt bara för att ett hot riktas mot en tjänsteman. Däremot om en läkare i sin tjänst sysslar med myndighetsutövning,

till exempel fattar något ingripande beslut i psykiatri eller enligt smittskyddslagen och hotet har att göra med denna myndighetsutövning – då skulle en person kunna straffas för brottet våld eller hot mot tjänsteman även mot en läkare. /Paul

? Om jag gör en polisanmälan – kommer mina personuppgifter bli kända för den jag anmäler då?

! En polisanmälan är en allmän handling när den inkommer eller upprättas hos Polismyndigheten, den kan dock under vissa förutsättningar omfattas av sekretess om någon skulle begära ut den. Här görs en prövning i varje enskilt fall huruvida sekretess föreligger eller inte. För det fall en polisanmälan leder till en förundersökning och det finns en person som är skäligen misstänkt för brott kommer personen få reda på detta då polisen är skyldig att underrätta personen om misstanken. /Paul

? Om min anmälan leder till en rättegång – blir mina personuppgifter kända för allmänheten då?

! Om det går så långt att en person åtalas för ett brott är huvudregeln att offentlighet gäller vid rättegången. Det finns under vissa förutsättningar möjlighet för

domstolen att sekretessbelägga målsägandens identitet, men detta gäller främst vid sexualbrott. Om en läkare i tjänsten skulle bli utsatt för våld eller hot får man räkna med att uppgifter om läkaren blir offentliga i samband med att åtal väcks.

? Är det jag som enskild som måste göra en polisanmälan eller kan jag få hjälp av arbetsgivaren?

! En polisanmälan kan göras av vem som helst. Företrädesvis är det den enskilde medarbetare som gör polisanmälan, då det är denna som har bäst information om incidenten. Närmaste chef ska vara ett stöd för medarbetaren vid anmälan och finnas tillgänglig under processen. Vid brott som riktas mot verksamheten är det chefen som anmäler. Varje chef och medarbetare avgör själv utifrån omständigheterna i fallet om polisanmälan görs via telefon, internet eller besök på en polisstation. /Marie

? Vad är viktigt att tänka på om jag väljer att göra en polisanmälan om hot eller våld mot mig i tjänsten?

! Börja alltid med att gå till din chef som har ett arbetsmiljöansvar. Denne ska alltid vara ett stöd för dig. Skriv ner det du utsatts för så detaljerat som möjligt. Vad som hände men även hur du uppfattade situationen och hur du mår efteråt. /Marie

LÄS MER!
Du hittar fler svar på vår hemsida sjukhuslakaren.se

ALLT FLER MEDICINSKA FORSKARE HOTAS OCH HATAS



Förföljelse, hot och smutskastning. Okynnesanmälningar till NPOF och massbrev med falska anklagelser. Medicinska forskare utsätts i allt högre grad för hot och trakasserier, något man har noterat på fem av landets sju universitet med läkarutbildning. Framför allt är det forskare som tar ställning mot olika former av pseudovetenskap som utsätts.

TEXT MALIN GAVELIN ILLUSTRATION BJÖRN ÖBERG

DET SYNS INTE SÄRSKILT tydligt i statistiken – universiteten har bara registrerat ett fåtal allvarliga hot- och våldsärenden mot medicinska forskare under den senaste femårsperioden. Men när Sjukhusläkaren kontaktar säkerhetsavdelningarna och de forskande läkarna vid de stora universiteten personligen, träder en helt annan bild fram. På fem av landets sju universitet med läkarutbildning uppskattar man att mängden hot och hat både har ökat i omfattning och ändrat karaktär de senaste fem åren. Endast två universitet, Uppsala och Linköpings universitet, uppger att mängden hot och hat har legat på samma nivå under motsvarande period.

De säkerhetsansvariga på KI, Lunds universitet, Göteborgs universitet, Umeå universitet och Örebro universitet vittnar däremot samstämmigt om en tydlig trend: för den som presenterar ny forskning eller sticker ut hakan i debatten kring framför allt dieter, nutrition och kost väntar en allt större lavin av hot och hat – en lavin som aldrig registreras någonstans.

– **MIN BEDÖMNING ÄR ATT** hot och trakasserier mot forskare vid KI, framför allt de som kommunicerar sin forskning offentligt via medier eller sociala mediekkanaler, har ökat relativt kraftigt under senare år. Tonläget har dessutom blivit hårdare och mer upprört, säger Peter Andréasson, kommunikationsdirektör vid Karolinska Institutet.



Universitet som har märkt en ökning av hot och hat de senaste fem åren:

- Karolinska institutet
- Lunds universitet
- Umeå universitet
- Örebro universitet
- Göteborgs universitet

Hoten och trakasserier har framför allt en tendens att öka i omfattning när det är mycket offentlig uppmärksamhet kring vissa ämnen, konstaterar han.

– Vi upplevde det till exempel när det var stor debatt kring dieter, nutrition och kost. Då hade vi forskare som helt slutade kommunicera med det omgivande samhället via sina sociala mediekkanaler.

NÅGON TYDLIG STATISTIK som visar den här kraftiga ökningen är dock svår att få till från universitetets sida, menar Peter Andréasson.

– De siffror vi kan presentera är sannolikt bara en liten del av de hot som KI:s forskare har tagit emot. Vi vet att många – av olika skäl – låter bli att anmäla hot till vår säkerhetsenhet eller via det system som finns för incidentrapportering. Andra anmäler direkt till polisen utan att rapportera in det i vårt system. Mörkertalet är således antagligen mycket stort.

Finns det något ni skulle kunna göra från universitetets sida för att minska mörkertalet och därmed synliggöra den här kraftiga ökningen i statistiken?

– Vi uppmanar våra forskare och andra medarbetare att anmäla hot och trakasserier till vår säkerhetsenhet och i vårt system för incidentrapportering, men vi behöver antagligen bli bättre på att sprida information om det här så

”*Min bedömning är att hot och trakasserier mot forskare vid KI, framför allt de som kommunicerar sin forskning offentligt via medier eller sociala mediekkanaler, har ökat relativt kraftigt under senare år.*”

att kännedomen om vikten av att anmäla blir större i organisationen.

Vilka insatser gör ni för att stötta forskarna i de här jobbiga situationerna idag?

– Vi arbetar på flera sätt: inledande samtal med närmaste chef och med säkerhetsansvariga vid KI. Rådgivning inför och i samband med kontakt med till exempel polis. Kontakter för att få psykosocialt stöd via till exempel företagshälsovården. Hjälpt med att bevaka och hantera hot i sociala mediekkanaler och liknande. Allt detta bygger dock på att den som utsatts faktiskt tar kontakt med universitetet.

MEN KAROLINSKA INSTITUTET är långt ifrån ensamma om svårigheterna att föra en rättvisande statistik på området hot och hat mot forskare. Från Göteborgs universitets sida har man också en känsla av att mängden hot och hat har ökat, men konkreta belägg för att så är fallet är svårare att få fram.

– Universitetet har ingen sammanhållen statistik kring hot och våld då det system vi använder för registrering inte är obligatoriskt. Verksamheten kan själv välja om man använder systemet eller hanterar frågorna på annat vis. Det som sen faktiskt registreras går inte att bryta ner i kategorier, både anställda och studenter hamnar i samma kategori. Vi är medvetna om att det är en brist, men inget vi kan påverka då man beslutat sig för att det är så här man vill hantera rapporteringen, säger Göteborgs universitets säkerhetschef Anna Dahlgren.

Ett annat problem när det kommer till regist-

ringen av hot och hat är själva definitionen av hot, menar Örebro universitets säkerhetschef Erik Nilsson.

– Vid Örebro universitet har vi lagt en definition som förutom juridiska brottsrequisit som man kan koppla till hot och våld lägger mycket fokus på ”handlingar som överskrider gränsen för lagligt, socialt accepterat och tillåtet och som bidrar till en upplevelse av olust och/eller otrygghet och rädsla.” Om man då pratar generellt om vilken typ av händelser som vi ser vid Örebro universitet så är det framför allt situationer där personer agerar mot universitetets anställda genom att brusa upp, ifrågasätta.

