



EKONOMIHÖGSKOLAN
Lunds universitet



Organisatoriska förutsättningar i vården för svårt brännskadade

Slutrapport

Lund 2009-04-14
Ek Dr Robert Wenglén
Företagsekonomiska institutionen
Lunds Universitet
Box 7080
220 07 LUND
+46 46 222 03 04
robert.wenglen@fek.lu.se

Innehållsförteckning

Sammanfattning

| | |
|--|----|
| 1. Bakgrund och syfte | 1 |
| 2. Metod | 1 |
| 3. Tillgång på medicinsk kompetens | 4 |
| 4. Tillgång på ledningskompetens | 7 |
| 5. Stöd från sjukhusledningen | 8 |
| 6. Infrastrukturella förutsättningar | 9 |
| 7. Diskussion | 11 |
| 8. Rekommendationer | 13 |
| Referenser | 14 |
| Bilaga A: Respektive enhets främsta argument | 15 |
| Bilaga B: Intervjupersoner | 19 |

Sammanfattning

Denna studie tillkom som en del i beslutsunderlaget för bedömningen av ansökningar om tillstånd att bedriva behandling av svåra brännskador som rikssjukvård. Fokus för just denna studie har varit de organisatoriska förutsättningarna: Vem har bäst förutsättningar att säkerställa en god tillgång på medicinsk kompetens såväl som ledningskompetens? Vilket stöd finns från sjukhusledningen och övriga enheter på sjukhuset? Vem har de bästa lokal- och utrustningsmässiga förutsättningarna?

Studien är baserad på intervjuer med företrädare från fyra enheter: Akademiska sjukhuset, Karolinska Universitetssjukhuset, Universitetssjukhuset i Linköping, samt Universitetssjukhuset MAS. Ett övergripande intryck är att samtliga fyra enheter framstår som väl fungerande med en rad djupt engagerade och kompetenta företrädare. Samtidigt har det varit mitt uppdrag att bedöma deras relativa lämplighet.

Analysen har utgått från vem som har de mest värdefulla, sällsynta, svårimiterade och effektivt organiserade resurserna, dvs. vad som oftast kallas kärnkompetens. I grova drag framhöll intervjupersonerna att de infrastrukturella förutsättningarna inte skulle ses som avgörande; samtliga enheter har tillräckligt goda lokal- och utrustningsmässiga förutsättningar. Vidare ansågs inte heller enskilda medarbetare som direkt avgörande. Snarare framhölls att vård av svåra brännskador kräver samtränade multiprofessionella team inklusive en välintegrerad och bred forskningsverksamhet. Den kritiska kärnkompetensen handlar således om en organiserad (fördelad på flera personer och avdelningar), delvis tyst (svår att sätta ord på) kunskap i handling (tillämpad kunskap).

Utifrån dessa förutsättningar är det min bedömning att Akademiska och Linköping har relativt sett bättre organisatoriska förutsättningarna att bedriva vård av svåra brännskador än de två övriga enheterna; de bedöms besitta en högre grad av kärnkompetens förstått som en komplex helhet av 1) gedigen erfarenhet av och förmåga att bedriva rikssjukvårdsliknande vård av svåra brännskador; 2) framgångsrik och välintegrerad forskningsverksamhet; 3) väl fungerande ledning; samt 4) starkt stöd i organisationen och från sjukhusledningen.

Denna bedömning kan även indirekt sägas ha stöd bland de intervjuade. Ett återkommande tema i intervjuerna var att det i princip stod två alternativ mot varandra. Antingen lägger man relativt större vikt vid närheten till stora befolkningsunderlag (Karolinska och Malmö) och rätt vård på rätt nivå (Malmö) eller så lägger man relativt större vikt vid den nuvarande kärnkompetensen manifesterad i mångårig framgångsrik forskning och rikssjukvårdsliknande brännskadevård (Akademiska och Linköping).

Man skulle i för sig kunna tänka sig att en flytt till Karolinska och Malmö på lite längre sikt är ett bättre alternativ. Min bedömning är dock att mycket av den organiserade tysta kunskapen då riskerar att gå förlorad, åtminstone på kort sikt.

Oberoende av vem som i slutändan får tillstånd att bedriva behandling av svåra brännskador som rikssjukvård kvarstår en rad utmaningar. Bl.a. bör man säkerställa ett ökat kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan berörda sjukhus för att reducera risken för att kompetensen utarmas för de verksamheter som inte får tillstånd att bedriva rikssjukvård. Vidare lär även två centra på sikt bli för mycket. På kort sikt lär dock den största utmaningen vara att få omfördelningen att fungera i praktiken. Här krävs troligen ett resurstilldelningssystem som stödjer förändringen. Avslutningsvis bör man beakta att inrättandet av rikssjukvård i möjligaste mån går hand i hand med vård på rätt nivå, dvs. att den enskilde patienten inte (i alltför stor utsträckning) får stå tillbaka för forskningsambitioner som först på lite längre sikt genererar bättre vårdresultat.

1. Bakgrund och syfte

Årligen drabbas lite mer än 1000 personer i Sverige av brännskador som kräver slutna vård. Cirka 150 av dem vårdas på specialavdelningar för brännskador. Dessa enheter finns vid Akademiska sjukhuset i Uppsala, Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm, Universitetssjukhus i Linköping, samt vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö (Socialstyrelsen, 2008).

Den 24 september 2008 tog Rikssjukvårdsnämnden beslut om att definiera området *behandling av svåra brännskador* som Rikssjukvård (Socialstyrelsen, 2008). I enlighet med tanken bakom rikssjukvård är avsikten att denna vård ska centraliseras till maximalt två enheter. Av detta följer:

Vilka två enheter är mest lämpande för att tilldelas tillstånd att bedriva vård av svåra brännskador som rikssjukvård?

Denna studie, tillsammans med andra underlag, har tillkommit som en del i att stärka beslutsunderlaget och därmed underlätta bedömningen av ansökningar om tillstånd att bedriva ovan nämnda rikssjukvård. Fokus för denna studie är de organisatoriska förutsättningarna; Vem har bäst förutsättningar att säkerställa en god tillgång på medicinsk kompetens såväl som ledningskompetens? Vilket stöd finns från sjukhusledningen och övriga enheter på sjukhuset? Vem har de bästa lokal- och utrustningsmässiga förutsättningarna? Kan samtliga enheter klara en expansion inom ramen för befintlig infrastruktur? Vem är administrativt bäst rustad?

