

världskriget

»Även om checklistorna på de olika intensivvårdsenheterna som använder dem liknar varandra till 99 procent, så är det den där enda procenten som är avgörande för den unika enheten.«

la« tio minuter på att gå och hämta det som behövdes eller göra det man skulle utan förklade valde många det senare.

Man ordnade då så att utrustningen fanns tillgänglig. Då gick följsamheten upp till 75 procent och de kateterrelaterade infektionerna ner från 11 till 5 procent. Men Peter Pronovost lät sig inte nöja med det, han ville gå hela vägen. Det var då han uppmanade sjuksköterskorna att helt enkelt stoppa läkare som inte följde checklistan. Enligt Peter Pronovost blev många läkare som blev tillsagda av en sköterska arga, förnärmade,

kränkta. Och sköterskorna ville inte bli utsatta för läkarnas ilska. Men följsamheten gick ändå upp till 98 procent, och infektionerna ner till 2 procent och till slut till 0 procent, på de sju intensivvårdsenheterna på Johns Hopkins' universitetssjukhus.

Peter Pronovost har sedan blivit anlitad av sjukhus över hela USA och så småningom även andra delar av världen. Han poängterar dock att checklistan från Johns Hopkins ska ses som ett exempel, en källa till inspiration.

– Även om checklistorna på de olika intensivvårdsenheterna som använder dem liknar varandra till 99 procent, så är det den där enda procenten som är avgörande för den unika enheten.

Peter Pronovost menar att en källa till framgång är just att de som arbetar på det enskilda sjukhuset, den enskilda kliniken eller enheten får »förbättra« checklistan så att den blir skraddarsydd för de lokala omständigheterna.

Sara Gunnarsdotter

Aktiv patientmedverkan stävjar anmälningar

Jörgen Striem är hälso- och sjukvårdschef i Landstinget Sörmland. Vid ett symposium om patienten som medaktör för säkrare vård berättade han att man i Sörmland ända sedan 2005 rutinmässigt bjuder in patienter och/eller anhöriga att delta i händelseanalyserna.

– De får beskriva förloppet och föreslå förbättringar.

Förutom att det, enligt Jörgen Striem, givit goda idéer till förbättringar, har många patienter vittnat om hur skönt de

tyckt det varit att få berätta om vad de varit med om för någon som verkligen lyssnar. Det kände Anders Fagerlund, som arbetar med händelseanalyser vid Akademiska sjukhuset, Uppsala, igen; han menade att det samtalet kan ha en terapeutisk effekt.

– Aktiv händelseanalys tillsammans med patienterna innebär dessutom ofta att patienten avstår från att anmäla händelsen, eller drar tillbaka en redan gjord.

Sara Gunnarsdotter

Apropå stämmans tema »Säkrare vård« ...

- 1) Vad är viktigaste åtgärden för att öka patientsäkerheten?
- 2) Finns det något som du själv tänker göra eller ändra på?

Anders Vahlquist, hudläkare och professor, Uppsala:

– Patient-läkarkontinuitet, bra teamwork med alla grupper runt patienten och fortbildning, fortbildning, fortbildning.

– Ett år före pensionering?

Ja, initiera bra teamwork, det kan man alltid bli bättre på.



Kerstin Henriksson, verksamhetschef och allmänläkare, Capio Ringens vårdcentral, Stockholm:

– Bra skriftliga och doku-menterade rutiner, i samklang med lagstiftningen förstås, och ett bra avvikel-sehanteringssystem.

– Jag är ju verksamhetschef, så jag jobbar dagligen med uppdatering av rutiner, avvikelsehantering och kontroll av följsamhet.



Mogens Lindén, barn- och allmänläkare, Mariehamn, Åland:

– Det är att alltid att göra en noggrann analys av händelseförloppet vid alla incidenter. Och i Finland har vi inte lex Maria. Det borde finnas.

– Nej, inte omedelbart.

Slentrian är alla misstags moder. Det gäller att hålla sig alert. Det är som att alltid kolla bäringarna när man seglar, och inte tro att man alltid vet var man är.



Ullacarin Wreje, allmänläkare och ortopedmedicinare, Stockholm:

– Hygien, i den slutna vården. Nummer två är ökad uppmärksamhet på svårt sjuka patienter, apropå det fall som haverikommissionen tittar på.

– Nej, men jag har tänkt att jag ska gå igenom systematiskt för att se vad det kan finnas för fallor.



Gunbritt Augustsson, gynekolog på vårdcentral, Kumla:

– I dag pratar man mycket om tillgänglighet. Men det är inte alls säkert att det är lösningen. Jag skulle vilja stärka sjuksköterskorna i första linjen och deras kunskaper så att de ibland vågar säga nej till besök. Annars kommer de sjukaste inte till.

