



**Christina Kling Hassler,
utvecklingsansvarig för
IT-systemen inom Stock-
holms läns landsting.**

KAMPEN MOT EN NJURSTEN OCH EN VÅRDAPPARAT

KRISTIAN KARLSSON får sitt första njurstensanfall när han är på Sahlgrenskas akutavdelning i Göteborg med sin ettårige son. Tillbaka i Stockholm får han sitt andra anfall och uppsöker då Södersjukhuset. Efter sex veckors köande med ett rör i ryggen får han sin första behandling i njurstenskrossen på Danderyds sjukhus.

Sammanlagt går det tre och en halv månad mellan det första anfallet och den sista behandlingen. Han har då tillbringat nio dagar på sjukhus och gjort 15 besök på olika vårdinrättningar. Kommunikationen mellan honom och olika vårdgivare är otydlig. Sjukskrivningen är helt onödig.

Historien berättas i *Neo* 2/2009. Läs hela artikeln på www.magasinetneo.se.

Kafka i korridorerna

Vårdens värld har sin egen logik. Här vittnar ett flertal läkare om ett planekonomiskt system där det lönar sig när patienterna måste återkomma men där operationerna kan ta slut i augusti.

Av **Annika Eriksson**

Frilansjournalist

Foto av Johanna Henriksson

IMSLÅNG väntan i grönmålade korridorer utan besked, remisser som inte kommer, blodprov som tas gång på gång. Alla har vi hört eller själva upplevt någon variant på den historien. I *Neo* nr 2 2009 berättade Kristian Karlsson om alla absurda turer för att köa i månader till en njurstenskross – en apparat som visade sig stå överksam större delen av dygnet (se faktaruta).

Men bilden av vården är motsägelsefull. När människor väl får träffa en läkare och får sin behandling är de ofta nöjda, och berättar om kunnig och inkännande personal som ger både tröst och kompetent vård. Dessutom vet vi alla hur stora offentliga resurser som läggs på vården, och därmed förväntar vi oss goda resultat.

Beväpnad med *Neos* njurstenshistoria har jag pratat med behandlande personal, men också specialister på enskilda frågor, i jakt på svaret på den banala – men viktiga – frågan: Varför blir det så här?

SVAREN SPÄNNER över ett stort fält, men det finns tre ämnen som återkommer: kommunikation, den politiska styrningen – och patienten själv.

– Kommunikation är inte alltid enkelt, särskilt när olika vårdgivare är

inblandade i samma patientfall. Många turer måste te sig märkliga för en utomstående. Jag förstår att patienten blir frustrerad, säger Thomas Arnehjort, läkare och verksamhetschef på Södersjukhusets akutavdelning. Han berättar om hur Sös nu arbetar med processer som syftar till att underlätta kommunikation mellan olika avdelningar.

– Tidigare såg vi på organisationen och arbetet som separata stuprör, men det stämmer inte alls med patientens upplevelse. Patienten åker snarare i hängrean och nu strävar vi efter att lägga upp arbetet därefter.

Christina Kling Hassler, läkare och sedan ett år tillbaka utvecklingsansvarig för IT-systemen inom Stockholms läns landsting, har som en av sina huvuduppgifter att lösa kommunikationsproblem. Hon tror att en viktig del av problemet är att IT-systemen inte stöder vårdprocessen.

– I *Neos* fall var dessutom en vårdgivare från en annan region inblandad, vilket gör det ännu mer komplicerat.

Tidigare har patientdatalagen varit ett hinder. Man var tvungen att överföra patientinformation manuellt, skicka journalen, anteckningar eller en skiva med informationen. För ett år sedan ändrades lagen.

– Än så länge har vi inte hunnit anpassa systemen så att de fungerar som det är tänkt. Hittills har dessutom arbetet handlat mycket om infrastruktur och säkerhetsfrågor, och det märks väl inte

”Vi som arbetar i vården befinner oss i ett Kafka-liknande system.”

så mycket i verksamheten. Nu börjar det arbetet falla på plats, så nu kan vi på allvar jobba med hur systemen kan användas för att vården ska bli bättre.

– Just nu pågår ett arbete med att införa samma journalsystem hos alla landstingets vårdgivare, men hur det ska gå med de privata förstår jag faktiskt inte.

