

Modern Läkare

SYLF 
SVERIGES YNGRE
LÄKARES FÖRENING

Reportage

Läkare i chefsrollen

*Tema:
Styrning
av vården*

Fackligt

Kartläggning av
vårdens styrning

Reportage

Från SYLF:are
till ledare

Magnus Gisslén om

Styrning av vården

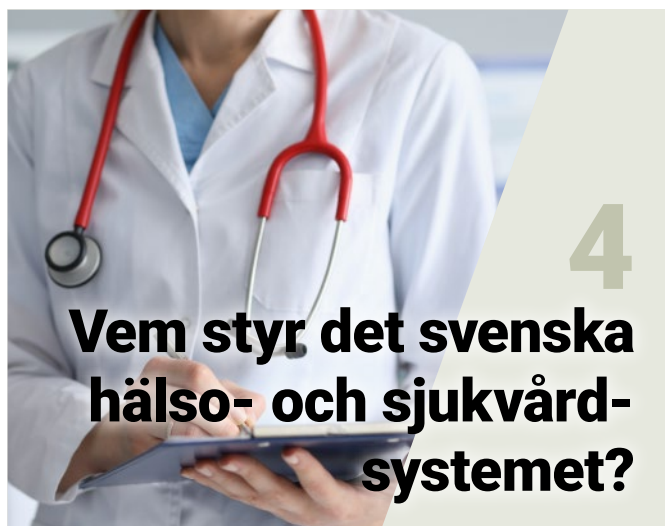
Innehåll

Reportage

Från SYLF:are till ledare.....	8
Magnus Gisslén om styrning av vården.....	10
Läkare i chefsrollen	18

Fackligt

Kartläggning av sjukvårdens styrning.....	4
SYLF:s vinterkryss	16
SYLF-aktuellt	17
Krönika av Elvira Gullberg	20
Signerat lokalordförande av SYLF Blekinge	21
Ordförandeord: Statlig dimensionering av ST.....	22



Moderna Läkare

ISSN 1403-5502

Chefredaktör, ansvarig utgivare

Sonia Widén
sonia.widen@slf.se

Art Director

Christopher-Robin Maurin
Oss Creative, Visby

Annonser och prenumerationer

kansli@syolf.se

Repro & Tryck

Trydells tryckeri AB, Laholm

Omslagsfoto

Robin Lundin



SVERIGES YNGRE LÄKARES FÖRENING

Styrelse

Robert Holmqvist, ordförande
Julia Borg, förste vice
Sofia Warne, andre vice
Sonia Widén, chefredaktör
Fredrik Hjärne, ledamot
Andreas Vallebrant, ledamot
Jesper Andersson, ledamot

Adress

Box 5610
114 86 Stockholm
Tel 08-790 33 66
Bg 726-9632
kansli@syolf.se
www.syolf.se

Gör om och gör rätt

Hur många chanser är rimligt att få innan ansvaret ges till någon annan? Det kan man verkligen fundera på när det handlar om hur länge regionerna har misslyckats med att få till en bra genomströmning av läkare från examen till specialistbevis.

SYLF har länge påtalat de stora problemen med flaskhalsar, otrygga anställningar, gråblockande och en onödig fördröjning av utbildningstjänster.

Det får faktiskt räcka nu, det är dags för regionerna att lämna vidare bollen avseende dimensionering till någon annan. En helhetssyn och ett nationellt perspektiv behövs när det gäller utbildningstjänster, därför är den enda rimliga vägen framåt att staten istället kliver in. Det handlar inte om ett förstahandsalternativ av vården, utan det innebär att staten ska ta ansvaret för och styra över dimensioneringen av utbildningstjänsterna.

Genom universiteten ansvarar staten idag för läkarutbildningen, och därmed för hur många läkare som utbildas varje år. Så fort läkarexamen uppnås lämnas ansvaret för vidare utbildning över till regionerna. Här uppstår problemet. Behovet av utbildningstjänster möts inte och flaskhalsar bildas vilket lämnar våra medlemmar på korttidsanställningar utan trygghet.

AT var tänkt som en sömlös övergång från läkarutbildningen till arbetslivet, men alla ni som läser detta vet att det alltför ofta sker via en lång omväg i ett vikariatsträsk. Regionerna har inte kunnat möta upp antalet examinerade och vi har sett flaskhalsarna till AT växa under många år. Lyckligtvis har trenden vänt under de senaste åren och väntetiden ökar inte längre, men ligger ändå på nio månader i snitt i landet. Väntetid till AT är ett begrepp som inte borde existera. Samma otrevliga historia upprepas när det blir dags att gå vidare med ST.

Här kommer statlig dimensionering in, regionerna klarar i nuläget inte av att se helheten och bibehålla

långsiktiga perspektiv. Detta leder till förlorade specialistår. Antalet ST-tjänster som tillsätts speglar oftare ekonomin just det året istället för det framtida behovet av specialistläkare. Varken regionerna eller våra medlemmar har råd med sådant slöseri med tid. För att nå en statlig dimensionering av utbildningstjänster behöver ordentliga inventeringar av nuvarande situation komma på plats, så att nationella behovsanalyser kan skapas.

Kortare tid till specialistbevis handlar inte om att vi vill ta genvägar, vi vill bara att det ska gå till så som det var tänkt. Många äldre kollegor tycker att det är bra att vikariera lite innan, så att man kommer in på utbildningstjänsten med mer erfarenhet. Återigen, det var inte så det var tänkt. AT, och nu även BT som start på ST, ska vara introduktionen till läkaryrket, det ska inte behövas ett vikariat innan.

Narrativet behöver skrivas om, vi måste ta tillbaka rätten till introduktion och trygghet, vilket nås genom utbildningstjänst i rätt tid. Regionerna har sumpat bort sina chanser. Staten måste därför ta över ansvaret och dimensionera antalet utbildningstjänster utefter behovet. Det är dags att göra om och göra rätt. ■

Regionerna klarar i nuläget inte av att se helheten och bibehålla långsiktiga perspektiv vilket leder till förlorade specialistår



FOTOFEMILIA DALEN

Kartläggning av den svenska sjukvårdens styrning



Sonia Widén
Chefredaktör

Svensk sjukvård styrs på flera nivåer, och beslut som fattas långt ovanför vår kliniska vardag påverkar ofta hur vi kan arbeta, vilka resurser vi har och hur patienterna möter vården. För att kunna påverka, både som enskild läkare och SYLF:are, behöver vi förstå hur systemet hänger ihop. Denna artikel är en förenklad förklaring på olika beslutsmandat inom hälso- och sjukvården.