Det vill säga agerande som ligger ganska långt från regelrätta hot. Men agerandet bidrar till att personal känner olust, säger han.

TIPSA OSS!
Har du erfarenheter av hot och hat? Maila oss på redaktionen@sjukhuslakaren.se

PÅ LUNDS UNIVERSITET har mängden hot och hat mot de medicinska forskarna historiskt gått upp och ner och i princip alltid riktats mot forskare med anknytning till djurverksamhet, berättar säkerhetschefen Per Nordén. Men de senaste fem åren har det funnits en ökning som man till och med har kunnat slå fast i statistiken, konstaterar han.

– Det är oftast via mail eller på sociala medier. Vad gäller allvarlighetsgrad så är det ju ytterst hur mottagaren uppfattar det och upp till denne att göra den bedömningen – det kan vara allt från en skarp åsikt som framförs på ett mindre bra sätt till exemplet vi hade 2019 med brev med rakblad fastsatta så att meningen var att man skulle skära sig när brevet sprättades, säger han. ◀



RÖSTER OM HOT OCH HAT MOT FORSKARE

KAROLINSKA INSTITUTET

”Min bedömning är att hot och trakasserier mot forskare vid KI, framför allt de som kommunicerar sin forskning offentligt via medier eller sociala mediekkanaler, har ökat relativt kraftigt under senare år”

Peter Andréasson, kommunikationsdirektör vid Karolinska Institutet



ÖREBRO UNIVERSITET

”Inom sektorn pratas det mycket om hot mot forskare generellt och att det ökar”

Erik Nilsson, säkerhetschef Örebro universitet



UPPSALA UNIVERSITET

”Fokus verkar ha flyttat från in vivo-forskning till kostvetenskap och genus och det finns ett konstant ifrågasättande av de som tar diskussionen och tydligt tar ställning mot pseudovetenskap, till exempel kosttillskott eller kolloidalt silver. Min upplevelse är att mängden hot och hat inte har ökat, men att fokus har skiftat både i vem som utsätts och hur hoten och hatet är uttryckt.”

Martin Wahlén, biträdande kanslichef för medicin och farmaci



UMEÅ UNIVERSITET

”Universitetsledningen och även fakultetsledningarna på Umeå universitet har de senaste åren uppmärksammat att det tyvärr blivit vanligare att personer skriver otrevliga inlägg eller rent av hotar universitetens anställda.”

Per Ragnarsson, Biträdande universitetsdirektör



LUNDS UNIVERSITET

”Det kan vara allt från en skarp åsikt som framförs på ett mindre bra sätt till exemplet vi hade 2019 med brev med rakblad fastsatta så att meningen var att man skulle skära sig när brevet sprättades.”

Per Nordén, säkerhetschef Lunds universitet



”Vem ska ta debatten om inte vi vågar?”

Från något enstaka harmlöst brev med religiösa förtecken för 25 år sedan – till fullskaliga drev, massanmälningar och hela långfilmer som har spelats in för att smutskasta honom. Under sin långa akademiska karriär har professor Dan Larhammar följt samhällsutvecklingen och sett tonläget hårdna mot forskarna – särskilt från aktivisternas håll. TEXT MALIN GAVELIN FOTO MIKAEL WALLERSTEDT

– **DET ÄR KLART ATT DET** här har ökat, inte minst under covid där anti-vaxxare bland annat har gjort e-post-utskick med aggressiva påståenden om forskare och hotat med juridiska processer.

Dan Larhammar blir förvånad när han får höra att Uppsala universitet har meddelat i Sjukhusläkarens enkät att man inte anser att hoten och hatet mot de medicinska forskarna har ökat under den senaste femårsperioden. En förklaring skulle kunna var att forskare som tystats kanske inte kommer med i universitetets statistik, menar han.

– Svenska UNESCO-rådet har ju nyligen uppmärksammat det ökade hotet mot både forskare, journalister och kulturskapare. Det är dessa gruppers frihet som först begränsas när samhällen förändras i odemokratisk riktning. I länder som blir mer diktatoriska kommer sådana förändringar i allmänhet från den politiska ledningen. Men demokratin hotas också av hat och hot mot dessa tre yrkeskategorier i form av drev i samhället.

Som ordförande för Kungliga

Vetenskapsakademien ligger frågan om forskares oberoende och frihet. Dan Larhammar varmt om hjärtat och han har själv varit hårt utsatt för både hot och hat – framför allt de senaste åren.

– För 25 år sedan kunde det kanske komma ett brev där avsändaren önskade mig till djävulen när jag hade medverkat i något sammanhang och berättat om evolutionen. Då var det någon religiös äldre dam i Norrlands inland som skrev och därför inget man kände sig hotad av. Idag är det en helt annan situation med aktivistgrupper som mobiliserar i olika forum på sociala medier och uppmuntrar medlemmarna att kontakta forskare. Det har också förekommit hot där aktivisterna meddelar forskaren att de vet var hen bor.

FRAMFÖR ALLT ÄR det när Dan Larhammar har riktat kritik mot alternativmedicinen som hoten och hatet har blivit som värst, berättar han. Varför det är så kan han bara spekulera i.

– I den mån det görs forskning på alternativmedicin är den ofta

bristfällig och utgår från orealistiska premisser. Den ger därför inte stöd åt förespråkarnas förhoppningar. När forskare ifrågasätter deras önsketänkande upplevs kritiken som ett ifrågasättande av personen. Det handlar ju ytterst om en personlig tro. Det kanske är därför som just vissa förespråkare för alternativmedicin eller antivaxxare uppvisar ett så aggressivt beteende.

DAN LARHAMMAR själv har utsatts för allt från insändare i tidningar där förespråkare för alternativmedicin påstår att han förstör vetenskapen och är opålitlig, till sms där någon hotar med att ”skära kuken av honom”.

– Det har också gjorts två långfilmer som försökte försvara en läkare som har blivit deslegitimerad. Där pekas jag ut som den som låg bakom ett drev som ledde till att legitimationen drogs in, vilket inte är sant.

Bakgrunden var att Dan Larhammar hade blivit intervjuad av några journalister och efter en granskning av läkarens uppenbart orimliga påståenden hade han avfärdat dem som

ovetenskapliga och bedömt läkarens försäljning av alternativmedicinska preparat som oetisk och cynisk. Någon egentlig forskning fanns överhuvudtaget inte, berättar han.

Ett annat tillvägagångssätt hos vissa aktivister är att göra okynnesanmälningar om forskningsfusk till NPOF, Nämnden för prövning av oredlighet i forskning, berättar Dan Larhammar. Även det har han själv råkat ut för vid två tillfällen.

– **NPOF AVSLOG DEN** första anmälan av formella skäl eftersom den inte gällde min egen forskning utan bara intervjuer där jag har förmedlat det som flera myndigheter säger och studier som andra forskare har publicerat. Av den anledningen prövade NPOF inte ens saken, vilket jag egentligen tycker är lite synd. Jag hade önskat en saklig prövning av de uttalanden jag har gjort i media eftersom jag kan hänvisa till resultat från vetenskapliga studier.

Att förmedla forskningen och kunskapsläget till allmänheten ingår nämligen i universitetens så kallade

”Det finns en stor fara med att forskare skräms bort från vissa områden och undviker att ställa upp i media.”

tredje uppgift, att ”samverka med det omgivande samhället och informera om sin verksamhet”, betonar Dan Larhammar. En uppgift som inte hanteras särskilt väl inom den akademiska världen, menar han.

– **DET FINNS INGET** sätt att bedöma eller värdera hur forskare utför det här viktiga uppdraget. Men om inte vi forskare tar debatten mot pseudovetenskapen och reagerar när det sprids villfarelser – vem ska då göra det?

En ny företeelse under covidpan-

demin är att aktivister i samspel med enstaka forskare riktat kritik mot andra forskare, vars resultat de ogillat. Dan Larhammar berättar att det har hänt att forskare lämnat ett forskningsområde på grund av detta. Att tonläget tycks ha höjts även inom det egna skräpet de senaste åren upplever han som en olycklig förändring.