– Jag brinner för fler gynekologer på vårdcentralerna. Då kommer gynekologpatienterna rätt direkt, och då sparar man hur mycket tid som helst. ■



Sjukdomsförebyggande metoder »ingen arbetsmiljöfråga«

Socialstyrelsen tar hjälp av Svenska Läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening för att föra in sjukdomsförebyggande metoder i vården. »Detta är ingen arbetsmiljöfråga, det handlar om evidens«, sa Socialstyrelsens generaldirektör Lars-Erik Holm på riksstämman.

Socialstyrelsen släppte i samband med den medicinska riksstämman »Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder«. Dessa överensstämmer enligt Lars-Erik Holm »i allt väsentligt« med den preliminära version som kom hösten 2010.

– Vi har granskat nästan 40 000 vetenskapliga studier och graderar evidens för åtgärder. Dessutom gör vi prioriteringar, sa Socialstyrelsens generaldirektör Lars-Erik Holm när han presenterade riktlinjerna vid stämman.

De nationella riktlinjerna är riktade mot landstingen.

Lars-Erik Holm slår ifrån sig den hårda kritik som kommit från distriktsläkare, pressade av allt fler uppgifter och utökad administration.

– Jag är förvånad över kritiken. Primärvård är väl lämpad för förebyggande arbete. Den kritik som distriktsläkare framfört om bristande resurser ska de rikta till arbetsgivaren, om hur man har det med bemanningen. Vården ska se till att det finns förutsättningar. Men man får också granska vad vi behöver göra och inte göra.

– Jag ser inte detta som en arbetsmiljöfråga, utan detta är ett arbete baserat på evidens. Riktlinjerna är ett steg i riktning att få saker och ting att hända. Tidigare har riktlinjerna ofta varit sprungna ur eldsjälur inom olika specialiteter, fortsätter Lars-Erik Holm.

Svenska Läkaresällskapet har tecknat ett avtal med Socialstyrelsen om att förankra

riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder i läkarkåren.

– Vi har fått 9 miljoner kronor för 2011 och 2012 för att få i gång arbetet med de nya riktlinjerna. Det är ett helt nytt projekt som ska pågå till 2014, säger projektledaren Lars Jerdén, distriktsläkare, Jakobsgrändens vårdcentral, Borlänge, till Läkartidningen i anslutning till ett seminarium där riktlinjerna debatterades.

Även svensk sjuksköterskeförening engageras på motsvarande sätt av Socialstyrelsen.

Hälso- och sjukvården ska med hjälp av framför allt samtal försöka få patienter att ändra sina vanor inom fyra områden: tobak, alkohol, kost och fysisk aktivitet. Svenska



Lars-Erik Holm

Läkaresällskapet kommer i sitt arbete med att sprida riktlinjerna att rikta sig till de olika specialiteterna.

– Det mesta kommer att göras via sektionerna. Vi ska från Läkaresällskapet centralt försöka intressera varje sektion, till exempel kardiologerna, säger Lars Jerdén.

– Ortopederna är redan med på banan och har utsett sektionsansvarig, som ska arbeta med frågor som »vad innebär riktlinjerna för en ortoped?« och »hur ska vi informera våra medlemmar om hur riktlinjerna påverkar deras arbete?«.

Vill du kommentera allmänläkares motstånd till riktlinjerna?

– Allmänläkare förstår att göra de här samtalen lite bättre och lite oftare. Jag upplever inte att det är något motstånd. Men det finns en liten anarkist i varje läkare, och i synnerhet i allmänläkare, säger Lars Jerdén.

Marie Närlid

»Prioriteringar av kroniskt sjuka bör vara en

Finns det en målkonflikt mellan god evidensbaserad vård vid kroniska folksjukdomar och tillgänglighet i svensk primärvård?

– Nej, svarade socialminister Göran Hägglund på frågan, som också utgjorde rubriken för ett symposium på den medicinska riksstämman.

Under symposiet diskuterades om det finns risk för att grupper med stort behov av kontinuerliga primärvårdsinsatser, där patienter med typ 2-diabetes fick utgöra exempel, prioriteras ner på bekostnad av hög tillgänglighet för vanliga men mer alldagliga sjukdomstillstånd. Göran Hägglunds slutsats var att en

effektivt genomförd vård skapar god tillgänglighet. Han upprepade också att förändringar tar tid och att ersättningsystemen spelar en viktig roll.

Carl Johan Östgren, professor och allmänläkare i Linköping, trodde däremot att det kan finnas en konflikt mellan tillgänglighet och god primärvård för patienter med typ 2-diabetes.

