

TEMA LEDARSKAP

Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 20.500 SjukhusSpecialister • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARNA • NR 6/2019

TINA CRAFOORD:

**"Att dansa
balett påminner
mycket om
läkarrollen
– I den går det
inte heller
att tappa fokus"**

> "Att bli verksamhetschef
var som att kliva in i en snöstorm"

> Forskare: Detta gör en ledare bra
> Hälso- och sjukvårdsdirektören som kom
utifrån och fick lämna efter bara åtta månader
> Så arbetar Läkarförbundet
för att läkare ska kunna bli chefer

SIDORNA 6-23

Xarelto® för dina förmaksflimmerpatienter med diabetes



Mer än 70 % av diabetespatienterna avlider på grund av en kardiovaskulär händelse, inklusive stroke¹

”Jag visste inte att diabetes och mitt förmaksflimmer kunde orsaka stroke och dessutom skada mina njurar!”

Referenser: 1. Laakso M. Cardiovascular disease in type 2 diabetes from population to man to mechanisms. *Diabetes Care* 2010;33(2):442-9.

Xarelto (rivaroxaban), antitrombotiskt medel, R (B01 AF01). Tabletter 15 mg, 20 mg, 10 mg (F). **Indikation:** Behandling av djup ventrombos (DVT) och behandling av lungemboli (LE), och förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna. **Dosering:** rekommenderad dos för initial behandling av akut DVT eller LE är 15 mg två gånger dagligen under de första tre veckorna, följt av 20 mg en gång dagligen för fortsatt behandling och förebyggande av återkommande DVT och LE. Patienter med måttligt (kreatininclearance 30–49 ml/min) eller svårt (kreatininclearance 15–29 ml/min) nedsatt njurfunktion ska behandlas med 15 mg två gånger dagligen under de första tre veckorna. Därefter är den rekommenderade dosen 20 mg en gång dagligen. En sänkning av dosen från 20 mg en gång dagligen till 15 mg en gång dagligen bör övervägas om patientens risk för blödning bedöms överstiga risken för återkommande DVT och LE. När förlängd profylax av återkommande DVT och LE är indicerat (efter att minst 6 månaders behandling av DVT eller LE har avslutats) är rekommenderad dos 10 mg en gång dagligen. Hos patienter som anses ha hög risk för DVT eller LE, såsom dem med komplicerade komorbiditeter, eller som har utvecklat återkommande DVT eller LE på förlängd profylax med Xarelto 10 mg en gång dagligen, ska Xarelto 20 mg en gång dagligen övervägas. **Kontraindikationer:** Aktiv,

kliniskt signifikant blödning. Organskada eller tillstånd, som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Samtidig behandling med andra antikoagulantia, förutom vid byte av behandling till eller från rivaroxaban eller när UFH ges i doser som krävs för att hålla en central ven- eller artärkateter öppen. Leversjukdom förknippade med koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk inklusive cirrotiska patienter med Child Pugh B och C. Graviditet och amning. **Varningar och försiktighet:** Xarelto ska användas med försiktighet hos patienter med kreatininclearance 15–29 ml/min. Användning av Xarelto hos patienter med kreatininclearance < 15 ml/min rekommenderas inte. Om blödning inte kan kontrolleras kan tillförsel av ett specifikt prokoagulantivt medel övervägas, såsom protrombinkomplekxkoncentrat (PCC), aktiverat protrombinkomplekxkoncentrat (APCC) eller rekombinant faktor VIIa (r-FVIIa). För patienter med tidigare trombos och antifosfolipid-syndrom rekommenderas inte Xarelto. Datum för senaste översynen av produktresumén juli 2019. Bayer AB, Box 606, 169 26 Solna. Tel. 08-580 223 00. För ytterligare information samt priser se www.fass.se. Före förskrivning vänligen läs produktresumén på www.fass.se.

✓ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning till Läkemedelsverket.

Xarelto®
rivaroxaban

LEDARE

Sjukhusläkaren 6/2019

Läkares lojalitet och ansvarskänsla utnyttjas av ledningen

Sjukhusläkaren skrev om läkares arbetstider i förra numret. Läkarförbundets lokalföreningar hade svarat i intervjuer och i enkätsvar om det omfattande obetalda arbete som dagligen görs av landets läkare. Faktisk arbetstid registreras inte. Flextid missbrukas grovt och övertid ersätts inte enligt avtal.

Enligt regionernas statistik arbetar över 1200 läkare mer än 200 timmars övertid förra året men detta är bara den synliga toppen av ett gigantiskt oregistrerat tidsberg.

I lokalföreningarna är man medveten om det stora mörkertalet och det beskrivs som ”folk bara jobbar och jobbar, flextiden är ett svart hål, det är under all kritik att arbetsgivaren har ett system som inte kan registrera arbetstid på rätt sätt, varje medlem ger minst fem timmar i veckan, kollegor flexar ut vid normaltidens slut men sitter kvar efter för att inte synliggöra timmarna, rutan där övertidsersättning skrivs bort är förikryssad i anställningsavtalet, stort problem med dold övertid i flexidsberg” för att ge några exempel.

Det är lag på att arbetstid ska registreras men det görs alltså inte och ersätts följaktligen inte heller. Många registrerar visserligen tid i flextidsystem men många timmar av dessa brinner inne, dvs nollas utan ersättning vid varje avstämningsperiod.

Avtalen säger ofta att man ska ta ut sin flex och övertid ”då verksamheten så tillåter”. Något som sällan eller aldrig händer. Dessutom ska annan ledighet tas ut först som jourkomp och då finns det inte heller utrymme i verksamheten innan flexen nollas. Övertidsarbete ska vara beordrat antingen innan eller i efterhand för att ersättas, men även vid tvingande övertid dvs arbete som måste avslutas innan man går hem så

uppmannas många att istället, felaktigt, flexa ut.

Sjukhusläkarna fick i år igenom en motion i Läkarförbundet om att nödvändigt patientarbete, som inte kan vänta, skall ersättas som beordrad övertid. Det gäller exempelvis då man opererar eller har mottagning som måste avslutas eller annat patientarbete som helt enkelt inte kan vänta till nästa dag.

Det var flera motioner från många delföreningar om nonchalansen med ersättning för övertid, oregistrerade arbetstider och regelverk som inte följs.

Läkare har i första hand patienterna som uppdragsgivare. Man lämnar inte över en operation till någon annan eller går hem från en mottagning innan man har tagit emot alla inbokade patienter. Man slutför också de uppgifter som måste göras för att patientens vård ska bli rätt innan man går hem för dagen.

Många läkare berättar att de kommer tidigare på morgonen – obetalt förstås – för att hinna läsa på om de patienter som ska komma på mottagningen, eller i övrigt vad som ska ske under dagen. Denna lojalitet och ansvarskänsla utnyttjas av ledningen. Läkare slår knut på sig för att för att få patientvården att bli så bra som möjligt och detta med den egna hälsan som insats.

Det blir också förstås en större press på yngre läkare som ännu inte fått fast tjänst och som därför är mindre benägna att protestera utan biter ihop och jobbar på. Ännu värre kommer det bli med hoten om varsel som nu väntar för hela läkarkollektivet. Intressant är att det stora företaget Essity, tidigare SCA, i höstas beställde en undersökning av Yougov bland 1000 arbetstagare i Sverige där man visade att mer än varannan svensk arbetar mycket övertid och med ännu högre andel i yngre

åldersgrupper. Essitys något överraskande pressmeddelande, i alla fall för mig som offentliganställd, gick ut på att det var positivt att de yngre var bäst på att ta ut kompensation i tid eller pengar och att man uppmuntrar arbetsgivare och alla arbetstagare att ta tag i övertidsproblemen och hur man kan skapa en bättre balans mellan arbete och fritid eftersom en för hög arbetsbelastning under lång tid är en hälsorisk.

Tänk om regionerna kunde göra något liknande.

Vi inleder gärna en dialog om arbetsinnehåll, flextid, övertid och bemanning så vi får ordning på kombinationen arbetsliv-privatliv.

Så för att börja med att få ordning på arbetstiden

- Registrera all arbetstid.
- Flextid får inte nollas utan ska ersättas i tid eller pengar.
- Följ regelverket – det är skillnad på flextid respektive övertid.
- Arbete som för patientsäkerheten måste utföras samma dag men efter ordinarie arbetstid skall ersättas som beordrad övertid.
- Fler kombinationer av komp/flex/övertid ska tillåtas för att underlätta.
- Chefer som har medarbetare som kommer upp i flextak måste redovisa åtgärder.



KARIN BÅTELSON
ordförande
i Sjukhusläkarna

Redaktionen:

▼ Christer Bark, chefredaktör,
redigerare, reporter.
christer.bark@sjukhuslakaren.se

▼ Anna Sofia Dahl,
redaktionschef, reporter.
annasofia.dahl@sjukhuslakaren.se

▼ Adam Öhman,
reporter.
adam.ohman@sjukhuslakaren.se

Annonser:

Bengtsson & Sundström Media.
sjukhuslakaren@bs-media.se
08-10 39 20

Kostnader, utgifter och priser – är det någon skillnad på dem?

Regionerna går back och SKL har tryckt på larmknappen. De säger att det beror på "att vi blir allt äldre". Det är förvisso sant, men troligen inte den viktigaste orsaken till mångmiljonbesparingarna som nu annonseras. Faktum är nog att på många områden har kostnaderna för att leverera vård sjunkit. Debatten bygger delvis på begreppsförvirring, som här ska redas ut.

Men först lite nationalekonomisk mikroteori 101. För ekonomer betyder kostnader något väldigt speciellt, nämligen resurser av många olika slag. Dessa kan mätas i priser givet att ett antal mycket speciella villkor har uppfyllts "på marknaden". Det har bland annat att göra med antalet köpare och säljare, frånvaron av tvång och, inte minst, god information om varan eller tjänsten som handlas.

Det kräver inte mycket funderande för att inse att på många marknader för hälso- och sjukvård så är de här villkoren långt ifrån uppfyllda. Mycket kan hända på sådana "misslyckade" marknader, men det viktiga är just att priset inte längre speglar kostnaderna för att producera varan eller tjänsten.

Om vad som händer när hälso-marknader misslyckas har det skrivits många och långa textböcker. De bygger ofta på mer eller mindre spekulativa studier om vad som påverkar kostnaderna inom hälsovården. Hur stor del av kostnadsökningarna som till exempel den teknologiska utvecklingen egentligen står för är fortfarande okänt. Mer säkert är att vissa kostnader nog har sjunkit, nämligen de s.k. "stycke-kostnaderna". Det är med all sannolikhet

mindre dyrt att idag leverera en enhet vård än det var när seklet var ungt. Det gäller nog många typer av vård, även specialistvård, men tydligast är det i delar av öppenvården där allt mer idag, åtminstone potentiellt, kan levereras på ett mycket billigare sätt än för bara kort tid sedan, inte minst med hjälp av väl använd digital teknik.

Men om pris- och kostnadsökningar inte kan förklara budgetunderskotten, vad är det då som hela tiden ökar? Det som onekligen stiger och det som SKL egentligen borde tala om är utgifter.

Att dessa ökar beror på flera faktorer, både på efterfrågesidan (ökade behov, förväntningar och krav) och utbudssidan (ny teknik, individanpassning av terapier, dåliga lednings- och styrsystem). Men om det finns en sak som driver utgiftsökningarna inom hälso- och sjukvården så är det ineffektivitet.

Jag drar mig inte för att kalla hälso- och sjukvården den mest ineffektiva sektorn av alla.

Det finns två typer av effektivitet: teknisk och allokerings effektivitet. Den första handlar om hur saker görs och här finns nog, ska vi säga, visst utrymme för ökad effektivisering.