Text Sonia Widén **Bild** Emilia Dalen

Grundförutsättningar

All offentlig makt i Sverige utgår från folket och riksdagen är folkets främsta företrädare. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är decentraliserat. Detta innebär att ansvar och beslutsfattande sprids från en central enhet (staten) till mindre delar, som till exempel regioner och kommuner. Riksdag, regering och myndigheter beslutar om författningar som ger de lagliga förutsättningarna. Hälso- och sjukvården regleras bland annat i hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Patientlagen (PL) och Patientsäkerhetslagen (PSL).

Målet med hälso- och sjukvården är god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Riksdagen

Riksdagen ansvarar för lagstiftningen och beslutar om budget, med generella och riktade statsbidrag

till verksamheten. Den viktigaste delen för oss i vården är Socialutskottet, som är en del av riksdagen och som bereder samt föreslår beslut i frågor om hälso- och sjukvård. Socialutskottets nuvarande ordförande är Christian Carlsson.

Regeringen

Regeringen har det övergripande ansvaret för den politiska färdriktningen, strategier för särskilda insatser och satsningar och beslut om hur offentliga statliga medel ska användas. Regeringen ger också sina myndigheter uppdrag och tecknar överenskommelser med olika organisationer. Socialdepartementet ligger under Sveriges regering och är en del av regeringskansliet, och ansvarar för frågor som rör samhällets välfärd, så som sjukvård och äldreomsorg. Departementschef är socialminister Jakob Forssmed.

Centrala statliga myndigheter

Ett flertal nationella myndigheter ansvarar för olika delar inom hälso- och sjukvården, bland annat

Sonia Widén, Moderna Läkares chefredaktör

Våra förtroendevalda arbetar året runt med att hålla dialoger med regionpolitiker och klinikchefer



Socialstyrelsen och IVO. Socialstyrelsens roll i styrningen av hälso- och sjukvården är att agera som en nationell kunskapsmyndighet genom att ta fram föreskrifter, ge kunskapsstöd, samla in statistik och göra uppföljningar. Myndigheten ger stöd till regioner, kommuner, beslutsfattare och professioner genom att utveckla normer och riktlinjer, ge legitimationer, fördela statsbidrag och utvärdera hälso- och sjukvården.

IVO, Inspektionen för vård och omsorg, spelar en central roll i styrningen av sjukvården genom sin tillsyn och tillståndsgivning. IVO övervakar att verksamheter följer lagar och regler, utreder klagomål från allmänheten, driver tillsyn utifrån riskanalyser och samverkar med andra aktörer för att identifiera risker och brister.

Sveriges Kommuner och Regioner

Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, är inte en statlig myndighet, utan en medlems- och arbetsgivarorganisation, för alla landets 290 kommuner

och 21 regioner. Trots att den inte är statlig, finansieras den delvis av kommunal- och regionalskatter och samverkar med statliga myndigheter. SKR är den största arbetsgivarorganisationen i Sverige och fungerar som ett stöd i arbetsgivarfrågor för kommuner och regioner, som till exempel genom att teckna kollektivavtal med fackliga organisationer som SLF. Organisationen är politiskt styrd och består av förtroendevalda från kommuner och regioner.

Regionerna

Regionernas roll i styrning är att sköta hälso- och sjukvård, kollektivtrafik och regional utveckling för invånare inom ett geografiskt område. Regionerna styrs av folkvalda politiker i regionfullmäktige och har en självständig roll när det gäller att bestämma hur dessa ansvarsområden ska utformas och finansieras, men styrs i sin tur av staten genom lagar och regleringar. Regionen ansvarar för hur vården ska organiseras i form av sjukhus och vård-/hälso- centraler, men även prehospital vård. De flesta läkare i Sverige är anställda inom regionalvård,

SKR är inte en statlig myndighet, utan en medlems- och arbetsgivarorganisation, för alla landets 290 kommuner och 21 regioner

och då på sjukhus, kliniker eller vårdcentraler. Inom regionerna kan vi hitta privata vårdaktörer som utför vård till uppdrag av regionerna, till exempel inom primärvården.

Kommunerna

Kommunens ansvar i vården omfattar hälso- och sjukvård i särskilda boenden, dagverksamheter, hemsjukvård (utom i Stockholm), samt stöd och rehabilitering för personer med funktionsnedsättningar. Kommunerna har också ett övergripande ansvar för äldreomsorg och insatser enligt socialtjänstlagen.

Sjukhusen

Alla offentliga sjukhus i Sverige ägs och drivs av en region. Det betyder att det regionala politiska ledarskapet ytterst styr över budgeten och organisationen samt bemanningen av sjukhuset. Regionfullmäktige beslutar alltså vilka sjukhus som ska finnas, hur resurserna fördelas mellan dem och vilka vårduppdrag de ska ha. Därefter styrs det vidare via sjukhusledningen som ansvarar för att omsätta regionens beslut i praktiken. Sjukhusledningen arbetar med målstyrning, vilket betyder att de följer upp vårdproduktionen, patientsäkerheten samt ekonomin och budgeten. Ledningen får sina mål

från regionen, ofta i form av vårdöverenskommelser, verksamhetsplaner och uppdrag för året.

Kliniknivå

Under sjukhusledningen finns verksamhetsområden eller kliniker som styrs av verksamhetschefer. Verksamhetscheferna ansvarar för att leda arbetet i vardagen och ska ha ansvar för schemaläggning, rutiner och prioriteringar.

Hur påverkar SYLF alla dessa aktörer?

SYLF Centralt arbetar med att påverka sjukvårdens styrning och ledning på nationell nivå, vi riktar vårt påverkansarbete gentemot regeringen, riksdagen, nationella myndigheterna samt SKR. Det politiska påverkansarbetet pågår året runt och görs bland annat via remissvar när lagförslag och reformer föreslås, genom möten med riksdagsledamöter, ministrar och Socialutskottet, genom offentliga debatter, rapporter och intervjuer.

SYLF:s lokalavdelningar fokuserar på politiskt påverkansarbete på regions- och sjukhusnivå samt på kliniknivå. Våra förtroendevalda arbetar året runt med att hålla dialoger med regionpolitiker och klinikchefer samt driva underläkares frågor bland sina lokalföreningar inom Läkarförbundet.

