

Dr Vård och

INTERVJU. Efter tio år som dynamisk sjukvårdsdirektör är Göran Stiernstedt sedan några år en av landets viktigaste opinionsbildare på vårdområdet. Han drar sig inte för att kritisera sina egna uppdragsgivare, landstingen och kommunerna, för deras oförmåga att lösa de gemensamma problemen.

TEXT: MICHAEL LÖVTRUP FOTO: GÖRAN SEGEHOLM

Hej, jag heter Göran Stiernstedt och jag representerar problemet.

Det händer att chefen för sektionen för vård och omsorg på Sveriges Kommuner och landsting, SKL, väljer att presentera sig på det sättet när han deltar i exempelvis debatter eller seminarier.

Varför så defensiv, kan man undra? Är landstingen ett problem?

– Nej, men jag har suttit i så många paneler där fyra, fem talare före mig alla lagt problemet i knät på mig. Det är inte bara negativt, om du vore en väldigt perifer spelare så vore du aldrig problemet. Så länge vi vill att saker och ting ska utvecklas kommer landstingen att vara en del av problemet.

Göran Stiernstedt beskrivs av personer som mött honom i hans tidigare roll som biträdande landstingsdirektör i Stockholms läns landsting som både idérik och snabb att omsätta idéer i beslut. Man kan undra hur en sådan person upplever att komma till SKL. Opinionsbildning och policyskapande, som mycket av arbetet där består i, är ju sällan något som ger snabba och konkreta resultat.

Jodå, han erkänner att det har varit en omställning.

– Jag tycker att det är bra att avsluta sin karriär på nationell nivå, men det kan kännas lite

för lite operativt. Man är van att kunna säga »nu gör vi så här«; så är det inte här, organisationen har ju ingen kommanderingsrätt över verksamheten.

Det är tretton år sedan dåvarande överläkaren i infektionsmedicin Göran Stiernstedt hängde av sig läkarrocken för att bli heltidsbyråkrat. Innan han började i arbete i landstinget i Stockholm var han under några år sjukhusdirektör för Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Den kliniska vardagen saknar han inte – »när jag bestämmer mig har jag gjort det« – däremot skattar han erfarenheten som ovärderlig. En fördel är enligt honom att man förstår vad som händer i mötet mellan patient och läkare, den »värdenivå« som hela vården ytterst vilar på.

– Sedan har man en enorm fördel av att veta hur en läkare funkar. Det svåraste i vården är att styra läkarna, och att känna kåren och veta hur man tänker och är fostrad och utbildad, det är klart att man har stor nytta av det.

Personer jag har talat med säger att du kan vara ganska tuff mot din egen yrkeskår. Tror du att du kan vara det för att du är läkare själv?

– Ja, jag tror att det är lite lättare. Ibland handlar diskussionen om pengar och att det går åt helvete för patienterna

Mr Omsorg

om man inte får mer resurser. Om man vill en sak kanske man tar i lite när man argumenterar. Och det kanske man har lättare att klara av om man som jag är i branschen.

Kan det vara därför du upplevs som en tuff motpart, att du är kunnig och kan ifrågasätta argument som du inte skulle kunna om du inte var läkare?

– Kunnig får andra bedöma, men jag tror att sådant kan bidra, att man kan verksamheten. Jag har ändå i stort sett 40 års erfarenhet av svensk sjukvård från alla nivåer, och då vet man hur systemet funkar och känner det speciella tänk som finns på olika nivåer.

Ett epitet som omgivningen gärna sätter på Göran Stiernstedt är debattlysten, rentav polemisk. Att exempelvis på ett seminarium om vården av multisjuka äldre, där alla samfällt talar om vikten av samverkan mellan olika aktörer, tvärtom påstå att det talas *för mycket* om samverkan, känns på något sätt väldigt Göran Stiernstedtskt.

Gillar du att utmana konsensus?

– Ja, ibland på debatter brukar jag gilla det. Det blir så snällt när alla är överens, och jag tycker att man ibland måste spetsa till det. Just den där formuleringen handlar om att även om det behövs samverkan mellan huvudmännen, så måste sjuka Elsa veta vem som är ytterst ansvarig för hennes samlade vård. Det kan vara en allmänläkare eller en geriatriker, men jag blir bekymrad när man säger »både och«. Om det är något jag lärt mig är det att delat chefskap inte är bra.