– **DET HAR BLIVIT HÖGLJUDDA** debatter inom forskarsamhället där man inte har följt den hyfs och goda ton som förväntas i frågor som kan avgöras vetenskapligt. Man har gått direkt till debattartiklar i massmedia där det har använts kraftfulla formuleringar, något som har drabbat kollegor hårt.

Det finns en stor fara med att forskare skräms bort från vissa områden och undviker att ställa upp i media efter den typen av agerande, menar Dan Larhammar. Det är viktigt både för forskningen som sådan och för att upprätthålla allmänhetens höga tilltro till forskare att forskarsamhället håller den vetenskapliga debatten på en saklig nivå. ◀

Okynnesanmälningar till NPOF och sms där någon hotar att ”skära kuken av honom”. Dan Larhammar, ordförande i Kungliga Vetenskapsakademien, har fått utstå mycket hot och hat i sin forskarroll genom åren.



"De tyckte att jag borde få en kula i pannan"

Vid tre tillfällen hittills under forskarkarriären har pediatrikprofessor **Claude Marcus** hamnat mitt i skottlinjen för hotarna och hatarna. Att undvika att ta debatten eller välja bort vissa känsliga forskningsområden skulle dock aldrig falla honom in.

TEXT MALIN GAVELIN FOTO ULF SIRBORN

– **MAN KAN JU TYCKA ATT JAG** som barnläkare som har forskat inom fetmarelaterad sjuklighet skulle befinna mig ganska långt ifrån en verklighet som skulle vara kopplad till hot och våld. Men så är det inte alls, säger Claude Marcus, professor i pediatrik vid Karolinska Institutet.

Nej, faktum är att den senaste stormen omkring honom precis har bedarrat. Men vi backar bandet ungefär ett decennium och tar det från början.

Första gången Claude Marcus insåg att hans forskningsområde väckte starka känslor hos omgivningen var när han uttalade sig i medierna om så kallad LCHF-kost. Han konstaterade då i ett antal intervjuer i radio och tv att en kost med högt innehåll av mättat fett och ytterst få kolhydrater var onyttig och därför inte var något han som läkare kunde rekommendera barn.

– Detta väckte oerhört mycket känslor och jag fick bland annat brev hem till bostaden där de tyckte att jag borde få en kula i pannan. De polisanmälde mig även för att ha stympat barn och utmålade mig som kriminell – när det i själva verket handlade om att vi hade genomfört väl avvägda fetmaoperationer.

Det hela gick så långt att inbokade publika föreläsningar av Claude Marcus fick ställas in på grund av hotbilden mot honom. Hans chef tog upp det hela med säkerhetsavdelningen på KI och stöttningen var lyckligtvis snabbt på plats.

– Jag fick väldigt bra hjälp av dem men trots det var det givetvis väldigt olustigt alltihop. Det kändes helt bisarrt att kostfrågor skulle kunna vara så här känsliga.

Men det skulle snart visa sig att det inte bara var kostfrågor som kunde väcka starka känslor kring Claude Marcus och hans forskargärning. När han som barnendokrinolog konstaterade i media några år senare att puberteten för barn kan komma vid väldigt olika åldrar var hatlavinerna snabbt i rörelse igen.

– Det var ju apropå det här med åldersbestämning av invandrade barn och jag tyckte då, precis som ett stort antal läkaren inom andra specialiteter, att det var oetiskt att åldersbestämna utifrån pubertetens början.

Även denna gång fylldes mejlkorgen av aggressiva mejl och flera brev skickades även hem till bostaden, berättar Claude Marcus.



"Aggressiviteten är så stor och de här hatarna är så kraftfulla i sina uttryckssätt."

Denna gång var det invandringskritiska krafter som stod för hatkampanjen.

– Förvånande nog upplevde jag ändå att aggressiviteten var ännu större i LCHF-sammanhanget än här. Kanske berodde det på att vi var flera olika forskare och läkare som gick ut och tog den här debatten tillsammans denna gång. Det blev inte lika stort fokus på mig som person.

ALLDELES NYLIGEN BLEV dock fokuset på Claude Marcus person desto större. Detta efter att han tillsammans med några forskarkollegor gav sig ut i debatten kring Stina Wollter och Erik Hemmingssons bok Kriget mot kroppen.

– Vi skrev en debattartikel där vi bemötte några av påståendena om fetma i boken som vi anser vara felaktiga och sedan tog jag även en livesänd radiodebatt med Stina Wollter om detta. Direkt började de här mejlen och breven strömma in igen. Det är framför allt nivån på det hela som är så anmärkningsvärd. Aggressiviteten är så stor och de här hatarna är så kraftfulla i sina uttryckssätt. Den här gången blev jag däremot inte särskilt förvånad. Jag har lärt mig att det är så här det är.



I takt med att religionen har tappat i betydelse har det här med vad vi äter och hur vi rör oss blivit så otroligt mycket viktigare för människor, menar Claude Marcus. Det ökade hatet och hoten mot honom som forskare inom fetmarelaterad sjuklighet har helt klart med sekulariseringen att göra, anser han.

Att undvika att ta debatten eller aktivt undvika vissa känsliga forskningsområden skulle dock aldrig falla Claude Marcus in.

– Nej, jag känner faktiskt precis tvärtom – att det här är något man måste bekämpa. Jag har ju hört andra kollegor uttala sig om att man till exempel väljer bort vissa ämnesområden och så. Den kan såklart beror på hur utsatt man har blivit, men personligen har jag inte känt att jag varken kan eller vill backa på grund av hoten. Jag motiveras av de här viktiga frågorna och jag tycker inte att vi som forskare får vika undan av den här typen av hets. På något sätt har det blivit accepterat och normaliserat att göra olika utspel och uttrycka sig aggressivt på det här sättet – även bland våra politiker. Vi behöver alla bidra till att återföra debatten till en rimligare nivå. **Är din upplevelse att hot mot dig och dina forskarkollegor har blivit vanligare på senare tid?**

– Ja, min känsla är definitivt att det har blivit vanligare. Jag tror att det är en kombination av att

”**Vi behöver alla bidra till att återföra debatten till en rimligare nivå.**”

det är enkelt att hitta likasinnade på sociala medier och att det är lätt att vara anonym. Det är lite samma fenomen som när folk sitter och skriker och är aggressiva bakom ratten. Det är lättare att skruva upp tonläget i skydd bakom en datorskärm. **Vår enkät visade att universiteten inte registrerar mer än några enstaka hot varje år. Vad skulle universiteten som arbetsgivare kunna göra för att synliggöra den här problematiken ytterligare?**

– I dag krävs det ganska mycket för att det ska bli ett ärende och jag kan nog tycka att det skulle behövas en lite mer detaljerad uppföljning av detta. Inget av de här senaste mejlen och breven är något som jag har diskuterat med min arbetsgivare. Men hade det funnits ett intresse från KI att dokumentera det här då hade jag definitivt kontaktat dem. Kanske borde de aktivt söka upp oss forskare och be oss höra av oss om vi råkar ut för sånt här. Det skulle kunna vara något för KI centralt att ta ansvar för – en mer aktiv dokumentation av det vi forskare utsätts för. ◀

”Det är inte konstigt om forskande kliniker väljer bort kommunikation med omvärlden nu.”

När jag lämnade mitt journalistjobb på en dagstidning för ett decennium sen för att skola om mig till läkare pratade vi sällan om hot och hat. Det förekom, men var för det mesta hanterligt. Jag skrev ett reportage om vargar en gång och fick då några email om att jag borde hålla tyst och att jag var en ”vargälskare från storstaden” som inte förstod någonting. Det hade jag väntat mig. Vargar var ett känsligt ämne och jag hade blivit förvarnad av kollegor. Värre kommentarer fick jag inte trots att jag skrev om många ämnen som i dag anses särskilt känsliga, såsom migration och jämställdhetsfrågor. Det är en helt annan verklighet möter journalister, forskande läkare och andra som uttalar sig offentligt i dag.

Det är inte konstigt om forskande kliniker väljer bort kommunikation med omvärlden nu när risken för hot och hat har ökat. Särskilt med tanke på att det ändå inte anses karriärmässigt meriterande. Men är det verkligen rätt väg att gå?

