

## Livlig debatt om sjukvårdspolitiken

**Frågan om vilken sjukvårdspolitik som Sjukhusläkarförbundet ska driva och hur den ska föras fram var den som väckte mest engagemang under föreningens fullmäktigemöte i förra veckan.**

Foto: URBAN ÖRZOLEK



Göran Holmberg är kritisk mot Läkarförbundets förslag till sjukvårdspolitiskt program.

– Läkarförbundet har i sitt sjukvårdspolitiska program inte fångat upp signalerna om att landstingens roll som sjukvårdshuvudman bör upphöra!

Det sa Göran Holmberg, Stockholms sjukhusläkarförening, som menade att förbundets förslag till sjukvårdspolitiskt program är för tamt. Enligt honom finns det goda möjligheter att påverka den utvecklingen just nu.

– Ansvarsutredningen söker vad som ska komma istället för landstingsorganisationen. Om vi spelar våra kort väl har vi nu ett gyllene tillfälle att få bort landstingens styrning, sa Göran Holmberg.

Förbundsordförande Bernhard Grewin, som också varit ordförande för arbetsgruppen som tagit fram programförslaget, påpekade att det där också föreslås att landstingens roll som politisk hu-

vudman och beställare tas bort. Bernhard Grewin hävdade också att förbundet genom sitt sjukvårdspolitiska program, som nu varit ute på remiss bland delföreningar och medlemmar, gör ett försök att hitta en samlad förbundspolitik.

– Vi vill vara med på tåget för att kunna påverka färdriktningen. Då måste vi ta fram en färdriktning, men den ska inte

vara omfattande och detaljerad och gå på djupet utan vara en rampolitik för att kunna påverka.

Lars Nevander, styrelseledamot i Sjukhusläkarförbundet, ryckte ut till försvar för Läkarförbundet hållning.

– Att Läkarförbundet vågar lägga ett så pass radikalt förslag är en framgång.

Men Gunnar Lindblom, Sjukhusläkarförbundet i Kronoberg, tyckte att man höll på att gå i en vanlig fälla.

– Ekonomifällan. Vi i Kronoberg vill inte att vi ska ge oss in i den debatten. Vad vi ska debattera är den medicinska kunskapen som ska styra vården.

Sara Hedbäck

sara.hedback@lakartidningen.se

## »Sjukhusläkarförbundet behövs«

– Ordförande Marie Wedin hälsade välkommen till Sjukhusläkarförbundets fullmäktigemöte med att poängtera vikten av föreningens existens.

– Det finns de som menar att sjukhusläkarna utgör en så stor del av Läkarförbundet att det inte skulle behövas en egen förening eftersom våra intressen tillvaratas automatiskt.

– Men vi behövs! Det är skillnad på

att vara sjukhusläkare och distriktsläkare, eller underläkare, eller privatläkare. Förbundet är beroende av sina sjukhusläkares synpunkter!

Marie Wedin blev vid mötet omvald till Sjukhusläkarförbundets ordförande på ytterligare två år. (LT)



Foto: URBAN ÖRZOLEK

Marie Wedin, Sjukhusläkarförbundets ordförande, hälsade välkommen till fullmäktigemötet.

## Hur långt är ditt längsta arbetspass inklusive jour?

### Anser du att passens längd påverkar dina möjligheter att göra ett bra jobb?

– Enligt en arbetstidsenkät som Sveriges yngre läkares förening nyligen genomfört är det inte ovanligt med arbetspass på upp till 26 timmar (se LT 12/2004). Ibland helt utan möjlighet till vila. En tredjedel av de tillfrågade uppgav att de ibland eller ofta var så trötta under nattjouren att patientsäkerheten hotades.

Arbetstidens längd är ett problem som diskuteras i alla läkargrupper som går jour. Under våren väntas regeringen lägga fram en proposition om ny arbetstidsreglering för att anpassa den svenska lagstiftningen till EU:s arbetstidsdirektiv.