Syftet med denna rapport är att bidra till Socialstyrelsens underlag till Rikssjukvårdsnämnden vad gäller vem som bör få tillstånd att bedriva vård av svåra brännskador som rikssjukvård. Mer konkret syftar denna rapport till att rekommendera vilka två av de fyra ovan nämnda enheterna, som har de bästa organisatoriska förutsättningarna att bedriva sådan vård.

2. Metod

Intervjuer genomfördes under andra halvan av maj 2008 med utvalda representanter från respektive sjukhus (se bilaga B). En bakomliggande tanke var att verksamhetsföreträdarna skulle ges möjlighet att lyfta fram varför just deras verksamhet lämpar sig för risksjukvård – och samtidigt begränsa möjligheterna till mindre fördelaktiga utsagor om de andra. Med andra ord kom metoden att påminna något om en ”anställningsintervju” med alla dess för- och nackdelar. Jag bedömer dock risken för ”tomt prat” som tämligen begränsad då samtliga intervjupersoner var medvetna om att rapporten för eller senare kommer att granskas av väl insatta kollegor.

Varje sjukhus ansvarade själv för att välja ut sina representanter, utifrån ett önskemål om att följande personalkategorier skulle intervjuas:

1. Sjukhuschef eller motsvarande överordnad chef
2. Överordnad eller berörd economichef
3. Ansvarig för infrastruktur (byggnader och liknande) eller motsvarande
4. Berörd klinikchef eller motsvarande
5. Berörd vårdchef eller motsvarande
6. Berörd överläkare eller motsvarande

Varje intervju tog ca 45 minuter och följde ett semistrukturerat frågeformulär, dvs. tämligen öppna frågor kring följande teman:

1. Tillgång till medicinsk kompetens
2. Tillgång till ledningskompetens
3. Nuvarande infrastruktur
4. Nuvarande verksamhetsinriktning och organisationsstruktur
5. Nuvarande administration
6. Vad är, utöver det vi talat om, viktigt att beakta vad gäller era organisatoriska förutsättningar?

Dessutom ombads var och en att föra fram de tre främsta argumenten för att just de skulle få tillstånd att bedriva rikssjukvård. Respektive enhets främsta argument sammanställdes sedan i ett dokument som skickades ut till samtliga enheter för revidering av de egna argumenten. Slutprodukten finns i bilaga A.

Intervjuerna kom (planenligt) att skilja sig åt beroende på vilken personalkategori som den intervjuade representerade, t.ex. berördes infrastrukturen lite mer utförligt med de personer som har detta på sitt ansvar och stödet från sjukhusledningen mer utförligt i intervjuerna med representanter för just sjukhusledningen.

Det empiriska materialet innefattar även dokument som lämnades över till mig i samband med intervjuerna, eller skickades till mig i efterhand per mejl, samt en del mejl-korrespondens.

Fråga 5 visade sig inte vara kritisk för att urskilja de olika enheterna åt. Det framkom helt enkelt inte någon avgörande information kring administration av verksamheten. Denna fråga har därför uteslutits ur analysen och således ur rapporten.

Värt att nämna är att när intervjuerna genomfördes var definitionen av vad som utgör en svår brännkada inte bestämd. Vidare gav Karolinska, Akademiska och Linköping under intervjuerna tydligt uttryck för att de hade för avsikt att söka tillstånd, medan Malmö gav uttryck för att de först ville avvakta gränsdragningen innan de tog ställning i frågan om att söka tillstånd eller ej. När väl definitionen blev klar gav en representant för Malmö uttryck för att man nu känner sig mer eller mindre "tvingade" att söka tillstånd, men att detta i grunden är ett politiskt beslut.

Teoretisk referensram

Vad som utgör goda organisatoriska förutsättningar kan förstås på många olika sätt; man kan välja att tolka det empiriska materialet från en mängd olika teoretiska perspektiv. På ett övergripande plan tar denna utredning sin utgångspunkt i teorier om vad som kännetecknar en långsiktigt framgångsrik verksamhet. Denna fråga har intresserat företagsekonomiska forskare i många år. Trots detta finns det inget entydigt svar utan snarare en mängd olika teorier om vad som gör vissa organisationer bättre än andra (för en översikt se t.ex. Bengtsson och Skärvad, 2001).

Med viss reservation vill jag dock hävda att den dominerande teorin idag utgår från tankegångarna om kärnkompetens, förstått som ”en integrerad kombination av förmågor, teknologier, kunskaper och resurser som genom organisatorisk inläring utvecklats till förfining och excellens” (Bengtsson & Skärvad, 2001: 194). Annorlunda uttryck handlar det om värdefulla, sällsynta, svårersättliga och effektivt organiserade (ofta till stor del mänskliga) resurser (Barney, 1991; 2001). Ur detta perspektiv är kunskap i handling centralt, dvs. sådan kunskap som är djupt rotad i handling och engagemang i en specifik kontext och som endast delvis är explicit varför den ibland går under benämningen tyst kunskap (Blackler, 1995; Cook & Brown, 1999; Polanyi, 1966). Denna kunskap låter sig således inte enkelt överföras till explicit (textbaserad) kunskap eller från en organisation till en annan.

Mer konkret är det således intressant och viktigt att analysera vilka resurser som är:

a) värdefulla, vilket kan förstås ur patientens, ansvarig läkares, eller sjukhusledningens perspektiv, eller för den delen ur ett hälsoekonomiskt perspektiv. Vi kan alltså förvänta oss en viss tvetydighet och motsägelser i vad som uppfattas som värdefullt beroende på vems perspektiv vi tar. På lite längre sikt bestäms dock hur värdefull en resurs eller en förmåga är utifrån hur väl dessa bidrar till att organisationen kan svara an mot hot och möjligheter i omgivningen.

b) sällsynta, dvs. resurser och förmågor som andra organisationer inte har tillgång till.

c) svårimiterade, dvs. resurser och förmågor som andra organisationer inte lätt kan lära sig eller köpa in (rekrytera)

d) effektivt organiserade (dvs. man får ut mycket av varje investerad krona)

Notera att den mest svårimiterade kärnkompetensen ofta kännetecknas av att den har utvecklats under en längre tid; att den har vuxit fram, underhållits och exploaterats genom ett stort antal ”små beslut”; samt att den ofta innefattar socialt komplexa resurser och förmågor (såsom organisationskultur och image). Notera även att det inte bara handlar om att ha tillgång till vissa resurser utan även om att ha förmåga att dra nytta av dem, t.ex. förmåga att integrera och tillämpa en rad olika kunskaper.