Just frågan om hur vi ska bli bättre på att ta hand om den växande gruppen multisjuka

äldre är enligt Göran Stiernstedt den absolut viktigaste utmaningen för vården och landstingen framöver. Det centrala är enligt honom att få till ett fungerande samarbete på politisk nivå.

– Jag har sett många olika samverkansprojekt och vet att om man för samman personal i landsting och kommuner så gör de vad de kan. Men den politiska nivån måste också in, det är de som sitter på pengarna och ibland måste pengarna omfördelas, säger Göran Stiernstedt och påpekar att det är en generell problematik:

– När Anders Milton tittar på kroniskt psykiskt sjuka, när Gerhard Larsson tittar på missbruk, när man tittar på de mest sjuka äldre och när man tittar på barn med särskilda behov, så kommer man alltid fram till att frågan hamnar mellan stolarna mellan de båda huvudmännen.

Är det någon i landet som måste befinna sig i den diskussionens epicentrum är det väl Göran Stiernstedt själv. Konflikten finns liksom inbakad redan i befattningstiteln, med vården som i huvudsak är en lands-

tingsfråga och omsorgen som är kommunernas ansvar.

Din uppgift är att ta hänsyn till både kommunernas och landstingens perspektiv.

Händer det ofta att omsorgsdelen och vård delen inom dig har olika uppfattning i en fråga?

– Haha ... mitt problem är väl snarast att jag kan omsorgsdelen lite för dåligt, mina medarbetare kanske tycker att jag är för mycket en hälso- och sjukvårdsmänniska.

Men du har både kommunerna och landstingen som uppdragsgivare, varav de första kanske har en uppfattning om var proble-



INTERVJU

men ligger, och de senare en annan ...

– Ja, och det är det som gjort att SKL, som jag upplever det, legat lite för lågt i den här frågan. Det fanns ju en tanke när man slog ihop Kommunförbundet och Landstingsförbundet, men frågan är om det ledde till något. Jag har faktiskt tagit upp att det är dags att det återspeglas utåt mot medlemmarna också.

Och vad måste till för att det ska hända något?

– Det är det politiska ledarskapet. Det är för tusan politikerna som har beslutsmandat och sitter på pengarna, det är de som måste bestämma sig för att nu ska det hända något.

Det känns som att du går emot dina egna uppdragsgivare.

– Nej, jag tror att det är en överlevnadsfråga för båda att de förmår att lösa detta. Det handlar om medborgarnas tolerans men också om att få ut det mesta av pengarna. Till exempel ligger lösningen på vårdplatsfrågan kanske hos kommunen: i stället för att öppna 30 dyra vårdplatser på ett sjukhus borde man bidra ekonomiskt till 70 vårdplatser med förstärkt övervakning i ett särskilt boende.

En aktuell fråga där ledarskapet i landstingen verkligen sätts på prov är regionfrågan. Som tongångarna går i dag förfaller det osannolikt att landstingen skulle lyckas for-

ma sig till något som ens påminner som de storregioner som var Ansvarskommitténs ursprungliga tanke.

Hur viktigt är det att regionfrågan får en bra lösning för utvecklingen av vården i Sverige?

– Jag tror att det är väldigt viktigt. Det blir allt tydligare att ett vanligt landsting med 250 000–300 000 invånare är för litet för att klara vissa strukturella problem. När det gäller slutenvården tror jag att nästa krisbransch kan bli det svenska centralsjukhuset. För när vi talar om högspecialiserad vård och hur den ska fördelas över landet kommer man till ett stadium där man behöver reducera till kanske 10–15 sjukhus. Då är man nere på ett antal som är mindre än antalet landsting. Du kan själv tänka dig om

»Det är för tusan politikerna som har beslutsmandat och sitter på pengarna, det är de som måste bestämma sig ...«

man helt ska sluta operera koloncancer på, säg, Södertälje sjukhus. Den typen av brottningsmatcher har jag varit med om och det är inte lätt.

Det betyder att några landsting måste avstå helt från vissa behandlingar. Hur hoppfull är du om att landstingen klarar detta?