– Vårt jobb är att minska den överrisk för komplikationer som typ 2-diabetes medför.

Behandlingen spelar stor roll, fastslog Carl Johan Östgren och visade resultatet från en stor dansk studie där intensiv multifaktoriell behandling

halverade risken för samtliga diabeteskomplikationer efter åtta år jämfört med konventionell behandling (N Engl J Med. 2008;358:580-93).

Carl Johan Östgren sa att Sverige har haft ett av världens bästa resultat av diabetesvården, något som berott på strukturerad sjukvård med fungerande team. Han pekade också på vikten av ett fungerande kallelsesystem.

– Typ 2-diabetes är i någon mån en klassjukdom. Den drabbar ofta resurssvaga, människor som inte spontant efterfrågar vård.

Utifrån det uttryckte han oro inför att flera vårdcentraler nu funderar på att sluta kalla patienter och i stället uppmana patienterna att själ-



Carl Johan Östgren, professor och allmänläkare, socialminister Göran Hägglund och – till höger – Cecilia Björkelund, professor i allmänmedicin.

va höra av sig för uppföljning.

– Vi behöver behovsstyrda

»Tillsyn är en verksamhet som kommer att behöva renodlas«

Det sa Stefan Carlsson, regeringens särskilde utredare av hur hälso- och sjukvården ska styras, när han frågades ut i Läkarsällskapets monter på den medicinska riksstämman.

I april 2012 ska Stefan Carlsson lämna slutbetänkandet i »Statens vård- och omsorgsutredning«. Utfrågaren, Eva Nordin, försökte få Stefan Carlsson att berätta om det kommer att finnas förslag på fler eller färre myndigheter i rapporten.

– Jag tänker inte tala om det i dag, sa Stefan Carlsson.

Men han tillstod att han tänker snitta myndighetsstrukturen på ett annat sätt.

Och på frågan om Socialstyrelsens dubbla roller, som normerande myndighet och tillsynsmyndighet, svarade han att tillsyn är en verksam-



Stefan Carlsson vill samordna kunskapsstyrningen.

het som kommer att behöva renodlas.

– Tillsynen måste till del vara frikopplad från normeringsverksamheten.

Stefan Carlsson underströk också att han kommer att göra något åt att kunskapsstyrning i dag kan

komma från tio olika håll.

– Man får pengar för att göra det och det, man ska springa än hit, än dit, sa Stefan Carlsson och betonade vikten av långsiktighet.

Karin Bergqvist

LÄS MER En längre version av artikeln finns på Lakartidningen.se

kvalitetsindikator i primärvården«



prioriteringar av vården, den här gruppen efterfrågar inte alltid så mycket vård som de

skulle behöva, sa Carl Johan Östgren.

Cecilia Björkelund, professor i allmänmedicin vid Sahlgrenska akademien i Göteborg, var också skeptisk till om primärvården utifrån vårdvalsmodellen förmår ge de kroniskt sjuka den vård de behöver.

– Vårdvalet ger undanträngningseffekter som det är utformat nu, sa Cecilia Björkelund.

Hon räknade upp några exempel på var detta sker: i system där många, korta besök premieras, i system som inte premierar samverkan över vårdnivåer och huvudmannagränser, i system som inte premierar prevention och i

system som premierar hög tillgänglighet.

Hon såg lösningen i effektivt kontrollsystem.

Flera gånger återkom Cecilia Björkelund till vikten av kontinuitet.

– God tillgänglighet förutsätter inte kontinuitet, men kontinuitet förutsätter god tillgänglighet.

Hon sa också att det är svårt att mäta vad som verkligen är kvalitet i primärvården; det finns en risk att man letar på fel ställe och mäter sådant som är lätt att mäta.

– Prioriteringar av kroniskt sjuka bör vara en kvalitetsindikator i primärvården.

Sara Gunnarsdotter
Karin Bergqvist

FRÅN LAKARTIDNINGEN.SE

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

Även små gåvor kan skapa problem

Läkare bör i regel avstå från att ta emot gåvor från patienter. Men tårter, frukt, blommor och choklad är tillåtet, framkom på seminariet »Doktorn, patienten och gåvorna«.

– Jag hade för min egen del satt en gräns vid 300 kronor, till kaffekassan. Men det finns också ett stopp för vad man kan ta emot som är broderat, stickat, sytt eller tovat, inledde Dorte Kjeldman, distriktsläkare från Eksjö.

En patient kan bli sårad om läkaren inte accepterar en gåva. Men det gäller att vara observant på utnyttjande av patientens beroendeställning, särskilt under vårdtid – något som även betonas i Socialstyrelsens vägledning »Om gåvor och testamenten«.