Hur kan du påverka?

NIVÅ	Huvudaktör	Huvudsakligt ansvar	Hur du kan påverka
Nationell	Staten (regering + myndigheter)	Lagstiftning, nationella mål, uppföljning, kunskapsstyrning	Rösta i riksdagsvalet, kontakta riksdagsledamöter, ta del av remissvar, engagera dig i SYLF Centralt.
Regional	Regioner (21 st)	Sjukvård, tandvård, kollektivtrafik, regional utveckling	Rösta i regionvalet, skriv till regionpolitiker, delta i patient- och brukarråd, lämna medborgarförslag Engagera dig i din lokala SYLF-avdelning .
Lokal	Kommuner (290st)	Äldreomsorg, hemsjukvård, LSS, rehabilitering	Rösta i kommunvalet, kontakta kommunpolitiker, delta i samråd, lämna synpunkter via kommunens hemsida.

HUR KAN DU PÅVERKA VÅRDEN SOM INDIVID?

- Delta i APT (arbetsplatsträffar), det är ofta där förändringar börjar.
- Använd avvikelserapportering för att visa hur beslut påverkar patient-säkerheten.
- Engagera dig i kliniken kvalitets- och förbättringsarbete.
- Bygg relationer med MLA och verksamhetschef – de är nyckelpersoner i beslutsprocessen.
- Bli förtroendevald eller skyddsombud.
- Delta i samverkansmöten med sjukhusledningen.
- Lyft arbetsmiljö- och resursfrågor i förhandlingsforum.

Sammanfattningsvis

Sveriges sjukvård styrs på flera nivåer – men professionen har inflytande på alla. Genom facklig samverkan, sakkunnig påverkan och vardagligt engagemang kan du som läkare bidra till att vården utvecklas i rätt riktning.

Ju fler läkare som förstår hur vården styrs, desto starkare blir professionens röst i besluten om framtidens sjukvård. Facklig påverkan handlar inte bara om arbetsvillkor, utan också om att säkerställa att vårdens styrning tar hänsyn till medicinsk kvalitet och läkarnas professionella omdöme. ■



Från SYLF:are till ledare



Sonia Widén
Chefredaktör

För trettio år sedan var **Thomas Lindén** en engagerad SYLF-medlem. I dag är han avdelningschef på Socialstyrelsen – en resa som började med ett spontant karriärbyte och en vilja att påverka.

Text Sonia Widén **Bild** Socialstyrelsen

Antigen blir man gnällig medarbetare eller så måste man göra någonting åt det på något annat sätt

Lindén hade egentligen tänkt bli ingenjör. Han började på Chalmers, men upplevde utbildningen som föråldrad, man lärde sig räknesticka medan datorer och internet stod för dörren. Han bytte till läkarprogrammet och engagerade sig snart i Kåren, Medicine studerandes förbund och senare i SYLF under sin AT på Skene Lasarett och Södra Älvsborgs sjukhus.

– Vi fick gå jour på kirurgen innan vi ens hade haft kirurgplacering. Det kändes inte patientsäkert, men vi lyckades förändra det och känslan av att faktiskt påverka var otrolig, minns Thomas.

Thomas Lindén kastades ut på djupt vatten under AT:n, men understryker att han lärde sig oerhört mycket och kom nära mentorerna, men också patienterna. Redan tidigare fanns ett intresse för hur tänkande, minne och känsloliv fungerar, saker som inte uppmärksammades så mycket i hälso- och sjukvården under den tiden. Det blev en dubbelspecialisering och forskningskarriär framöver.

– Jag har arbetat både som psykiater och neurolog i omgångar, men det var gränslandet mellan dessa två som var mest intressant, just komplicerade neuropsykiatriska symptom var oerhört fascinerande att handlägga.

Resan mot chefskapet

Lindén berättar att han alltid har varit åsiktsskyddad och störs av saker och ting som inte fungerar, både

på den egna arbetsplatsen som läkare, men också när det inte fungerat för patienterna. Efter flera års kliniskt arbete kände Thomas att det var dags att göra något åt det.

– Antigen blir man en gnällig medarbetare eller så måste man göra någonting åt det på något annat sätt.

Lindén blev till slut chef, men berättar att det egentligen var via SYLF och det lokala facket som han fick systemperspektiv och en chans att påverka de frågor han var intresserad av.

– När den första förfrågan om chefskap kom var det nog utifrån att arbetsgivaren hade erfarenhet av mig från det fackliga arbetet. Intressant nog, skrattar Thomas.

I dag leder Lindén avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården på Socialstyrelsen. Han förklarar att hans huvudsakliga roll är att leda arbetet, styra, stödja och driva utvecklingen till det bättre i hälso- och sjukvården.

– Till exempel jobbar vi väldigt mycket med normering, vi tar fram riktlinjer och kunskapsstöd som talar om vilka metoder som är bäst att använda och i vilka sammanhang.

Hur kan vi påverka sjukvårdssystemet?

Frågan om sjukvårdens styrning engagerar Lindén

starkt och han tycker att det är viktigt med flera aktörer som är involverade på flera nivåer.

– Styrningen ska ske från många håll. Vissa beslut ska vara nationella, som legitimationer, medan andra måste anpassas lokalt. Det är samspelet däremellan som gör systemet fungerande. Det viktiga är att det är kunskap som är sjukvårdens styrmodell.

Lindén pekar på flera områden som kan omstruktureras, förbättras eller utvecklas i dagens sjukvårdssystem. En av flera saker han lyfter är en omstrukturering av vårdinformatiönsystemen, alltså alla läkares drömscenario.

– Jag önskar att vi hade ett nationellt vårdinformatiönsystem som kan kommunicera mellan alla regioner. Där data samlas in automatiskt och ingen information fastnar. Det behövs ett vårdinformatiönsystem för alla.

Lindén berättar att han även vill se en effektiv kunskapsstyrningsorganisation där de som arbetar på golvet upplever att de får stöd i sitt arbete, och där har vi kommit en bra bit på vägen.

Som förre detta SYLF:are lyfter Lindén en självklar fråga för oss alla, en sammanhållen utbildningskedja utan onödiga vikariat.

– Det ska inte finnas några glapp mellan utbildning och BT/ST. Det man ofta glömmar är att om man väntar på sin BT-plats i två år, så är det två specialistår som försvinner ur systemet. Man tappar egentligen de mest erfarna åren för varje fördröjning som finns tidigare i kedjan.