Svaren på de fyra ovan nämnda frågorna har vissa implikationer för hur starkt rustad en organisation står på en konkurrensutsatt marknad (se figur 1 nedan). Om man inte har värdefulla resurser och förmågor så har man inte heller någon konkurrensfördel. Att ha värdefulla men inte speciellt sällsynta resurser och förmågor innebär inte heller någon konkurrensfördel, utan snarare att man är medioker. Det är först när man har värdefulla, sällsynta och hyfsat väl organiserade resurser och förmågor som man kan sticka ut. Om en annan organisation kan imitera ”receptet” och/eller ”köpa över” kritiska resurser blir dock konkurrensfördelen temporär. Därav betydelsen av att även ha svårimiterade resurser och förmågor, vilket som sagt ofta handlar om tyst kunskap (och/eller ex. patent).

| Värdefulla? | Sällsynta? | Svårimiterade? | Effektivt organiserade? | Konkurrensimplikation |
|-------------|------------|----------------|-------------------------|---------------------------|
| Nej | - | - | Dåligt | Konkurrensnackdel |
| Ja | Nej | - | Ok | Konkurrensparitet |
| Ja | Ja | Nej | Bra | Temporär konkurrensfördel |
| Ja | Ja | Ja | Mycket bra | Uthållig konkurrensfördel |

Figur 1: Baserat på Barneys VRIO-modell (Barney & Hesterly, 2006: 95)

De fyra sjukhusen som studeras i denna utredning kan givetvis inte sägas verka på en konkurrensutsatt marknad. Samtidigt har jag av andra skäl funnit teorin lämplig för analys av det empiriska materialet. För det första konkurrerar de fyra sjukhusen om att få ett tillstånd att bedriva risksjukvård. För det andra, och än viktigare, svarar teorin an mot det sätt som de intervjuade talade om vad som är centralt för att bedriva en excellent vård av svåra brännskador. De talade ju trots allt om en komplex helhet av multiprofessionella team, bred och väl integrerad forskning, god samverkan med en rad olika interna och externa organisationer etc.

Nedanstående analys av det empiriska materialet utgår således från ovanstående teoretiska referensram. Mer konkret adresseras respektive enhets tillgång till och förmåga att tillämpa fyra på förhand givna resursområden: medicinsk kompetens, ledningskompetens, infrastrukturella förutsättningar samt organisatoriskt stöd (från sjukhusledning och andra verksamheter inom sjukhuset). Min ambition har varit att vara tydlig med hur referensramen har styrt mina tolkningar och den slutgiltiga rankingen, men på sina ställen får läsaren hålla tillgodo med att kopplingen till referensramen delvis är implicit. Detta i syfte att vara mindre uppreparande och reducera risken för att rapporten blir odrägligt överpedagogisk.

3. Tillgång på medicinsk kompetens

Att den medicinska kompetensen är kritisk råder det inte någon tvekan om. Men vilken medicinsk kompetens är mest kritisk i termer av att vara värdefull, sällsynt, svårimiterad och effektivt organiserad?

Ett spontant svar skulle vara tillgången till plastikkirurger, intensivvårdssköterskor, intensiv- och infektionsläkare, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, där de intervjuade anser att plastikkirurger och intensivvårdssköterskor är de

kanske allra mest kritiska kompetenserna. Samtidigt framhålls betydelsen av multiprofessionella team, dvs. medicinsk kompetens som en organisatorisk kompetens. Denna tanke beskrivs också utförligt i Socialstyrelsen (2008):

”Brännskador är ett multidisciplinärt åtagande som kräver samarbete mellan en rad discipliner. Högspecialiserad brännskadevård innebär inte enbart läkare med god kunskap om brännskadevård, inte heller enbart kompetensen att utföra enskilda behandlingsåtgärder. Det högspecialiserade ligger snarare i att på ett optimalt sätt få ihop vården av en brännskadad patient till en helhet där tillgång till specialanpassade lokaler och stödresurser är en förutsättning” (s. 7).

Enskilda medarbetare utgör då kanske inte de allra mest kritiska kompetenserna, ty rekrytering av ex. erfarna och skickliga plastikkirurger torde vara tämligen lätt för de enheter som får tillstånd.

Det sammantagna antalet medarbetare inom olika specialiteter med relevant kompetens lär dock vara betydelsefullt åtminstone för den nuvarande vården. Man är enkelt uttryckt mindre känslig för sjukfrånvaro och kritiska incidenter på natten. Man skulle kunna argumentera att detta inte bör vägas in i analysen av förutsättningar att bedriva rikssjukvård, då de enheter, eller den enhet, som får tillstånd kan säkerställa god bemanning via rekrytering. Samtidigt kommer man inte runt att de som är något överbemannade idag inte behöver rekrytera lika många som de som är underbemannade eller mer adekvat bemannade idag. Detta innebär i sin tur att de överbemannade inte lär behöva lägga lika mycket kraft och resurser på att integrera nya medarbetare i det fall att de skulle tilldelas tillstånd att bedriva rikssjukvård.

Vad gäller betydelsen av forskningskompetens råder det konsensus bland de intervjuade om att denna är värdefull för vården av svåra brännskador. Samtidigt råder det delade meningar om betydelsen av en professur i just brännskadevård. Vissa påtalar att en unik professur tenderar att vara väl specialiserad och i praktiken inte omfatta alla för vård av svåra brännskador relevanta vårdprocesser. Liknande resonemang återkommer i Socialstyrelsen (2008):

”Forskningsresultat som är, och kommer att vara, av betydelse för disciplinen återfinns inom en rad olika forskningsområden. Därför är en tydlig avgränsning av det specifika forskningsområdet inte helt enkel att göra. Därtill är framsteg och utveckling inom angränsande forskningsområden av central betydelse för verksamhetsområdet när det gäller både sjukhus och forskning” (s. 27).

Andra framhåller just betydelsen av en professur i brännskadevård. Argumentet utgår från att god (klinisk) forskning mer eller mindre är liktydigt med goda vårdresultat. Man provar olika interventioner och enkom de som man kan belägga som framgångsrika är möjliga att publicera i de ledande tidskrifterna. För detta krävs systematisk dokumentation och en viss patientvolym. Betydelsen av denna struktur antyds även i Socialstyrelsen (2008):

”Det enskilt största problemet inom svår brännskadevård har påpekats vara att det saknas en struktur där man samlar kunskap om den faktiska brännskadeproblematiken och som drabbade patienter har tillgång till oavsett boendeort” (s. 33)

Denna struktur torde dock vara möjlig att bygga upp från samtliga fyra enheter och i linje med resonemanget ovan torde forskare, precis som läkare och

sjuusköterskor, vara tämligen lättflyttade. Det är ju ofta fråga om samma person (som både arbetar kliniskt och forskar).