– Avtalstexten behöver inte säga något om vilket system en vårdgivare väljer, det räcker med att ställa krav på att informationen ska vara tillgänglig. Ingen tycker väl att konkurrensen mellan två företag blir mindre för att de använder samma vägar för att transportera sina varor?

HON ÄR INTE ensam om att ha synpunkter på den politiska styrningen av verksamheten. Elisabeth Liljequist utgår från sitt arbete på urologen på Danderyds sjukhus, där hon är chefsköterska:

– Vi som arbetar i vården befinner oss i ett Kafka-liknande system.

– I grova drag kan man säga att vi befinner oss i en beställarorganisation där det redan fastställts hur mycket vård vi ska ge. Eller i varje fall hur mycket vård vi får ersättning för. Om vi skulle välja att ge njurstensbehandling till alla som vill ha och det leder till en överproduktion får vi helt enkelt inte betalt för det. [Se faktaruta nästa sida.]

Christina Kling Hassler var klinikchef för röntgen på Danderyds sjukhus innan hon började sin nuvarande tjänst, som är centralt placerad både i organisationen och på plats i landstingshuset. Den sammanlagda erfarenheten gör att hon ofta undrar över vilken insyn politikerna egentligen har i verksamheten.

– Kanske är det slumpen, men jag har inte mött så många politiker som jag trodde sedan jag började min nuvarande tjänst. Jag tror det skulle vara bra att se över hur kedjan mellan vårdpersonal, tjänstemän och politiker egentligen ser ut.

Elisabeth Nelson, läkare och sektionschef på urologen på Danderyds sjukhus, tycker att turerna kring njurstenskrossen som avslutade *Neos* historia är ett bra exempel på det här.

– Njursten är en ökande folksjukdom, som till stor del hänger ihop med vällevnaden i vårt land. En typisk njurstenspatient är medelålders, har ett stillasittande jobb och inte sällan högt blodtryck.

– Trots det har politikerna vid flera tillfällen klassat det som högspecialiserad vård och begränsat behandlingen till Hud-

dinge och Karolinska. För att avlasta köerna som uppstått har vi fortsatt att använda maskinen, ibland utan att vara säkra på att få ersättning för det.

– Man får göra så ibland, när de politiska besluten blir alltför tokiga.

ANDREAS RINGMAN UGGLA är utbildad läkare som numera arbetar som organisationskonsult,