Lindén tycker att man, för att få bukt med flaskhalsarna till läkares utbildningstjänster, skulle kunna införa ett system där man kan få erbjudande om en BT-/ST-plats inom ett visst avstånd från hemorten. Han understryker att han helst av allt vill se fler ST-tjänster inom allmänmedicin.

– En välfungerande primärvård är basen i sjukården, primärvård som är mycket tillgänglig för patienterna och en sjukhusvård som är lika tillgänglig för primärvården skulle lösa många andra problem som finns i systemet.

Thomas vill i framtiden se en ökning av möjligheter till forskning för läkare. Han pekar också på att det är helt avgörande för hälso- och sjukvårdens utveckling att läkare engagerar sig i ledarskapsroller.

– Jag skulle gärna se att några läkare kompetensutvecklar sig inom förvaltningsjuridik, andra kanske



inom IT och att fler söker befattningar i EU-systemet. Då är det lättare att bidra till att regioner och myndigheter gör rätt saker.

Slutligen vill Thomas även uppmana fler kollegor att som läkare våga ta sig in i politiken, arbeta med kunskapsstyrning och för myndigheter eller på annat sätt jobba utifrån systemperspektivet.

– Om läkare engagerar sig i frågor på systemnivå blir det också bättre för alla på golvet, då framtagandet av förutsättningar också kräver kunskap. ■

Det ska inte finnas några glapp mellan utbildning och BT/ST


FAKTA THOMAS LINDÉN

Thomas var ordförande i SYLF 1995–96.

Under perioden var SYLF engagerat i den senaste läkarstrejk vi haft. Lyckades stoppa Landstingsförbundet att slopa jouravtalet och fick även genom att fast anställning ska vara norm vid ST.

Invald i Centralstyrelsen (dåvarande FS) för läkarförbundet 1994–2000 och ytterligare en period 2014–2019. Satt i Etik- och ansvarsrådet i 21 år och var ordförande för Chefsföreningen i nio år.

Jobbar nu som hälso- och sjuvårdschef på Socialstyrelsen. Var regeringens Chief Medical Officer i sex år.

A photograph of Magnus Gisslén, a middle-aged man with a shaved head and a light beard, wearing a blue short-sleeved button-down shirt. He is standing in a hospital hallway, leaning against a door handle. A red name tag with the word "LÄKARE" is pinned to his shirt. The background is a blurred hospital corridor with warm lighting.

Magnus Gisslén, professor i infektionssjukdomar, överläkare

*Vi måste våga stå upp
för det som är rätt och
använda vår erfaren-
het och vår kunskap*

Magnus Gisslén om styrning av sjukvården

När läkarna tystnar

En sen kväll i augusti stannade läkarsveriges hjärta upp, på jourrum, mottagningar och adminutrymmen runt om i landet satt vi alla och stirrade på skärmen medan **Magnus Gissléns** lugna röst berättare om varför han valt att lämna sin position som statepidemiolog.

Text Sonia Widén **Bild** Robin Lundin



Sonia Widén
Chefredaktör

I fackliga kretsar blev Gisslén direkt en hjälte, en symbol för vad många av oss tycker är fel inom styrning av hälso- och sjukvårdssystem idag. Hur har vi hamnat där professionen med den högsta medicinska kompetensen inte längre får styra?

Ett systemfel i svensk styrning

Folkhälsomyndigheten bildades 2014 och innan dess var det Smittskyddsinstitutet och på den tiden var generaldirektören alltid en erfaren läkare. När omstruktureringen kom tog man bort kombinationstjänster, vilket har successivt lett till minskad medicinsk kompetens i beslutande positioner. Anders Tegnell var den sista statepidemiologen som också var avdelningschef och därav hade beslutsmandat.

– Den officiella förklaringen jag fick höra var att man vill renodla rollen som statepidemiolog, eftersom det ansågs svårt att hinna med att både vara chef och statepidemiolog.

Gisslén menar att det fungerade dåligt att inte ha något formellt beslutsmandat som statepidemiolog. Han pekar på ett mycket större problem som länge har pågått i styrningen av svensk sjukvård. Läkare i styrande poster kan ofta upplevas som besvärliga, då de behöver leva upp till sina etiska principer. Samtidigt monteras annan kompetens inte ned på samma sätt.

– När en myndighet som Folkhälsomyndigheten inte längre har erfarna läkare i beslutsfattande



Vi är det enda land i Norden där myndigheter med medicinskt uppdrag leds utan läkarkompetens

positioner, försvinner förmågan att bedöma signaler, prioritera rätt och förstå konsekvenserna.

Gisslén understryker dock att man inte behöver vara en bra chef för att man är läkare, men det är svårt att utföra uppdraget som statsepidemiolog när man inte har något beslutsmandat. Magnus Gisslén insåg redan väldigt tidigt att organisationen på Folkhälsomyndigheten inte fungerade väl, han påtalade detta internt flera gånger och försökte förändra strukturer, men fick inget gehör.

– När jag fick beskedet om att myndigheten ville avsluta mitt uppdrag försökte jag flera gånger få till

ett möte med generaldirektören, men hon ville inte träffa mig. Det tycker jag är anmärkningsvärt och väldigt svagt av en chef för en statlig myndighet.

Gisslén fick istället prata med mellanchefer och fick ingen hållbar förklaring till varför man ville avsluta uppdraget. Först när han sagt upp sig fick han ett möte med generaldirektören, men inte heller då någon förklaring. Han berättar att när han lämnat in datorn och passerkortet och gick från Folkhälsomyndigheten, kändes det som en stor lättnad.

Det som blev den "sista droppen" var beslutet att dra tillbaka Folkhälsomyndighetens rekommenda-



tioner kring streptokockinfektioner, mot den medicinska expertisens inrådan.

– Det blev så tydligt att andra hänsyn än de medicinska fick styra. För mig var det ett bevis på att systemet inte fungerar som det ska. Jag försökte driva frågan internet, men det gav ingen effekt.

Han understryker dock att det så klart fanns delar av verksamheten som fungerade väl. Det finns avdelningar med rätt kompetens på rätt plats. Det måste dock stärkas med en medicinsk kompetens i beslutsfattandet.

– Jag trivdes bra på det stora hela, det var ett roligt jobb med många trevliga och kompetenta kollegor. Samtidigt var det en kamp och efteråt känns det skönt att ha kommit därifrån.