MN

»Svensk rätt när inte europeisk minimistandard«

Sverige saknar lagregler för vem som ska fatta beslut om vård för patienter som har nedsatt beslutskompetens, till exempel för att de är dementa eller medvetlösa. På detta område når svensk rätt inte upp till europeisk minimistandard, konstaterade Elisabeth Rynning, professor i medicinsk rätt vid Uppsala universitet, på den medicinska riksstämman. Elisabeth Rynning tror att en ny utredning i frågan kommer att tillsättas nästa år.

MA

»Erbjud KUB bara till dem som efterfrågar det aktivt«

Baksidan av KUB (kombinerat ultraljud och biokemiskt test) är att vad som liknar en allmän screening håller på att införas med ett test som inte uppfyller WHO:s kriterier för screening. Till exempel ska det finnas en accepterad behandling, och det ska handla om en svår sjukdom. Det påpekade Rurik Löfmark från Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik vid ett symposium på stämman. Han ansåg att det bör finnas en aktiv efterfrågan hos kvinnan/paret innan testet erbjuds.

ML



Åke Rosandher, CeHis, Christina Åkerman, Läkemedelsverket, och Karin Johansson, Socialdepartementet. För andra året i rad var de på plats på stämman för att, tillsammans med Socialstyrelsens Anders Printz och Anna Lefevre Skjöldebrand, Swedish Medtech, svara på frågor av Läkarförbundets Mikael Rolfs och SBU:s Nina Rehnqvist om vad de gör för att få IT i vården att fungera.

Okklart hur föråldrade journalsystem

»Professionen, IT-lösningar och den goda vården – offer eller aktör?« Så hette ett symposium på förra årets medicinska riksstämma. Representanter för regering, SKL, myndigheter och bransch redogjorde för åtgärder på IT-området. Detta efter en inledning där det vittnats om stor frustration bland vårdpersonal och ett stort antal lex Maria-anmälningar på grund av dåligt fungerande system.

»De är som den rosa elefanten i rummet. Alla vet om problemet, men ingen säger något.«

– De felen har inte upphört, konstaterade Göran Petersson, Läkarsällskapets IT-kommitté, när han öppnade årets symposium på samma tema, med i princip samma deltagare. I år hade dock ordet offer tagits bort från symposietiteln, som modifierats något. Ska det tolkas som att det hänt något positivt under mellantiden? Ja, i alla fall till en del, enligt

»Vattennivån måste höjas, annars kommer sjukhusen fortsätta köra på grynnorna«

Det räcker inte med att effektivisera, på många sjukhus måste nya vårdplatser skapas om överbeläggningarna ska minska. Det var en allmän uppfattning på ett symposium om överbeläggningar.

Margareta Berglund Rödén, chefsläkare på Sundsvalls sjukhus, har på uppdrag av Sveriges Kommuner och landsting kartlagt hur vanligt det är med överbeläggningar och utlokaliseringar. Kontentan är att 36 procent av sjukhusen har överbeläggningar varje dag och 44 procent har utlokaliseringar.

– Överbeläggningar betraktas som ett normaltillstånd, och patientsäkerhetsriskerna ses inte som avvikelser, konstaterade Margareta Berglund Rödén.

Håkan Aronsson, logistikforskare vid Linköpings universitet, menade att överbeläggningar är ett symptom på den strategi som sjukhusen valt för att hantera variationer i in- och utflöde. Exempelvis ser inflödet över dagen

likartat ut, utan att bemanningen många gånger är anpassad till det.

– Fler vårdplatser är inte en långsiktig lösning om man inte ändrar strategi, menade Håkan Aronsson, eller som han uttryckte det med en marin liknelse:

– Om man endast höjer vattennivån, döljer man bara grynnorna.

Att enbart fler vårdplatser inte räcker för att lösa problemen rådde det relativt stor konsensus kring. I Skåne har en analys gjorts baserat på demografiska data som visar att 250 nya vårdplatser behövs de kommande fem åren.

– Det skulle motsvara ett nytt mindre sjukhus. Man måste arbeta på två fronter samtidigt. Man kan inte bara öka vårdplatserna, men man kan inte heller enbart effektivisera, sa Sven Oredsson, medicinsk rådgivare i Region Skåne.

»Överbeläggningar betraktas som ett normaltillstånd, och patientsäkerhetsriskerna ses inte som avvikelser.«

I Skåne har man tagit fram ett niopunktsprogram, som ska reducera behovet av nya vårdplatser. Det handlar exempelvis om att omfördela vårdplatser mellan kliniker och bygga ut den avancerade hemsjukvården.

Frågan är dock i vilken ände man ska börja. Här valde Sven Oredsson att haka på den marina metaforiken.