Vad händer med kunskapsutvecklingen i samhället om vi som forskar undviker att prata offentligt om våra resultat?

Vetenskapsrådet skriver att ”klinisk forskning är en förutsättning för en kunskapsbaserad och jämlik sjukvård”. Men det blir svårt att få forskningsresultat omsatta till klinisk vardag om inte beslutsfattare och allmänhet känner till dem och förstår varför det är viktigt att vägledas av evidensläget. Och vem kan förklara detta bättre än en kliniskt verksam forskare?

Tyvärr står forskare och journalister långt ifrån varandra. Många forskare som jag pratat med ondgör sig över journalisters sensationslystnad och vinklade beskrivningar av

verkligheten. Jag önskar att fler i stället kunde intressera sig för vad journalistik är och vilka metoder och teorier som de utgår från i sitt arbete. Journalister behöver nå ut till den stora massan och i dag är det fler informationskanaler än någonsin som konkurrerar om allas vår uppmärksamhet och därmed om annonsintäkterna.

Tålmodet att lyssna på långa utläggningar saknas hos de flesta av oss om det inte gäller ämnen som vi redan är intresserade av. Det är välkänt att konflikter och upplevda hot mot den grupp eller övertygelse som vi identifierar oss med fångar vårt intresse.

Det skulle säkert gå för journalister och forskare att lära av varandra. De flesta som forskar kan bli bättre på att målgruppsanpassa sina presentationer och journalister kan utmanas i att hitta klickvänliga rubriker som är mindre alarmistiska. Men då krävs att universitet börjar utbilda forskare i kommunikation med omvärlden. I det ingår att diskutera risken för hot och hat och hur detta bör hanteras. De flesta doktorander har inte fått någon sådan utbildning eller medieträning innan de intervjuas för första gången i samband med en studie som de fått publicerad. En doktorandkollega berättade att hon blev förvånad över att journalisterna som hörde av sig till henne var trevliga och tillmötesgående. Mig förvånade det snarare hon hade väntat sig något annat.

Hot och hat mot riktade mot forskare måste stoppas. Men jag hoppas att det sker på andra sätt än genom att forskande kliniker tystnar. För vi behöver höras. ◀

Christine Takami Lageborn
ST-läkare i psykiatri, doktorand, frilansjournalist



Ardavan Khoshnood
är kriminolog och lektor
i akutsjukvård vid
Lunds universitet.

”Inför en nationell handlingsplan mot hot och våld i vården”

På landets akutmottagningar sjukskrivs vårdpersonal alltmer på grund av hot och våld. Kraftfullare åtgärder krävs för att skydda vårdpersonalen, menar Ardavan Khoshnood, kriminolog och lektor i akutsjukvård vid Lunds universitet. TEXT EVA NORDIN FOTO PRIVAT

FÖR EN TID SEDAN höll han en föreläsning om dödligt våld på akuten för sjuksköterskor inom svensk akutsjukvård. När han ställde frågor kring skydds- och larmberedskap blev han överraskad av svaren.

– Överraskande få kände till vad som händer när man trycker på larmet, vilka dörrar som stängs, vad man bör göra när larmet går, var larmen är placerade på akutmottagningen och nummer till ordningsvakter. Det visar på behovet av utbildning och att sjukvården behöver ta ett starkare grepp om den problematik som är relaterad till hot och våld, säger Ardavan Khoshnood, överläkare i akutsjukvård vid Skånes universitetssjukhus i Malmö och sedan 2019 docent i akutsjukvård. Han är även utbildad kriminolog och forskar vid Lunds universitet.

HOT OCH VÅLD FÖREKOMMER i alla delar av vården. Särskilt utsatta verksamheter är akut- och ambulanssjukvård, psykiatri och beroendevård. Det är framför allt hoten från anhöriga som breder ut sig i sjukvården; aggressiva beteenden som påverkar anställdas hälsa och prestation.

Statistik från myndigheter som SCB och Arbetsmiljöverket visar att andelen sjukskrivningar ökar bland vårdpersonal, främst på grund av hot.

– Våld tycks inte vara lika utbrett. Det beklagliga är att det inte finns säkra siffror på hur utbrett hot och våld egentligen är. Vi skulle behöva mer forskning som tydligt definierar hot och våld och som mer vetenskapligt visar på omfattningen och utbredningen i sjukvården.

Enligt en rapport från Brottsförebyggande rådet, BRÅ, är personal inom hälso- och sjukvården den tredje mest utsatta yrkesgruppen, efter anställda inom bevakning och säkerhet respektive socialt arbete.

DET FINNS SANNOLIKT ett stort mörkertal när det gäller hot eftersom det är en subjektiv upplevelse. Rent juridiskt definieras olaga hot som att det ska ha funnits en fruktan hos personen i fråga.

– Men om man blir hotad, men inte rädd handlar det inte om olaga hot. Våld däremot är inget subjektivt, våld är våld och går inte att tolka på olika sätt, säger Ardavan Khoshnood.



Användningen av alias skulle också kunna användas för att dölja personliga uppgifter.

”Jag har själv blivit utsatt för hot och jag uttalar mig ofta i frågor om kriminologi.

I takt med att hot och våld breder ut sig i sjukvården vill många inte skylta med sitt fullständiga namn och väljer även att ta av sig namnbrickan, trots att det är ett outtalat krav att alla vårdanställda ska bära namnbricka.

För läkare är det svårare eftersom patienten behöver veta vem som ger vården och har det medicinska ansvaret. Även om läkaren skulle ta bort namnbrickan, vid exempelvis hotfulla situationer, är det väldigt enkelt att hitta namnet på behandlande läkare i journalen på 1177.

– Det finns ingen lag eller föreskrift som reglerar frågan om att bära namnbricka synligt, kravet kommer snarare från arbetsgivaren.

Det finns dock många olika tankar kring hur man skulle kunna hantera frågan och öka skyddet för anställda. Poliser är exempelvis registrerade med nummer i offentliga sammanhang för att kunna identifieras vid eventuella avvikelser. Användningen av alias skulle också kunna användas för att dölja personliga uppgifter.

– Det är spännande tankar och idéer och väl värda att prövas juridiskt inom sjukvården, säger Ardavan Khoshnood.

ÄR MAN SOM VÅRDPERSONAL utsatt för hot och våld är det viktigt att prata med sin arbetsgivare, och att avvikelser och anmälningar görs. Men, många i vården tycker att det är stressande att ta upp frågan om hot och våld på grund av rädsla för repressalier, vilket är förstäligt, menar Ardavan.

Görs det en anmälan till polisen och åklagare beslutar om att inleda en förundersökning så råder det sekretess. Men så fort förundersökningen är klar är det en offentlig handling. Och när den misstänkte åtalas så har personen rätt att veta vem som anmält, det är en rättssäkerhetsprincip.

Om rättegång inleds ska den som anmält hot eller våld utsättas för förhör och motförhör av



Ardavan vill gärna se att sjukhus anställer särskilda "anhörigpersoner."

den misstänktes advokat. Det kan dra ut på tiden och domen kan sedan överklagas.

– Den som anmält riskerar att i värsta fall leva med ångest och oro i flera år. Det här är ett problem, men vi kommer inte runt det. Vi måste jobba med problemen på andra sätt.

För att skydda personliga uppgifter bör man som anställd i vården vara försiktig med att lägga ut information om sig själv och sin arbetsplats på sociala plattformar. Men att ta bort personlig information från sökmotorer som Google är dessvärre både krångligt och svårt på grund av den svenska grundlagen och tryckfrihetsförordningen.

DET HJÄLPER INTE med att GDPR-lagstiftning införts för att värna individens integritet och anonymitet på nätet. Information om personuppgifter kan lagligt hämtas via folkbokföringen.

En Google-sökning på Ardavan Khoshnood ger snabbt information om känsliga personuppgifter som lätt skulle kunna missbrukas om man som läkare är utsatt för hot och våld.

– Det är förstås ett problem, jag har själv blivit utsatt för hot och jag uttalar mig ofta i frågor om kriminologi. Men det är svårt att plocka bort personuppgifter på nätet och det är också svårt att få skyddade personuppgifter, det ges bara i särskilda fall.