Sverige sticker ut

Magnus Gisslén jämför Sverige med våra nordiska grannar och bilden är tydlig. Danmark, Norge och Finland har alla myndigheter där den medicinska expertisen fortfarande har en central roll. Sverige är undantaget.

– Det är inte Danmark som sticker ut, det är Sverige. Vi är det enda land i Norden där där vissa



Det blev så tydligt att andra hänsyn än de medicinska fick styra. För mig var det ett bevis på att systemet inte fungerar som det ska.

myndigheter med med medicinskt uppdrag leds utan läkarkompetens.

Han ser paralleller även i den kliniska vardagen. På allt fler sjukhus leds verksamheter av personer utan medicinsk bakgrund, och det påverkar både arbetsmiljön och vårdens kvalitet.

– Det är svårt att förstå prioriteringar och medicinska risker om man inte själv har stått vid patientens sängkant. Det blir inte bättre vård av det, tvärtom.

Magnus Gisslén understryker att problemen med demontering av medicinsk kompetens i ledande befattning har spridit sig till alla nivåer av sjukvården under de senaste åren. Hela vägen från regionledning till enskilda kliniker och avdelningar, vilket leder till mindre effektiv vård.

Tillbaka till kliniken, med lättnad

Efter turbulensen på Folkhälsomyndigheten är Magnus Gisslén tillbaka i Göteborg, där han kombinerar forskning med kliniskt arbete.

– Jag har världens bästa jobb. Jag har aldrig gått till jobbet utan att tycka att det ska bli roligt. Nu känns det fantastiskt att vara tillbaka och få använda min erfarenhet där jag gör nytta.

Han beskriver reaktionerna från kollegor och allmänhet som överväldigande. Tusentals mejl och samtal från läkare, forskare och vanliga svenskar som har uttryckt stöd.

– Jag tror att många känner igen sig. Det här handlar inte bara om vården, det handlar om hur kompetens trängs undan i många organisationer.

Gisslén är rörd av allt stöd han har fått efter sitt uttalande och uppskattar att politiken tog hans uttalande seriöst, han understryker dock att det viktigaste är vilka slutsatser vi alla drar av situationen i slutändan.

– Efter pandemin har alla förstått hur viktig Folkhälsomyndigheten är och vi måste alla se till att det sker en genomgripande förändring, det är mycket viktigt.

Vi läkare har en unik utbildning och en särskild trovärdighet i samhället.

Den måste vi använda på ett ansvarsfullt sätt.

Folkhälsomyndigheten har efter avhoppet aviserat en intern utredning som ska ha varit planerad sedan långt tillbaka, Gisslén har inte varit med om någon sådan under sin tid på myndigheten, däremot menar han att det inte räcker.

– En extern granskning behövs. Förändringar måste genomsyra hela verksamheten, det räcker inte med det som hittills aviserats.

Från forskning till visselblåsare

Gisslén har under sin karriär varit en av landets mest respekterade infektionsläkare och forskare, primärt fokuserade han på HIV och dess neurologiska komplikationer. Att han skulle hamna i mediernas strålkastarljus som visselblåsare var aldrig planen.

– Vi läkare har en unik utbildning och en särskild trovärdighet i samhället. Den måste vi använda på ett ansvarsfullt sätt, alltid med patientens bästa i åtanke, både individuellt och för befolkningen som helhet, och med respekt för vår medicinska etik.

När jag frågar Gisslén om ett medskick till oss yngre kollegor säger han att det handlar om mod och våga stå upp för det som är rätt. Han understryker också vikten av att stötta de som vill bli chefer.

– Vi måste våga stå upp för det som är rätt och använda vår erfarenhet och vår kunskap. Vi behöver stötta varandra, och om vi ska komma till rätta med de strukturella problemen måste vi också uppmuntra och stödja de som vill ta på sig chefsroller. Det är inte lätt att vara chef, man blir ofta klämd både uppifrån och nerifrån.

Gissléns avgång handlar i grunden inte om en person, utan om ett system som riskerar att tappa sin kompass. När medicinsk kunskap inte längre får leda, när besluten tas långt från patientens bästa, urholkas både tilliten och kvaliteten.

Om något visar den här historien att svensk sjukvård står vid ett vägskäl. Frågan är om vi har modet, som Gisslén, att välja den svårare, men mer hederliga vägen: den där kompetens och etik får styra. ■

Vinterkryss

						DEN ANDRE INTOG DET ANDRA ROM	(LÅNGSAM) FÖR-FLYTTNING	VAD I ALL SIN DARI!	BLEV STRANDSATT PÅ JORDEN	TAND-LÖS	ELE-MENT	VÄLSMORT HOS TALFÖR
							6					
						KAN GE STÖD VID LÄSNING		BAKRE	HELIG FÖDAS		7	
									13	FAST ZIMELIDIN		
KALMAR, KARLSTAD OCH ÖREBRO		I BALLAR AV STÅL	NICKES NEJ	PER	I KÖTTET GREVE	LOVAR LÅNA	BRISTA MED GÅ I NYKTRA TEMPLARE				KÖR LOKALT ÅGER UR	
					5			10				
VAR JAN JÖNSSON	9				4							
KUVAR												
			3			HAR EV. SMAKLÖS FIXERA					STORT VERK DARIO	
KAN SPRIDAS PÅ SJUKHUS				SES MED Q BLI AV MED RUM				BILDA		AN-HÅLLA NR 32 KOPPLA		15
ÄR VÄL KNAPP-HÄNDIG		KUNG	UPFANN ALGORITM		11	UNDER-TECKNARE	BABY SPICE	SLÄT	STARTAR SYSTEMET I BURKEN			HINNA
							14				KOLA	
ANTI-KONSTEN									HALVT LITET BIDRAG I USA	SKOPA VERK AV FÖRD		
KLAGA MED SIG				DRABBAR KUTANDE VANN MED APELGREN							FÖRE CORBUSIER FÖRLÅT	8
EGYPTISK LIVSKRAFT			BRUNEI PRATADE SENT			ESKORT	BEHÖVDES UNDER BRONS-ÅLDERN	GJORDE SIMS BATTING		VISST KAN VISST VÄCKAS		KÄRVE
VID VISS NEDGÅNG		JAKOBS HUSTRU KOD FÖR KRONA					KRING KAGGE 1002 SOM AVATAR					
HÄRD-KOKT							12			1	CITY-AKUTEN UNIONS-MÄRKNING	
LAV SOM RÖRELSE					2				MÖTAS I RYMDEN			
												TRÖG-HETS-KRAFT

KORSORDSMÅKARE: LEONARD ÖRNER

Skicka in lösningen och vinn en fin SYLF tygpåse!