Den andra handlar om vad som görs inom vården och här finns, milt uttryckt, stor förbättringspotential. Modern vård allokerar alldeles för mycket resurser till sjukvård i förhållande till folkhälsa, dvs. förebygga ohälsa och främja hälsa. Och det finns tyvärr mycket lite som talar för att det här mönstret kommer att förändras i framtiden, tvärtom. Istället panik-

besparas det i kommuner och regioner och inga av de här neddragningarna kommer att leda till ökade folkhälsoinsatser.

Så, hur skulle då svensk vård kunna öka allokerings effektiviteten?

Ett sätt är att sluta finansiera behandlingar som det inte finns god evidens för. Många hundra miljoner per år skulle kunna besparas på så sätt.

Ett annat är att byta ut byråkrater mot folk som faktiskt kan läka och sköta sjuka människor.

Men de riktigt stora effekterna kommer man inte att få förrän mer resurser allokeras till effektiva folkhälsoinsatser, inte minst sådana som riktar sig till barn och unga. Det är också en central rättvisefråga.

Spelar det då någon roll om det är priserna, kostnaderna eller utgifterna som ökar? Ja, det gör det! Inte för att rätt ska vara rätt, utan för att om man vill komma åt ett problem så är det bra om man vet vad man faktiskt talar om. Det gäller också inom hälso- och sjukvården.



BJÖRN EKMAN, HÄLSOEKONOM

NYHET!

Det första godkända kombinationsläkemedlet med paracetamol och ibuprofen i Norden

Dolerin® 500 mg/150 mg för akut smärtlindring

Receptbelagt



Snabbare och överlägsen smärtlindring^{1,2}

En kontrollerad studie visar att Dolerin® ger en snabbare och överlägsen smärtlindring jämfört med motsvarande dagliga dos av paracetamol eller ibuprofen*.

*Vs. paracetamol: i viloläge, p<0,007, vid aktivitet, p<0,006. Vs. ibuprofen: i viloläge, p<0,003, vid aktivitet, p<0,007.



Ett icke opioidbaserat alternativ

När inte tillräcklig smärtlindring av paracetamol eller ett NSAID har uppnåtts är vanligtvis nästa steg i behandlingstrappan svaga opioider.³ Med Dolerin® kan patienter i lämpliga fall, före insättande av opioidbaserade läkemedel, erbjudas ett receptbelagt och icke opioidbaserat alternativ.



Förenklat doseringsschema som medger maximal dygnsdos 4000 mg/1200 mg*

Vanlig dos av Dolerin® är 1–2 tabletter var 6:e timme vid behov, vilket ger en maximal dygnsdos av paracetamol och ibuprofen på 4000 mg respektive 1200 mg.

*Vs. om patienten kombinerar de ingående aktiva substanserna var för sig.



1. Dolerin® Produktresumé. 2. Merry et al British Journal of Anaesthesia 104 (1): 80–8 (2010). 3. Läkemedelsboken, Smärta och smärtbehandling, augusti 2015

Dolerin® filmdragerad tablett innehåller 500 mg paracetamol och 150 mg ibuprofen. Rx, EF, ATC-kod N02BE51. Vanlig dos av Dolerin är 1–2 tabletter var 6:e timme vid behov, vilket ger en maximal dygnsdos av paracetamol och ibuprofen på 4000 mg respektive 1200 mg. **Indikation:** Dolerin är indicerat för tillfällig lindring av akut smärta förknippad med: huvudvärk (ej migrän), ryggvärk, tandvärk, muskelvärk och halsont. Dolerin är indicerat för feber. Rekommenderas inte till barn under 18 år. Patienten bör kontakta läkare om symptomen kvarstår i mer än 3 dagar eller förvärras, eller om produkten krävs i mer än 3 dagar. **Varningar och försiktighet:** Biverkningar kan eventuellt minimeras genom att använda den lägsta effektiva dosen under kortast möjliga tid, som krävs för att kontrollera symtomen. Dolerin ska inte användas tillsammans med andra NSAID preparat pga. ökad risk för allvarliga gastrointestinala blödningar. Dolerin ska inte användas tillsammans med andra läkemedel som innehåller paracetamol pga. ökad risk för allvarlig leverskada. Dolerin ska ej ges under de tre sista månaderna av graviditeten, till patienter med aktiv alkoholism, patienter med svår leversvikt eller svår njursvikt, patienter med hjärnblödning, annan aktiv blödning, ökad blödningsbenägenhet eller blodkoagulationsstörningar, patienter med svår hjärtsvikt, eller till patienter med överkänslighet mot ingående substanser eller andra NSAID-preparat. För fullständig förskrivarinformation se fass.se. Produktresumé uppdaterad 2019-02-11. Karo Pharma AB, Box 16184, 103 24 Stockholm.

SE-DOL-2019-08-6

För mer information besök vår hemsida
www.dolerin.se

För akut
smärtlindring

Dolerin®
paracetamol 500mg / ibuprofen 150mg

Nationalencyklopedin:

Olikt många andra dansstilar uppkom baletten för att berätta en historia. I baletter, som Svansjön (1877) har historien ett tema där berättelsen främst handlar om kampen mellan kärleken och ondskan. Just för att baletten ska fylla funktionen att berätta en historia är det viktigt att stegen och rörelserna är noga kombinerade och utarbetade.

Ledarskap, en balanskonst där varje steg har stor betydelse

Text: Katarina Arnstad Elmlad

”Nej, nej, nej” var hennes första reaktion när kollegorna uppmanade henne att söka jobbet som chef. 13 år senare väljs Tina Crafoord till ordförande för Sveriges Läkarförbunds chefsförening.

▼ Att intervju Tina Crafoord är som att sätta på ett självspelande piano. Att

hon har ett brinnande engagemang för att kollegorna i högre utsträckning ska våga sätta sig i förarsätet och ta täten och bli chefer är en understatement.

– Sjukvården står för enorma utmaningar, och vill du vara med och påverka hur hälso- och sjukvården ser ut om fem, tio år så behöver du kliva in tidigt och bli delaktig, säger Tina Crafoord, som i grunden är överläkare i anestes- och intensivvård vid Central-sjukhuset i Karlstad, men som just nu arbetar med att utveckla och förbättra kontaktvägarna in i vården och är medi-

cinskt ansvarig för den prehospitla vården i Värmland.

När hon själv blev klar läkare i början av 2000-talet hade hon inte en tanke på att bli chef. Därför blev hon både förvånad och smickrad när kollegorna hörde av sig under hennes föräldraledighet och tyckte att hon borde söka jobbet som läkarchef och biträdande verksamhetschef AnOpIVA.

Fortsättning nästa uppslag >>>

Utöver att leda sjukvården dansar Tina Crafoord, både salsa, flamenco och klassisk balett. Men det är baletten som ligger henne varmast om hjärtat. ”När man går in i en balettsal med en klassiskt skolad och sträng lärare finns inget utrymme att tänka på något annat än dansen. Då gäller det att skärpa till sig och vara här och nu. Annars tappar du bort dig. Att dansa balett påminner på det viset mycket om läkarrollen. I den går det inte heller att tappa fokus. Dansen med sin styrning och disciplin tilltalar mig väldigt mycket”, säger hon.



– Min första reaktion var nej, aldrig i livet. Inte kan väl jag bli chef över mina äldre och mer erfarna kollegor. Men mina kollegor såg uppenbarligen chefs-egenskaper i mig som jag själv inte uppfattat, säger Tina Crafoord som idag älskar att sitta i förarsätet.

Men, påpekar hon, det får inte gå prestige i chefsrollen.

– Det ligger inget egenvärde i att vara chef. Den dag du känner att ansvaret inte längre känns rimligt är det viktigt att våga kliva av.

Det har nu gått nästan åtta månader sedan hon i april tog över stafettpippen från Thomas Lindén och tackade ja till att bli ordförande i Läkarförbundets chefsförening.

En av de saker som Tina Crafoord är bekymrad över att för få vågar bli chefer

MER OM TINA CRAFOORD



Ålder: 44

Familj: Gift (med en läkare), tre barn, 8, 11 och 13 år.

Bor: Karlstad.

Gör: Överläkare i anestesi och intensivvård vid Centralsjukhuset i Karlstad, men arbetar just nu med att utveckla och förbättra kontaktvägarna in i vården, bland annat via 1177. Hon är dessutom medicinskt ansvarig för den prehospitala vården i Värmland.

Aktuell: Ny ordförande i Läkarförbundets chefsförening. Nyligen invald till ledamot i Läkarförbundets förbundsstyrelse.

Gör på fritiden: "Då dansar jag balett, flamenco, salsa, springer och stöttar mina tre barn i deras fritidsaktiviteter."

Chefskarriär: Läkarchef och biträdande verksamhetschef AnOpIVA (Anestesi Operation och Intensivvård) Karlstad 2011-2013. Verksamhetschef AnOpIVA Karlstad och Arvika 2013-2017.

och många hoppar av under resans gång. För att stoppa den negativa spiralen av avhoppare och för att få fler att älska att leda har Chefsföreningen i Läkarförbundets regi och på Tina Crafoords initiativ dragit igång "ledarskapsraketen" (se faktaruta nästa uppslag). Det är kort uttryckt en chefs- och ledarskapsutbildning i tre steg där det primära syftet är att fånga upp såväl unga som äldre läkare inom alla nivåer som kanske tänkt tanken, men inte vågat ta steget fullt ut och bli chef.

Varför är det så svårt att få läkare att hoppa på chefståget? Kan det vara rädslan för att det administrativa ska bli dig övermäktigt?

– Ja, de farhågorna finns säkerligen. När inkorgen dagligen översvämmas av mejl som du förväntas svara på förstår var och en att vi chefer behöver ett bra administrativt stöd för att orka med, säger hon.

Att bli chef ger ofta inte heller något plus i kassan.

– Tyvärr tvingas en del gå ner i lön eftersom de förlorar sin jourersättning. Detta är naturligtvis inte acceptabelt, menar Tina Crafoord.

Ett annat "aber" för att få läkare att bli chefer är det faktum att många som kämpat hårt för att bli bäst inom sitt yrke inte har lust att "pausa" från den kliniska verksamheten.

– Jag förstår hur de tänker och därför är det viktigt att det finns möjlighet till en reaktiveringsperiod när du väl bestämmer dig för att återgå i din specialistroll, säger Tina Crafoord som dock betonar vikten av att som chef ständigt "ha örat mot golvet".

När jag undrar hur hon själv är som chef lyfter hon adjektiv som visionär, kommunikativ, driven, positiv, orädd.

Medan andra skyr konflikter ser hon dem som uppfriskande diskussioner som berikar samtalet. Hon älskar att argumentera för sin sak.

Om hon räds att fatta obekväma beslut? Inte då. Tina Crafoord är inte "bange" för att sätta ner foten när det krävs.

– Jag vill väldigt mycket och sporras av att driva saker tillsammans med andra. Jag är gärna ute i verksamheten och pratar med kollegor och annan vård-



Det är många små steg och många detaljer som kan ha betydelse. Här pratar Tina Crafoord med ambulanssjuksköterskor om var läkemedel bäst ska placeras i ambulansen.

Foto: Jeanette Dahlström

personal för att förhöra mig om vilka förändringar de vill se. Jag drivs av att ständigt kunna förbättra och se till att andra får växa och utvecklas när de får ansvar. Det är det jag brinner för!

Som chef beskriver hon sig även som prestigelös, vågar erkänna och backa om hon tagit ett ogenomtänkt beslut.

– Om man är lite ivrig som jag gärna blir, är det lätt hänt att det blir fort men fel och då är det viktigt att man vågar ta ett steg tillbaka.

Hon tror också att det finska påbrået, som hon fått från sin mamma, avspeglar sig i hennes ledarstil.

– I Sverige är vi mycket för att samarbeta och samverka, medan man i Finland mer pekar med hela handen. Jag är nog lite mer finsk i min ledarstil, med den skillnaden att jag lyssnar in och tar till mig allas synpunkter innan jag fattar beslut. Det är inte alltid alla beslut kan tas i konsensus, säger hon.