Mer krut behöver läggas på olika åtgärder för att minska risken för att vårdpersonal ska bli utsatta för hot och våld på sin arbetsplats, menar Ardavan.

Mer krut behöver läggas på olika åtgärder för att minska risken för att vårdpersonal ska bli utsatta för hot och våld på sin arbetsplats, menar Ardavan.

I STÄLLET FÖR ATT FUNDERA över hur vi ska göra för att fler ska våga anmäla, bör vi fokusera mycket mer på vilka förebyggande skyddsåtgärder vi behöver satsa på.

Det finns vissa insatser som varje arbetsgivare kan och bör vidta, menar Ardavan. Det handlar om kontinuerlig utbildning av både nyanställda och befintlig personal kring larm och hur man bör agera när larmet går. Det handlar också om att förbättra informationen och skapa en tydlighet kring väntetidssituationen på akutmottagningen.

– På akutmottagningar i Odense i Danmark kan väntande patienter följa flödet på bildskärmar och i realtid se väntetider utifrån prioriteringar. Bara en sådan enkel åtgärd minskar väldigt mycket den frustration som annars leder till hotfulla beteenden. Det här borde vi kunna göra även i Sverige. I dag tillbringar vårdpersonal på akuten dessutom extremt mycket tid med att informera och lugna patienter och anhöriga.

Ardavan skulle också gärna vilja se att sjukhus anställer en särskild "anhörigperson" på akuten. När det finns risk för hot och våld kan den anställda säkerställa att endast en anhörig i taget får besöka patienten.

– Det här kan omöjligt personalen på en akutmottagning hålla reda på. Så länge vården pågår kan man också överväga att inte publicera uppgifter i journalen som röjer var inläggande patient vårdas, eftersom de lätt kan hamna i orätta händer och bli ett hot både för personal och patient. Det här är frågor som bör drivas på nationell nivå. Jag har länge efterlyst en nationell handlingsplan mot hot och våld i vården, säger Ardavan Khoshnood. ◀

Levetiracetam Orion
levetiracetam

Vid behandling
av epilepsi.

Hög leveranssäkerhet¹ och lågt pris²

Leveranssäkerhet till apotek: snitt 99,4 %¹



¹⁾ Leveranskapacitet antal orderrader av Levetiracetam Orion levererade från Tamro till öppenvårdsapotek inom 24 tim. från beställning

²⁾ Priser AUP januari 2023, 2 x 500 mg 100 st.

LÄS MER &
BESTÄLL MATERIAL



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



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.

Mesalazin Orion
mesalazin Enterotablett och suppositorium, 500 och 1000 mg

Vid behandling av
ulcerös kolit

Välj ett billigt alternativ!

Mesalazin Orion – ett generiskt alternativ med låg behandlingskostnad²

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

Välj ett billigt alternativ!

²TLVs prisdatabas januari 2023

LÄS MER &
BESTÄLL MATERIAL



ME-415/2023.10.17

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



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.

"Nu är det möjligt att lägga en potentiell donator i respirator och vårda organen"

Efter sex år som ordförande för Scandia-transplant har du nu lämnat över stafettpin-nen. Vilken betydelse har organisationen?

– Den startade för över 50 år sedan och är en unik organisation. Det har varit fantastiskt att få leda en professionsdriven organisation med omfattande beslutanderätt som försöker hitta de bästa lösningarna. Det finns ett nära samarbete mellan de olika ländernas transplan-tationskliniker och stora möjligheter att vara snabbfotade vid förändringar och viktiga beslut. Samarbetet leder också till att vi får ett mycket större patientunderlag och bättre och säkrare resultat. Det leder även till många vetenskapliga publikationer.

– Vi har också en egen IT-avdelning med egna programmerare som snabbt kan anpassa eller göra förändringar, exempelvis om det behövs nya variabler eller nya sätt att bedöma data och förändra utbytesregler. Det är en viktig fram-gångsfaktor.

I somras kom en ny donationslag. Vilka är de viktigaste förändringarna?

– Det har blivit en mycket större tydlighet kring vad man får och inte får göra om det finns en tänkbar donator. Det är också tydligare kring vad man får göra i organbevarande syfte. Sannolikheten att en person ska avlida på ett sätt som överensstämmer med vad som krävs för att kunna ta till vara organ är ju väldigt liten. Nu är det möjligt att under ett drygt dygn lägga en potentiell donator i respirator för att vårda orga-nen, förbättra förutsättningarna för transplanta-tion och kunna ta reda på den avlidnes vilja. Om personen inte uttryckt ett nej, tolkas det som att hen är positiv. I dag är cirka 80–90 procent av befolkningen positiva till organ donation.

– Den nya lagen ger också ett bättre stöd till närstående. Vid tveksamheter kan de luta sig

mot nuvarande regler där den avlidnes vilja står i fokus, det underlättar något.

För lite mer än ett år sedan genomfördes den första xenotransplantation av grishjärta till människa. Patienten avled dock cirka två månader senare. Kommer vi att lyckas med xenotransplantationer i framtiden?

– Vi har kommit en bit på väg när det gäller hjärta, som i detta avseende är det enklaste organet eftersom det finns sätt att komma runt den hyperakuta avstötning som sker direkt under operationen när djurorganet kopplas in hos människa. Men den stora utmaningen är att organet sedan ska kunna samspela och kom-municera med resten av kroppen på ett effektivt sätt. Vi måste förstå de här signalerna mycket bättre än vad vi gör i dag. Vi kanske kommer att lyckas med hjärtan framöver och eventuellt njure. Däremot är jag mer tveksam när det gäller xenotransplantation av lever som ju är en fabrik för produktion av en mängd ämnen och signaler som resten av kroppen skall kunna tolka. Det vill säga, vi behöver veta mer om ett djurorgan pratar samma språk som motsvarande humana organ.

Vilket vetenskapligt genombrott skulle du gärna vilja se?

– Ända sedan 1950-talet har forskare disku-terat hur man kan organtransplantera utan att behöva ge livslång immunhämmande läkeme-delsbehandling. Experimentellt har vi sett att det går, men mycket sällan på människa. Men nu finns det vissa öppningar och vi står i startgro-pen för en kliniskt studie som vi hoppas mycket på. Faller studien väl ut och når hela vägen fram till klinisk användning skulle man successivt kunna sätta ut immunhämmande läkemedel under en period på 1,5 år. Det vore ett verkligt genombrott. ◀

TEXT EVA NORDIN



BO-GÖRAN ERICZON
Överläkare och senior professor i transplantationskirurgi vid Karolinska institutet.

FOTO: MELI PETERSSON ELLAFI

- FAKTA: SCANDIA-TRANSPLANT**
- ▶ En professionsdriven organbytesorganisation som grundades 1969 och täcker en befolkning på cirka 30 miljoner. Varje år transplanteras cirka 2 000 patienter inom organisationen.
 - ▶ Medlemsländer är Danmark, Finland, Island, Norge, Sverige och Estland.
 - ▶ Organisationen, med huvudkontor på Aarhus universitetssjukhus, ägs av medlemssjukhusen i respektive land.
 - ▶ Syftet är bland annat att fungera som en gemensam organutbytesorganisa-tion på ett transparent sätt i enlighet med etiska principer och i full överensstämmelse med den nationella lagstiftningen i medlemsländer.
- FÖR MER INFO: SCANDIATRANSPLANT.ORG/

- FAKTA: DEN NYA LAGEN**
- Den 1 juli 2022 trädde ändringar i trans-plantationslagen i kraft. Förhoppning-en med den nya lagstiftningen är att antalet organtransplantationer kraftigt ska öka.
- Ändringarna innebär bland annat tre avgörande förändringar:

- ▶ att närståendevetetot tas bort. Den av-lidnes inställning till donation får en mycket starkare ställning, även om närståendes roll fortsatt kommer att vara viktig. Närstående kan dock inte längre säga nej till donation, enbart baserat på sin egen uppfattning.
- ▶ att transplantationsingrepp inte får göras om den avlidne som vuxen hade en funktionsnedsättning av sådan art och grad att det är uppen-bart att personen som vuxen aldrig haft förmågan att förstå innebörden av och ta ställning till donation
- ▶ en reglering av vilka medicinska insatser som ska få ges till en patient i livets slutskede för att patienten ska kunna donera sina organ, så kallad organbevarande behandling. I huvud-sak handlar det om syresättningen av organen (respiratorvård), men även om blodtryckssänkande dropp och läkemedel.