Rätt lösning är mening som bildas av de gula rutorna. Skicka lösningen samt din hemadress till **Sonia.Widen@slf.se** senast den 19/12 så är du med i utlotningen av en fin SYLF-tygpåse.



SYLF-aktuellt

Där du jobbar – där gör SYLF:s lokalavdelningar skillnad, både professionellt och socialt

I den lokala SYLF-avdelningen sker det fackliga påverkansarbetet – i dialog med arbetsgivaren, i frågor som rör arbetsmiljö, villkor och din vardag som läkare. Lokalavdelningen bevakar dina rättigheter och erbjuder stöd när det behövs. För dig som är nyinflyttad för att göra AT, BT eller ST är lokalavdelningen dessutom en värdefull ingång till ett nytt sammanhang. Här finns möjlighet att lära känna andra läkare, få koll på det lokala och hitta en gemenskap i en ny vardag. Runtom i landet har SYLF:s lokalavdelningar under hösten fortsatt sitt viktiga arbete – både med att förbättra villkoren för underläkare och genom att arrangera aktiviteter för sina medlemmar.

Påverkan & engagemang

Under hösten har SYLF:s lokalavdelningar fortsatt sitt viktiga arbete för bättre villkor, tydligare inflytande och starkare engagemang bland underläkare.

SYLF centralt representantskap och 25 år med AT-rankingen I oktober samlades representanter från hela landet i Stockholm för årets representantskap. Mötet gav utrymme för erfarenhetsutbyte, strategiska diskussioner och firandet av 25-årsjubileet för AT-rankingen – ett initiativ som i 25 år satt ljus på kvaliteten i svensk allmän-tjänstgöring.

SYLF Stockholm har presenterat den nya AT-trappan, som gäller retroaktivt från 1 april, och förhandlade även fram en lägstalön på 52 000 kronor för BT-läkare inom ST.

SYLF Västmanland har publicerat en ST-rapport som visar skillnader i studietid och handledning mellan sjukhuskliniker och vårdcentraler.

SYLF Östergötland har skickat ut en enkät för att kartlägga förekomsten av tystnadskultur.

SYLF Dalarna har träffat regionråden för att uppmärksamma Dalarnas starka resultat i AT-rankingen och diskutera framtida utmaningar kring ST 2021 och bastjänstgöring.

SYLF Östra Skåne stöttar sina medlemmar med råd och vägledning i samband med löneförhandlingar. De har nu publicerat en uppdaterad löneöversikt för 2024 med aktuella lönenivåer på sjukhus och vårdcentraler i regionen.

Gemenskap & medlemsaktiviteter

Lokalavdelningarna har också bjudit in till inspirerande möten och aktiviteter – tillfällen för lärande, gemenskap och kollegialt utbyte.

SYLF Örebro & SYLF Uppsala arrangerade föreläsningar om hur man tolkar sin lönespecifikation.

SYLF Jönköping bjöd in till en medlemskväll om löneförhandling.

SYLF Blekinge arrangerade den årliga medlemsfesten med tema "Cosmiskt kaos".

SYLF Kalmar samlade medlemmar till bowlingkväll och öppet styrelsemöte med middag.

SYLF Värmland ordnade en kväll på temat "Alternativa karriärvägar – läkare i försvaret".

SYLF Västerbotten bjöd in till fackfika på Norrlands universitetssjukhus.

Håll dig uppdaterad – och gör din röst hörd

Följ din lokalavdelning i sociala medier för att ta del av allt från viktiga fackliga frågor till after works, lunchföreläsningar och andra aktiviteter. Ett enkelt sätt att hålla dig uppdaterad och bli en del av något större.

Du hittar information och kontaktuppgifter till alla lokalföreningar här!

Följ QR-koden för mer info! ➔



Tycker du att något borde lyftas lokalt?

SYLF:s lokalavdelningar vill gärna höra vad just du tycker är viktigt. Tveka inte att höra av dig. Tillsammans gör vi skillnad!

Brist på kompetens- brits

Krönika av Elvira Gullberg, ST-läkare

- Jag ligger inte så bekvämt, säger patienten.
- Nej, jag ser det”, svarar läkaren.
- Men tyvärr har jag inte kontroll över den här brist... jag menar britsen.

Vården dras med både brister, britsar, britsbrister. Många saker är svåra att styra. Extra svårmanövrerade är just britsarna. De är som enorma kundvagnar, fyllda med ofrivilliga kunder. Som gigantiska resväskor, fyllda med ofrivilligt bagage. Stora och svåra att manövrera i horisontella riktningar.

Men den ska höjas och sänkas också, ofta med hjälp av en kontroll. Men var är kontrollen? Finns det ingen kontroll? Vem har i så fall kontrollen? Och vem har kontroll över kontrollen? Det verkar som om regionen har kontrollen.

- Jag ligger inte så bekvämt, säger patienten.
- Nej, jag ser det”, svarar läkaren.
- Men tyvärr har britsen fastnat i ett låst läge.

När kontrollen går förlorad och man förtvivlat trycker på knappar utan att något händer undrar man varför. Är britsen inkopplad? Nej, regionen är inkopplad. Britsen är för låg, kutande ryggar. Britsen lutar, sluttande plan.

- Nu skulle jag behöva att ni höjer nivån på den här britsen, det börjar värka lite i ryggarna här, säger läkaren.
- Det är tyvärr inget vi kan prioritera medan det finns sjuka patienter på britsarna, svaras det.

Britsarna är ur funktion. Britsbrist. Men det är såklart praktiskt att gå på knäna när patienterna måste ligga på korridorsgolvet.

Men var är kontrollen? Finns det ingen kontroll?

– Jag ligger inte så bekvämt”, säger patienten, den före detta läkaren.

– Det gör ont i ryggen.

Tyvärr är det slut på kryckkäppar. Någon har satt alla käppar i britshjulet. ■



FOTO: DAVID MÖLLER

En klinisk bedömning av arbetsmiljön

Kontaktersak Akut stressreaktion

Socialt ST-läkare. Ensamboende. Flyttat frekvent mellan orter senaste åren.

