

NYA KAROLINSKA SJUKHUSET

# Nya Karolinskas verksamhet börjar ta form

**Sedan årsskiftet har Karolinska universitetssjukhusets direktör Birgir Jakobsson tagit över rodret för Nya Karolinska Solna, NKS. På sjukhuset pågår för fullt planeringen av vården som ska bedrivas i det nya sjukhuset.**

Om tre år ska de första verksamheterna flytta in i det nya toppmoderna sjukhus som växer fram i den så kallade »gropen« mellan dagens Karolinska sjukhuset, Solna och Norra Stationsområdet i Stockholm. Två år senare, 2018, ska sjukhuset vara i full drift. Under hela året har Karolinska universitetssjukhuset arbetat med planeringen av verksamhetsinnehållet, och före årsskiftet räknar förvaltningen med att presentera ett förslag om vilken vård som ska bedrivas var i det nya sjukhuset.



Birgir Jakobsson

**Vad som redan står klart** är att det inte blir det sjukhus som var tänkt från början (se LT nr 19/2011).

– I NKS-förvaltningens rapport hade man ambitionen att placera all högspecialiserad verksamhet inne i NKS, och att NKS skulle bli det enda universitetssjukhuset. Vår vision, som är i enlighet med våra ägardirektiv, är att både Huddinge och Solna ska vara universitetssjukhus även efter att vi har tagit NKS i drift, och att det även i fortsättningen kommer att bedrivas högspecialiserad verksamhet i Huddinge, säger Bir-

gir Jakobsson, sjukhusdirektör för Karolinska universitetssjukhuset.

Enligt honom finns det två argument för att inte samla all högspecialiserad vård i det nya sjukhuset.

– Det första är att det har byggts upp en forskningsmiljö och en högspecialiserad miljö i Huddinge som hänger ihop som ett nätverk, och går vi in och rubbar det kommer vi att få en långvarig störning i verksamheten. Det andra är att det är ett jättekompakt projekt som innebär att vi måste flytta all vård i Solna, och det är tillräckligt svårt utan att vi ska börja flytta välfungerade verksamheter från andra håll också.

Samtidigt ser sjukhuset ut som det gör, med sin superkompakta arkitektur, just för



Delar av det nya sjukhuset under uppbyggnad – bild från augusti.

att föra samman vården och öka kontaktytorna, både inom NKS och med det intilliggande Karolinska institutet.

**Går inte en del av idén förlorad om man delar upp den högspecialiserade vården på olika sjukhus?**

– Nej, det tycker jag inte, för den mesta av den högspecialiserade vård som bedrivs i Stockholm är redan i dag i Solna och vi får nått och jämnt plats med den, så jag

**»Jag vill också vara tydlig med att NKS blir ett spetsjukhus, vi har inte gjort några avkall på det kravet.«**

ser inte att idén går förlorad på något sätt.

**Var de ursprungliga planerna på att skapa det här spetsjukhuset realistiska?**

## Färre jobb försvinner på Karolinska

**De sparåtgärder som vidtagits vid Karolinska sjukhuset har gett resultat. Nu räknar sjukhuset med att 300–400 jobb försvinner i stället för de 700–800 som det först talades om.**

Samtidigt som planeringen för det nya sjukhuset pågår har Karolinska under sommaren och hösten varit i färd med att genomföra sparåtgärder motsvarande 650 miljoner kronor, sedan det i våras uppdagades att kostnaderna stigit kraftigt (se LT nr 26–28/2012). Läkarföreningen vid sjukhuset har riktat kritik mot ledningen för att man inte signalerat i tid.

– Jag håller inte med om att vi haft dålig koll på ekonomin, men det är klart att våra verksamhetsansvariga fått

väldigt mycket mer att göra i och med att vi planerar innehåll i ett helt nytt sjukhus. Det är ingen tvekan om att det har varit en stor arbetsbörda men jag vill inte skylla på det på något sätt, utan vi har krav på att effektivisera vår verksamhet med två procent per år och det är viktigt att vi inte släpper blicken från det.