En bra chef är, enligt Tina Crafoord,

den som oavsett kompetens omger sig med bra personer i ledningsgruppen, är synlig i verksamheten, är mottaglig för andras synpunkter samt kan lyfta blicken och tänka strategiskt inom sjukvårdens alla verksamhetsområden.

– Som läkare och chef förväntas man gärna ha svaret på och kunna allt, men vi också måste våga erkänna att vi inte kan allt. En riktigt bra chef kan säga "jag har inte svaret på din fråga men jag lovar ta reda på det och återkoppla".

Medarbetarna vill ha en tydlig chef och en chef som man kan lita på och som vågar stå för sina beslut. Man får inte vara rädd för kritik och man måste vara tydlig och transparent i sitt budskap.

Som en förebild nämner hon den chef och mentor hon hade under sin specialistutbildning.

– Han var extremt tillåtande. Våra

Fortsättning nästa uppslag >>>



Tina Crafoord föreläser om: "Ambulans i tiden – God och nära vård på riktigt!".

samtal handlade väldigt mycket om ledarskap och vi bollade ofta ledarskapsfrågor. Han lärde mig att det inte behöver vara så komplicerat att vara chef.

Inte en enda gång har hon ångrat sitt beslut att bli chef. Och hon uppmanar andra att inte tveka att axla ett chefskap.

– Det är så roligt, och du har jättemycket att säga till om, tro inte annat, skrattar hon.

Behövs det fler kvinnliga läkare som chefer?

– Absolut, men framför allt behöver vi chefer i alla åldrar och från olika etnicitet men det är också viktigt att framhålla vikten av varierande chefsegenskaper. Det är skillnaderna som berikar, säger hon.

Nu har vi pratat jättemycket om chef- och ledarskap. Om vi skulle ta och grota ner oss i vilka utmaningar hälso- och sjukvården står för. Det är ju ingen hemlighet att vården brottas med enorma ekonomiska problem.

Vilka ser du som de största utmaningarna inom sjukvården?

– Idag har vi inte en levande och jämlik vård i hela landet. Det behöver vi ändra på, därmed inte sagt att vi ska arbeta likadant överallt. I glesbygden måste vi förhålla oss till de specifika problem som finns där medan tätorter ställer andra krav. Alla ska ha en bra och

god hälso- och sjukvård oavsett var man bort, säger Tina Crafoord.

När det gäller de ökade ekonomiska sparbetningen inom vården menar hon att det är dags att tänka om och tänka nytt.

– Det är underskott i nästan varenda region, men istället för att först lägga en budget borde man vända på begreppet och bestämma vad vi förväntas göra och sätta budgeten utifrån det.

Uppvuxen i en familj med en pappa som var distriktsläkare och mamman sjuksköterska kändes det naturligt för unga Tina Crafoord att söka till läkarprogrammet. Från början ville hon bli barnläkare, men det var innan en kollega som arbetade inom anestesi övertalade henne att testa jobbet som

narkosläkare.

– Jag kände direkt att det var ett jobb som passade mig eftersom ingen dag är den andra lik och som anestesilog känner du verkligen att du gör skillnad. Det är väldigt omväxlande och du tvingas till många och snabba beslut, säger Tina som en passant påpekar att det idag finns fler anestesiloger som är verksamhetschefer än det finns anestesikliniker.

Saknar du aldrig patientkontakten?

– Jo, det gör jag. Det är en fantastisk känsla att få jobba med patienter, men samtidigt, som chef och med de ledningsuppdrag jag har nu kan jag åstadkomma så mycket mer för många fler än endast en patient.

Fakta | Ledarskapsraketen En chefsutbildning i tre nivåer

▼ Sedan tidigare har Chefsföreningen en uppskattad chefskurs som riktar sig till verksamhetschefer och läkarchef.

Men Tina Crafoord tyckte det vara viktigt att fånga upp även andra läkare och tog därför kontakt med Sjukhusläkarna, Distriktsläkarföreningen, SYLF, samt SLF-student för att diskutera hur man kan fånga upp läkare på olika nivåer som är intresserade av att bli chefer i sjukvården.

Initiativet blev starten på ett samarbete kallat "Ledarskapsraketen", en chefsutbildning tänkt i tre nivåer.

Steg ett riktar sig till studenter och läkare som är intresserade av chefs- och ledarskap, medan steg två är tänkt för de som har ett medicinskt ledningsansvar och studierektorer och som vill ha mer kunskap för att kunna ta nästa steg och steg tre är den nuvarande verksamhetschefskursen.

Rätt verktyg gör jobbet bättre

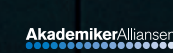
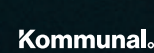


Upptäck verktyget Vår arbetsmiljö

Hos oss finns stöd för en god arbetsmiljö och en attraktiv arbetsplats för kommun- och regionsektorn. Kostnadsfritt såklart!

"suntarbetsliv

Suntarbetsliv drivs av de fackliga organisationerna i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting samt Sobona



Fredrik Lennmyr, verksamhetschef
på Akademiska sjukhuset:

En chef ska kunna utmana och utmanas

För verksamhetschefen Fredrik Lennmyr handlar det om att hamna rätt i nyanserna. Speciellt eftersom frågan om betydelsen av att ha läkare som chefer inte är svartvit.

▼ I ett av de äldre husen på Akademiska sjukhusområdet – där det fram till 1997 fanns operationssalar – har Fredrik Lennmyr sitt kontor. Han har arbetat på sjukhuset i snart 20 år och de senaste sex som verksamhetschef för thoraxkirurgin och -anestesi.

Han beskriver steget dit, från att ha varit första linjens chef, som att kliva in i en snöstorm.

– Det är en så stor mängd saker som man exponeras för och väldigt mycket handlar om att kunna sortera – det är inte möjligt att svara på allt i den takt som det strömmar in.

Han menar att verksamhetens komplexitet också kräver en viss perception för de frågor som dyker upp och att ha läkarbakgrund därför underlättar.

– Man behöver kunna förstå samban-

den, hantera konsekvensanalyser och böttna i de medicinska delarna. Just det kommer nog mer naturligt för en specialistläkare, jämfört med om man kommer från en annan bakgrund.

Och det är just den analytiska viljan och förmågan som Fredrik Lennmyr tror är grunden för ett bra ledarskap, åtminstone en bit upp i en organisation. Det behövs för att kunna hantera verksamhetens frågor utifrån mål och strategier samt att bygga en verksamhet som både löser sin egen uppgift och bidrar till sjukhuset som helhet.

– Mycket i att få organisationen att dra åt samma håll bygger på ens egen övertygelse och att man har en viss konsekvens i ledarskapet. Då är förståelse och analys grundläggande ur mitt perspektiv.

För verksamhetens men även för sin egen motivations skull försöker Fredrik Lennmyr ständigt koppla chefsfrågorna till det kliniska arbetet som görs i verksamheten. För att ha kvar den kopplingen brukar han vara med på morgonmötena och, när det finns möjlighet, jobba kliniskt. Den bästa möjligheten brukar vara under semestertid då han hinner bli lite ”varm i kläderna och fingrarna”.

Sedan en organisationsförändring för ett antal år sedan rapporterar han nu direkt till sjukhusdirektören, vilket gjort att utrymmet för att delta i det dagliga arbetet i verksamheten mindre. Men han är noga med att påpeka att förankringen i verksamheten måste finnas med mentalt i varje beslut.

– Däremot kan man inte begära att en klinisk doktor ska ha mitt perspektiv på det – de frågor som jag jobbar med kan vara ganska svårgenomträngliga utifrån ett kliniskt perspektiv. Jag tror att man ibland underskattar hur komplex organisationen är och hur trögt det kan vara att ta sig framåt i frågor, även de som är viktiga.

För medan det kliniska arbetet handlar om upprepade valsituationer är det typiska chefsmomentet snarare det motsatta.

– Då handlar det oftare om att balansera frågor, hålla ihop och se till att jobba utifrån ett helhetsperspektiv.

Han menar att man måste takta även med långsamma skeenden och inte missa de frågor som kan få stor betydelse längre fram i tiden.

Fortsättning nästa uppslag >>>



✓ Om den medicinska kunskapens betydelse...

DIGITALISERINGEN AV JOURNALEN PÅ IVA OCH OPERATION

” En mångårig fråga som krävde mycket ledarskap och där jag tror att även mitt medicinska perspektiv fick stor inverkan var digitaliseringen av journalen på IVA och operation. Man kan jämföra med mina företrädares arbete för att få till en tillräckligt stor hiss till våra skrymmande IVA-patienter för 20 år sen. På samma sätt insåg vi att kapaciteten i det nya journalsystemet skulle bli avgörande för oss som ibland har extremt mycket övervakning och apparater.

Detta gjorde att vi från första stund betraktade hela frågan som strategiskt viktig och agerade så proaktivt vi kunde gentemot det sjukhusövergripande projektet. En viktig aspekt är att om inte verksamhet bidrar med kunskap och perspektiv så kan ingen annan ersätta detta. Alltså var det centralt med bra kommunikation mot projektledning, att formulera behov och krav och att tillföra kvalificerad kompetens för att stötta framdriften. Det kunde handla om allt från upphandlingskraven till detaljer i det framväxande systemet. Vilket urval av ”ettor och nollor” från varje apparat, tex blodtrycksmätning, som skulle importeras, utformning av läkemedelmodul och att utveckla användbara gränssnitt.

Vår stora involvering gjorde att vi kommunicerade mycket kring projektet, vilket förstärkte gav draghjälp i implementeringen. Jag ville även docka projektet mot linjeorganisationen och gav därför i uppdrag till en erfaren avdelningschef att länka projektet mot ledningsgruppen. Tack vare detta kunde vi på ett organiserat sätt hålla oss informerade över tid och vara tillräckligt lyhörda mot vad som fungerade och inte. Exempelvis fungerade vår samlade hantering av IVA och operation bara till en viss gräns och tack vare att medar-



tarna uppmärksammade oss på detta kunde vi strukturera om arbetet och ta oss i mål.

Vi lade ned mycket möda på att som första klinik få igenom projektet och vi är flera som fortfarande är stolta över att införandet kunde göras i ett svep utan kvalitetstapp eller inställda operationer. Det hela byggde förstärkt ytterst på alla medarbetares proffsiga arbete och samarbete – och det är ju för att ge detta arbete rätt förutsättningar som det är viktigt med ett strategiskt perspektiv som riktning för alla operativa beslut längs vägen.

DET MULTIDISCIPLINÄRA PROJEKTET ”EN-VÄG-IN”

” Förra hösten startade vi tillsammans med kardiologerna på hjärtsektionen det multidisciplinära projektet ”En-väg-in”. Det handlade dels om att samla remissvägarna från andra sjukhus för öppen hjärtskirurgi och kateterburna klaffgrepp, dels om att förtydliga vår preoperativa beslutsprocess i allmänhet, för vilket reformbehovet var uppenbart sedan flera år men tiden inte varit mogen. Medicinskt sett bottnade frågan i vikten av den initiala, multidisciplinära bedömningen för det fortsatta förloppet. Utmaningen låg i att få fram

kompleta beslutsunderlag till de multidisciplinära konferenserna i ett system där många patienter kommer från olika sjukhus där traditioner och förutsättningar skiljer sig åt. I praktiken tenderade utredning, beslut och planering ofta att överlappa varandra, vilket var suboptimalt och i sin tur försvårade enhetlighet i besluten från vår sida.

Flera faktorer befäste denna problematik, ända tills några saker kom att skifta på kort tid. Förbättrade möjligheter till telemedicinska möten, önskemål om att samla remissvägarna, förtydligade internationella riktlinjer samt utökade möjligheter till avancerad radiologi – detta sammantaget gjorde att vi såg en öppning att omstrukturera processen och successivt få fram allt mer kompletta beslutsunderlag i tidigt skede.