KÄLLA: SOCIALSTYRELSEN.SE

#utantystnadsplikt – vad hände sedan?

Medvetenheten om förekomsten av sexuella trakasserier och kunskapen om normer har ökat inom vården – men även i viss mån förminskandet av de viktiga jämställdhetsfrågorna. Sjukhusläkaren stämmer av med en något tudelad Sofia Kühner, ordförande i Kvinnliga läkares förening, fem år efter Me too. TEXT MALIN GAVELIN

I NOVEMBER 2017 samlades 10 400 kvinnliga läkare i ett gemensamt upprop mot sexuella trakasserier, övergrepp och sexism inom sjukvården under hashtaggen #utantystnadsplikt. Det var det dittills största uppropet från en enskild yrkeskår och innehöll skrämmande vittnesskildringar om överläkare som hotade kollegor med våldtäkt och sexuella trakasserier som skedde framför ögonen på patienter.

Fem år senare är det en något tudelad Sofia Kühner som summerar vad som egentligen har förändrats sedan Me too var uppropet på allas läppar.

– Det positiva är ju att medvetenheten om de här frågorna i samhället och därmed även inom vården ökade, åtminstone initialt. Fenomen och begrepp blev medvetandegjorda – som till exempel genus, sexism och könsnormer. Många fick därmed en bredare vokabulär att uttrycka sig med. Bilden av vad sexuella trakasserier innebär breddades också och även



DET HÄNDE DÅ

Hösten 2017 fick hashtaggen #metoo stor spridning i sociala medier när skådespelerskan Alyssa Milano bad alla kvinnor som ofredats sexuellt att svara på hennes tweet med orden "me too". Flera yrkeskårer i Sverige hörsammade uppmaningen och startade egna stödupprop – bland annat läkarna som samlades under hashtaggen #utantystnadsplikt.

förståelsen för hur uttalade de negativa konsekvenserna är, säger hon.

Frågorna lyftes även från att ha

setts som något av ett individuellt problem för den utsatta, till ett strukturellt problem, menar Sofia Kühner.

– Tack vare Me too belystes det att det här ett kollektivt problem och ett kollektivt ansvar – inte minst såg vi det i de manliga läkarkollegornas stödupprop. Tidigare ansågs det ofta handla om till exempel en problematisk gammal överläkare och att problemet skulle försvinna med den personen. Fler inser nu att det här är ett problem som finns även på den egna arbetsplatsen och att alla medverkar genom en kultur som tillåter att detta förkommer.

MEN INOM FEMINISTISKA kretsar talar man tråkigt nog även om en tydlig backlash efter Me too, fortsätter Sofia Kühner.

– Med den ökade medvetenheten kom tyvärr också ett förlöjligande åt andra hållet. Ett "jaha, här kommer PK-maffian" när de här frågorna förs på tal. Kanske inte inom sjukvården specifikt, men i samhället i stort. Och



ILLUSTRATION: GETTY IMAGES

vi inom vården är ju en del av samhället. Jag kan utifrån ett personligt perspektiv märka av det här lite på min egen arbetsplats.

NÄR KVINNLIGA LÄKARES förening frågade sina medlemmar om hur de upplevde att diskussionerna kring Me too gick nu fem år senare, svarade även många att de tyckte att debatten hade dött ut lite, berättar Sofia Kühner.

– Det var på allas läppar men nu är det tyvärr inte lika prioriterat längre. **Har ni märkt någon skillnad i attityd/inställning från arbetsgivarens håll?**

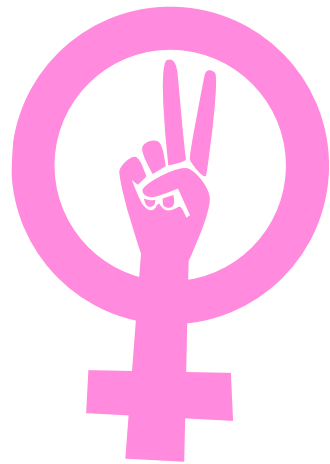
– Ja, många arbetsgivare hade kanske en handlingsplan kring sexuella trakasserier innan men nu har de ju dammats av ordentligt. Vissa enheter inrättade även en visselblåsarfunktion där man kan slå larm anonymt om man ser den



DE VIKTIGASTE FÖLJDERNA AV #UTANTYSTNADSPLIKT ENLIGT SOFIA KÜHNER

- ▶ Vi har fått en strukturellt perspektiv på de här frågorna – det här är så mycket större än att det är en person som betar sig illa. Det handlar om normer och föreställningar och en arbetsmiljökultur som påverkar hur vi betar oss mot varandra.
- ▶ Gemenskapen och solidariteten mellan oss kvinnliga kollegor men även andra kollegor har stärkts. Man behöver inte längre känna sig ensam – det är inte jag som är problemet. Det finns fler som är utsatta och jag kan hitta stöd i dem. Tidigare var detta lite skämmigt och pinsamt.
- ▶ Samtalen efter me-too har utvecklats och det intersektionella perspektivet har belysts, både internationellt och i Sverige. Samtalet om normer breddades mycket och handlade inte längre enbart om sexuella trakasserier utan ett bredare samtal om normer och diskriminering, exempelvis på basen av etnicitet eller funktionshinder.

”*Det var på allas läppar men nu är det tyvärr inte lika prioriterat längre.*



här typen av frågor i verksamheten. Inte minst på universiteten kan man se att det både har förtydligats vem man ska höra av sig till och att de har en nolltolerans för exempelvis sexuella trakasserier. Sedan är det alltid svårt när det gäller utbildning och forskning. Även om man har en formell hållning från universiteten så behöver det inte nödvändigtvis innebära att en förändring sker och händer ute på våra sjukhus. Det är ju framför allt i handledarmiljö som det har varit ett utbrett problem och det är en relation med väldigt lite insyn. Men policyarbetet är ett steg på vägen – sedan måste man jobba vidare med detta.

På vilket sätt hade du velat att arbetsgivarna jobbade vidare med detta nu?

– Jag hade till exempel gärna sett fler utbildningsinsatser. Att få till en förändring på det här området är inget man gör i en handvändning men man måste göra arbetet. Bara för att berget är högt kan man inte sluta gå. Ett chefs- och ledarskap-sengagemang behövs – ett aktivt och engagerat ledarskap som tar initiativ till att prata om de här frågorna och säkerställer att folk vet hur man anmäler och vågar göra det. Något som DO:s rapport Förebygga sexuella trakasserier i arbetslivet lyfter fram

som en nyckelförändring. Förutom chefer är alla läkare ledare i sin läkarroll och då behöver man titta på saker som: har jag ett normkritiskt, normbrytande öppet och aktivt ledarskap?

Hur kan jag som läkare på ett av landets sjukhus göra skillnad på det här området i min vardag?

– Som individ är det bra att våga titta inåt – vad bär jag runt på för några förställningar? Våga känna efter! Jag minns tydligt mitt eget feministiska uppvaknande. Tidigare kände jag att jag som kvinna hade alla möjlighet i världen och sedan hände något med mig. När det skämtades på min bekostnad kunde jag se att det bara var ett symtom på machokulturen – ett misogynt skämt. Att våga känna efter och efter det se och uppmärksamma alla. Våga fråga: hur kändes det där han sa för dig? Jag tyckte att det kändes konstigt. Markera mot smått och stort. Men det viktigaste framåt är ju det stora strukturella arbetet med vår arbetsmiljö. Att vi har ett ledarskap som är aktivt och bidrar till att det här inte får förekomma. Att ha en hövlighetskultur på jobbet med tydliga ramar och regler kring hur du anmäler. Att chefen – oavsett om det är du eller någon annan – tar det här på allvar. ◀

DE FYRA D:NA

Om du hamnar i en situation på sin arbetsplats där någon utsätts för trakasserier på grund av kön kan du ta hjälp av de fyra D:na.