Bakgrund Tidigare väsentligen frisk.

Levnadsvanor Hög konsumtion av snus och energidryck.

Aktuellt Nyinflyttad till regionen pga. ST-tjänst. Senaste tiden har patienten upplevt mycket stress på arbetet. Upplever sig mer lättirriterad och trött. Svårt att sova efter jourpass och ansträngande dagar på arbetet. Berättar om mycket problem från arbetet.

Mycket ansvar utan tillräckligt stöd, känner sig nervös och mycket ångest inför jourerna. Dåligt samvete över otillräcklig handledning av sin tilldelade AT-läkare. Rädd för att själv ha börjat normalisera den stressiga miljön för yngre läkare. Börjat komma in i läkargruppen men upplever sig rotlös och något ensam. Byter arbetsplats ofta och känner således inte riktigt samhörighet med övrig personal. Denna känsla kulminerade över julhelgen då alla på avdelningen blev erbjudna jullunch förutom hen som jourläkare. Känner sig oprioriterad då hen inte ännu fått ett kontor utan får hoppa runt mellan de föräldraledigas kontor.

Status Allmäntillstånd: Lätt kakektisk. Blek. Orienterad x4.

Hjärta Regelbunden rytm, takykard.

Psykiskt status: Klädd i regionens blå bussarong, kaffebläck på byxorna. Nedsatt ansiktsmimik. Lätt nedstämd och gråtmild. Negativt tankemönster. God insikt.

Bedömning Stressreaktion till följd av hög arbetsbelastning. Kommer att diskutera fallet med handledare om ca 4v då undertecknad äntligen har handledning. Återkommer till patienten.

Diagnos I112.0 Dålig arbetsmiljö.

Z71.1 Person med befarad sjukdom där ingen diagnos ställs.

Vi kan inte lära en gammal hund att sitta, men vi kan lära våra yngre läkare att inte fortsätta att göda den negativa arbetsmiljökulturen

Arbetsmiljö och samhörighet är något som sällan prioriteras för läkare och dålig arbetsmiljö verkar nästan vara ett konstant problem. Man börjar i ett hörn på studentpallen och temat fortsätter genom hela arbetslivet. Som ung läkare är man ofta upptagen av annat än hur lokalerna man vistas i ser ut och vilka normer som finns på arbetsplatserna. Vi lär oss tidigt att normalisera en rotlös tillvaro genom att aldrig riktigt tillhöra en arbetsplats, till att senare vara utan tillgång till egna arbetsrum eller vänja sig vid expeditioner som har ett minimum av sådant som borde vara en självklarhet, som fönster, ergonomiska stolar och ventilation. Stress och dålig arbetsmiljö normaliseras och vi hör ständigt att vi borde vara glada att det "minsann är bättre än när de var AT-läkare". Men är detta verkligen okej?

Enligt AT-rapporten 2025 och arbetsmiljöenkäten 2022 vill en av fyra AT-läkare och en av tre ST-läkare byta yrke. Detta är inget nytt fenomen, men fortsätter att frodas. Vi kan inte lära en gammal hund att sitta, men vi kan lära våra yngre läkare att inte fortsätta att göda den negativa arbetsmiljökulturen, och i stället stå upp för vår gemensamma arbetsmiljö. Vi står inför stora förändringar med införandet av ST2021 och har nu en möjlighet att även förändra våra unga kollegors syn på yrket.

/SYLF Blekinge via Julia Back, Tannaz Hassanzadeh och Simon Norman Skrba.

Läkare i rollen som chef



Karl Hellsten-Hofling
ST-läkare

Svensk sjukvård har idag ett stort antal chefer på olika nivåer i organisationen. Sveriges läkarförbund skulle dock vilja se att fler läkare hade chefsroller – detta uppmuntras bland annat genom ST-tjänster med inriktning mot ledarskap.

Text Karl Hellsten-Hofling **Bild** Svergies Läkarförbund

Vi alla skulle må bra av att ha fler läkare som chefer inom organisationen

Tina Crafoord är sedan ett år tillbaka chef på Folkhälsomyndigheten där hon i huvudsak arbetar med vaccinationsfrågor. Hon har haft en lång karriär som läkare, men har även haft flera ledande chefspositioner sedan hon blev färdig specialist inom anestesi och intensivvård 2009 och har arbetat som chef och ledare de senaste 15 åren.

När hon var färdig specialist började hennes chefskarriär som läkarchef på kliniken, och dessutom som biträdande verksamhetschef på deltid, samtidigt som hon jobbade kliniskt. Därefter har hon arbetat som verksamhetschef för ANOPIVA-klinikerna i Karlstad och Arvika, för den prehospitala sjukvården samt som stöd till hälso- sjukvårdsdirektören i olika frågor innan hon började på Folkhälsomyndigheten.

Vägen till chefskap

Initialt hade hon inte någon tanke på att bli chef, men hon beskriver att hon alltid haft en vilja att vara delaktig i att kunna påverka, förändra och förbättra saker och att hon har svårt att höra problem utan att försöka hitta förslag på lösningar eller förbättringar. Hon berättar att hon under sin ST hade en handledare som också var verksamhetschef på kliniken och som gärna delade med sig av de olika styrningsfrågor hon var intresserad av. När hon sedan själv ville driva förbättringsarbeten och ta mer ansvar på kliniken gavs det utrymme för detta och det är något som hon tror dels har visat hennes

ledaregenskaper för omgivningen, dels motiverat henne att vilja fortsätta.

Som nybliven specialist uppmuntrades hon sedan av omgivningen att söka posten som läkarchef och biträdande verksamhetschef, men det var inte helt självklart för henne personligen. Hon var då nybliven trebarnsmamma och föräldraledig, men efter noggrant begrundande och med stöd från kollegor som lyfte fram hennes ledaregenskaper beslöt hon sig för att söka tjänsten och prova.

Detta är något som fortfarande finns med henne och på frågan om när det kan vara lämpligt att söka en chefsposition säger hon: "alltid, man måste våga prova och man ska ha med sig att det ger oerhört mycket att kunna genomföra förändringar inom vården, det behöver inte vara komplicerat."

Finns det fördelar eller nackdelar med att vara både läkare och chef?

När vi pratar om detta lyfter Tina fram många av de fördelar vi har som läkare i en chefsposition. Läkarprofessionens utbildning och arbete gör oss väl förankrade i sjukvårdens utmaningar och känedom om dess behov och mående.