**Enligt Birgir Jakobsson** har man hämtat in mycket av underskottet, och i dag kvarstår cirka 100 miljoner om man ska klara budget för 2012. När det gäller personalminskningar har det tidigare sagts att 700–800 tjänster ska bort, men nu säger Birgir Jakobsson att det kan komma att röra sig om cirka 300–400 tjänster, en minskning som ska klaras genom naturliga avgångar.

**Vet ni hur många läkartjänster som kommer att försvinna?**

– Jag har inte någon siffra på det, men vi har sagt att alla kategorier berörs och läkarna motsvarar kanske en sjättedel av alla anställda, så det kommer att beröra ett antal läkare också.

**Läkarföreningen har begett att man skulle göra konsekvensanalyser av hur neddragningarna slår mot patientsäkerhet och arbetsmiljö. Har ni gjort det?**

– Det gör vi kontinuerligt och vi är väldigt tydliga med att vi inte gör några neddragningar som riskerar patientsäkerheten eller att slå sönder välfungerande verksamheter, det är mitt budskap.

Michael Lövtrup

– Nej, det vill jag inte säga, men att genomföra det på den tid som vi har till förfogande skulle bli ett stort riskprojekt. Sedan ser jag givetvis inte 2018 som slutet, utan snarare början på något, och man kan tänka sig utveckla sjukvården efter 2018. Jag vill också vara tydlig med att NKS blir ett spetsjukhus, vi har inte gjort några avkall på det kravet, säger Birgir Jakobsson, som menar att den nya sjukhusbyggnaden kommer att förbättra möjligheterna att bedriva god vård på flera sätt.

– Vi får förutsättningar att driva öppenvård på ett helt annat sätt än i dag när den blir samlad på ett ställe. Sedan blir det helt andra möjligheter för olika discipliner att arbeta tillsammans i team, fast vi talar hellre om att para ihop verksamheter



Ur Läkartidningen nr 19/2011.

utifrån logiska patientflöden.

I och med att det nya sjukhuset ska vara tematiskt organiserat uppstår frågan om vilken roll klinikerna, om det ska finnas några sådana, ska spela i det nya sjukhuset. Birgir Jakobsson säger att man inte har kommit så långt som till att diskutera organisationsfrågor.

– Men jag tror inte att vi rakt av kommer att flytta in kliniker och säga att »nu får

ni de här resurserna och de här vårdplatserna«, utan vi kommer att tänka nytt i det sammanhanget.

**En sak som** redan stod klart när NKS ritades var att det skulle bli färre vårdplatser, 600 jämfört med 800 på Karo-

linska, Solna. Även om effektivare vård ska minska behovet måste en hel del av den befintliga verksamheten få en ny hemvist.

– När vi har arbetat med verksamhetsinnehållet har vi identifierat 25–30 procent av verksamheten som i genomsnitt måste flytta någon annanstans, och då talar vi dels om akutsjukhusen, men i ännu högre grad om specialistsjukhusen som kommer att få en viktig roll i det framtida

hälso- och sjukvårdssystemet.

**Men de här specialist-sjukhusen har vi inte sett än?**

– Det är något som måste förverkligas de närmaste tre, fyra åren. Det är programkontoret i landstinget som ansvarar för detta, och jag har inte fått några signaler om att tidplanen inte kommer att hålla.

**Vad kommer att hända med de anställda när verksamheten krymper?**

– Vi har inte kommit så långt som till vad som händer med personalen och inte minst läkarna. Men vi ser framför oss att läkare måste jobba på flera ställen. För min egen del skulle jag gärna se att de kunde jobba både på universitetssjukhusen och på specialistsjukhusen, för vi behöver deras kompetens i systemet.