► DECLARE /DIRECT

Påtala det du hör eller ser. ”Oj, det där skämtet är inte okej, jag blir ledsen”, ”när du säger så upplever jag det som att du förminskar henne”, ”hur tror du hon känner när du säger så?” eller ”Jag hörde höjda röster kan jag hjälpa till med någonting?” Påtala vad du upplever och belys skadliga beteenden. Ibland kan man fysiskt avbryta genom att till exempel ställa sig framför personen som blir utsatt.

► DISTRACT

Om man märker att någon ger sig på någon annan – försök distrahera och bryt situationen. Kanske genom att börja prata om något helt annat eller fråga om personen kan komma och hjälpa till med något. På så vis ser du till att det inte eskalerar och att den utsatta lättare kan lämna situationen.

► DELAY

Att inte veta vad man ska göra i stunden är vanligt – och det är helt okej att reagera efteråt. Fånga upp den utsatte en stund senare, ”du det som hände igår var inte okej, vill du prata om det? Jag hjälper gärna till”. Bistå med att rapportera vidare det du sett om personen vill. Det kan också innebära att ta initiativ till att utbilda sig själv och andra för att undvika att liknande händer igen.

► DELEGATE

Be någon annan om hjälp att bryta situationen, oftast någon med mer upplevd auktoritet men ibland behövs bara fler personer för att kunna bryta en situation.

Influensavaccin till alla – eller?

Redaktionen nåddes av en fråga: ser erbjudandet gällande influensavaccin likadant ut för all sjukvårdspersonal i landet? Vi bestämde oss för att ta reda på det. Resultatet är vår nya vinjett "Kollen". SAMMANSTÄLLNING INGEMO ORSTADIUS

1. ERBJUDER NI PERSONAL INFLUENSAVACCIN? 2. FÅR MAN GÅ PÅ ARBETSTID? 3. FRÅN VILKET DATUM?

REGION	1.	2.	3.	ÖVRIGT
Blekinge	Ja*	Ja	11 nov	
Dalarna	Ja	Ja	22 nov	
Gotland	Ja	Ja	27 okt**	Det fanns även specifika vaccinationstider anpassade för nattarbete personal.
Gävleborg	Ja	Ja	21 nov	Vecka 47-48 på de öppna vaccinationstillfällen som erbjuds i Bollnäs, Hudiksvall och Gävle.
Halland	Ja	I hög grad	8 nov*	Vissa grupper erbjuds vaccination i egen regi och andra på vårdcentraler eller via företagshälsovården.
Jämtland/Härjedalen	Ja	Ja	21 nov	
Jönköpings län	Ja*	För de flesta	9 nov	Den som inte haft möjlighet att bli vaccinerad på arbetsplatsen har kunnat gå till sin vårdcentral istället.
Kalmar län	Ja	Ja	1 dec	Det ombesörjs via regionens företagshälsovård.
Kronoberg	Ja	Ja	15 nov	Personal inom hälso- och sjukvård erbjuds kostnadsfri vaccination, inklusive personal som träffar patienter regelbundet.
Norrbottnen	Ja	För de flesta	8 nov*	Upp till lokal chef att planera för personalens vaccination.
Skåne	Ja*	Ja	22 nov	Erfarenhet av personalvaccination finns sedan flera år tillbaka i verksamheten, vilket innebär att de själva organiserar.
Stockholm	Ja*	Oftast	14 nov	Arbetsgivaren ska erbjuda, organisera och bekosta personalens vaccination. Den organiseras på olika sätt på olika arbetsplatser.
Uppsala län	Ja*	Ja	8 nov	Respektive förvaltning har vaccinerat inom sin verksamhet utifrån olika möjligheter + vaccinering hos vaccinator.
Västerbotten	Ja	Ja	8 nov	
Västernorrland	Ja*	Ja	Enligt rek.	Drop in-verksamhet på respektive sjukhus.
Västmanland	Ja*	Ja	8 nov	
Örebro län	Ja		8 nov	Enheter som har kunnat ombesörja vaccination själva har gjort det. Övriga har kunnat vaccinera sig på vaccinationsmottagningar.
Östergötland	Ja	Ja		Inbjudan skickades ut till alla chefer, som sedan har haft ansvar att informera alla medarbetare, den 11 oktober.
Sahlgrenska universitets-sjukhus				Ingen övergripande vaccinationssamordning utan varje verksamhet styr själva över vaccinationserbjudanden.
Sjukhusen i Väster	Ja	Ja	8 nov	
Skaraborgs sjukhus	Ja	Ja	21 nov	Personalen erbjuds vaccination antingen på den egna enheten eller hos företagshälsovården.
Södra Älvsborgs sjukhus	Ja	Ja	8 nov	De som inte har vaccinationskompetens erbjuds medarbetarna vaccination på infektionsmottagningen, även då på arbetstid.

Har du också något du funderar på? Hör av dig till oss!

* personal med patientnära arbete

** covidvaccinationer för personal på lasarettet redan inplanerat denna dag

Sjukhusläkare: Här är våra största utmaningar just nu

Fortbildning, chefskap och arbetsmiljö är återkommande svar, men den stora frågan som fortsatt är mest brännande för många av Sjukhusläkarnas lokalavdelningar är vårdplatsbristen.

Sjukhusläkarna har hört med representanter för föreningen lokalt för att få en aktuell lägesbild av vilka de största utmaningarna är i nuläget.

Andreas Fischer, ordförande för Sjukhusläkarna Stockholm och styrelseledamot i Sjukhusläkarna, är en av dem som lyfter fram vårdplatsbristen som den mest prioriterade frågan. Arbetsgivarna måste ta hänsyn till en rad centrala frågor för att kunna locka nya medarbetare och lyckas behålla alla befintliga kollegor, betonar han.

– Medarbetarna måste få reglerad fortbildning, bra villkor och en ökad känsla av delaktighet. Arbetsgivarna måste också utöka personalstyrkan så att man kan anpassa schemalaggningen mer utifrån de anställdas önskemål och behov.

Shokoufeh Manouchehrpour, ordförande för Sjukhusläkarna Göteborg och andre vice ordförande för Sjukhusläkarna, är inne på samma linje. Avsaknaden av disponibla vårdplatser är skriande.

– Akutmottagningen är inget ställe för att vårda patienter i behov av att läggas in på vårdavdelningar. Vi kan

inte bedriva vårt jobb, vi känner hela tiden etisk stress. Vi är oroliga att patienterna råkar illa ut, säger hon.

David Hellsten, ordförande för Sjukhusläkarna Umeå, är en annan lokal företrädare som understryker att vårdplatsbristen och bristen på operationsmöjligheter är den mest brännande frågan.

– Det här är ju ingenting man löser på några veckor eller månader, det kommer att ta många år att stoppa den onda spiral som vi har fastnat i sedan länge. Det krävs att medarbetarna har en vettig arbetsmiljö med vettiga arbetstider. Det måste finnas tid för återhämtning. Sett ur ett större perspektiv måste något radikalt ske från grunden. Vi behöver en mer sammanhållen styrning av sjukvården i landet, med mindre administration och mer resurser till sjukhusen.

Sjukhusläkarna i Skellefteå och Lycksele har under vintern inte minst engagerat sig i frågan om BB i Lycksele, som under storhelgerna stängdes på obestämd tid på grund av personalbrist.

– Det är mycket dåligt. Men exempelvis har personalen på akuten varit mycket drivande i att arbeta fram sätt att hantera förlossningar där. Man har tagit struktur från traumateam och anpassat till den nya situationen,

säger ordförande Jeff Wennerlund. Sten Östenson, styrelseledamot i Sjukhusläkarna Östra Skåne respektive Sjukhusläkarna, säger att de mest brännande frågorna lokalt i dagsläget är chefskapet, arbetsmiljön och lönenivån.

– Det snabbaste svaret är dock överbeläggningarna.