Vi blir skickliga på att prioritera och inhämta information, men framförallt på att ta beslut. Många undersökningar visar hur vi läkare tar många beslut men också att vi vågar ta beslut, vi lär oss att sortera vad



Tina Crafoord, Ordförande för Sveriges Läkarförbunds Chefsförening.

som är viktigt och vi blir tvungna att lita på andra runtomkring oss i form av sköterskor och yngre kollegor etc. som ger oss den information vi sedan grundar våra beslut på. Vi behöver också stå för de beslut vi fattar som bakjourer eller handledare och allt detta mynnar ut i ett bra ledarskap. Man kan också alltid falla tillbaka på sin kliniska tjänstgöring om man skulle vilja avsluta sitt engagemang som chef.

Tina har svårt att se några större nackdelar knutna till resultat eller organisation med en läkare som chef, utan möjligen mer en nackdel för läkaren personligen. Det kan röra sig om att man inte får lika hög ersättning eller att man inte kan arbeta kliniskt i den utsträckning man vill. Det faktum att vissa chefspositioner i vården, framförallt regionalt, leder till att man förlorar ersättning eller villkor som läkare är något vi måste arbeta mer för att utveckla.

Behöver vi bli fler läkare på chefspositioner inom vården?

På den här punkten är både undertecknad och Tina överens om att vi alla skulle må bra av att ha fler läkare som chefer inom organisationen, kanske inte alla chefspositioner, men vi skulle kunna bli fler. Man ser det oftare inom den privata sektorn, men det skulle behövas fler i den offentliga vården.

Tina betonar även att det är viktigt att vi läkare vågar utvecklas till att få en större förståelse för systemet,

att man ska vara nyfiken och lära sig att utveckla sitt ledarskap vidare, samt att man kan se utanför sin egen verksamhet. Detta lär man sig dels med erfarenhet, dels via olika ledarskaps- och chefsutbildningar.

Vilka råd bör man ta vara på inför att söka en chefstjänst?

Här rekommenderar Tina att man ställer sig frågan om vad man vill uppnå med sitt ledarskap? Det viktiga är att man hittar sin motor och sin drivkraft, samt att man vågar testa att söka, avsluta om man vill, men man har inget att förlora. När man sedan börjat är det som sagt viktigt att man fortsätter att utvecklas och utbilda sig, samt att man skaffar sig mentorer. En mentor inom regionen är önskvärt, men gärna också någon utanför som man helt tryggt kan bolla sina tankar med.

Läkare är ofta vana att kunna det mesta och ha svar på tal, men som chef bör man även lära sig att våga ta hjälp, att ibland säga att man inte har svar på allt i stunden, men att man med lite tid kan skaffa sig det.

Personligen kan jag som skribent se att Sveriges läkarkår har ett viktigt arbete framför sig när det gäller att motivera fler kollegor till chefspositioner, men vi har en stor fördel redan i vår yrkesroll och vår utbildning. Detta i kombination med en motiverande arbetsmiljö och stöttande kollegor kan vara ett framgångsrecept för många blivande chefer. Tina Crafoord är ett bra exempel på detta. ■

Det viktiga är att man hittar sin motor och sin drivkraft, samt att man vågar testa att söka

Statlig dimensionering av ST

– en balansgång mellan behov och frihet

Ordförandeord av Robert Holmqvist

SYLF anser definitivt inte att man ska tvingas in i en specialitet som man inte vill ha, vilket sker i en del länder

Att det finns en brist på utbildningstjänster känner vi alla till. Efter att SYLF länge arbetat intensivt för att öka antalet AT-tjänster har vi de senaste åren sett att de blivit fler. Det ökade antalet tjänster har resulterat i att väntetiden till AT minskat, efter tidigare ökande trend. Väntetiden är dock fortsatt alldeles för lång.

Snart kommer de första som läser den nya läkarutbildningen att ta examen och därmed kommer AT att försvinna och ST2021, som innefattar BT, införs på bred front. Om det då inte finns tillräckligt med tjänster enligt ST2021 kommer det att leda till en ny kö med väntetider.

En förutsättning för att det inte ska bildas oönskade väntetider är att det finns utbildningstjänster i tillräcklig omfattning. För att motverka en specialistläkarbrist har antalet utbildningsplatser på läkarprogrammen under en lång tid successivt ökat, men regionerna har år efter år misslyckats med att öka antalet AT- och ST-tjänster i samma omfattning. Därför har vi länge arbetat för att få till en ökad statlig dimensionering av utbildningstjänster för läkare.

Antalet utbildningstjänster bör baseras på det framtida behovet av nya specialistläkare. Vidare bör antalet utbildningsplatser på universiteten baseras på antalet förväntade utbildningstjänster. Detta innebär att antagningen till universiteten behöver baseras på det förväntade behovet av nya specialistläkare under minst 11,5 år framåt, vilket är den tid det minst tar för de som påbörjar det nya läkarprogrammet att bli färdiga specialister. Det är såklart en stor utmaning att uppskatta det framtida behovet, men det är nödvändigt för att undvika en brist eller ett överskott i framtiden. Hamnar man väldigt fel i dessa antaganden kan det leda till stora problem längre fram.

En ökad statlig dimensionering kan även innebära en dimensionering av hur många ST-tjänster som ska finnas i varje specialitet. Det kan leda att våra

framtida kollegor inte kommer ha samma möjligheter att välja den specialitet de helst vill ha utan antingen får välja en annan eller räkna med långa väntetider. Frågan är dock vad som är viktigast – att man får den specialitet man vill ha, med risk att det utbildas för många i de populära specialiteterna och för få i de mindre populära, eller att man får nöja sig med en specialitet som man kan tänka sig och att behovet av specialistläkare täcks inom alla specialiteter. Med detta sagt anser SYLF definitivt inte att man ska tvingas in i en specialitet som man inte vill ha, vilket sker i en del länder.

En ökad statlig dimensionering är som ni förstår inte problemfri och det medför stora utmaningar. Alternativet är dock att det fortsätter som nu, med väntetider och att ett framtida behov inte styr antalet utbildningsplatser och -tjänster. Det tror jag inte någon av oss vill. Politikerna verkar äntligen ha förstått behovet av en ökad statlig dimensionering. Nu gäller det att arbeta för att det blir av och att utformningen blir så bra som möjligt. ■



FOTO: FEMILIA DALENI