– Många sjukhus sitter fast i dyn. De måste komma upp för att orka arbeta med förändrade arbetsätt.

Lars-Erik Holm, generaldirektör för Socialstyrelsen, påpekade att en del av åtgärderna, som att minska vårdskadorna, redan förutsätter att man inte har överbeläggningar, eftersom överbeläggningar ökar riskerna.

– Man kan inte ta ut vinsten när man fortfarande har överbeläggningar i korridorerna.

Peter Rönnerfalk, chefsläkare på Södersjukhuset, på-

pekade att överbeläggningar i sig minskar effektiviteten.

– Efter sommarens kriser har vi lyckats hålla en beläggningsgrad på 88–92 procent, och det har visat sig att produktiviteten ökar. Det kanske inte är så konstigt att när produktionslinjerna är överbelastade blir produktiviteten sämre.

Frågan som ställdes var om det fanns en vilja att ta till sig denna kunskap bland sjukhusledningarna, i synnerhet i besparingstider. Det är trots allt billigare, i vart fall på kort sikt, att vårda patienterna i korridorerna.

Margareta Berglund Rödén trodde att de indikatorer och öppna jämförelser av överbeläggningar och utlokaliseringar som Socialstyrelsen kommer att införa ska få effekt.

– Jag tror att om vi mäter och jämför oss skapar vi ett förändringstryck ut i organisationerna som gör att vi om tio år kommer att se tillbaka på början av 2000-talet som den tid vi hade problem med överbeläggningar.

Michael Lövtrup



ska hanteras

Mikael Rolfs, narkosläkare, ledamot i Läkarförbundets centralstyrelse och ordförande i dess råd för läkemedel, IT och medicinteknik.

– Framför allt ses ett tydligare tecken till samordning och att man vill ha med profession och vårdgivare nu, sa Mikael Rolfs.

Däremot menar Mikael Rolfs att det helt saknas tankar på vad som ska hända med de allt äldre journalsystemen i framtiden.

– De är som den rosa elefanten i rummet. Alla vet om pro-

blemet, men ingen säger något.

Han påpekar att systemen varit med ett tag nu.

– Det finns ingen prestige i att byta ut dem. Alla vet att man måste byta datorer efter några år, säger han.

Finns något landsting som kan tjäna som positivt exempel i den frågan?

– Jag har inte hittat något. Då skulle de få en narkosläkare på köpet.

Karin Bergqvist

LÄS MER En längre version av artikeln finns på Lakartidningen.se



Marie Enekvist



Magnus Wagenius



Eric Dryver

Pris till engagerade handledare

»En hedersstund«, sa Läkarförbundets ordförande Marie Wedin när hon delade ut handledarpriser på medicinska riksstämman.

Marie Enekvist, barnortoped i Lund, vann MSF:s pris som bästa handledare av läkarstuderande.

Motivering: Marie Enekvist får priset för sina insatser som handledare i både det vardagliga och organisatoriska perspektivet. Som personlig handledare ser Marie sina studenter som de blivande kollegor de faktiskt är, och ser till att alla växer med ansvaret. Med Marie i ryggen går kandidaterna från att vara studenter till att axla rollen som blivande läkare.

Det gemensamma priset från Läkarförbundet och MSF till handledare av AT- och ST-läkare

delades ut till Magnus Wagenius, urolog i Helsingborg, och Eric Dryver, internmedicinare och akutläkare i Lund.

Motivering:

Magnus Wagenius har med sitt engagerade och mycket motiverade sätt pushat sina yngre kollegor framåt på ett bra sätt, både teoretiskt och operativt. Han är en handledare som engagerar sig både personligt och professionellt och verkligen arbetar för att utveckla sina adepter!

Eric Dryver kombinerar bred kunskap inom ämnet akutsjukvård med en aldrig sinande entusiasm. Han lägger stor vikt vid undervisning och är en mycket viktig förebild för yngre kollegor på kliniken. Eric har en fantastisk förmåga att på ett avslappnat sätt handleda yngre kollegor i den kliniska vardagen. ■



Oskar Lundgren, AT-läkare i Linköping, läste upp ett avsnitt av sin berättelse vid ett symposium på den medicinska riksstämman.

Skrivartävling utvecklar unga läkare

Vartannat år ordnar Svenska föreningen för medicinsk psykologi en skrivartävling för medicinstudenter och AT-läkare. Berättelsen ska handla om en klinisk erfarenhet som haft personlig eller professionell betydelse.

Oskar Lundgren, AT-läkare i Linköping, läste upp ett avsnitt av sin berättelse vid ett symposium på den medicinska riksstämman på torsdagen.