Akademiska sjukhuset i Uppsala har i många år haft markanta problem med vårdplatsbrist. Det underliggande problemet är, i likhet med på andra håll i landet, bristen på personal och främst sjuksköterskor. Såväl Inspektionen för vård och omsorg (Ivo) som de lokala fackliga organisationerna bedömer dock att läget är särskilt besvärligt i Uppsala, framhåller Tomas Haapaniemi, ordförande för Sjukhusläkarna Uppsala.

– Vårdplatsbristen är den största utmaningen just nu. Jag ser egentligen inget ljus i tunneln. Det krävs mer personal och en bättre bemanning. Hittills har Region Uppsala varit bättre på att bedriva juridiska processer mot Ivo än att skapa vårdplatser, säger han.

På Sundsvalls sjukhus var under storhelgerna inflödet av äldre patienter med infektion som inläggningsorsak stort.

– Mest akuta frågan är att det uppenbart saknats en vårdavdelning eller två, framför allt för vård av infekterade äldre. Det skulle vara lätt



"Medarbetarna måste få reglerad fortbildning, bra villkor och en ökad känsla av delaktighet", tycker Andreas Fischer.

FOTO: GETTY IMAGES

Sjukhusläkarna arbetar för att:

- Främja hälso- och sjukvårdens utveckling.
- Främja den medicinska undervisningen och forskningen.
- Tillvarata medlemmarnas yrkesmässiga, sociala och ekonomiska intressen.

26

VISSTE DU ...

... att Sjukhusläkarna har 26 lokalavdelningar över hela landet? Hitta din på slf.se/sjukhuslakarna/lokalavdelningar/

MISSA INTE VÅR HEMSIDA:

sjukhuslakarna.se

HAR DU FRÅGOR OM DITT MEDLEMSKAP?

Kontakta Läkarförbundets medlemsadministration på medlem@slf.se eller 08-790 35 70.

Sjukhusläkarna

att fylla en medicinsk-geriatrisk avdelning. I så fall skulle de kirurgiska kollegorna ha plats för de patienter som borde opereras innan det blir oundgängligt akut, säger Vilhelm Sjögren, ordförande för Medelpads läkarförening och medlem i Sjukhusläkarna.

Vårdplats- och bemanningsfrågan borde, enligt Edvard Lekås, ordförande för Sjukhusläkarna Kronoberg, vara arbetsgivarsidans mest prioriterade fråga i dagsläget.

– Många av våra sjuksköterskor är väldigt ledsna och uppgivna och flera har nyligen slutat och andra kommer att göra det inom kort. Inte helt oförståeligt. Som när en sjuksköterska som hade begärt dubbel kvalificerad tid då hon med kort varsel ringdes in på nyårsaftonen nekades den extraersättningen. Varför finns den ersättningen ens, om man inte använder den när man ringer in någon på nyår?

/Sjukhusläkarna

Sjukhusläkarna har i många år slagit larm om att bristen på vårdplatser medför en katastrofal akutverksamhet.



SJUKHUSLÄKARNA BEKRÄFTAR IVOS BILD – NU KRÄVS KONKRETA ÅTGÄRDER

Inspektionen för vård och omsorg (Ivo) har i en nationell tillsyn kritiserat samtliga 27 granskade sjukhus. Sjukhusläkarna bekräftar Ivos bild att bristen på disponibla vårdplatser och problem i regionernas styrning är avgörande orsaker till att patientsäkerheten inte går att garantera. Nu krävs konkreta åtgärder.

– Vi har i många år slagit larm om – och visat i siffror – att bristen på vårdplatser medför en katastrofal akutverksamhet över hela landet, stora patient-säkerhetsrisker, långa köer och en oacceptabel arbetsmiljö, säger **Elin Karlsson**, ordförande för Sjukhusläkarna.

– Det är glädjande att Ivo poängterar att läka-

re och annan vårdpersonal gör ett otroligt viktigt arbete. För att kunna locka nya medarbetare till vården och behålla alla kompetenta kollegor måste staten och regionerna lyssna på oss i professionen.

Alla regioner i landet har sjukhus som får kritik i granskningen. I den fortsatta tillsynen avser Ivo att granska de åtgärder som regionerna vidtar.

Ifall regionerna inte förbättrar situationen på sjukhusen inom rimlig tid kan myndigheten agera med hjälp av exempelvis vitesförelägganden och förbud av verksamhet.

– Det måste till en högre grundbemanning och

dessutom en översyn av vilka yrkesgrupper som gör vad. Ansvarsområdena måste renodlas. Det förbättrar patientsäkerheten och arbetsmiljön, säger Elin Karlsson, och ger fler exempel på lösningar:

– Den medicinska ledningen och närvaron behöver öka på avdelningarna. Vi vill se hög medicinsk kompetens i chefsleden, så att cheferna verkligen kan bedöma, optimera och utveckla verksamheterna.

Hon fortsätter:

– Det är uppenbart att regionerna har misslyckats med sitt uppdrag, och detta utan att hittills behöva stå till svars. Vi kräver en ökad nationell styrning där regionernas ansvar måste förändras.

/Sjukhusläkarna



En nationell kongress för blivande specialistläkare och alla som arbetar med specialistutbildning



FRAMTIDENS SPECIALISTLÄKARE



KONGRESS 26-28 SEPTEMBER 2023

Kommunikationskurs (delmål b1) och Likarättskurs (delmål a2)
Handledarkurs, Berzelius Symposium och Studierektorsdag.

Kom och var med!

Anmälan på framtidenslakare.se



Svenska
Läkaresällskapet



Sjukhusläkarna



Sveriges
läkarförbund
Den medicinska professionens organisation



Socialstyrelsen

SUBVENTIONEN INKLUDERAR
HFrEF, HFmrEF OCH HFpEF¹

Jardiance®
(empagliflozin)

JARDIANCE® (empagliflozin) den enda SGLT2-hämmaren med både indikation och subvention vid kronisk hjärtsvikt, oavsett ejektionsfraktion¹⁻³



1 tablett 10 mg - 1 gång/dag

1. JARDIANCE® produktresumé 07/2022 www.fass.se. 2. Packer M, Anker SD, Butler J, et al; EMPEROR-Reduced Trial Investigators. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure. N Engl J Med. 2020;383(15):1413-1424. doi:10.1056/NEJMoa2022190 (EMPEROR-Reduced results and the publication's Supplementary Appendix.) 3. Anker SD, Butler J, Filippatos G, et al; EMPEROR-Preserved Trial Investigators. Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction. N Engl J Med. 2021;385(16):1451-1461. doi:10.1056/NEJMoa2107038 (EMPEROR-Preserved results and the publication's Supplementary Appendix.)

JARDIANCE® (empagliflozin), filmdragerade tabletter 10 mg och 25 mg. Rx. (F)*. SGLT2-hämmare. **Indikationer:** Behandling av vuxna med otillräckligt kontrollerad diabetes mellitus (DM) typ 2 som ett komplement till diet och motion: som monoterapi när metformin inte tolereras alternativt som tillägg till andra antidiabetika. Behandling av vuxna med symtomatisk kronisk hjärtsvikt. **Varningar och försiktighet:** Kan användas vid nedsatt njurfunktion; vid DM typ 2 om $eGFR \geq 45$ ml/min/1,73 m², vid DM typ 2 och samtidig kardiovaskulär sjukdom vid $eGFR \geq 30$ ml/min/1,73 m² och vid hjärtsvikt (med eller utan DM typ 2) vid $eGFR \geq 20$ ml/min/1,73 m². Avbryt omedelbart behandling vid misstänkt ketoacidosis. Ska inte användas vid typ 1-diabetes. Ökad risk för genitala svampinfektioner. Bör undvikas under graviditet. Ska inte användas under amning. **Boehringer Ingelheim AB**, tel 08-721 21 00. För ytterligare information samt priser se www.fass.se. Senaste översyn av produktresumén: 07/2022.

Subventioneras endast vid: 1) typ 2-diabetes som tillägg till behandling med metformin eller när metformin inte är lämpligt och 2) hjärtsvikt för patienter med symtomatisk kronisk hjärtsvikt.