Sammantaget är det troligt att ingen av de undersökta enheterna har medicinska resurser som är omöjliga att ersätta. Snarare blir det en fråga om att bedöma vilka resurser som är relativt mest svårflyttade eller svårersättliga. Vem kan sägas basera mycket av sina vård- och forskningsprestationer på tyst organiserad kunskap-i-handling?

Ranking

Min bedömning, baserat på vad de intervjuade sagt och det material jag fått mig till dels är att enheterna kan rankas enligt följande vad gäller tillgång på (relativt svårflyttad) medicinsk kompetens:

1. Linköping och Akademiska
3. Karolinska
4. Malmö

Ranking är baserad på följande argument:

Linköping och Akademiska har en längre erfarenhet av att bedriva rikssjukvårdslignande brännskadevård, innefattande samarbeten med en mängd lokala vårdenheter. Denna erfarenhet rymmer väl intränade samarbeten mellan en rad aktörer, som inte självklart låter sig flyttas eller lätt kopieras.

Linköping och Akademiska hävdar båda att de är ledande i svensk brännskadeforskning. Det gör varken Malmö eller Karolinska.

Enligt Vetenskapsrådet (se Socialstyrelsen, 2008) är det ”främst på universitetssjukhusen som forskningsaktiviteten är hög. Flest antal publikation har Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg, Akademiska sjukhuset i Uppsala, Uppsala universitet och Linköpings universitetssjukhus”. Denna bedömning är gjord på publikationer från 2002-2007.

Linköping och Akademiska har ett större team av erfarna och tämligen hängivna brännskadevårdsinriktade medarbetare med hög formell kompetens, vilket gör dem bättre rustade bl.a. för vård under dygnets alla timmar. Detta lär också tala för att de inte har samma rekryteringsbehov som de två övriga, om de skulle få tillstånd att bedriva rikssjukvård.

Sammantaget förefaller det som om Linköping och akademiska har en högre grad av värdefulla resurser (brett team av medarbetare med lång erfarenhet av brännskadevård, samt god forskningsintensitet) som dessutom är väl organiserade efter många års trial and error.

4. Tillgång på ledningskompetens

Uppenbart är välfungerande ledarskap centralt i en verksamhet som är beroende av multiprofessionella team och samarbete och samordning över avdelningsgränser såväl som över huvudmannaskap. Notera dock att det i rätt stor utsträckning är frågan om multipelt ledarskap, dvs. ett flertal personer som tillsammans och samordnat utgör en drivande kraft. I vissa verksamheter framstår verksamhetschefen och chefsjuksköterskan som synnerligen betydelsefulla medan i andra framstår det som om det finns drivande avdelningsläkare och professorer. I ytterligare en annan verksamhet var "drivet" än mer distribuerat.

Viktigt för god ledning är också att man har goda och stödjande ledningsstrukturer, ex. system för kvalitetsuppföljning och avtal med förbrännskadevård närstående avdelningar, så som intensivvårdsavdelningen.

Ranking

Min bedömning, baserat på vad de intervjuade sagt och det material jag fått mig till dels är att enheterna kan rankas enligt följande vad gäller tillgång på ledningskompetens:

- 1) Akademiska och Linköping
- 3) Karolinska och Malmö

Ranking är baserad på följande argument:

Malmö säger sig vara en liten avdelning som är väl samtränade, kostnadseffektiva och med 40 års erfarenhet av brännskadevård. Några av de ledande läkarna har arbetat med brännskadevård i 20 år och vana vid interdisciplinärt arbete. De ger uttryck för att drivas via ett ledarskap fördelat på flera personer, men med ett övergripande ansvar för brännskadevården förlagt hos plastikkirurgin. Efter att ha studerat ledning och ledarskap i en mängd organisationer är jag något skeptisk till (alltför) platta organisationer med hög grad av självorganisering. Möjligen är Malmö mer strukturerade och samordnade än vad de ger uttryck för, men överlag får jag intrycket att den s.k. MAS-andan innefattar en något för stor tilltro till ett paviljongsystem som ibland hämmar klinikövergripande (hierarkisk) samordning och utveckling.

Karolinska kan visa att de har en driven och prisbelönt chefsjuksköterska, samt att även andra medarbetare har tilldelats utmärkelser. Dessutom får verksamhetschefen beröm internt såväl som från intervjupersoner från andra sjukhus, och hennes ledningserfarenheter från Capio lyfts fram som betydelsefulla. Karolinska framhåller även sina olika lednings- och stödstrukturer. Inte minst tycks de vara långt framme vad gäller olika former för kvalitetssäkringsarbete, vilket även finns dokumenterat i form av externa granskningar. Backar man några år så såg situationen på avdelningen något annorlunda ut, om jag har förstått saken rätt. Detta tyder på att nuvarande ledning har stor betydelse för dagens situation och således också på att ledningen av enheten är relativt sett mer personberoende.

På Akademiska trycker man, vad gäller ledningsaspekter, på betydelsen av långsiktigt tänkande, ofta seniora chefer som kan leda multiprofessionella team på ett sådant sätt att man säkerställer att den svagaste länken håller hög nivå - att gnetta på och undvika misstag. Vidare framhåller man att verksamhetschefen är en mycket uppskattad chef, manifesterat i bl.a. goda omdömen i personalenkäter. Vidare stöds verksamheten, sedan 1995, av att ett team med representanter från olika professioner möts varje vecka.

På Akademiska lyfter man även fram sin struktur för och erfarenhet av att leda kompetensutvecklingen och understödja hemvården. Hemmasjukhusen har ofta en otillräcklig kompetens och erfarenhet av svåra brännskador och detta löses lämpligen via långsiktigt samarbete och kompetensökning. Här tycks finnas en genomtänkt tanke och organisatoriska rutiner.

I Linköping lyfter man fram att det finns en mognad i organisationen kring ledarskap och samordning. De är vana vid att hantera remmitenser och att uppnå rätt vårdnivå; en vana att samarbeta och inte bara se till sitt. Av intervjuerna att döma ger Linköping intryck av att ha en sammanhängande ledning av brännskadevården från sjukhusledning och nedåt till chefssjuksköterskan och hennes medarbetare, där relativt sett många stödjer och driver utvecklingen.