**Michael Lövtrup**

# Landstinget i Uppsala backar om osignerade journalanteckningar

Landstinget i Uppsala län lämnar tills vidare inte ut några osignerade journalanteckningar när man i mitten på oktober gör patientjournalerna tillgängliga över nätet.

– Vi är väldigt glada för att man backat. Det är ju många problem med osignerade anteckningar, säger Anna Rask-Andersen, ledamot i styrelsen för Upplands allmänna läkarförening, UAL.

**Beslutet meddelades** vid ett möte i slutet av september med en nyinrättad referensgrupp där läkarföreningen är representerad. Enligt Anna Rask-Andersen angav man som skäl att den tekniska lösningen för närvarande inte gör det möjligt att lägga ut osignerade anteckningar.

Upplands allmänna läkarförening har motsatt sig planerna på att patienter ska kunna läsa osignerade anteckningar i sin journal, med hänvisning bland annat till risken att felaktiga uppgifter

## Läkarförening begär granskning av journalåtkomst på Internet

Ur Läkartidningen nr 32–33/2012.

får en patient att ändra sin medicinering (LT nr 32–33/2012).

Anna Rask-Andersen tror att den skarpa kritiken från läkarföreningen har gett resultat.

– Man kan inte driva ett sådant här projekt utan att ha med sig en så viktig nyckelgrupp.

**Fortfarande** kvarstår enligt läkarföreningen en rad problem med projektet. Bland annat är det oklart om icke-

vidimerade provsvar ska läggas ut. Man har också anmält till såväl polisen som Datainspektionen att sjukhuspersonal som ville vara med när systemet testkördes i somras tvingades lämna ut känslig personlig information i en enkät. Landstinget menar dock att informationen samlades in helt anonymt.

Michael Lövtrup

## Facken fick ersättning för bristande samverkan

Upplands allmänna läkarförening, ytterligare sex Saco-förbund samt fackförbunden Kommunal och Vision inkom i februari i år med en framställan om lokal tvisteförhandling till landstinget i Uppsala län angående införandet av patientjournaler på nätet.

Facken framhöll bland annat att arbetsgivaren brutit mot samverkansavtalet genom att inte ta upp projektet tillräckligt tidigt i samverkan samt att de därmed inte haft något inflytande på införandet. Dessutom

menade facken att huvudskyddsombudet hindrats i sitt uppdrag genom att hon inte varit delaktig i planerna i ett tidigt skede.

**Arbetsgivaren medgav** vissa brister i informationen till de fackliga organisationerna, och senare under våren enades parterna om att lösa tvisten genom att landstinget betalar 20 000 kronor var till de nio fackförbunden samt 20 000 kronor till huvudskyddsombudet.

– Meningen med uppgörelsen var att arbetsgivaren ska lära sig följa de samverkansavtal som tecknats. Det är ingen målsättning för oss att få in pengar, säger Torbjörn Karlsson, ordförande i Upplands allmänna läkarförening.

Huvudskyddsombudet Anna Rask-Andersen, styrelseledamot i Upplands allmänna läkarförening, berättar att hon skänker de pengar hon fått till Läkare utan gränser.

Karin Bergqvist

# Majoritet av verksamhetschefer: Patientgrupper trängs undan

**Allt fler vårdvalssystem försöker kompensera för sociala faktorer och sjukdomsburda. Det framgår av en färsk rapport från Sveriges Kommuner och landsting, SKL.**

SKL har låtit undersöka vårdvalet, som blev obligatoriskt 2010.

Rapporten bygger dels på en kartläggning och jämförelse av vårdvalen i de 21 landstingen, dels på en enkät ställd till privata och offentliga verksamhetschefer i primärvården.

Kartläggningen avser uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar för vård-

enheter – och hur villkoren förändrats sedan vårdval infördes. I enkäten har verksamhetschefer tillfrågats om vårdvalssystemen och dess styreffekter.