Vinsterna är flera – beslut kan fattas snabbare, behovet av att komplettera utredningarna och risken för förlängd väntetid till operation minskar. Med de nya förutsättningarna var det ändå ett digert arbete att få allt på plats och har krävt nästan ett års fokuserat samarbete mellan thorax och kardiologi, läkare, chefer, verksamhetsutvecklare och administratörer. I höst fasar vi ut och till årsskiftet planerar vi att avsluta projektet och låta ordinarie organisation ta över fullt ut.

Fortsättning nästa uppslag >>>



FRAMTIDENS SPECIALISTLÄKARE

*God jul och gott nytt år
önskar organisationskommittén*



Psst!
Glöm inte söka ledigt redan nu

1 - 4 SEPTEMBER 2020

SÖDRA
REGIONVÅRDSNÄMNDEN

WWW.FRAMTIDENSLAKARE.SE



- ✓ Om rollen som kan bli omvälvande gentemot kollegor
- ✓ Om skillnaden mellan chefskap och ledarskap
- ✓ Om legitimitet
- ✓ Om vem som bäst ser sårbarheten i verksamheten

>>> Fortsättning från föregående uppslag



Medan steget att bli verksamhetschef var som att kliva in i en snöstorm beskriver Fredrik Lennmyr förändringen i att bli första linjens chef som lika omvälvande på det personliga planet, även om det organisatoriskt sett är ett mindre steg. Inte minst för att det förändrar den roll man har i förhållande till de tidigare kollegerna.

– Om man tänker sig alla yrkesrelationer som ett mixerbord, där varje person är en egen kanal, så kommer alla reglage att ställas om. En del mycket, andra lite – man vet inte på förhand hur det kommer att påverka och det måste få vara olika för varje medarbetare.

För honom är det skillnad på chefskap och ledarskap. Medan det förstnämnda mer handlar om det formella verksamhetsansvar som finns i hans uppdrag, är ledarskap ett vidare begrepp som handlar om att få verksamheten att dra åt samma håll. Något som han menar också finns naturligt i det kliniska arbetet.

– Jag tycker att vi inom sjukvården inte beaktar tillräckligt att det finns en beslutsprocess i varje patientfall. I förhållande till hur viktigt det är borde vi kunna jobba mer och intressera oss mer för det. Som läkare är man medveten om det, men organisatoriskt är det inte lika självklart, vilket ökar risken för skiktningar i verksamheten.

För att kunna driva ett förändringsarbete krävs att man som verksamhetschef har en viss legitimitet i verksamheten, menar Fredrik Lennmyr.

– Det gäller att matcha även läkarprofessionen ledningsmässigt.

Där finns väldigt mycket kompetens, mycket kraft och uppfattningar som inte alltid helt enhetliga. Då måste man både våga utmana och kunna bli utmanad, men ändå röra sig framåt. Den matchningen tror jag i många fall kräver att man har läkarbakgrund själv, säger han och fortsätter:

– En del pratar om mandat, men jag vill hellre se det som legitimitet. Det säger sig självt att det finns ett mandat kopplat till chefskap men jag tycker legitimitet som begrepp signalerar mer av ömsesidighet.

Men det är självklart inte givet att alla läkare blir bra chefer. Fredrik Lennmyr menar att de kliniska kunskaperna är viktiga men måste kompletteras med andra delar så att man kan agera på ett konstruktivt sätt i organisationen. Inte minst HR-frågorna pekar han på som extra viktiga, eftersom det är en kompetenstung organisation och medarbetarna som "står för fiolerna". Att därför kunna se de olika verksamhetskritiska resurserna som finns och den sårbarhet som det för med sig i verksamheten menar han är vital.

– Som chef gör man den inventeringen och analysen upprepade gånger. Vad har vi för sårbarheter nu? Vilka kritiska kompetenser har vi nu? Rimligen försöker man sen bygga bort de sårbarheter som finns. Den analysen tror jag kan se olika ut beroende på om man är läkare eller inte vad gäller betydelsen av sambandet mellan beslutspunkter och kvalitet. Risken kan vara större att ta detta för givet om man inte har läkarbakgrund själv.

Anna Sofia Dahl

OM DET GÄLLDE DIG SJÄLV. VAD SKULLE DU SKRIVA UT DÅ?

Eliquis® – för både behandling och profylax av DVT/LE:

- Vid behandling av akut DVT och LE uppvisade Eliquis® signifikant **färre allvarliga blödningar** och **jämförbar effekt** mot enoxaparin/warfarin^{1*}
- Vid profylax av recidiverande DVT och LE uppvisade Eliquis® signifikant **bättre effekt** och **jämförbart antal allvarliga blödningar** mot placebo^{1#}

* Behandling: Allvarlig blödning p<0,0001. Effekt på återkommande VTE/VTE-relaterad död p<0,0001 för non-inferiority.

Profylax: Effekt på återkommande VTE/död oavsett orsak p<0,0001. Allvarlig blödning ej statistisk skillnad.

Ref: 1. Produktresumé för Eliquis®



Eliquis® (apixaban) Rx. F. B01AF02. Filmraderade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikationer hos vuxna: 1. Profylax av venös tromboembolism (VTEp) efter elektiv höft eller knäledsplastik. 2. Profylax av stroke och systemisk embolism (NVAF) vid icke-valvulärt förmaksflimmer med en eller flera riskfaktorer. 3. Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE). Förebyggande av återkommande DVT och LE. Eliquis® är kontraindicerat vid kliniskt signifikant pågående blödning och vid händelse eller tillstånd som ger betydande risk för större blödning. Eliquis® rekommenderas ej som ett alternativ till ofraktionerat heparin hos patienter med lungembolism som är hemodynamiskt instabila eller som kan komma att genomgå trombolys eller pulmonell embolektomi. Eliquis® rekommenderas ej vid CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys eller med mekanisk hjärklaffprotes. Eliquis® rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt SPC 18 juni 2018. Fullständig information och pris se fass.se. Bristol-Myers Squibb www.bms.com/se Pfizer www.pfizer.se

Jonas Holm vände underbemanning till en välbemannad klinik

För att vara en framgångsrik chef är det centralt att kombinera uppdraget med eget kliniskt arbete. Det menar Jonas Holm (bilden), kirurg på Skellefteå lasarett, som under sin tid som verksamhetschef lyckades få bukt med underbemanningen av läkare och rädda kliniken, som var på fallrepet, genom att bland annat locka ST-läkare att stanna i Skellefteå med hjälp av fortbildningssatsningar.

▼ Att vara verksamhetschef handlar till stor del om att jobba med "brandkårsutryckningar". Man ska lösa problem varje dag. Men det handlar också om att fatta betydande beslut inför framtiden. I båda sammanhangen är läkares medicinska kompetens av stor vikt, enligt Jonas Holm.



Foto: Adam Öhman

– Det kan handla om allting från krav på läkemedelsbesparingar till att man ska spara in på saker som man gör. När man tar sådana medicinska beslut är det särskilt viktigt att man tar dem på rätt grund.

En annan viktig aspekt är trovärdigheten. Läkare har i regel stor trovärdighet bland sina läkarkollegor, men även bland övrig personal, vilket utgör en god grund i arbetet, inte minst vid mer genomgripande beslut och förändringar.

– Baksidan med att vara chef är att man ibland är tvungen att göra saker som man inte tror på. Vi var vid ett tillfälle till exempel tvungna att göra neddragningar av personalen. Åtta undersköterskor och sjuksköterskor, som vi hade jobbat länge med, tvingades att gå. Det var tufft, säger Jonas Holm.

– I de fallen måste man göra det bästa av situationen. Det gäller att lösningarna är väl avvägda. Att kunna mycket är en stor fördel som inte går att förringa, men sen innebär inte det att man per automatik är en bra chef. Man måste inse att

man måste lyssna på personalen och se till att man får ett bra stöd.

– Ibland kan det vara ensamt att vara chef. Det är bra att ha kollegor att kunna föra samtal med. Men i slutändan är man ju den som bestämmer.

Under de sex år som Jonas Holm arbetade som verksamhetschef på kirurg- och ortopedkliniken i Skellefteå, åren 2009 till 2014, jobbade han cirka 30 procent kliniskt parallellt. Han betonar att det är viktigt att som chef vara synlig i relation till personalen, vilket kan vara svårt om man inte jobbar kliniskt.

– Om man även jobbar som läkare blir det naturligt att man går runt bland övriga. Annars blir det lite mer "ja, nu är chefen här och undrar om någonting". Det funkar inte lika bra. Jag är övertygad om att man är bättre på att lyssna in

saker och ting när man också är med i det dagliga arbetet på ett konkret sätt.

Jonas Holm har trivts bra i Skellefteå. En bidragande orsak är småskaligheten på ett mindre sjukhus. Det är nära till kollegorna på medicin, röntgen och intensivvårdsavdelningen. Läkargruppen är förhållandevis liten, teamkänslan desto större.

– Jonas var en bra chef. Vi har jobbat mycket ihop, så jag är kanske lite partisk. Men han var närvarande och hade mandat att ta beslut. Han har alltid haft en omtanke om personalen och har trott på sina idéer, säger Ulrika Svensson, överläkare på kirurgkliniken och ledamot i Västerbottens läns läkarförening.

Småskaligheten har samtidigt inneburit utmaningar, inte minst bemanningsmässigt. Under Jonas Holms tid som

verksamhetschef lyckades kirurgen dock utvecklas från att vara en arbetsplats med få läkare till att bli välbemannad. En central orsak var att man under ett antal år utbildade många ST-läkare som i dag är fast anställda specialister i Skellefteå.

– Det känns bra. Vi var på fallrepet. Vi var en kirurgklinik som riskerade att försvinna, som många andra har gjort, säger han.

– Jag jobbade mycket med att vi skulle få en bra stämning, att folk skulle vilja vara kvar här. Jag satsade också mycket på fortbildning, inte minst bland de nya som kom hit. De fick åka på många utbildningar. Jag tror att man som läkare, överlag, har större förståelse för att man måste vidareutbilda sig.

Adam Öhman

Sjukhusläkarna Göteborg inbjuder till årsmöte

Sjukhusläkarna Göteborg inbjuder till årsmöte den 20 januari 2020 med start kl 17.30 i aulan Hjärtat på Sahlgrenska universitetssjukhuset.

■ Årsmötetstälare: Ragnar Lindblad, programägare för FVM (Framtidens Vård Miljö) kommer att tala om Västra Götalands nya digitaliseringssatsning, nya patientjournalssystemet.

■ Vi kommer efter årsmötet att bjuda medlemmarna på buffé. Anmälan till buffén görs genom att mejla till:

anders.thurin@vgregion.se
senast 2020-01-10



Varmt välkomna!
Styrelsen för
Sjukhusläkarna Göteborg,
Shokoufeh Manouchebrpour,
ordförande.

Sjukhusläkarna i Östra Skåne och Lund kallar till årsmöte

Östra Skåne:

Tid: 22 januari 2020, kl 17.30.

Plats: Cineteket, Elis Nilssons Väg 8, Ystad.

Program:

17.30 – Mingle och lättare tilltugg.

18.00 – Årsmötesförhandlingar.

18.45 – "I Walanders fotspår" - rundvandring i Cineteket.

19.30 – Middag på restaurangen Litemer.

Mare Johansson, handläggare, Östra Skånes läkarförening

Mobil: 044 309 26 80

E-post: mare.johansson@skane.se

Lund:

Tid: 15 januari 2020, kl 17.30.

Plats: Representationsvåning, Plan 12, Centralblocket, Lund.

Gästtalare:

Camilla Mårtensen, ordförande, Sjukhusstyrelsen SUS.