Sammantaget kan sägas att Akademiska och Linköping kombinerar ett multipelt, ledarskap med förhållandevis tydliga och inarbetade ledningsstrukturer. Detta framstår för mig som mer stabilt över tiden. Samtidigt verkar inte minst Karolinska vara under stark utveckling vad gäller ledningskompetens och ledningsstrukturer. Det finns heller inget som tyder på att den patientnära verksamheten i Malmö inte skulle vara under god ledning. Beaktar man dessutom att verksamheten i Malmö framstår som relativt mer kostnadseffektiv (R.R. Institute of Applied Economics, 2008), troligen delvis med anledning av en adekvat matchning mellan bemanning och antalet patienter, så framstår snarast ledningens förmåga som relativt bättre. Samtidigt bör man väga in andra aspekter som i vilken grad ledningen har drivit forsknings- och kvalitetsutvecklingsdelarna av verksamheten.

5. Stöd från sjukhusledningen

Utan ett uttalat och realiserat stöd från högre ort har de flesta verksamheter svårt att nå höga prestationsnivåer. Samtidigt kan inte alla verksamheter i en organisation få (samma) stöd av ledningen. Det finns med andra ord alltid en konkurrens om stöd från ledningen, som i slutändan påverkar kvaliteten i den enskilda delverksamheten. Mot den bakgrunden är stöd från (sjukhus- och landstings-) ledningen alltid en kritisk resurs. Samtidigt är den sällan varken sällsynt eller svårimiterad men möjligen i olika grad effektivt organiserad.

Ranking

Min bedömning, baserat på vad de intervjuade sagt och det material jag fått mig till dels är att enheterna kan rankas enligt följande vad gäller stöd från ledningen:

- 1) Linköping och Akademiska
- 3) Karolinska och Malmö

Det ska betonas att av intervjuerna att döma har samtliga enheter starkt stöd av ledningen. Karolinska har uttalade ambitioner om att bli ett högspecialiserat traumasjukhus, där brännskadevård är en del. Detta var representanterna från sjukhusledningen och ägarna mycket tydliga med. Malmö ser brännskadevården som en viktig del i det högspecialiserade regionsjukhuset och även här uttryckte sjukhusledningen ett starkt stöd. För Akademiska och Linköping sägs brännskadevården vara något av sjukhusens flaggskepp.

Ranking är baserad på följande argument:

Som jag bedömer det läggs relativt större vikt vid brännskadevård i Linköping och på Akademiska. Här spelar nog traditionens makt en avgörande roll, där Karolinska och Malmö har många andra framstående verksamheter som konkurrerar om ledningens stöd och uppmärksamhet.

6. Infrastrukturella förutsättningar

Det är svårt att föreställa sig en god brännskadevård utan specialanpassade lokaler och maskiner. I så motto är infrastrukturen en värdefull resurs. Samtidigt råder det olika meningar om vad som utgör de mest lämpliga och nödvändiga fysiska förutsättningarna för denna vård. Men låt oss först beakta hur stor omflyttning av patienter vi talar om, och vad detta innebär för krav på infrastrukturella förutsättningar.

Enligt Socialstyrelsen (2008) behandlas idag cirka 150 patienter per år på de fyra enheterna, varav ca hälften är svåra brännskador. Av dessa är bara en mindre del intensivvårdskrävande, ca 30-40 per år (se Socialstyrelsen, 2008: 44). Införandet av rikssjukvård förväntas innebära en stegvis upptrappning mot 100-150 svåra brännskador per år för de två som tilldelas tillstånd. Givet att dessa i dagsläget är jämt fördelade skulle det innebära att de två enheter som tilldelas tillstånd att bedriva rikssjukvård gradvis behöver växa från att behandla 25-35 till 50-75 svåra brännskador per år. Hur många vårdplatser kräver detta och vem har i detta avseende de bästa organisatoriska förutsättningarna?

Enligt en av de intervjuade bedömer man i Tyskland att man behöver 1 plats på en miljon invånare. Överfört på Sverige behövs det 9 platser i landet, men att det i realiteten kommer att bli två enheter med kanske 6-7 platser vardera (motsvarande 1,5 plats per miljon). Detta anses mer än tillräckligt.

En annan av de intervjuade gav uttryck för att en svårt brännskadad patient i snitt ligger inne i 4 veckor, samt att 90 % av alla patienter behandlas inom ramen för 2-8 veckor. I snitt behöver man således ca 4 platser för att behandla 52 patienter per år ($52/4 \times 4 = 52$) och 6 platser för att behandla 72 patienter.

Med andra ord tycks kapacitetskravet, om det blir två sjukhus som får tillstånd att bedriva rikssjukvård, vara kring 6-7 vårdplatser. Det är mot denna bakgrund man

kanske ska förstå samtliga enheters tydliga uttryck för att de anser sig ha lokalmässiga förutsättningar för att bedriva rikssjukvård. De flesta gör helt enkelt bedömningen att expansionen inte blir så kraftig för de enheter som tilldelas tillstånd. Här är ett exempel:

”Jag tror inte att det blir så väldigt många fler (patienter)... Jag tror inte att det blir en fördubbling av verksamheten... Den stora förändringen blir att det blir många fler operationer... och att man behöver fler personer för att ta hand om de som behöver intensivvård”.

Samtidigt lyfter Malmö fram att den nyligen tagna definitionen kommer att innebära ”substantiella flöden”. Man frågar sig också vad som händer om man får en större olycka med 50 svårt brännskadade samtidigt?

Hur ser de faktiska fysiska förutsättningarna då ut på respektive enhet?

I *Linköping* finns 6 möblerade intensivvårdsplatser och ett tvåbäddsrum. Dessa är byggda på 70-talet och uppdaterade 1991 och håller internationell standard. Enligt dem själva saknar de inget i lokalerna. De är byggda, och optimerade, specifikt för brännskadevård med t.ex. operations-, bad- och slussmöjligheter i varje patientsal. Därigenom undviker man transporter av svårt sjuka patienter mellan operation/bad och avdelning samt minskar smittspridning och kontaminering. Logistiken finns beskriven i en översiktpublicering i specialtidningen Burns år 2000. Anhörrhotell finns i anslutning till vårdavdelningen. I en katastrofsituation, menar de, kan avdelningen med dess speciella uppbyggnad dubblera den fysiska patientkapaciteten. De framhåller att en expansion är möjlig inom ramen för befintliga lokaler och att de inte behöver någon omställningstid för att bedriva behandling av svåra brännskador som rikssjukvård. Vidare anser de att sjukhuset är vant vid att vara litet och flexibelt, vilket de menar är att betrakta som en fördel i detta sammanhang.