**Två tredjedelar** av verksamhetscheferna anger att nuvarande ersättningsprinciper riskerar att medföra undanträngning av patientgrupper. Bara cirka en femtedel av verksamhetscheferna instämmer i ganska eller mycket stor utsträckning i påståendet att »nuvarande ersättningsprinciper stödjer en prioritering av patienter med stora vårdbehov«. Allvarli-

gast tycks situationen, baserat på svaren, vara i Stockholm.

**Hittills har åtta** landsting infört så kallad ACG (adjusted clinical groups), som reglerar den fasta ersättningen per individ utifrån vårdtyngd. Ytterligare minst fem landsting planerar att följa efter och införa ACG som grund för den fasta ersättningen under



Rapport från SKL.

2013–2014, enligt den aktuella rapporten.

Men att ersättningssystemet kompenserar vårdenheterna för sjukdomsburda innebär inte per automatik att vårdenheterna i praktiken kommer att använda re-



Foto: Jan Lindmark

»Det är ett annorlunda inslag i utbildningen som jag upplever ger väldigt bra effekt«, säger Fredrik Berntson-Semb, som läser termin åtta vid läkarprogrammet i Umeå.

## Be om ursäkt – del av läkarutbildningen

Ursäktsövningar ger läkarstudenter som blir mer kommunikativa och reflekterande. Det är erfarenheten från läkarprogrammet i Umeå, som nyligen stod som värd för en nationell konferens om utbildningsmomentet professionell utveckling.

– Utomstående kanske tror att det upplevs som en rollspelslek, men man blir väldigt engagerad och det känns autentiskt. Inte minst är det värdefullt att få reflektera över hur svårt det kan vara att ge en rak

och enkel ursäkt om man gjort fel. Olika försvarsmekanismer där man hamnar i en förklaringsituation ställer ofta till det, säger Fredrik Berntson-Semb, som läser termin åtta vid läkarprogrammet i Umeå.

Även Hampus Perhamn, som läser termin elva, upplevde rollspelsövningen som verklig:

– Ja, det var överraskande att känslorna blev så starka. Tidigare trodde jag nog att kommunikation inte gick att öva på. Nu har jag ändrat inställning.

Ursäktsövningen visades upp för lärare och kursansvariga från övriga läkarprogram vid den pågående konferensen om professionell utveckling, PU.

– PU är ett förhållandevis nytt utbildningsmoment i Sverige och därför är det naturligt med ett givande och tagande av bra idéer mellan olika lärosäten, säger professor Katarina Hamberg, kurssamordnare vid Umeå universitet.

Samtliga svenska läkarprogram har numera inslag av professionell utveckling. I Umeå löper det som en röd tråd genom hela utbildningen.

Momentet med ursäktsövningar är en del av rollspel som genomförs under termin sju, då studenterna samlas på internat under några dygn.

– Vår erfarenhet är att studenterna uppskattar övningar

av det här slaget. Det finns ett behov av att reflektera över bemötande, etik och sitt eget agerande i utbildningen. Vår modell med PU som ett återkommande inslag gör också att vi på ett naturligt sätt kan höja ribban under utbildningstiden med kommunikationsövningar som blir svårare och mer komplexa, säger PU-läraren Martin Fahlström.

Katarina Hamberg tror att inslaget av professionell utveckling kommer att stärkas ytterligare när läkarutbildningen reformeras och blir sexårig.

– Det är inte utan motstånd att undervisa på det här sättet, för det finns ganska stora grupper – inom läkarkåren och i den akademiska världen – som tycker att detta är något man lär sig genom att studera äldre kollegor.