Funktionsmedicin

är morgondagens
vårdmodell för
behandling av
kroniska
livsstilssjukdomar

Fortbildning för läkare online startar 15 januari samt 9 september 2020

Funktionsmedicin adresserar de underliggande orsakerna bakom kroniska livsstilssjukdomar. Den vilar på en evidensbaserad grund och växer fort med allt fler läkarmottagningar och ett ökat intresse hos försäkringsbolag och allmänhet. För att effektivt möta den explosionsartade utvecklingen av kroniska livsstilssjukdomar behöver funktionsmedicin och en patientcentrerad vårdmodell implementeras inom sjukvården. Vi anordnar föreläsningar och digitala fortbildningar för legitimerad vårdpersonal. **Anmälan & information på fmvu.se**



FUNKTIONSMEDICINSKA
VÅRDUTBILDNINGAR

08 - 411 32 00
www.fmvu.se
info@fmvu.se

> Hälso- och sjukvårdsdirektören som kom utifrån och fick lämna efter bara åtta månader

"Dagens vårdapparat kommer inte att klara framtiden"

Anders Karlströms dryga halvår som hälso- och sjukvårdsdirektör gjorde honom övertygad om att dagens vårdapparat inte kommer att klara av framtiden.

– Jag brukade alltid säga att vården fungerar trots organisationsstrukturen

▼ När Anders Karlström klev in i rollen som hälso- och sjukhusdirektör i Region Gotland under våren 2012 hade han över 20 års erfarenhet från ledande befattningar inom läkemedelsbranschen bakom sig. Då beskrevs han som ett ledarskapsproffs och hade som viktigaste utmaning att få ekonomin i balans. Men att komma från det privata in i offentlig förvaltning visade sig vara minst sagt en omställning.

– Jag hade satt ett för högt mål när jag gick med på att vända en budget som inte hade gått ihop de senaste 39 åren. Det är ett helt annat organisationsklimat och hade jag fått göra något annorlunda hade jag inte haft målsättningen att göra det arbetet på ett år. Man måste inse att det tar minst



”*Den administrativa bördan med mätetal och rapportering gör att fokus hamnar på fel saker*”

tre, fyra gånger så lång tid som man tror, säger han.

Redan efter nio månader fick han dock lämna posten. Enligt regionen var orsaken en ledarskapsfråga. Själv tror han att det handlar om att han satte för höga krav på tjänstemännen i förvaltningens ledningsgrupp.

– I väl fungerande ledningsgrupper inser man värdet av att jobba för helheten och inte bara inom sitt eget stuprör, säger han och fortsätter:

– Tjänstemännen i förvaltningen var, precis som jag, väldigt högarvode-rade och när det gäller våra skattemedel måste alla bidra till hälso- och sjukvården som helhet och jobba mot uppsatta mål. Offentlig förvaltning finns ju inte till för att förvalta en massa personer till pensionen – vi var där för att utföra något å medborgarnas vägnar.

En av de lärdomar som Anders Karlström tar med sig från sin tid som hälso- och sjukvårdsdirektör är att det finns alldeles för lite utrymme för strategiskt förbättringsarbete. Istället menar han att "brandkärsuttryckningar" och "cykelställsproblem" tar frustre-rande mycket av tiden.

– Om man som i mitt fall kommer in i en organisations som är helt omstrukturerad, där alla måste hitta sin roll, sin funktion och komma fram till hur processen fungerar, kommer det alltid att finnas saker som måste förbättras omedelbart. Och de frågorna går alltid före ett långsiktigt strategiskt arbete,

”

Det finns alldeles för lite utrymme för strategiskt förbättringsarbete

”

säger han och fortsätter:

– Men det strategiska arbetet gör man ju för att utveckla befintlig verksamhet, så att man gör saker bättre om två till tre år än vad man gjorde för ett år sen. En verksamhet som inte är under utveckling är under avveckling.

En annan insikt var att den administrativa bördan bidrar till att fokus hamnar på fel saker – på mätetal och rapportering istället för på verksamhetsutveckling och kvalitet.

Som docent i medicinsk vetenskap hade Anders Karlströms tidigare kontakt med sjukvården primärt rört sig på den akademiska arenan, men med en medicinsk bakgrund upplevde han positiva reaktioner från professionen.

– Jag hade insikt i deras kompetens och förstår att det är de som utvecklar verksamheten. Ledningsgruppen är egentligen bara där för att stödja och underlätta för ett verksamhetsnära förändringsarbete, säger han och tillägger att det i motsats till många politikers uppfattning inte är de som utvecklar vården.

– Vårdprofessionen kräver en av de mest avance-

rade utbildningarna som finns och det finns en anledning till det. Det är vad som behövs för att utveckla vården.

För att komma framåt för svensk sjukvård tror han att det behövs en gemensam grund att stå på och en samsyn i vad som behöver göras. I dag jobbar han med en teknologi som i korthet kan beskrivas som ett virtuellt beslutsstöd som ökar engagemanget hos alla intressenter genom ökad samsyn om var man befinner sig idag, vart man ska och hur man tar sig dit. Teknologin sparar både tid och pengar och har använts för att skapa samsyn i grupper från fem upp till 15 000 personer, bland annat inför lanseringen av Obama care.

– När alla är överens har man en större kraft att genomföra saker. Att ta en vårdapparat från dagens nuläge till framtidens överenskomna mål, kräver att alla är med på tåget och har fått säga sin åsikt. Om alla bara ifrågasätter och debatterar överordnade beslut kommer man ingenstans.

Anna Sofia Dahl



Azathioprin 1A Farma

azatioprin (f.d. namn Immunoprin) är den enda azatioprin-produkten som tillhandahålls i styrkorna 75 mg och 100 mg.

Dessa styrkor gör att dina patienter kan ta färre tabletter för att nå sin dosering (1-4* mg/kg kroppsvikt beroende på indikation).



OBS! Azathioprin 1A Farma 75 mg och 100 mg är inte utbytbara mot andra styrkor av azatioprin. För att patienten ska få styrkorna 75 mg och/eller 100 mg expedierat krävs ett aktivt val vid förskrivning.

*Dosen ska justeras efter kliniskt svar (vilket kanske inte ses förrän efter veckor eller månader) och hematologisk tolerans. När det terapeutiska svaret är uppenbart bör det övervägas att minska underhållsdosen till lägsta möjliga som är förenlig med upprätthållen respons. ¹

¹Ref: SPC för Azathioprin 1A Farma

SANDOZ A Novartis Division

Förkortad förskrivningsinformation, För ytterligare information se SPC på www.fass.se
Azathioprin 1A Farma (azatioprin) ATC kod L04AX01, immunsuppressiva medel. **Förpackningar:** Filmdragerad tablett 75 mg och 100 mg, förpackningsstorlek 100 st. tabletter. (Rx/F). **Indikationer:** Azathioprin 1A Farma är indicerat i kombination med andra immunsuppressiva ämnen som profylax mot transplantatavstötning hos patienter som fått allogena njure-, lever-, hjärt-, lung- eller pankreastransplantat. Svår, aktiv reumatoid artrit som inte kan kontrolleras med mindre toxiska substanser (sjukdomsmodifierande antireumatiska läkemedel, DMARD), svår eller måttligt svår inflammatorisk tarmsjukdom (Crohns sjukdom eller Ulcerös colit), systemisk lupus erythematosus, dermatomyositis och polymyositis, autoimmun kronisk aktiv hepatit, polyarteritis nodosa, autoimmun hemolytisk anemi, kronisk refraktär idiopatisk trombocytopen purpura. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen azatioprin, 6-merkaptopurin (metabolit av azatioprin) eller mot något av hjälpämnen, svåra infektioner, svårt nedsatt lever- eller benmärgsfunktion, pankreatit, alla levande vacciner, särskilt BCG, smittkoppor, gula febern, graviditet och inte nyligen överväger riskerna (se avsnitt Fertilitet, graviditet och amning), amning (se avsnitt Fertilitet, graviditet och amning). **Varningar och försiktighet:** Det finns möjliga risker med behandling av Azathioprin 1A Farma filmdragerade tabletter. De ska därför inte förskrivas om inte patienten kan kontrolleras på lämpligt sätt för toxiska effekter under behandlingstiden. Under de första åtta behandlingsveckorna ska en komplett blodstatus, inklusive blodplättar, tas minst en gång i veckan. För aktuella priser se www.fass.se eller www.tlv.se Datum för senaste översyn av produktresumén 2018-11-01

Sandoz A/S Edvard Thomsens Vej 14, 2300 Köpenhamn S, Danmark www.sandoz.se

Vad gör en ledare bra?

”Tittar man på ledarskapsutveckling överlag finns ingen studie som visar att det är bra att enbart köpa in externa ledarskapsprogram. Programmen måste ligga nära de personer som ska utveckla sitt ledarskap.”



Det är av stor vikt att ta tillvara på de unika förmågor som finns bland läkarchefer – förmågan att basera verksamheten i medicinsk kunskap och använda vetenskaplig problemlösning – i stället för att förlita sig på ledarskapsprogram från andra områden.

▼ Det betonar Mairi Savage, doktorand vid Karolinska institutet, och hennes forskarkollegor som har studerat frågan.

Mairi Savage har tillsammans med kollegor genomfört semistrukturerade intervjuer med 20 dokumenterat framgångsrika läkarchefer för att utforska vilka egenskaper och förmågor som cheferna tillskriver sitt ledarskap.

Egenskaperna som forskarna identifierade var uthållighet, positiv inställning, äkthet, förmågan att grunda verksamheten i medicinsk kunskap, att engagera andra, att vara tydlig med syftet att förbättra vården, samt förmågan att agera utifrån en vetenskaplig approach i problemlösning och utvärdering.

I en relativt nyligen publicerad artikel i BMJ Leader lyfter forskarna fram vikten av att dessa förmågor faktiskt tas tillvara.

– Tittar man på ledarskapsutveckling överlag finns ingen studie som visar att det är bra att enbart köpa in externa ledarskapsprogram. Programmen måste ligga nära de personer som ska utveckla sitt ledarskap, deras vardag, deras utmaningar. Det är så kontextberoende.

Forskaren Mairi Savage har undersökt vad som skapar framgång

Mairi Savage fortsätter:

– Risken är annars att det inte blir någon positiv effekt överhuvudtaget. Men det kan också bli en negativ effekt. Det finns sådana exempel.

Tillsammans med medarbetare har Mairi Savage, som är doktorand vid Institutionen för lärande, informatik, management och etik även gjort en kartläggande studie och analyserat vetenskaplig litteratur om ledarskap inom hälso- och sjukvården och läkares roll i detta sammanhang.

I en ny artikel, som nyligen skickades in för granskning till tidskriften BMJ Open, argumenterar forskarna för att läkarchefer verksamma på sjukhus kan bidra till positiva utfall inom en rad områden – ökad vårdkvalitet, hantering av finansiella och verksamhetsmässiga resurser, minskad personalomsättning, samt förändringsbenägenhet.

I studien framhåller forskarna att detta inte minst hänger ihop med läkarnas medicinska trovärdighet. På liknande sätt lyfter en litteraturstudie från tidigare i år fram att läkarchefer i primärvårdsorganisationer främjar tillit, teamarbete, koordinering och transparens, och bland förklaringarna nämns just trovärdighetsfrågan.

– Det handlar mycket om att man upplevs ha branschkunskap. Man kan föra en dialog om ledning och styrning på ett språk som läkare och annan sjukvårdspersonal kan känna igen, säger Mats Brommels, professor i medicinsk lednings-, organisations- och innovationskunskap vid Karolinska institutet.

Adam Öhman

Så arbetar Läkarförbundet för att skapa bättre förutsättningar för läkare att bli chefer

Chefskap är en prioriterad fråga för Sveriges Läkarförbund som under vintern ska förhandla om ett nytt centralt kollektivavtal om läkares lön och arbetsvillkor med Sveriges kommuner och landsting och Pacta.

▼ Enligt förbundet behövs fler läkare som chefer på alla nivåer inom hälso- och sjukvården. Men det förutsätter, enligt förbundet, inte minst att lön och villkor måste vara konkurrenskraftiga, samt att chefer har goda förutsättningar och bra stöd.