Karolinska huserar i ett hus byggt 2004 med tre intensivvårdsplatser och ytterligare två till tre platser för lite mindre svårt skadade patienter. Vid behov kan man uppbåda sju intensivvårdsplatser. Vidare framhåller man att lokalerna fungerar väldigt väl, att de har egna operationssalar som gör att de kan operera när de vill och att maskinerna är av det senaste slaget. I likhet med Linköping behöver man i princip ingen omställningstid för att bedriva svåra brännskador som rikssjukvård. Det framförs även att man har resurser som inte finns på andra ställen såsom tillgång till barnintensivvård, ECMO (hjärtlugmaskin) och tryckkammare.

På *Akademiska* beskrivs nuvarande lokaler som gamla, för små och inte anpassade för ett bra flöde. Nya lokaler är på plats före 2010 som de menar blir Europas modernaste lokaler för brännskadevård. De kommer att inrymma 5 rum för svåra brännskador och ytterligare fyra för intermediärvård. De nya lokalerna har goda möjligheter att isoleras både helt och delvis. En annan uppgift gör gällande att det rör sig om 7 isoleringsrum med 9 platser på BRIVA, 4 isoleringsrum med 4 platser på CIVA, samt 1 isoleringsrum med 1 plats på NIVA.

I *Malmö* lyfter man fram att man har moderna och ändamålsenliga lokaler där den kommande nybyggnationen med kombinationen mellan akutintag, infektionsklinik och intensivvård av högsta klass tillför ett mervärde. 2005

invigdes dessutom vad som sägs vara norra Europas bästa operationsavdelning. Vidare bedömer man att prolyma-processen medger ökade möjligheter att omhänderta multitrauma-fall där brännskada är en komponent. I likhet med övriga anser man inte att maskinerna är kritiska för denna utredning.

Ranking

Min bedömning, baserat på vad de intervjuade sagt och det material jag fått mig till dels är att enheterna kan rankas enligt följande vad gäller infrastrukturella förutsättningar:

1. Karolinska
2. Uppsala
3. Malmö
4. Linköping

Rankingen är i huvudsak baserad på nuvarande situation, där Karolinska sticker ut med sina nya lokaler. De långtskridna planerna på nybyggnation i Uppsala och Malmö gör att dessa rankas före Linköping. Vad som gör att Uppsala rankas före Malmö är att det, enligt en av de intervjuade, finns forskning som stödjer att det är fördelaktigt att ha hela brännskadeverksamheten samlad under ett tak.

Samtidigt framhåller flera att lokalerna inte är det centrala och att ”alla fyra enheterna är långt över vad som krävs”. Vidare kan jag, vad gäller särskiljande kritisk utrustning, konstatera att Karolinska lyfter fram ECMO och tryckkammare medan Linköping nämner en verksamhet för tissue engineering och leveransgaranti av blodprodukter från sjukhusets blodcentral. På samma sätt talar Akademiska om närheten till och erfarenheten av helikopterservice och Karolinska om närheten till Astrid Lindgrens barnsjukhus.

Sammantaget framstår dock varken lokalerna eller utrustningen som kritiska resurser. Flertalet av de intervjuade anser enkelt uttryckt inte att de infrastrukturella förutsättningarna ska vara utslagsgivande.

7. Diskussion

Vem har då sammantaget de bästa organisatoriska förutsättningarna för att bedriva vård av svåra brännskador? I samband med att intervjuerna genomfördes uttryckte Karolinska, Akademiska och Linköping samtliga ett stort intresse för att få tillstånd att bedriva vård av svåra brännskador. Malmö ville vänta med att ta ställning i frågan och såg det som viktigare att inledningsvis se till att gränsdragningen skulle bli bra. Denna hållning säger troligen något om deras självbild, nämligen att de inte själva såg sig som lika konkurrenskraftiga som övriga.

Det var uppenbart att Karolinska och Uppsala talade om sig själv i relation till den andre. Många gånger fanns varken Malmö eller Linköping med i diskussionen. Detta tolkar jag som en indikation på vem man såg som sin huvudkonkurrent om tillstånden. Att inte Linköping nämns i sammanhanget tolkar jag på samma sätt

som att de i respondenternas tankevärd (och i enlighet med de dominerande berättelser som florerar) har setts som mycket konkurrenskraftiga.

Ett annat återkommande tema i intervjuerna var att det i princip stod två alternativ mot varandra. Antingen lägger man störst vikt vid närheten till stora befolkningsunderlag (Karolinska och Malmö) och rätt vård på rätt nivå (Malmö) eller så lägger man störst vikt vid kärnkompetens och gedigna erfarenheter av rikssjukvårdslignande brännskadevård, dvs. av att ha vårdat svårt brännskadade patienter från ett geografiskt stort upptagningsområde (Akademiska och Linköping).

Utan tvekan är närheten till sjukhuset, för de 2 miljoner invånare som bor i Stockholm, en svårersätlig konkurrensfördel för Karolinska. Samma argument kan tillskrivas Malmö med ett upptagningsområde på 1,7 miljoner invånare. Eldsjälar har enkelt uttryckt byggt upp svensk brännskadevård på fel ställe, har jag fått höra. Notera också att argumentet att lägga stor vikt vid närheten till stora befolkningsunderlag inte motsäger en utveckling, på lite längre sikt, av excellenscentra, i Malmö och på Karolinska. Samtidigt är kanske denna närhet inte den mest avgörande faktorn för patientens upplevda vårdvärde. Vården under det första dygnet är inte direkt avgörande, har jag fått mig tilldels. Patienten ska åka till närmaste sjukhus för att sedan komma till en brännskadeenhet inom ett dygn. Det är snarare i eftervården som närheten skulle kunna vara en konkurrensfördel ur ett patientperspektiv. Detta är i för sig troligen ett viktigt argument, sett ur ett patientperspektiv.

Samtidigt rör det sig enligt Socialstyrelsen (2008) om ca 50-75 patienter som ska omfördelas årligen. Vissa av de intervjuade beskriver detta som en tämligen liten expansion medan andra beskriver detta i termer av ”substansiella flöden”. Jag har dock svårt att se att detta, i för sig för den enskilda patienten och anhöriga säkerligen betydande och besvärande avstånd från hemmet till vårdinrättning, kan uppväga ovan nämnda argument för Akademiska och Linköping. Det hade varit en annan sak om det hade rört sig om en s.k. folksjukdom. Å andra sidan finns det en punkt där ambitionen med rikssjukvård inte längre går hand i hand med ambitionen om vård på rätt nivå.