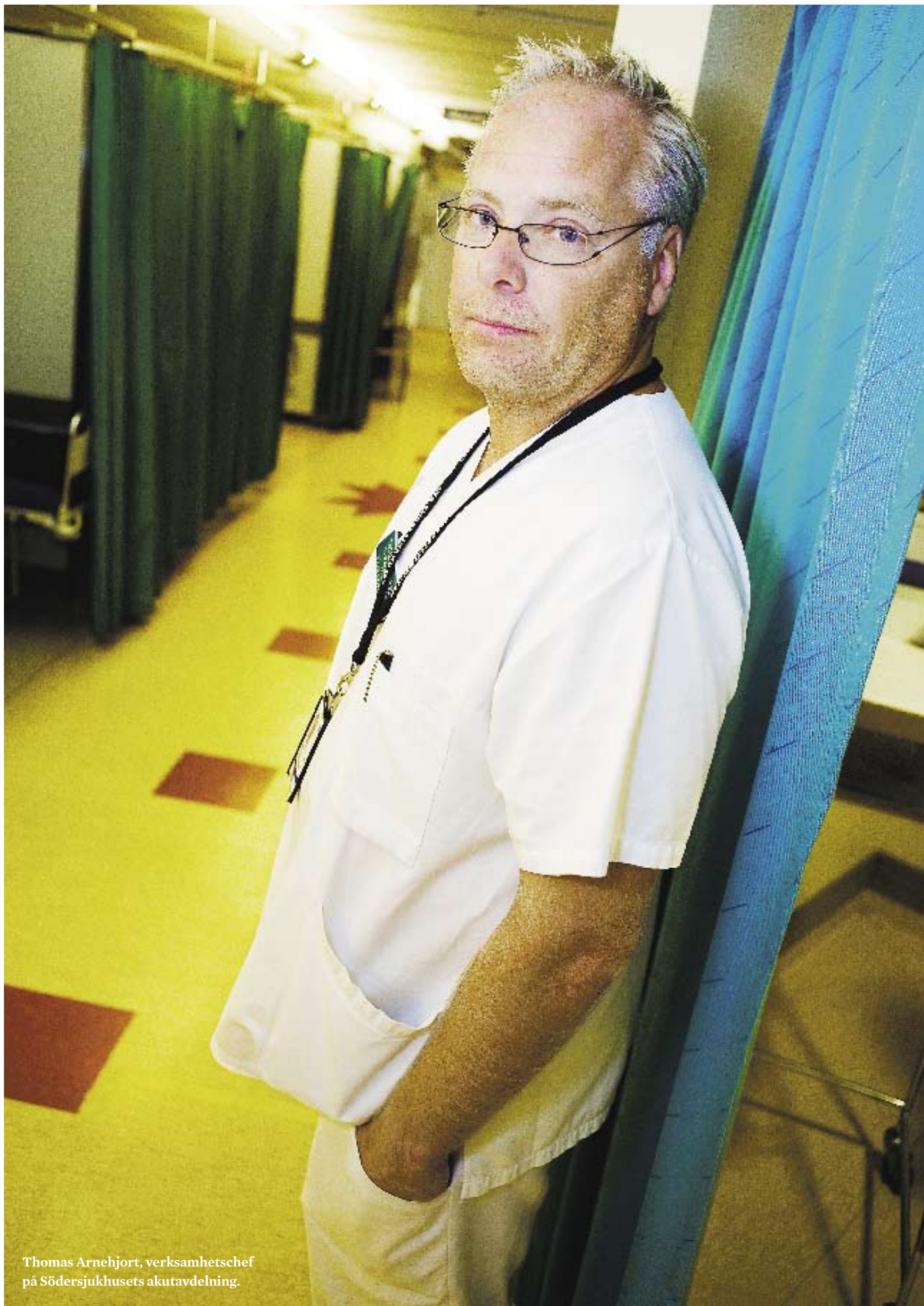
– I *Neos* berättelse är många olika enheter inblandade, som röntgen och akuten. Men det finns ingen enhet som heter ”nu blir vi av med patientens njursten”.

– Jämför med Bröstcentrum som finns på Karolinska sjukhuset där de nödvändiga bröstcancerfunktionerna sitter vägg i vägg. Den effektiva arbetstiden är densamma, men allting sker på en dag.

– Det finns heller inget i styrsystemet som belönar att patienten snabbt blir av med sin njursten. Ersättningarna till vårdgivaren ges enligt hur mycket den producerar – inte vilket resultat den uppnår.

– Det är också ett problem att olika typer av samhällskostnader hålls isär som de gör i dag. Staten står för sjukförsäkringen, landstinget för vården och patienten själv drabbas av utebliven inkomst. För staten och individen är det intressant att förkorta sjuktiden, men för landstinget är det med de ersättningsystem vi har i dag snarare positivt med fler sjukbesök.

– Det närmast planeekonomiska draget i beställarsys-



Thomas Arnehjort, verksamhetschef
på Södersjukhusets akutavdelning.

temet är också ett problem. Beställaren, landstinget, förväntas beräkna antalet höftledsbrott som kommer att inträffa under en viss period.

– Om man beställt hundra höftledsoperationer av en vårdgivare och den vårdgivaren är så effektiv att man klarat av dem redan i augusti så tar det stopp. Sedan får kirurgerna gå överksamma resten av året, även om det blir blixthalka i november. Eller operera vidare utan att vara säkra på att få ersättning.

VEM BESTÄLLER VAD AV VEM?

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING, SLL, tillämpar en beställar-utförarmodell inom hälso- och sjukvård samt trafik. För sjukvårdens del innebär det att en del av organisationen beställer vård och en annan del utför den.

De som utför vården – offentliga och privata vårdgivare – har ett avtal med landstinget där det bland annat framgår vilken vård som ska levereras och hur de ska få betalt.