– Nej, jag är ganska pessimistisk, jag har tappat lite sugen i den frågan. Jag vidhåller att det är en viktig framtidsfråga, men jag är rädd att vi kommer att få problem och i slutändan är det patienterna som blir lidande, inte direkt men på sikt. Vi ligger långt fram i cancervården, men det är ju för att ligga långt fram även i framtiden som vi nu ska vidta strukturförändringar och sluta operera vissa saker på vissa ställen.

Mellan 2002 och 2010 har antalet vårdplatser i Sverige minskat från 28 000 till 25 500, enligt SKL:s egen statistik. Varje år har stadigt några hundra platser försvunnit. Samtidigt riktar Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket allt fränare kritik mot de patientsäkerhets- och arbetsmiljörisiker som överbeläggningarna innebär.

Varför fortsätter överbeläggningarna år ut och år in trots att problemen är väl kända?

– Nu har det varit lugnare ett tag, det går lite i vågor. Men det händer faktiskt något. Vi har drivit stenhårt att få till stånd ett system för att mäta det på samma sätt i hela landet så att vi kan kartlägga hur stort problemet är. I dag kan det till och med vara olika definition i ett och samma landsting av vad en överbeläggning eller en satellitpatient är. För även om jag har en enorm respekt för en jourhavande klockan tolv på nat-

»Att styra läkare är det svåraste i vården«, säger Göran Stiernstedt.



■ GÖRAN STIERNSTEDT

<p>Ålder: 62.</p> <p>Bor: Kungsholmen i Stockholm.</p> <p>Familj: Fru, 11-årig dotter, två barn från tidigare äktenskap.</p> <p>Bakgrund: Docent, överläkare. Divisionschef vid Huddinge sjukhus och Karolinska sjukhuset. Sjukhusdirektör vid Akademiska sjukhuset i Upp-</p>	<p>sala 1998–2002. Biträdande landstingsdirektör i Stockholms läns landsting, SLL, 2002–2008.</p> <p>Medicinsk specialitet: Infektion. Disputerade med en avhandling om Borrelia-infektion.</p> <p>Aktuell: Chef för sektionen för vård och omsorg på SKL.</p> <p>Varför blev du läkare?</p>	<p>»Det var en slump. Jag tvekade mellan att bli civilingenjör eller läkare, men när jag tog studenten 1967 var det dåliga tider för ingenjörer, tidningarna skrev att de fick dela ut tidningar för att de inte fick jobb, så jag valde läkare. Och det har jag aldrig ångrat.«</p> <p>När träffade du en patient senast? »Jag har en fortfarande, en gammal</p>	<p>Borrelia-patient som har fortsatt komma förbi en gång om året för att få lite råd. Bortsett från det var det i slutet på 1990-talet.«</p> <p>Viktigaste hälsofrågan: »Levnadsvanorna.«</p> <p>Viktigaste läkarfrågan: »Att man säkrar sitt inflytande över utvecklingen. Det har minskat och det tror jag beror på</p>	<p>att man bedöms som lite förändringsobenägna.«</p> <p>Senast lästa bok: »Den där skandalboken om kungen – inte så intellektuellt, kanske.«</p> <p>Oanad talang: »Rörmokare. Det är fascinerande att koppla ihop rör och sedan vrida på kranen och inte veta säkert om det är tätt eller inte, det är en tjusning med det.«</p>
--	---	--	---	--



»Idérik« och »polemisk« är vanliga omdömen om Göran Stiernstedt.

ten, så vet vi egentligen inte hur stort problemet är. I någon mån kommer vi alltid att ha överbeläggningar, det går inte att gardera sig till 100 procent. Vi är beredda att sätta systemet nästa år och då kommer vi att för första gången kunna jämföra över landet och jag är helt säker på att det kommer att börja hända något då.

Anser du att antalet vårdplatser i Sverige i dag är tillräckligt stort för att garantera patientsäkerheten?

– Det totala antalet tror jag

är ungefär rätt, men jag tror att fördelningen delvis är fel mellan olika specialiteter. I regel är det samma kliniker – oftast invärtesmedicin – som har ständiga överbeläggningar och samma kliniker som tar emot patienter. Det känns som något man borde kunna fixa.