Vad gäller det andra alternativet, dvs. det som talar för Akademiska och Linköping, handlar det om en sammanvägning av medicinsk kompetens, ledningskompetens, stöd från ledningen och verksamhetsanpassade lokaler och utrustning. Det handlar om en organiserad kompetens som kanske bäst sammanfattas i begreppet total care. Detta förutsätter i mångt och mycket en god ledningskompetens, förstått som förståelse för att man som chef har ett avgörande ansvar för att utveckla goda relationer och samarbeten inom organisationen såväl som med andra avdelningar för att skapa förutsättningar för att den egna verksamheten ska kunna utvecklas.

Beaktar man dessutom att SBU bedömer att det finns ”otillräckligt vetenskapligt underlag” för att påstå att en större volym leder till en bättre vård, samt att Vetenskapsrådet anser att ”centraliseringen av behandlingen av svåra brännskador enbart vore av godo för forskningens förutsättningar” (Socialstyrelsen, 2008: 27), torde centraliseringen i första hand baseras på samordningsvinster inom

forskningsverksamheten. Här är, att döma av det kompletterande material jag fått mig till dels, Linköping och Akademiska starkast.

8. Rekommendationer

Samtliga fyra enheter framstår som lämpliga tillståndsmottagare. Min sammantagna bedömning är dock att Linköping och Akademiska har de bästa organisatoriska förutsättningarna att bedriva vård av svåra brännskador. Enligt min bedömning har de större grad av bestående kärnkompetens. De har, lite enklare uttryckt, mest och längst erfarenhet av att hantera hela vårdkedjan, inklusive samarbete med geografiskt utspridda lokala vårdgivare, såväl som en välintegrerad brännskadefokuserad forskningsverksamhet. Att flytta eller kopiera denna helhet är inte lätt eftersom den innefattar organiserad kunskap i handling.

Oberoende av vem som får tillståndet kvarstår dock ett antal utmaningar. En sådan är risken för att kompetensen utarmas för de verksamheter som inte får tillstånd att bedriva rikssjukvård. Kort uttryckt: får man inte hantera de svårare fallen finns det risk för att man på sikt inte kan utföra de lite mindre komplicerade fallen med samma kvalitet. Här behövs troligen någon form av kunskaps- och erfarenhetsutbyte i dialog. Samtidigt lär denna utmaning redan vara ett faktum för många mindre sjukhus i landet.

En annan utmaning är att integrera de övriga sjukhusen i forskningsarbetet och säkerställa att de får del av forskningsresultat. Återigen handlar det om ett ökat samarbete mellan sjukhus.

Vidare kan det vara värt att fundera över om man ska låta samtliga vid de två enheter som tilldelas tillstånd söka om sina tjänster och att tjänsterna således utlyses och konkurrensutsetts. Mot detta talar den tid och de resurser som kommer att krävas, samt att den organiserade tysta kompetensen ofta marginaliseras i meritokratiska tillsättningsprocedurer.

En annan utmaning är att två centra i Sverige på sikt även det lär bli för mycket. Det finns med andra ord anledning att snarast förbereda för ett centra, kompletterat av en nordisk eller europeisk lösning.

Den största utmaningen på kort sikt är att få omfördelningen att fungera i praktiken. Hur ser det resurstilldelningssystem ut som stödjer en implementering av behandling av svåra brännskador som rikssjukvård?

Avslutningsvis, hur säkerställer man att rikssjukvård går hand i hand med vård på rätt nivå, dvs. att den enskilde patienten inte (i alltför stor utsträckning) får stå tillbaka för forskningsambitioner som först på lite längre sikt genererar bättre vårdresultat?

Referenser

Barney, J. B. (1991) Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17 (1) 99-120.

Barney, J. B. (2001) Resource-based theories of competitive advantage: A ten-year retrospective on the resource-based view. *Journal of Management*, 27: 643-650.

Barney, J. B. & Hesterly, W. S. (2006) *Strategic Management and Competitive Advantage*. Upper Saddle River, N J: Pearson Prentice Hall.

Bengtsson, L. & Skärvad, P-H. (2001) *Företagsstrategiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Blackler, F. (1995) Knowledge, knowledge work and organizations: An overview and interpretation. *Organization Studies*, 16(6): 1021-1046.

Cook, S. D. N. & Brown, J. S. (1999) Bridging epistemologies: The generative dance between organizational knowledge and organizational knowing. *Organization Science*, 10(4): 381-400.

Polanyi, M. (1966) *The tacit dimension*. Clouceter, Mass: Peter Smith.

R.R. Institute of Applied Economics (2008) *Kostnadseffektivitet i vården av svåra brännskador, utkast 2008-11-12*.

Socialstyrelsen (2008) *Behandling av svåra brännskador som rikssjukvård: Underlag till Rikssjukvårdsnämndens möte den 24 september 2008 (2008-130-9)*.

Bilaga A: Respektive enhets främsta argument

Nedan följer en sammanställning av respektive enhets främsta argument för varför de bör tilldelas tillstånd att bedriva behandling av svåra brännskador som rikssjukvård. Listan är så att säga en sammanställning av deras egna ord. Notera dock att Malmö's argument baseras på att man föredrar högspecialiserad regionvård.

Karolinska Universitetssjukhuset

1. Växande närområde med 2 miljoner invånare. Hög andel invånare med utländsk bakgrund och flest antal brännskadepatienter.
2. Tillgång till högspecialiserad brännskadevård, barnintensivvård och barnkirurgi, ECMO (hjärt-lungmaskin) och tryckkammare finns bara på Karolinska - och är nödvändigt för de svårast skadade
3. Mer än 50 års erfarenhet av brännskadevård.
4. Europas modernaste brännskadeavdelning, byggd 2004 med utmärkta isoleringsmöjligheter, operationssal inom enheten.
5. Verksamheten har bra struktur (såsom anestesiavtalet), är patientsäkrad och externt kvalitetsgranskad 2007, och håller mycket god kvalitet.
6. Hög formell och reell kompetens för brännskade- och intensivvård, t.ex. har samtliga sjuksköterskor specialistexamen i intensivvård/anestesi.
7. Unikt kvalitetsregister för samtliga brännskadepatienter sedan 1993 som används fortlöpande för forskning och kvalitetsgranskning.
8. För samverkan mellan olika discipliner/avdelningar ställs det höga krav på effektivt ledarskap. Några av de verksamhetsnära cheferna har vunnit utmärkelser för sitt goda ledarskap.
9. Sjukvården håller på att ställa om mot ökad konkurrens och ökade krav på professionell styrning. Verksamhetschefens erfarenhet från Capio kan i detta sammanhang ses som en styrka.
10. Karolinska kan vara "up and running" inom sex månader vid beslut om rikssjukvård.