Fredrik Mårtensson

## med dagens vårdvalssystem

surserna för avsedda grupper, framhåller rapporten och ställer som följdfråga: »Hur utkräva ansvar för att resurserna används som det var tänkt?«

En minoritet av verksamhetscheferna är nöjda med sina ersättningsystem. Skåne har lägst andel nöjda verksamhetschefer. Samtidigt är andelen som instämmer i att nuvarande ersättningsprinciper stimulerar nytänkande och innovationer högre i Skåne jämfört med övriga landsting. I Skåne instämmer närmare 30 procent av verksamhetscheferna, i övriga landsting

mindre än 20 procent.

Rapporten tar också upp planer för primärvården i Stockholms läns landsting, som planerar för en behovsjusterad besöksersättning.

I Halland har man behållit samma ersättningsprinciper sedan vårdvalet infördes 2007.

Marie Närlid

Resultaten presenteras i rapporten »Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar« av Rådet för kommunalekonomisk forskning och utbildning (KEFU) och Ekonomihögskolan vid Lunds universitet, under ledning av Anders Anell, professor i hälso- och sjukvårdens organisation och ekonomistyrning vid Lunds universitet.

## Nej till frivillig generisk förskrivning

Generisk förskrivning är bra, framför allt för patientsäkerheten, eftersom det skulle minska risken för förväxlingar och bristande följsamhet. Det tycker Läkarförbundet, som vid flera tillfällen tidigare fört fram synpunkten att generisk förskrivning är bättre än generiskt utbyte.

Däremot är Läkarförbundet skeptiskt till *frivillig* generisk förskrivning. Det skulle bara leda till att det blev ännu mer förvirrat kring de olika namnen, och därmed gå ut över patientsäkerheten, skriver förbundet i ett svar på remissen »Frivillig generisk förskrivning« från Läkemedelsverket. Förbundet tror inte heller att en frivillig variant skulle bidra till att det snabba kom fram datasystem till stöd för generisk förskrivning

Remissen ingår i ett regeringsuppdrag till Läkemedelsverket att utreda förutsättningarna för frivillig generisk förskrivning utan att det generiska utbytet påverkas. En slutrapport ska vara klar den 30 november 2012. **KB**

# Stressrelaterade besvär hos var femte kvinnlig läkare

**En femtedel av landets kvinnliga läkare har stressrelaterade besvär till följd av arbetet, enligt en rapport från Arbetsmiljöverket.**

Ungefär en femtedel av läkarkåren har haft någon form av besvär det senaste året relaterade till arbetet, enligt Arbetsmiljöverkets rapport »Arbetsorsakade besvär 2012«.

Den absolut övervägande delen av dessa problem har att göra med stress eller psykiska påfrestningar. En femtedel av de kvinnliga läkarna har sådana stressrelaterade problem. Motsvarande andel för manliga läkare är 15,8 procent. För hela läkarkollektivet blir siffran 17,8 procent.

Det är en hög andel personer med stressrelaterade besvär jämfört med andra yrkesgrupper. Det kan till exempel jämföras med hela gruppen av yrken som kräver teoretisk specialistkompetens, där är andelen 11,4 procent. Och för samtliga yrken i rapporten är siffran 7,8 procent. Snittet för kvinnor i samtliga yrkeskategorier är 10 procent, det vill säga att stressrelaterade besvär är dubbelt så vanligt bland kvinnliga läkare som inom yrkesverksamma kvinnor i allmänhet.

**Även vad gäller andra typer av besvär finns uppgifter om lä-**

**kare i rapporten. 3,4 procent av läkarkåren har haft besvär på grund av arbetsolycka, 3,8 procent har haft problem med påfrestande arbetsställningar och tung manuell hantering och omkring 2 procent har haft besvär relaterade till bildskärmsarbete. Knappt 3 procent har haft besvär i hals, nacke, axel eller arm.**

**Undersökningen** genomförs vartannat år av Statistiska centralbyrån på uppdrag av Arbetsmiljöverket. Frågor om besvär kopplade till arbetet ställs till ett slumpmässigt urval av personer sysselsatta i olika yrken.

**Elisabet Ohlin**