Minskningen av vårdplatserna sker i ett läge där Sverige redan har lägst antal vårdplatser i förhållande till befolkningen bland jämförbara länder. SKL och landstingen förklarar det som regel med att vi är snabba på att imple-

mentera nya, effektiva metoder. Samtidigt sker neddragningarna de facto väldigt ofta som en följd av dålig ekonomi och ganska panikartat – senast exemplet i raden är landstinget i Sörmland – inte som en del i en fortgående omstrukturerings och effektivisering.

Att det går till så, är inte det problematiskt för trovärdigheten, både inåt mot personalen och utåt mot medborgarna?

– Jo, det är ett problem och det är väl ett generellt problem att vi genomför den här

typen av förändringar när vi har ont om pengar. Man skulle önska att det gick annorlunda till, men så fungerar den politiska styrningen – man drar åt tumskrubarna när det är dåliga tider.

Landstingens förklaring till att överbeläggningarna fortsätter trots att man säger att det inte finns för lite vårdplatser brukar vara att det i stället är patienterna som är för många. Färdigbehandlade patienter blir kvar för att kommunerna inte tar emot dem och – framför allt – patienter kommer in som inte skulle ha gjort det om inte vården inom kommunsektorn hade fallerat.

Ni har en analys av orsakerna, men det har inte hänt något. Vad ska man dra för slutsats av det?

– Att det är svårt och komplext. För det finns en sorts



INTERVJU

»Murphys lag« som säger att en plats fylls alltid. Som läkare vet jag att det första jag gjorde när jag gick på joutren var att kolla in platsläget och mentalt ställa in inläggningssknappen efter det. Någon gång räknade jag fel och var för liberal med inläggningar och så kom det en ström av patienter som jag inte hade räknat med. Så jag tror att man ska ta det som ett uttryck för att frågan är otroligt komplex. Det är skillnad på att lösa överbelägningsproblem i en avfolkningsbygd i Norrland jämfört med en ort där det flyttar in 20 000–25 000 personer per år.

Du säger att man ställer in sig på hur många sängar man har. Det låter som att det är läkarna på golvet som skapar problemet?

– Nej, det vill jag inte säga, det är omedvetna processer. Men som läkare har du en gräns för när du ska lägga in och många gånger kan det kännas bra att lägga in för patientens skull. Det är bara att erkänna att sådana faktorer finns. Det finns internationella undersökningar om varför det är så stora skillnader i slutenvårdskonsumtion mellan olika regioner, och den enda faktorn man hittar är utbudet. Titta bara i Sverige hur stora skillnader det är mellan kommuner vad gäller hur många personer över 85 år man lägger in, det är nästan en faktor två i skillnad. Då måste det finnas något att jobba med som inte handlar om antalet vårdplatser.

Det faktum att den vård en patient får är beroende på var i landet han eller hon bor – det som ibland kallas för »postkodlotteriet« – har blivit en mycket omdiskuterad fråga de senaste åren. Ett par exempel är förskrivningen av bromsmediciner mot Alzheimer eller TNF-hämmare vid autoimmun sjukdom, som i relation till befolkningen kan skilja mer än 100 procent mellan landstingen.

Du har sagt apropå de regionala skillnaderna att

man måste skilja mellan innovationsskillnader och oacceptabla skillnader. Hur vet man vad som är vad?

– Det vet man i alldeles för liten utsträckning, det måste man bli mycket bättre på att definiera. Ofta vet professionen själv utifrån kvalitetsregister och annat vad som är en rimlig nivå. Men för mig är det en mardröm om vi har Öppna jämförelser där alla staplar är lika långa, för då har vi en passiv läkarkår som bara sitter med dataprogram och gör precis som man ska. Men kunskapsstyrning är väldigt mycket något som sker lokalt och bygger på läkarkårens nyfikenhet och vilja att ta till sig innovationer.

De skillnader vi ser i dag, är de försvarbara?

– Det finns skillnader som är alltför stora. Det är därför vi har Öppna jämförelser, som har lett både till att vi diskuterar problemen mer än tidigare och till att skillnaderna minskar.

Sedan kan jag ibland fascineras av att läkemedelsindustrin har blivit vår största jämlikhetsivrare. Om vi tar demens: är det säkert att den som ligger högst ligger bäst? Det som behövs är utfallsmått. Jag skulle vilja veta hur reumatikerna mår. Om de mår sämre i ett visst landsting, och man kan koppla det till att de får mindre av medicinen, då har vi ett problem.