Akademiska sjukhuset

1. Akademiska har bedrivit klanderfri rikssjukvård i 50 år.
2. Akademiska säkerställer en vård på lika villkor för hela befolkningen. Med egna IVA-transportresurser med helikopter och flygplan kan man ta totalt vårdansvar från akutmottagningen långt från storstaden till dess patienten återgår till eget landsting.
3. På Akademiska finns senast 2010 norra Europas modernaste lokaler för brännskadevård, precis under helikopterplattan.
4. Lång erfarenhet av vårdssamverkan med andra landsting/sjukhus. Akademiska säljer mest tjänster till andra sjukhus; en tredjedel av omsättningen är såld vård.
5. Specialutbildad vårdpersonal; från specialistläkare till usk; de flesta med erfarenhet av brännskadevård mer än ett decennium. Sveriges högsta garanterade kompetens nattetid och helger.
6. Stor erfarenhet av patientomhändertagandet från olycksfallsplats till rehabilitering. Det innefattar även att säkerställa informationsflöde och skapa trygghet för hela vårdkedjan.
7. Stabil multiprofessionell vårdstruktur och en stark tvärvetenskaplig klinisknära forskningstradition med hög publiceringstakt. Stöd bl.a. från VR. Sex avhandlingar sedan 2003; från hud till rehab, från kirurg och IVA-ssk till psykolog och psykiater. Forskningsresultaten implementeras direkt i vården.
8. Brett nationellt och internationellt kontaktnät för bl.a. utbildning och forskning.
9. Akademiska medverkar i världens största internationella kvalitetsregister för brännskador.
10. Mycket stort stöd från sjukhusledningen. Verksamheten gynnas av sjukhusets uttalade strävan att vara fritt från sjukhusinfektioner.

Universitetssjukhuset i Linköping

1. Lång och omfattande erfarenhet bland samtliga yrkeskategorier i teamet, drivande i utvecklingen av svensk brännskadevård.
2. Linköpings brännskadeenhet har mest erfarenhet i Sverige, och resultat i internationell toppklass, av de allra svåraste brännskadorna, såväl kliniskt som forskningsmässigt.

3. Adekvata lokaler med logistiskt inarbetade, och väl fungerande, rutiner och flöden.
4. Kompletta traumaskjukhus med motsvarande kringresurser (utom transplantation av inre organ). Huvuddelen av klinikens kirurger är minst dubbelspecialister i både Plastik- och Handkirurgi. Sköterskor och paramedicinare har sammantaget lång tjänstgöringstid på enheten och samtliga är vana att handlägga såväl Hand-, Plastik- som Brännskade-traumata.
5. Korta vårdtider och hög kostnadseffektivitet, vilket finns verifierat, och internationellt dokumenterat, i specialtidsskriften Burns.
6. Mycket gott, och av regionen uppskattat, samarbete med vårdgivare i Sydöstra sjukvårdsregionen, säkerställt genom sjösättning och underhållande av ett generellt försäkringssystem för brännskadevården i regionen.
7. Stort stöd från landstingsledningen, vilket bl.a. visar sig i att Landstinget har avsatt speciella medel för en professur i ämnet sedan år 2000.
8. Linköping är beläget mellan 2 flygplatser samt har egen helikopterplatta för transporter liksom kort avstånd mellan sjukhus och motorväg.
9. En uthållig kompetensstruktur med jämn åldersfördelning bland såväl läkare som övriga medarbetare på kliniken borgar för uthållig organisation över tid.
10. Goda erfarenheter av förbättringsarbete i vården. Landstinget och klinikledningen har organiserat såväl systematisk och fungerande avvikelshantering, som byggt upp kunskap och rutiner för kontinuerligt lärande och systematiskt förbättringsarbete.

Universitetssjukhuset MAS

1. Ur patientsynpunkt är det att föredra att få vård nära hemmet inom ramen för rätt vård på rätt nivå. UMAS kan erbjuda en högspecialiserad regional vård.
2. Det finns kompetens, kapacitet och lång erfarenhet.
3. Brännskadevård kännetecknas i stor utsträckning av att hantera välkända tekniker utan att göra misstag. Detta kan UMAS.
4. UMAS har en flexibel och kostnadseffektiv organisation av verksamheten. En optimal organisationsstorlek i ett internationellt nätverk.
5. PROLUMA-processen medger ökade möjligheter till att omhänderta multitraumafall där brännskada är en komponent.

6. UMAS bygger världens modernaste infektionsklinik (klart 2011) som kommer att inrymma 50 enkelrum. Dessutom finns redan ett nytt hus med operationssalar som håller högsta kvalitet.
7. Eventuell transport av patienter från Malmö leder till relativt större kostnadsökningar än kostnadsbesparingar på samhällsnivå.
8. Region Syd består av 1,7 miljoner människor och växer förhållandevis kraftigt. Dessutom har regionen en relativt hög andel invånare med utländsk bakgrund.
9. UMAS har en erkänt framstående handkirurgi
10. Det finns ett gott samspel och korsbefruktning mellan ett antal enheter

Bilaga B: Intervjupersoner

Karolinska Universitetssjukhuset

Viveca Björnhagen, sektionsansvarig läkare, Brännskadesektionen
Oili Tengvall, chefssjuksköterska Brännskadeavdelningen
Marie Wickman, verksamhetschef
Per Gillström, bitr. sjukhusdirektör
Björn Nyberg, divisionschef, MK1-divisionen
Peter Rönnefalk, ägaransvarig, SLL.

Akademiska sjukhuset

Morten Kildal, verksamhetschef på plastikkirurgen
Bengt Gerdin, professor brännskadeverksamheten
Brita Winsa, divisionschef (neurodivisionen)
Sonja Ekström Boström, lokalplaneringschef
Marie Beckman Suurkula, sjukhusdirektör
Margareta Tufvesson, ekonomidirektör

Universitetssjukhuset i Linköping

Tommy Skau, Vårddirektör (Östgötalandstinget och Regionnivån)
Fredrik Huss, avdelningsläkare och samordnare av brännskadevården
Klas-Olav Skoog, Centrumchef, Rekonstruktionscentrum i vilket BRIVA ingår
Eva Ljunggren, vårdenhetschef BRIVA
Peter Blomberg, ekonomichef Rekonstruktionscentrum
Folke Sjöberg, professor och ansvarig för BRIVA.

Universitetssjukhuset MAS

Torsten Holmdahl, Verksamhetschef Infektionskliniken
Sven Haidl, Överläkare Infektionskliniken
Henry Svensson, Verksamhetschef Plastikkirurgiska
Tor Svensjö, Överläkare Plastikkirurgiska
Thomas Ekström, Planeringschef
Ann-Sofi Bennheden, Sjukhuschef