– Sådana här berättelser är bra utgångspunkter för diskussion bland kollegor, sade han. Men jag har också märkt att själva skriverprocessen är utvecklande.

Oskar Lundgrens berättelse har rubriken »En dumpad missbrukare« och handlar om hans första nattpass som kirurgjour. In kommer en ung man med kramper och buksmärter; man vet att han är amfetaminmissbrukare och att han blivit »dumpad« från ett sjukhus i en annan stad. Kanske var han också på väg att utveckla ett opiatberoende.

Berättelsen vindlar mellan undersökning, läkemedelsbehandling och konsultation med kollega, tills patienten får det starka smärtstillande medel han önskade redan från början. Men var det rätt?

– På ett ytligt plan kändes det fint, sade Oskar Lundgren. Men under ytan kände jag att jag hade misslyckats. Jag kände mig som en stor bluff.

I diskussionen på symposiet fick han stöd av en äldre kollega. Det engagemang han satsat på patienten kan ge utdelning senare, för att ta itu med missbruket, menade han.

Ytterligare två berättelser lästes upp och diskuterades

på symposiet. Även de handlade om svåra och betydelsefulla situationer. En från en AT-läkare som tjänstgör på psykiatri, när det kommer in en patient efter ett självmordsförsök som visar sig vara en äldre kollega, och en från en AT-läkare som börjar på en vårdcentral och får en patient som vant sig vid att få alldeles för höga doser av smärtstillande läkemedel utskrivna.

Sådana här berättelser är bra utgångspunkter för professionell diskussion, säger Henry Jablonski, psykiater i Stockholm och moderator för symposiet:

– Det handlar om processer som formar den unga läkarens identitet, säger han. Vissa av dem är generaliserbara, vissa är individuella, men båda slagen är intressanta.

En annan form för att diskutera svårhanterliga yrkeserfarenheter är så kallade Balintgrupper. Det är en grupp kollegor som träffas regelbundet under lång tid och öppet diskuterar olika professionella problem. Utgångspunkten är där deltagarnas muntliga berättelser.

Psykologen Juanita Forsell har under nio år lett Balintgrupper för alla AT-läkare på sjukhuset i Halmstad. Vanliga teman som brukar komma upp är bland annat att vara underordnad eller osäker, maktlöshet inför döden och att bli ledsen och gråta på jobbet.

– Något som ofta kommer upp är också att känna sig sviken av kollegor, till exempel bakjourer som inte finns tillgängliga, säger Juanita Forsell.

Miki Agerberg

LÄS MER En längre version av artikeln finns på Lakartidningen.se

Patienterna nöjda med sjukhusmaten

Patienter är nöjda med maten som serveras på sjukhusen. Och det är smak, utseende och utbud som är de viktigaste faktorerna, anser de.

Åtminstone om man får tro resultatet i en enkät vid 41 sjukhus som presenterades vid symposiet »Är det svårt att laga och servera god mat på sjukhus?«, arrangerat av sektionen för klinisk nutrition och Läkartidningen.

Bakom enkäten står »Best Service«, som presenterar sig som ett kunskapsnätverk av 17 landsting/regioner. Syftet med nätverket är att slå samman den kunskap som finns inom regionerna för att kunna utveckla en »best practice«. En del av detta är att se på kost och kostnader.

Enligt nätverket anges råvarukostnaderna vara en relativt liten del av kostnaden för sjukhusmaten. Där går



Vilken fråga brinner du för?

Det försökte Läkarsförbundet, här genom kommunikatör Eva Widman, få reda på genom att låta medicinska riksstämmans besökare satsa på sin fråga i ett chokladhjul. Flest lade polletten på Patientsäkerhet, Arbetsmiljö, Fortbildning och Äldre-vård, i nämnd ordning. Övriga möjliga val var: IT i vården, Kollektivavtal, Medicinsk vårdgaranti och Vårdval.

det inte att göra några stora besparingar. Däremot går det att se tydliga stordriftsfördelar.

Fast det är de små sjukhusen som redovisar de högsta betygen i enkäten, högre än betygen från stora och mycket stora sjukhus.

Många av deltagarna på

symposiet uttryckte sin oro för att sjukhusmaten i Sverige inte får den medicinska betydelse den bör ha. Flera av talarna pekade på det goda exemplet Hvidovre sjukhus i Danmark, representerat på mötet av kökschefen Palle Erbs.

Björn Enström

FRÅN LAKARTIDNINGEN.SE

Läs fler artiklar från medicinska riksstämman på vår webbplats.