En utredning som arbetat med frågan har bland annat föreslagit att den sam-

manlagda veckoarbetstiden inte ska överstiga 48 timmar i genomsnitt. Till arbetstid ska då även räknas övertid och jour förlagd till arbetsplatsen. Dessutom ska arbetstagarerna ha rätt till 11 timmars dygnsvila per 24-timmarsperiod.

Förändringen av den svenska lagstiftningen har dröjt, trots påtryckningar från EU-kommissionen. Bland annat beror dröjsmålet på stor oenighet mellan arbetsgivar- och arbetstagarparterna. Senaste budet är att en proposition ska komma till riksdagen i maj. Planen är att lagförändringen ska träda i kraft vid årsskiftet men många tycker att tidsmarginalerna i så fall är väl snäva.

Läkartidningen frågade 10 läkare hur

deras arbetspass ser ut:

#### Andy Maun, AT i Lidköping

– Tjugofyra timmar vid enstaka tillfällen som introduktion till jour. Men normalt 16 timmar.

– Självklart att arbetsförmågan sänks. Piloter inser det, men det gör inte läkare. Efter 16 timmar jobbar man inte lika bra.



#### Martin Berger, AT i Hudiksvall

– Just nu är jag på psyk och har åtta timmars arbetsdag. På kirurgen var det

# Tio procent av budgeten till fortbildning

**Sjukhusläkarföreningen har infört Läkarförbundets fullmäktigemöte i maj lämnat in sex motioner.**

|| Bland annat yrkar föreningen på att förbundet verkar för att arbetsgivarna tillskjuter finansiella medel motsvarande 10 procent av budgeten för varje anställd läkare att användas för extern fortbildning. Sjukhusläkarföreningen motiverar sitt yrkande med att situationen för läkares möjligheter till fortbildning nu är akut, då läkemedelsindustrin inte längre får hjälpa till med finansieringen av den.

Gunilla Colldahl-Jäderström, Göteborgs sjukhusläkarförening, undrade hur Sjukhusläkarföreningen egentligen ser på relationen med läkemedelsindustrin idag. Hon exemplifierade med en anekdot om en europeisk konferens där de svenska läkarna fick äta endast tre rätter under en femrättersmiddag i och med nya regler för begränsningar av vad industrin får bistå med.

Anders Dahlqvist, Sjukhusläkarföreningens andre vice ordförande, var pragmatisk:

– Vi måste ha ett samarbete som förskrivare av läkemedel. Men vi måste hitta former för information som är acceptabla.

Thomas Zilling, föreningens förste vice ordförande, tyckte att man mycket väl kunde låta sig vägledas av de befintliga regler och överenskommelser som finns med läkemedelsindustrin. Han är kirurg och jämförde med sina kontakter angående den tekniska utrustningen han använder i sitt arbete.

– Jag är i behov av att det kommer en representant för medicintekniska utrustningen och ser inget konstigt i det.

Bernhard Grewin, Läkarförbundets ordförande försvarade emellertid arbetet med att se över reglerna för kontakt mellan läkare och läkemedelsindustri.

– Det är absolut nödvändigt med översyn av reglerna, de måste stramas

upp. Vi måste ta in hur omvärlden ser på detta så att vi inte förlorar vår legitimitet.

Övriga motioner från Sjukhusläkarföreningen till förbundet behandlar bland annat anställningsförhållanden på universitetssjukhus (se LT nr 14/2004) och sjukhusläkares karriärvägar. Viktoria Hjalmar, styrelseledamot i Sjukhusläkarföreningen, presenterade föreningens förslag på att inrätta såväl befattningskategorin forskningsöverläkare som verksamhetsöverläkare:

– Idag måste man vara en välutbildad kliniker (i storstäderna helst disputerad och docent), ha goda ledaregenskaper och gärna vara man, för att komma någon vart i karriären.

– Vi har ett brett yrkesområde, men rollerna som kliniker, forskare och ledare ska inte behöva konkurrera med varandra. Därför föreslå vi nya befattningsnivåer.