Och hur får vi veta det?
– Det är därför vi satsar så hårt på kvalitetsregistren. Den satsning vi nu gör tillsammans med staten kommer att göra att vi får mycket mer av utfallsmått och nyckeln är mycket att patienterna själva är med och registrerar.

För att vända tillbaka till Göran Stiernstedts självvårdshälsningsfras kan man konstatera att ett av de många områden där landstingen utmålats som ett problem är den kliniska forsk-

ningen. Sjukhusen, även de stora universitetssjukhusen, sägs ha blivit vårdfabriker där forskning närmast är ett störande moment och alltid kommer i andra hand i tider av knappa resurser.

Här menar Göran Stiernstedt att det ändå skett framsteg.

– För några år sedan handlade det bara om vems fel det mest var, nu tycker jag att det handlar om hur vi kan gemensamt kan gå framåt. Jag är väldigt glad över hur positivt förslaget att inrätta en behandlingsforskningsfond tagits emot av landstingen. Hade inte den ekonomiska krisen kommit hade vi haft den redan, men jag är övertygad om att den kommer.

Till sist, hur ska primärvården bli en attraktiv arbetsplats dit nya läkare söker sig och där etablerade stannar kvar och borgar för kontinuitet?

– Jag vet inte om jag har några bra idéer, men erfarenheten från Norge pekar på att en rejäl satsning och en rejäl lön spelar rätt stor roll. Jag är ganska resistent mot när sjukhusläkare är upprörda över att en överläkare och

högt värderad specialist tjänar ungefär som en allmänläkare. Jag tycker att man ska använda det marknadsinstrument som lönen är. Sedan tror jag ändå att vårdvalet kommer att öka attraktiviteten på sikt.

Är du lika positiv till mångfald nu när du sitter på SKL som när du var i landstinget?

– Ja absolut, som princip. Sedan måste det styras och jag kan vara kritisk mot det sätt det sker på i Stockholm, där man är extremt produktionsinriktad. Det måste också kontrolleras, det finns arter, men jag tycker till exempel att privatiseringen av S:t Görans sjukhus tillförde enormt mycket till Stockholms sjukhusvärld.

Michael Lövtrup

FRÅN LAKARTIDNINGEN.SE

Längre versioner av nedanstående notiser finns att läsa på vår webbplats.

Han ska utreda läkarutbildningen

Stefan Lindgren, professor i internmedicin i Lund och överläkare vid sektionen för gastroenterologi vid Skånes universitetssjukhus, Malmö, ska utreda vägen till läkarlegitimation. Det beslutade regeringen nyligen. Direktiven för utredningen presenterades i oktober, se LT nr 44/2011.

Stefan Lindgren är ordförande i Svenska Läkaresällskapets utbildningsdelegation och har ingått i en gemensam arbetsgrupp inom Läkarförbundet och Läkaresällskapet som arbetat med frågan om hur vägen till legitimation bör se ut. EO



Tre landsting fick mest patient-säkerhetspengar

Landstingen i Dalarna, Väster-norrland och Jämtland klarade samtliga fyra krav i årets patientsäkerhetsöverenskommelse. Resten av landstingen nådde inte kravet om minskad antibiotikaförskrivning, men klarade övriga tre.

Det betyder att alla landsting får dela på 300 miljoner kronor. De tre i topp får dela på ytterligare 75 miljoner kronor.

Regeringen beslutade förra året att avsätta 400 miljoner för patientsäkerhetsarbete som landstingen skulle få tävla om, se LT nr 51–52/2010. De fyra krav, vart och ett värt 100 miljoner, pengarna fördelas efter är:

- Mäta patientsäkerhetskulturen på minst 25 procent av hälso- och sjukvårdspersonalen.
- Mäta följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler på minst 75 procent av alla avdelningar på alla sjukhus inom slutenvården.
- Mäta förekomst av trycksår på minst 50 procent av alla avdelningar på alla sjukhus.
- Öka följsamhet till lokala rekommendationer och minska antibiotikaförskrivning inom öppenvården med 10 procent.

Dessutom måste ett antal grundkrav vara uppfyllda, bl a att landstinget tagit ett väsentligt steg i införandet av Nationella patientöversikten. KB