Förbundet presenterade i september en enkät bland medlemmarna, som visar att de flesta tillfrågade läkare vill bli chef, men att det finns en rad faktorer som står i vägen, däribland orimlig arbetsbörda och avsaknad av rätt redskap för organisationsutveckling och personalansvar.

Vid sidan av exempelvis förbundets mentorprogram för läkarchefer och Chefsförbundets ledarskapskurser finns just nu flera lokala exempel som syftar till att bidra till att fler läkare ska bli chefer, däribland i Sörmland. En projektgrupp, med medlemmar från både läkarförbundets styrelse och arbetsgivarsidan, har bland annat tittat på möjligheterna att skräddarsy ledarskaps-

utbildningar för läkare, inte minst i kommande upphandling.

– Med projektet vill vi bidra till att ge läkare bättre förutsättningar att bli chefer. Det är otroligt viktigt, säger Marie Engman, (bilden) ordförande för Sörmlands läkarförening.

Ett annat exempel är Kristianstad. Efter att inga läkare sökt de lediga tjänsterna som verksamhetschefer på kvinnokliniken respektive ögon- och öronklinikerna finns planer på att organisera en chefsstödgrupp bestående av erfarna läkarchefer.

– Utöver en lokalpolitik som ska uppmuntra läkare att söka chefsbefattningar ska det finnas ett nätverksstöd, säger Sten Östenson, (bilden) ledamot i Östra Skånes läkarförening och Sjukhusläkarnas styrelse.



Adam Öhman

VISIONER OCH VÄRDEGRUNDER

■ Hur värdefulla är värdegrunder och visioner?

Och hur nära och unika för verksamheten är de?

■ Sjukhusläkaren har kollat upp visionerna och värdegrunderna för samtliga regioner och landsting och regionsjukhus.

■ Vad utmärker dem? Vi fann en stor trend.

För de som styr sjukvården och är längst ifrån den dagliga verksamheten gäller det att vara bäst! I Sverige, i världen.

■ Listan på SM i bästa hälsa, bästa livskvalitet, bäst av något slag är lång.

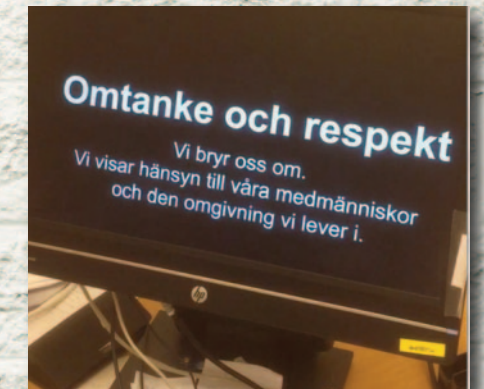
■ Och även riktigt problemtyngda regioner och landsting nöjer sig inte med små förbättringar utan siktar högt.

De vill vinna VM och bli bäst i världen!

• Läs mer sidorna 26-38 >>>

”År 2020 har Västerbotten världens bästa hälsa och världens friskaste befolkning”

I Skåne blev den våta drömmen skärmsläckare



”Vi var tvungna att dra ur sladden”



....och i Lund var det något som skavde mellan verkligheten och värdegrunden:

”Vi ska vara välkomnande”

På dörren till den här <<< akutkorridoren möttes patienterna av den här skylten



Visioner och värdegrunder från norr till syd



Vision: Bästa livet, bästa hälsan.
Värdegrund: Alla människors lika värde. Kreativitet, engagemang, delaktighet och ansvarstagande. Öppenhet, samverkan och hållbarhet.

Vision: År 2020 har Västerbotten världens bästa hälsa och världens friskaste befolkning.
Vision efter årsskiftet: Från fjäll till kust skapar vi gemensamt en attraktiv region med goda livsvillkor för alla.
Värdegrund: Ständigt bättre – patienten alltid först. Det finns utvecklade perspektiv för patienten, medarbetaren och organisationen.

Se reportage sidorna xx-xx

Vision: Liv, hälsa och hållbar utveckling i Västernorrland.
Värdegrund: Region Västernorrland ska ta ett såväl socialt, ekonomiskt som ekologiskt ansvar. Agenda 2030-målen ska vägleda oss i detta arbete. Ständiga förbättringar i ekonomistyrning och verksamhetsstyrning ska säkerställa att Region Västernorrland kan erbjuda en trygg, jämlik, modern och nära vård, en hållbar ekonomi, en god personalpolitik, en hållbar region i utveckling och samarbete med andra regioner.

Vision: Ett livskraftigt Gävleborg – Hela Gävleborg ska leva och utvecklas
Värdegrund: Vår inre kompass – Professionalism och ansvar, öppenhet och ärlighet, Respekt och ödmjukhet.
Gemensam målbild Hälso- och sjukvården och länet: Vårt gemensamma ansvar för vår patient.

Vision: En region att längta till och växa i.
Värdegrund: Regionens medarbetare ska i dagliga möten och samtal handla med respekt för alla människors lika värde, visa förtroende för andra och utgå från en helhetssyn på regionen och de som regionen är till för.

Vision: God hälsa genom trygghet, kvalitet och hållbar utveckling nära invånarna i Dalarna
Motto: Region Dalarna – för din och Dalarnas framtid.

Vision: Livskvalitet i världsklass
Värdegrund: För alla i Värmland, tillsammans, framåt, vi bryr oss och kvalitet.

Vision: Tillsammans skapar vi ett bättre liv.
Värdegrund: Vi skapar förtroende genom att vara lyhörda, öppna, samspelade och engagerade i en utveckling för människors bästa. Vi visar respekt för allas lika värde och delaktighet. Vi finns nära medborgarna under hela livet. Vi ser behoven hos varje person.
Karlskoga lasarett:
Vision: Delar regions Örebro läns vision och värdegrund med tillägget: Karlskoga lasarett ska vid varje tidpunkt vara ett väl fungerande lasarett!

Text: Emilia Halling
Grafik: Christer Bark

Norra sjukvårdsregionen
1. Norrbotten.
2. Västerbotten.
3. Västernorrland.
4. Jämtand/Härjedalen.

Uppsala - Örebro sjukvårdsregion
5. Gävleborg.
6. Dalarna.
7. Värmland.
8. Örebro.
9. Västmanland.
10. Uppsala.
11. Sörmland.

Miss inte Sjukhusläkarens jultävlingar!

■ I våra tio jultävlingar om visioner och värdegrunder tävlar du framförallt i kreativitet, analytisk och humoristisk förmåga.
■ Vi efterlyser, limerickar, julvisor, snapsvisor, fritt jonglerande, egna berättelser och tryckande. Inget behöver var sant eller falskt, förutom få undantag.
■ Enda kravet är att ditt tävlingsbidrag ska handla om visioner och värdegrunder. Mest gripande, eller fyndiga, eller för ämnet trovärdiga, eller minst trovärdiga bidrag kommer att belönas.
■ Och känner du att din kreativitet är större än vår och vill ha en egen gren i tävlingen så kan du komma att belönas extra. Ange då bara siffran 11.

Jultävlingarna hittar du på sidorna 36-38

"Vi ska höja vårt gemensamma sikte, för att även andra ska få reda på hur bra vi är"

Vision: Ett gott liv i en nyskapande kunskapsregion med internationell lyskraft. Vi ska inte förändra alla de saker som vi redan gör fantastiskt bra. Men vi ska höja vårt gemensamma sikte, för att även andra ska få reda på hur bra vi är.

Vision: Livskraft för framtiden.
Värdegrund: Region Västmanland ska alltid utgå från att alla människor är lika värda och ska bemötas med respekt. Alla människor ska ges förutsättningar för god livskvalitet. En viktig faktor för livskvalitet är samverkan mellan alla involverade parter. Regionen ska hushålla med de gemensamma resurserna och fördela dessa efter behov.

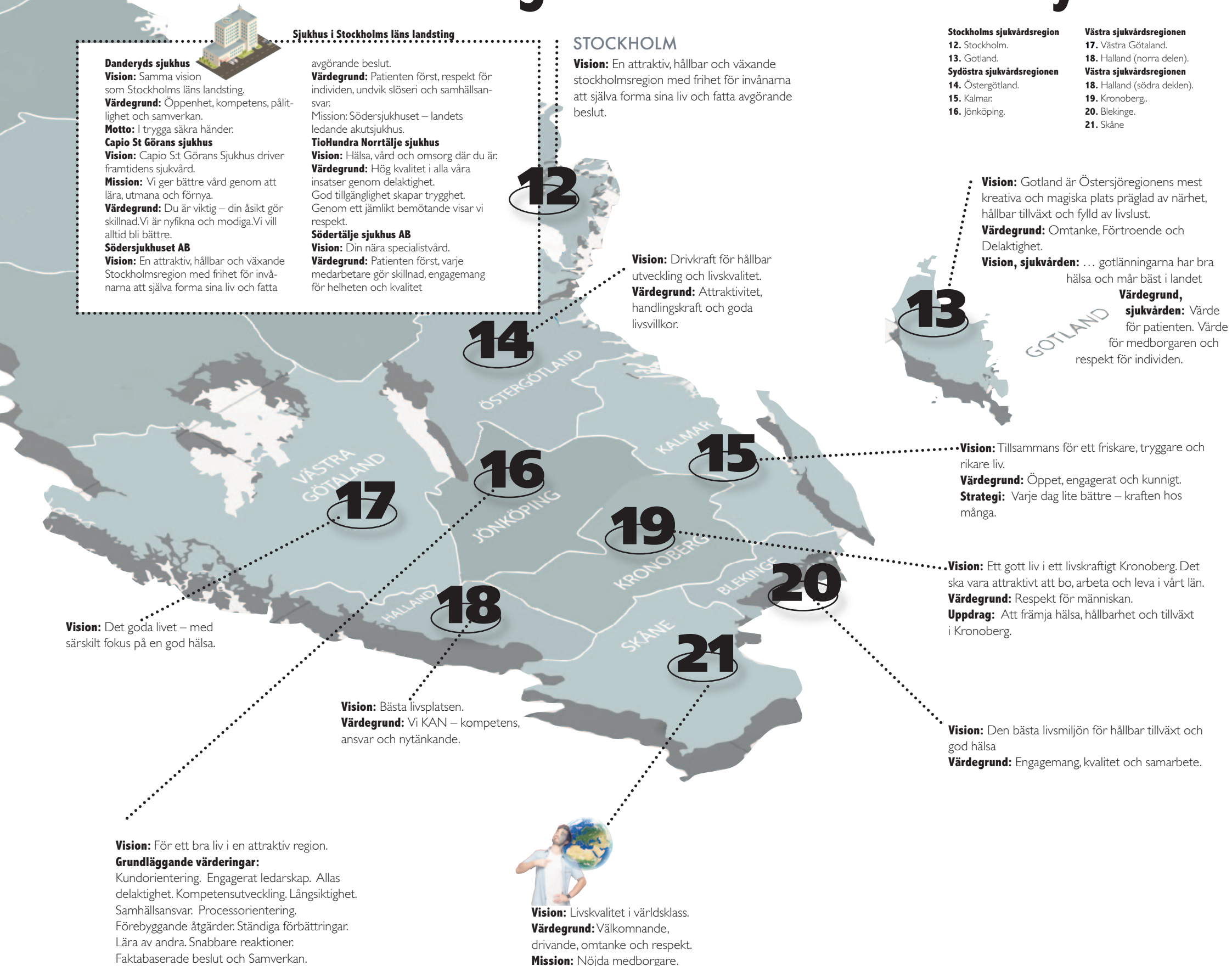
Vision: För jämlik hälsa och levande kultur i en hållbar, livskraftig region.

Nästa uppslag >>>

Västra sjukvårdsregionen
17. Västra Götaland.
18. Halland (norra delen).
Västra sjukvårdsregionen
18. Halland (södra delen).
19. Blekinge.
20. Kronoberg.
21. Skåne.