- Säkerhet är när det blir rätt – och det blir det oftast
- WHO:s patientsäkerhetsbas vill engagera patienterna
- Antibiotikaförskrivning ett uttryck för kultur
- »Placeboeffekten använder vi dagligen«
- Prata om det
- Nationell patientöversikt väcker farhågor om bristande integritet
- Iterativ IT-utveckling efterlystes
- »Olycksfallsperspektiv kan ge bättre suicidprevention«
- Nationell ordinationsdatabas i sikte

Stämman fortsätter tappa besökare

Enligt Svenska Läkaresällskapet hemsida kom runt 8 000 personer till årets riksstämma. Förra året, då riksstämman hölls i Göteborg, var antalet besökare 9 300. ■

Rött = läkare även i Stockholm

Färgade skyltar för att markera yrkestillhörighet ska införas även i Stockholms läns landsting.

Läkarsföreningen, personaldirektör, personalchefer och chefläkare runt om i Stockholms landstinget är överens. Färgade skyltar enligt samma modell som i Uppsala, där rött står för läkare, bör användas även i Stockholm.

Frågan om att markera yrke med olika färger har diskuterats en längre tid i Stockholm.

– Det är omöjligt för patienterna att se om det är läkare eller sjuksköterskor. Och det har skapat kaos i akutsituationer även kolleger emellan, säger Marta Christensson, vice ordförande i Stockholms läkarförening och huvudskyddsombud vid Karolinska universitetssjukhuset.

– När vi upptäckte att Uppsala hade samma tanke som vi, tyckte vi att det var naturligt att ansluta oss till dem, säger Thomas Flodin, ordförande i Stockholms läkarförening.

Det är en poäng att ha samma färgspråk med tanke på att både personal och patienter rör sig mellan landstingen.

Det finns inget formellt beslut att införa skyltarna eller någon exakt tidsplan, enligt Maria Englund, personaldirektör i Stockholms läns landsting.

– Frågan har varit viktig för läkarna. Både chefläkare och personalchefer tycker det är ett bra förslag att göra likadant som i Uppsala. Vi är överens om att förorda en sådan lösning. Sedan är det upp till verksamheterna, men jag

kommer att stämma av med personalcheferna, säger Maria Englund.

Sedan ett par år tillbaka har läkarföreningen också fört diskussioner med landstinget om utformningen av arbetskläderna.

Färgmarkeringen är en förbättring i väntan på, inte i stället för, fungerande kläder, påpekar läkarföreningen.

Gunnar Berglund, distriktsläkare och andre vice ordförande i läkarföreningen, efterlyser mer funktionella arbetskläder än byxor och bussarong, kläder som bland annat passar alla kroppstyper.

– Jag ska slippa skämmas och inte se ut som en smurf el-

ler Michelin-gubbe. Och det ska vara funktionellt! Men här i Stockholm är det helt omöjligt.

Inför

nästa tvätteriupphandling hoppas man ändå kunna påverka.

Dessutom hoppas föreningen att färgkodningen sprider sig över landet.

– Vi hoppas att det sprider sig, som frågan om fast jobb för ST-läkare gjorde, säger Gunnar Berglund, som berättar att alla yrkeskategorier på hans vårdcentral är positiva till skyltarna.

Elisabet Ohlin



Ur Läkartidningen nr 42/2011.

Allvarliga problem vid sjukhuset i Varberg

Hallands sjukhus i Varberg mår inte bra. Kompetensbortfall, dåligt förtroende för sjukhusledningen och spänningar mellan personalgrupper är sådant som bidrar till arbetsmiljöproblemen, enligt konsulter som kopplades in efter vårens konflikter.

– De slutsatser man kommer fram till stämmer ganska väl med de synpunkter som vi har haft, säger Anna Myredal, vice ordförande i Hallands läkarförening.

Allt är inte illa ställt med Hallands sjukhus i Varberg, och en del krämpor är av övergående natur. Men den sammantagna bilden är den av ett sargat sjukhus som kräver ordentliga behandlingsinsatser för att återfå hälsan. Det framgår av den rapport som konsultfirman Springlife redovisar efter att ha talat med personal och ledning på de mest drabbade klinikerna, ortopedi och kirurgi.

Ett problem som konsulterna pekar på är att mellanchefer har haft ett svagt mandat, vilket gett medarbetarna utrymme att agera efter egen agenda. Samtidigt har det förstärkt upplevelsen av en toppstyrd organisation. Det framkommer att sjukhuschefen Anders Dybjer har ett mycket lågt förtroende bland läkar-



Sjukhus med problem.

Foto: Malin Arnesson

na, och även bland övriga medarbetare har det sjunkit.

En viktig stressfaktor är enligt rapporten att sjukhuset kontinuerligt tappat kompetens, vilket skapat en oro för sjukhusets framtid. Känslan är att sjukhuset fått dåligt rykte och har svårt att locka till sig ny personal. För ST-läkare innebär kompetensbortfallet dessutom en ibland närmast obefintlig handledning.