Ersättningen ges på olika sätt till olika vårdgrenar. Ersättningen till sjukhusen ges till exempel enligt DRG-poäng (Diagnosis Related Groups), som är ett internationellt beräkningssystem för vård. Hur mycket vård som ska beställas och vad den ska kosta beräknas utifrån befolkningsutveckling, allmän prisutveckling, medicinsk-teknisk utveckling, med mera. En uppskattning görs alltså av vilken vård som kommer att behövas, hur många höftledsfrakturer, förlossningar, lunginflammationer etc.

Tidigare har avtalen med sjukhusen löpt per år, men från och med i år löper de på tre år och ges till hela sjukhuset istället för att fördelas till enskilda kliniker.

Inom områden med vårdval ger landstinget vårdgivaren en auktorisation och sedan kan vårdtagaren välja fritt bland dessa. Vårdgivaren ska enligt avtalet följa en tydlig regelbok och ersätts utifrån utförd prestation.

Källa: Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

”Det närmast planekonomiska draget i beställarsystemet är också ett problem.”

– Man kan bara hoppas att de som befinner sig i systemet inser dess absurda drag.

Vad säger den högsta politiska ledningen om den kritik som framkommer i intervjuvarna? Jag försöker få Stockholms finanslandstingsråd, Filippa Reinfeldt, att svara på samma frågor som jag ställt till de andra. Och vad tycker hon om den kritik som riktas mot den politiska ledningen?

Hon väljer dock att inte svara, med motiveringen att hon inte kommenterar enskilda fall. Detta trots att jag uttryckligen säger att det inte är *Neos* fall vi vill fråga om, utan den generella bild som framträder i intervjuerna.

FÖRUTOM PROBLEM med kommunikation och den politiska styrningen är det tydligt att förhållandet till patienterna är allt annat än okomplicerat. Med erfarenhet av sitt arbete på SÖS-akuten beskriver Thomas Arnehjort patienten idag som otåligare än förr.

– Vi vill inte vänta när vi är på banken eller hos frisören, och vi vill inte vänta när vi är på akuten heller.

– Tidigare var landstingets avtalstexter ludiga, med skrivningar såsom ”vården ska vara av god kvalitet”. Men under de senaste åren har man börjat ta fram specifika mått, tydliga indikatorer, som gör det lättare för alla att veta om kraven uppfyllts eller inte.

SOM CHEFSSKÖTERSKA ser även Elisabeth Liljequist att patienter förändrats. De är mer pålästa, mer aktiva, och det anser hon är positivt och bidrar till utvecklingen. Men hon tycker också njurstenshistorien är ett bra exempel på hur svårt det kan vara att kommunicera med patienten.

– I den historien berättar sköterskan att den tillfälliga avlastning patientens njure fått, ett plaströr i ryggen, gör att hans ärende inte är akut. Då reagerar han med att önska att de inte satt in plaströret, för att få snabbare behandling. Vi behöver kanske bli bättre på att kommunicera, men historien visar också hur

svårt det kan vara att få vårdtagarna att förstå våra prioriteringar.

Elisabet Nelson tar även upp hur politikerna förhåller sig till vårdens prioriteringar. De lyssnar på den som låter mest, medan man i vården utgår från behoven, menar hon.

– Se bara hur det gullas med blivande mammor, och under tiden får cancerpatienterna ligga ovanpå varandra.

– Det kanske låter krass, men för oss är ett sånt här njurstensanfall en blivande mamma. En sten är trots allt botbar, därför låter vi till exempel cancerpatienter gå före. Först och främst följer vi vår hederskodex som läkare.

OCH I JUST det fall som berättades i *Neo* ledde det till att en för övrigt frisk och arbetsför person gick hemma i månader med besvär och ovisshet.

Under arbetet med den här artikeln har en fråga etsats sig fast: Hur kan det vara så att huvudpersonen i berättelsen, som finansierar vården med sina skatter och vid det här tillfället är den som ska få sitt problem löst, är den som hela tiden verkar veta minst och vara mest frustrerad?

I somras besökte jag vid ett tillfälle en nybyggd vårdcentral ute i landet där man på några olika ställen dekorerat väggen med följande citat: ”Kom ihåg att patienten är en kund som (nästan) alltid har rätt.”

Det kan man (nästan) instämma i. ☺