Västra sjukvårdsregionen
17. Västra Götaland.
18. Halland (norra delen).
Västra sjukvårdsregionen
18. Halland (södra delen).
19. Blekinge.
20. Kronoberg.
21. Skåne.

Visioner och värdegrunder från norr till syd



REGIONSJUKHUS



Akademiska sjukhuset

Vision: Vara det ledande universitetssjukhuset som skapar störst värde för patienterna.
Värdegrund: Skickliga, ödmjuka och långsiktiga.

Karolinska universitetssjukhuset

Vision: Patienten först – tillsammans skapar vi den bästa vården.
Värdegrund: Ansvar – vi tar ansvar för våra patienter, uppgifter och varandra. Vi säger ifrån om vi anser att något är fel. Medmänsklighet – vi möter våra patienter och varandra med omtanke och respekt. Vi utgår från varje patients unika behov. Helhetssyn – vi arbetar tillsammans över gränser för att ge bästa möjliga vård. Vi uppskattar varandras insats och ber om hjälp när det behövs.

Norrlands universitetssjukhus

Vision: År 2020 har Västerbotten världens bästa hälsa och världens friskaste befolkning.
Vision efter årsskiftet: Från fjäll till kust skapar vi gemensamt en attraktiv region med goda livsvillkor för alla.
Värdegrund: Ständigt bättre – patienten alltid först. Det finns utvecklade perspektiv för patienten, medarbetaren och organisationen.

Sahlgrenska universitetssjukhuset

Vision: Sjukvård, forskning, utveckling och utbildning med högsta kvalitet.
Värdegrund: Tillsammans – för patienten, med patienten.

Skånes universitetssjukhus

Vision: Bästa möjliga hälsa i livets alla skeden.
Värdegrund: Välkomnande, drivande, omtanke och respekt.

Universitetssjukhuset i Linköping

Vision: Drivkraft för hållbar utveckling och livskvalitet.
Värdegrund: Attraktivitet, handlingskraft och goda livsvillkor.

Universitetssjukhuset Örebro

Vision: Bli det personliga universitetssjukhuset.
Värdegrund: Professionalism, engagemang, laganda och stolthet.

Så gick Västerbotten från "världsbäst" till: "Från fjäll till kust skapar vi gemensamt en attraktiv region med goda livsvillkor för alla"



År 2000 satte politikerna i Västerbottens läns landsting en minst sagt ambitiös vision: "År 2020 har Västerbotten världens bästa hälsa och världens friskaste befolkning". Men under de första åtta åren hände inte mycket. Inga större projekt drogs i gång, ingen utvärdering genomfördes.

▼ – Tjänstemannaledet blev lite blekt om nosen, och kände att "vadå, bästa hälsan?". Tänk dig själv, med den anda som finns här i Västerbotten... Vi västerbottningar säger inte "det var fantastiskt bra", vi säger "det var inte dåligt". Man ska inte göra sig förmor-

Och sen sätter de "bäst i hela världen" som vision, säger Maria Falck, enhetschef på folkhälsoenheten.

– Det var en tuff puck.

Levi Bergström, som i början av 2000-talet och några år framåt var socialdemokratiskt landstingsråd, säger att många inom politiken upplevde att år 2020 låg långt fram i tiden. Många kände att det kanske inte var någon större brådska.

– Vi hade sedan 1980-talet haft våra hälsoundersökningar för 40-, 50- och 60-åringar. I övrigt var det inte tal om så

mycket satsningar de första åren. Men det fanns en bred politisk vilja att nå långt, säger han.

Först år 2008 beslutade politikerna att göra en större specifik satsning utifrån visionen, den så kallade Hälsa 2020-processen, där Maria Falck blev ansvarig. Pengar sköts till på olika håll. Ett antal utpekade områden, däribland sexuell och psykisk hälsa, skulle prioriteras.

Vid sidan av ordinarie folkhälsoanslag fick folkhälsoenheten särskilda visionsmedel, som bland annat har lagts på en webbportal med förebyggande råd och satsningen fysisk aktivitet på recept, FaR, där enheten har utbildat vårdpersonal som förskriver recepten.

Budgeten för detta visionsarbete har legat på cirka 84 miljoner kronor sedan 2008.

Landstinget bjöd även in forskare, samt företrädare för bland annat Världshälsoorganisationen, WHO, och

Socialstyrelsen, för att hitta lämpliga definitioner, variabler och mätningar för att kunna följa och utvärdera befolkningens hälsa.

Utifrån inriktningsmål, ansvarsområden och årliga utvärderingar som folkhälsoenheten håller i har den politiska ledningen därefter försökt att följa utvecklingen.

Områden med svaga resultat har i vissa fall kunnat få extra insatser följande år. Exempelvis stack Västerbottens kvinnor ett år ut vad gäller riskbruk av alkohol. Året därefter satte landstinget in extra resurser för att utbilda vårdpersonal i frågan.

För sjukvårdens del finns sedan början av 2000-talet inriktningsmål som handlar om god och jämlik vård och hälsa, som inte minst regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och patientnämnden har ansvaret för.

Utifrån regionplanen och hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan är det sedan upp till varje basenhet, alltså varje klinik, att i praktiken göra verklighet av visionen. Det finns dock inga särskilt avsatta medel i detta sammanhang.

– Man gick ut med ett allmänt uppdrag till alla verksamhetschefer. Vi i ledningen skickade med anvisningar i samband med verksamhetsplanering, där cheferna ska fylla i hur man tänker arbeta mot visionen, säger Ann-Christin Sundberg, som under några år i början på 2000-talet var ansvarig för området specialiserad sjukhusvård i länet.

År 2009 startade exempelvis Hjärtcentrum ultraljudsscreening av pulsåderbräck i buken kopplat till de övergripande målen. På Neurocentrum tog i sin tur idéer om att upprätta en handlingsplan för sjukskrivningsprocessen form. Och Medicincentrum meddelade att man bland annat skulle "uppnå mål-blodtryck och metabolkontroll hos risk-



Johanna K Löfbom, barnläkare och medicinsk chef på barnkliniken vid Skellefteå lasarett, framför Region Västerbottens vision, som för henne var obekant. – Jag tycker att det är bra att man siktar högt, men hur realistisk den är kan ju diskuteras, säger hon. Foto Adam Öhman.

grupper", som det heter i verksamhetsplanen.

– Jag upplever att det fanns ett helt annat sätt att tänka kring folkhälsoarbete kring 2008–2009, än vad det hade gjort tidigare. När man började satsa mer togs det emot väl, upplever jag,

säger Ann-Christin Sundberg.

En viktig del i arbetet, enligt regionens folkhälsoenhet, är organisationens folkhälsopolitiska program, utifrån vilket hela regionen ska arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande, samt de återkommande hälsoundersök-

ningarna, VHU, som har i syfte att förebygga hjärt- och kärlsjukdomar.

Men när Sjukhusläkaren ställer frågor om den totala tidsåtgången och resurser

Fortsättning nästa uppslag >>>

kopplat till arbetet med att sträva mot visionen blir svaret från regionens folkhälsoenhet kort att organisationen har cirka 10 000 medarbetare, och att någon detaljerad sammanställning inte finns tillgänglig.

Och faktum är att Region Västerbotten i praktiken idag inte är i närheten av att ha världens bästa hälsa år 2020, eller Sveriges bästa hälsa för den delen.

I själva verket är regionen enbart bäst i landet vad gäller en av sina egna elva hälsoindikatorer för män och två för kvinnor.

Och när det gäller upplevd hälsa är man sämst i landet för kvinnor, enligt patientenkäter.

Även om Västerbotten ligger under rikssnittet på flera områden har flera värden förbättrats, sett över tid, exempelvis vad gäller medellivslängd och självskattad hälsa för män, men också vad gäller rökning under graviditet. Den senaste tiden har regionen också kunnat notera positiva resultat i fråga om exempelvis dödlighet i flera förebyggbara sjukdomar, däribland lungcancer, cancer i matstrupe och levercirros, enligt folkhälsoenhetens egna siffror.

Vid årsskiftet byter Region Västerbotten vision. Den tidigare formuleringen om världens bästa hälsa finns kvar, men har petats ner till förmån för "Från fjäll till kust" som skapar en attraktiv region med goda livsvillkor för alla". I och med att landstinget numera är region och har det regionala utvecklingsansvaret ville det politiska styret se något nytt.

Bortsett från själva framtagandet av den nya visionen, vilket har skett inom ramen för den politiska processen, har det på tjänstemannasidan dock inte varit tal om någon större aktivitet kopplat till den nya visionen ännu.

Adam Öhman

Läs mer:

> Västerbotten avskedar 100-tals anställda.

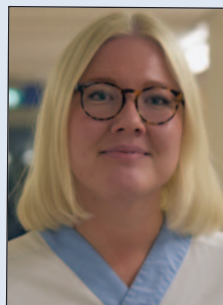
> Största underskottet historiskt.

> Tvingas spara en halv miljard kronor på tre år.

> Sidorna 40-41

Hur välkänd är visionen?

Sofia Eriksson, AT-läkare på Skellefteå lasarett



Känner du till regionens nuvarande vision?

– Nej, det gör jag inte.

År 2020 har Västerbotten världens bästa hälsa och världens friskaste befolkning.

– Jo, förresten, jag har hört den! Den är väldigt ambitiös. Det är fint att ha en så ambitiös vision. Men man märker inte av den särskilt mycket... Och frågan är hur man ska utvärdera det. Det är inte helt enkelt.

Känner du till den nya? "Från fjäll till kust".

– Nej, det gjorde jag inte. Det är en rimligare vision.

Johanna K Löfbom, barnläkare och medicinsk chef, barnkliniken på Skellefteå lasarett



Känner du till regionens nuvarande vision?

– Jag borde känna till den, men... Jag kommer inte på det.

År 2020 har Västerbotten världens bästa hälsa och världens friskaste befolkning.

– Visst ja. Och vi är ju snart där. Det vore ju fantastiskt om vi hade världens bästa hälsa, men vi har ju inte nått så långt. Jag tycker att det är bra att man siktar högt,

men hur realistisk den var kan ju diskuteras.

Känner du till den nya? "Från fjäll till kust".

– Nej, den hade jag inte hört. Den är väldigt viktig. Eftersom vi bor i Sverige och vi strävar efter jämlikhet och kvalitet inom sjukvården är det en bra vision.

Cecilia Nordenson, allmänkirurg på Kirurgcentrum vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå
Känner du till regionens nuvarande vision?

– Det är väl den gamla värdegrunden som gäller. Det är något om "patienten först"...

År 2020 har Västerbotten världens bästa hälsa och världens friskaste befolkning.

– Den ja! Det fattade ju alla som jobbade på den tiden att "jaja, det är väl bra att ha en sån målsättning", men det var väldigt optimistiskt. Jag tycker att man ska ha en hög ambitionsnivå, men man måste vara realist också.

Thomas Brännström, överläkare och professor i patologi vid Umeå universitet



Känner du till regionens nuvarande vision?

– Nej, jag känner inte till den befintliga visionen.

År 2020 har Västerbotten världens bästa hälsa och världens friskaste befolkning.

– Jo, den är gammal. Jag trodde att man hade lämnat den sedan länge. Jag har svårigheter med alla som säger att de ska vara bäst i världen. Det är ju bara en som kan bli bäst i världen. Jag har klagat på den visionen ända sedan den kom.

Vid årsskiftet byter regionen vision till "Från fjäll till kust".

– Jag kände inte till den. Men jag tror att den kanske kan vara något.

VÄLKOMNA till Sjukhusläkarnas fullmäktigemöte 2020



Sjukhusläkarnas fullmäktige kallas härmed till ordinarie fullmäktigemöte.

torsdagen den 12 mars – fredagen 13 mars 2020.

Lokal: Läkarförbundets konferens, Villagatan 5 i Stockholm.