Rapporten tar också upp att samarbetsklimatet inte varit alltigenom bra mellan de olika personalgrupperna. Att läkarna har fått styra över sina egna scheman ses som ett problem både av chefer och av övriga medarbetare, som med kort varsel måste anpassa sig. De olika personalgrupperna upplever också att de tvingas utföra arbete som egentligen är andras ansvar, och därför är en av de rekommendationer man ger i

rapporten att man tydliggör varandras roller.

Generellt känner inte Anna Myredal igen bilden av ett dåligt samarbetsklimat.

– Men har vi haft en pressad verksamhet med låg bemanning, hög arbetsbelastning och en bristande ledning, och blandar man de ingredienserna, då uppstår det konflikter på golvet även om det kanske inte är det som är grundproblemet.

Bland de mest allvarliga följderna av konflikten och varslat av Thomas Zilling i våras (se samlingssida på www.lakartidningen.se) är enligt konsultrapporten att det har skapats en rädsla hos vissa medarbetare – såväl chefer och läkare som annan personal – för att vara obekväma, antingen genom att framföra åsikter eller skriva avvikelse rapporter.

Bland de rekommendationer som konsulterna ger är att man arbetar för att få bort denna rädsla och för att åter skapa förtroende för ledningen. Man anser också att det behövs tydligare visioner och mål för sjukhuset och att bemanningen säkerställs.

– Det som är viktigast nu är att se till att vi är tillräckligt många, det är vi fortfarande inte, det blir liksom svårt att komma vidare annars, säger Anna Myredal.

Michael Lövrup

LÄS MER En längre version på webben.

40 nya AT-block i Stockholm 2012

Antalet AT-block i Stockholm ökar under nästa år från dagens 160 till 200, enligt landstingets budgetbeslut. Planen är närmast en dubbelning fram till 2017.

– Det är jätteroligt och ett trenderbrott. Det här matchar utbildningsvolymen bättre, säger Stockholms läkarförenings ordförande Thomas Flo-din.

Stockholms läkarförening har tillsammans med Sveriges yngre läkares förening och Medicine studerandes förbund en längre tid arbetat för att få fler AT-block i Stockholm, där väntetiden till AT är lång. Nu har man fått gehör hos personalcheferna på de stora arbetsplatserna i länet.

Maria Englund, personaldirektör i Stockholms läns landsting:

– Vi har sett över behoven av AT på nationell nivå tillsammans med Sveriges Kommuner och landsting, och vi har ett behov av att utöka antalet AT-tjänster.

Maria Englund påpekar att det är en ambition att öka antalet platser med 40 nästa år. Medel finns avsatta i budgeten. Men en ytterligare förutsättning är att utökningen också fungerar i praktiken för verksamheterna.

För åren därefter finns inga beslut, men den fortsatta planen är att antalet AT-block ska fortsätta växa med ytterligare 20 varje år fram till utgången av år 2017, då antalet ska ha ökat från dagens 160 till 300.

– Det är en plan. Sedan får vi se om budgeten kan följa planen, säger Maria Englund.

Elisabet Ohlin

Dom om HPV-vaccin överklagas

Förvaltningsrätten i Stockholm avslog i slutet av november GlaxoSmithKlines begäran om att den senaste upphandlingen av HPV-vaccin ska rättas eller göras om. Nu har företaget, som anser att upphandlingen skett på ett lagstridigt sätt, överklagat domen till kammarrätten.

Enligt Sveriges Kommuner och landsting kan landstingen trots överklagandet börja köpa in vaccin och påbörja den försenade allmänna vaccinationen av flickor. ■

Socialstyrelsen utesluter LCHF ur kostråd till diabetiker

Socialstyrelsen öppnar i en ny kostvägledning till diabetiker för individuell anpassning av kosten och fyra alternativ. De fyra alternativen är måttlig lågkolhydratkost, Medelhavskost och traditionell diabeteskost med eller utan lågt glykemiskt index.

Bland alternativen finns dock

inte extrem lågkolhydratkost som Atkinsdieten och LCHF (low carb high fat).

– Vi saknar fortfarande ett tillräckligt vetenskapligt underlag för effekterna av en extrem låg-



Christian Berne

kolhydratkost, säger Christian Berne, professor och överläkare på Akademiska sjukhuset i Uppsala samt en av Socialstyrelsens experter, i ett pressmeddelande den 5 december.

Läs kostråden »Kost vid diabetes – en vägledning till hälso- och sjukvården« på Socialstyrelsens webbplats. ■