Sara Hedbäck

## Enkät om lönebildning

|| Sjukhusläkarföreningen skickar om ett par veckor ut en enkät till var tionde medlem inför arbetet med den kommande avtalsrörelsen. Enkätens frågor handlar till stora delar om lönebildning. Förhoppningen är att det ur medlemmarnas svar ska utkristalliseras ett antal nyckelfrågor som föreningen kan koncentrera sina insatser till i avtalsrörelsen.

– Gå nu hem och be kollegerna att snällt fylla i enkäten.

Den uppmaningen fick auditoriet från Thomas Zilling, förste vice ordförande i Sjukhusläkarföreningen. (LT)

## Urologverkstad på AT-stämman



Ett av AT-stämmans praktiska inslag var urologverkstaden med möjlighet att ureterskopera på en docka, leta njursten och sönderdela sten med en luftdriven borrh. »Jättebra att få prova i lugn och ro«, tyckte Linda Waage, AT-läkare på Södersjukhuset i Stockholm. Precis som Sven-Erik Olsson och Ola Lindgren, båda AT-läkare i Karlshamn, gillade hon AT-stämman också för att det är kul att träffa gamla kursare som nu spritts över landet. T h Thomas Hopfgarten, urolog på Södersjukhuset, som instruerade.

FOTO: URBAN ORZOLEK

max 12–13 timmar sammanhängande. Det var inte särskilt krävande. Det värsta var att gå en dag, gå hem vid fyra och tillbaka vid åtta och jobba tolv timmar. Det var inget roligt.



nen ska hållas uppe hela tiden. Vi är ensamma på akuten, och det vilar ett stort ansvar på mig som enda läkare på hela sjukhuset.

**Lina Martinsson, AT på Södersjukhuset i Stockholm**

– Aldrig mer än 15 timmar just nu. Teoretiskt kan beredskapsjouren på psyklaceringen bli 15 timmar.



– Absolut. Ju tröttare, desto sämre förmåga att orka med patienterna. I början av passet är man full av energi, och redan efter åtta tio timmar är man tom på energi.

**Carolina Sixt, AT i Borås**

– Tjugoåtta timmar är det längsta jag har jobbat i sträck, men just nu är jag på vårdcentral så då kan det bli 13 timmar.

– Ja, jobbar man jättelänge blir man trött och får dubbelkolla mera. Det går en gräns vid 14–16 timmar. Då tappar man lite av omdömet och bemötandet. Man har inte smilet kvar.



**Jan-Erik Varildeng, specialist i internmedicin och lungsjukdomar, Borås lasarett**

– 17 timmar. Förut hade man ju 24-tim-



**Stina Söderström, AT på Åland**

– Tjugofem timmar, max en gång i månaden. Nattjournveckan börjar med ett sådant pass.

– Ja. Koncentratio-



# Beslutsstöd främjar lärandet

**Som AT-läkare kan man göra mycket för att undvika fel och misstag i arbetet. Det menar Karin Pukk, AT-läkare på Södersjukhuset och forskare i patientsäkerhet vid Medical Management Centre vid Karolinska institutet i Solna, som talade på AT-stämman i förra veckan.**

II Det finns patientsäkerhetssystem som är sanktionerande, som utgår från att misstag inte begås av den som är proffsig och erfaren, till exempel vårt svenska med Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Och det finns system som främjar lärande och som utgår från att alla gör misstag, och därför bygger man in skyddsbarriärer och beslutsstöd. Karin Pukk anser att båda systemen behövs.

**Vad kan man som AT-läkare göra för att undvika fel och misstag? Här är Karin Pukks råd:**

- Var utsövd. Ät ordentligt.
- Släpp på prestigen. Våga fråga.
- Be om feedback.
- Under nattjouren, säg till dem du jobbar nära: »Jag kommer att bli trött, säg till mig om jag gör något konstigt!«
- Jobba inte ensam.
- Kommunicera. Lämna över patienten på ett bra sätt.
- Tänk kritiskt. Till exempel: Hur bra är egentligen vårdprogrammet? Hur farlig är den här undersökningen som jag ska skicka patienten på?

– Att få folk att rapportera till ett system som prickar en bidrar inte till ett lärande, sa hon när hon under AT-stämman talade om patientsäkerhet och sin egen forskning.

– Innan vi vet hur stort problemet är vet vi inte om det är värt att ta itu med eller ej.

I sin forskning arbetar hon med vad som i Sverige skulle kunna bli ett lärandesystem, ett så kallat no blame-system. Hon och hennes forskarkolleger har samkört data ur patientskaderegistret med data ur Socialstyrelsens register för vårdproduktion. Bland annat har de fått fram anmälningfrekvens per klinik. Men eftersom kvaliteten i inrapporteringen varierar väldigt mycket vill hon inte visa några siffror än.

– Det skulle kunna slå benen av lärandet.

Forskargruppen har ägnat mycket tid åt att kvalitetssäkra uppgifterna och diskutera inrapporteringsrutiner med chefläkare i landet för att hitta ett sätt att göra databasen användbar. Karin Pukk har svårt att säga när hon tror att man kan uppnå en enhetlig inrapportering så att en riktig jämförelse mellan sjukhus blir möjlig.

Något hon i alla fall kunnat konstatera är skillnader mellan olika patientgrupper. Patienter i 40–60-årsåldern klagar mer än äldre patienter, trots att det är de äldre som konsumerar mest vård. Och kvinnors klagomål och deras ersättning ur patientskadeförsäkringen står för en större del än männens.

– Finns det något i sättet vi tar hand om kvinnor som skiljer sig från hur vi tar hand om män?



Foto: Urban Orzolek

Karin Pukk, AT-läkare, talade på AT-stämman i förra veckan.

I tidskriften *Quality Management in Health Care* har en del av Karin Pukks forskningsresultat publicerats.

Det finns ingen svensk studie av omfattningen av de medicinska misstag som begås, men en amerikansk studie har visat att omkring 3–4 procent av sjukhusvårdade patienter drabbas av medicinska fel. Av dessa leder runt en tiondel till dödsfall.

– Jag ska teoretiskt sett vara lika fräsch och smart när jag går av mitt skift som när jag går på, och det är jag inte, sa Karin Pukk, som kom till AT-stämman från en journatt på Södersjukhuset.

Elisabet Ohlin

marsspass, men de yngre har andra krav och accepterar inte sådana arbetstider. Jag väntar på Knas så att vi får riktiga tider.

– Självklart påverkas arbetsinsatsen av passens längd, men det här är ändå rena himmelriket jämfört med tidigare.

**Gunnel Östergren, specialist i anesthesi och intensivvård, Universitetssjukhuset i Örebro**

– 25 timmar, det är vanliga helgpass.

– Ja, jag blir tröttare och springer mindre fort. Men framförallt är det återhämtningen som är svår efter långa pass. Jag hoppas att de inte gör några undantag från regeln om 11 timmars dygnsvila för läkare.



**Johan Styrud, specialist i kirurgi, Danderyds sjukhus**

– 20 timmar.

– Ja självklart, det är en ledande fråga. Jag aktar mig för att göra stora saker sent på natten.



**Einar Arnbjörnsson, specialist i barn- och ungdomskirurgi, Universitetssjukhuset i Lund**

– Jag går beredskapsjour från fredag morgon till måndag morgon. Det kan bli åtta tio timmar på sjukhuset. Det är en stor förbättring jämfört med tidigare, men de yngre kolle-



gerna tycker att det är tungt.

– Det är klart man blir lite visser efter tio timmar, men med gamla rutiner och folk som stödjer runtomkring fungerar det.

**Marcel Sadeghi, specialist i kirurgi, Falu lasarett**

– 16,5 timmar.

– Arbetspassens längd kan påverka, men det är snarare intensiteten. Man måste vara på flera ställen samtidigt, operera och hantera andra akuta ärenden på samma gång.



Sara Hedbäck, Elisabet Ohlin  
Foto: Urban Orzolek