Karin Båtelson med styrelse



• Av lokalavdelning eller föreningsmedlem väckta frågor, som ska upptas på föredragningslistan, ska enligt stadgarna ha kommit styrelsen tillhanda senast en månad före mötet, det vill säga senast den 11 februari.

Adress: Sjukhusläkarnas kansli,
Box 5610, 114 86 Stockholm
eller e-post: wendela.zetterberg@slf.se



Sjukhusläkarna

Catharina Nyström Höög, professor och forskare:

”Kombinationen mellan positiv laddning och vag betydelse är typisk för värdegrunder”

En positiv laddning och en vag betydelseavgränsning är tydliga drag hos värdegrunder, det menar Catharina Nyström Höög, professor i svenska.

▼ Catharina Nyström Höög, professor i svenska vid Högskolan Dalarna, är just nu verksam i ett forskningsprojekt om myndigheters värdegrundstexter. Hon har tillsammans med kollegan Anders Björkvall, professor i svenska vid Örebro universitet, undersökt vilken funktion värdegrunder hos myndigheter på statlig nivå har. Detta genom textanalyser, fokusgruppsamtal och en enkätundersökning.

– Huvudsakligen har de interna funktioner – det är texter som talar med myndigheten själv. Avsikten är att driva ett pågående samtal om myndigheten och de anställdas identitet och attityder. De bidrar på så sätt till att forma en gemensam identitet.

Tanken är att värdegrunderna ska skrivas fram som om de kommer från verksamhetens alla medarbetare, och vara förankrat i verksamheten.

– Men det är dubbelt tänker jag. En enskild handläggare har sällan eller aldrig väckt frågan om en värdegrund. Initiativet kommer alltid uppifrån, men det är samtidigt viktigt att det finns en rejäl process eftersom det är en del av samtalandet.

Catharina Nyström Höög menar att det går att se tydliga språkliga drag hos värdegrunderna.

– Kombinationen mellan positiv laddning och vag betydelseavgränsning

är typiskt. Det finns ofta något begrepp eller koncept som man måste diskutera, säger hon och tillägger:

– Men ska man jobba med något måste man operationalisera det på en ganska konkret nivå. Om det handlar om hälsa till exempel, är det då frihet från symptom man syftar på? På det sättet kan man säga att de här texterna bjuder in till diskussion.

Hon liknar det vid samtal i det privata livet och att man så småningom börjar likna de personer som man kontinuerligt samtalat med. Och att värdegrunderna därför, om de diskuteras, kan fungera som identitetsskapande och identitetsdrivande.

Däremot menar hon att det kan vara på sin plats att ställa sig kritisk till vad det egentligen är man vill uppnå.

– Är det det här vi vill ska fungera i regionernas arbete eller är det något annat?

Frågan varför värdegrunder behövs har varit svår att svara på, menar Catharina Nyström Höög.

– Det finns inget entydigt svar på det. Men ett svar som florerar är att det har att göra med hela samhällsomvandlingen och att man tar upp idéer från privat sektor i offentlig sektor. Då blir strävan efter en kommersiell identitet en faktor, även om visioner och värdegrunder inte har en primärt utåtriktad funktion.

Hon säger också att en del i svaret kan ligga i att det skett en omstrukturering där vissa organisationers mellanled bortrationaliserats och att ledningen därför sitter längre från verksamheten än tidigare.

– Man måste hålla ihop hela ekipaget. Och då är det här ett alternativ. Vi lever också i en tidsålder där en



Catharina Nyström Höög, professor i svenska vid Högskolan Dalarna, har undersökt svenska myndigheters värdegrundstexter.

chef inte kan tala om hur folk ska vara eller vad de ska göra.

Själva värdegrundsarbetet är relativt nytt. Catharina Nyström Höög har inte hittat någon värdegrund före 2005 och det var runt 2013–2014 som hon reagerade på att den typen av texter började dyka upp. Själva ordet värdegrund slog igenom på mitten av 90-talet i och med ett betänkande inför en ny läroplan för grundskolan.

– Jag noterar med spännt intresse att värdegrundsdiskussionen verkar vara på tapeten igen, säger Catharina Nyström Höög.

Däremot tror hon att framtiden kommer att innehålla någonting annat än värdegrunder.

– Begreppet får just nu klä skott för en viss typ av ledningsideologi. Och jag tror att ledningsideologin kommer att bestå, men att etiketterna kommer att skifta.

Anna Sofia Dahl

Sök medel ur Sjukhusläkarnas fonder

▼ Sjukhusläkarna förvaltar Stiftelsen Sjukhusläkarförningens Understödsfond och Stiftelsen Lasarettsläkaren Gustaf Wennerströms donationsfond.

Fonderna delar ut medel till behövande medlemmar i Sjukhusläkarna eller till medlemmars efterlevande varje år.

Som behövande enligt Skatteverket anses en person vars sammantagna inkomst understiger fyra prisbasbelopp och förmögenheten understiger ett prisbasbelopp. Prisbas-

beloppet för 2019 är 46 500 kronor.

Från understödsfonden kan understöd vidare utgå till medlemmar som har särskilt behov.

Behovet av understöd bedöms från fall till fall utifrån den totala familjeekonomin.

Särskild ansökningsblankett samt riktlinjer för fondutdelningen kan rekvireras från Sjukhusläkarna på telefon 08-790 34 50 eller e-post wendela.zetterberg@slf.se eller laddas ner från www.sjukhuslakarna.se

Vi ber Dig att noggrant svara på uppgifterna i ansökningsblanketten. Observera att alla fält ska fyllas i. För att kunna göra rätt bedömning begär vi också att Du bifogar kopia av Din senaste slutskattsedel samt – om Du är studerande – en plan över utbildning och redovisning av studieresultat.

Vid frågor går det bra att kontakta Sjukhusläkarnas kansli, tel 08-790 34 50. Sista ansökningsdag är den 28 december 2019.

Var med i Sjukhusläkarens jultävlingar!

■ Testa dina faktakunskaper, din humorförmåga och din fallenhet att övertyga andra läsare i våra jultävlingar om "Visioner och värdegrunder". Lycka till!

1 2 3 4 5 Utmaningarna

I Utmaningarna ställs din kreativitet och humorförmåga på spel. Utmaningarna består av fem tävlingar om visioner och värdegrunder.

- Julvisor
- Limerickar
- Snapsvisor
- Vad du vill!
- Videosnuttar

▼ Du kan delta i en tävling eller alla. Enda villkoret är att ditt bidrag ska handla om visioner och värdegrunder. Det blir priser i alla tävlingar, och kanske ära och berömmelse! Sjukhusläkarens vision är att ditt och andras bidrag ska bli till boken "Visioner och värde(fulla/lösa) grunder".

Kan du överträffa Anna Lehmusto?

1. Julvisor

"Vi komma, vi komma från tomma ordens land, på vägen vi vandrat med schablon i hand. Så fina, så tomma de äro allihop, med snömos och floskler vi grävt har våran grop".

2. Limerickar

"Det var en vision från Svedala, som med få ord ville tala. Den sa ej ett smack, begravdes i ett fack, och administrationen fortsatte mala."

3. Snapsvisor

"Visionen slår, och värdegrunden hänger på, visionen slår, och värdegrunden hänger på. Och den som ej vision förstå, 'hen heller inte lönen få. Visionen slår, och värdegrunden hänger på." (Melodi: Helan går)

4. Jonglera fritt

▼ Här är det fritt fram för din kreativitet både i text och bild. Här finns inga bestämda tävlingsregler. Gör en illustration, teckna en serie, skriv en poplåt, kuplett, en dikt, rappa, eller något vi inte ens kan föreställa oss.

5. Videosnuttar

▼ Bli viralkung eller viraldrottning! Spela in en videosnutt, en musikvideo, en stand up, ett kort litet tal... Scenen är din. Ta chansen att publiceras på Sjukhusläkaren.se och YouTube.

Skicka dina bidrag i samtliga tävlingar till:

Mejl: christer.bark@sjukhuslakaren.se
redaktionen@sjukhuslakaren.se

Post: Christer Bark
Herrebergavägen, 275 64
Blentarp.

▼ Bidragen i aktivitetstävlingarna kommer att publiceras löpande på Sjukhusläkaren.se. Vinnarkandidater kommer att publiceras i Sjukhusläkaren nummer 1/2020 som kommer ut i mitten av februari.

6 7 Copy cat-tävlingen

Sjukhusläkarens julberättelse och hyllning till Gösta Knutsson, Pelle Svanslös, elaka Måns, men framförallt till Bill och Bulls trendsättande upprepningsretorik.

Av Christer Bark

Ni fattar ingenting morrade elaka Måns.

– Vad är det som inte fattas? sa Bill.

– Ingenting, sa Bull glatt.

▼ Äsch, varför bryr jag mig om er. Ni är ju helt utan visioner, fräste Måns från Uppsala, som satt som ordförande i SKR (Sveriges katters regioner), som höll riksmöte på Uppsala högar. Han var nu ordentligt irriterad och vände sig till var och en av de 21 katter som samlats till katt-tinget.

– Alla måste ha en vision, hur ska ni annars kunna välja mig...hmm rätt väg ..sa elaka Måns och sköt ryggen för att skapa pondus och få de församlade att inte märka felsägningen.

– Vår vision är ett livskraftigt Gävleborg, sa Greta Gräddnos från just Gävleborg och slickade sig belåtet om nosen, trots att hon inte lapat grädde, bara mest för att ställa sig in hos Måns som hon var lite rädd för.

– Vi tycker man ska ha ett gott liv i ett livskraftigt Kronoberg, sa Kurre Katt kavat och tittade belåtet upp mot himlen, mycket nöjd med sitt inlägg.

– Bör det inte vara livskraftigt för framtiden, sa Vira från Västmanland med vän röst och lade huvudet på sned.

– Räcker det inte med livskraftig region, sa söta Sara från Södermanland och putade allt hon kunde med läpparna, även om det knappt syntes.

Men nu hade vassa Viggo från Värmland fått nog.

– Vad är det för mesigheter jag hör! Det ska vara livskvalitet i världsklass! Inget annat mjauade han så högt han kunde och lade framtassarna i kors över bröstet.

– Livskvalitet i världsklass! Det har ju vi! röt store Sure Sture, poliskatt från Skåne. (Copy cats var det värsta han visste) och rusade argt mot vassa Viggo, så elaka Måns var tvungen att gripa in och stoppa Sure Sture och vassa Viggo från ett riktigt råkurr som kunde slutat med en kattastrof.

Dumhuvuden, fattar dom inte att dom använt samma konsult, tänkte Måns som inte hade haft något emot ett rejält råkurr, men nu var han ju ordförande och tvungen att tassa fram försiktigt. Så han bet ihop och svansade tillbaka till sitt podie, en trave strömmingslådor som han hittat vid Uppsala slott uppe på Kattåsen.

– Bra, har ni lugnat ner er nu, sa elaka Måns då det gått en kvart och de arga katterna slutat att fråsas. Men det skulle han inte sagt. Vid ordet bra utbröt nya dispyter: Vad var bäst att säga: "Ett bra liv", "Bästa livsplatsen", "Bästa livsmiljön", "Bästa livet", "Det goda livet", "Världens bästa hälsa"... Nu var det många katter från många regioner som rök ihop och anklagelserna att någon stulit ens egen vision haglade. Och så höll det på. Men en katt satt tyst hela tiden och längtade hem till sin region där han vuxit upp och jämt trivts i och nu var mer övertygad än någonsin att i den ville han bo och växa i.

Och här kommer våra frågor i copy cat-tävlingen:

1. Vart längtade katten? Som förresten hette Jan och jämt trivts i sin lugna region, där man inte härjade runt så hemskt. 2. Vilken region tycker du ska utses till svenska copy cat-mästare? Fyndigast motivering vinner.

Fortsättning
nästa upplag >>>

8 Vem tvivlar? och varför?

Karolinskas värdegrund är:

"Vi tar ansvar för våra patienter, uppgifter och varandra.

Vi säger ifrån om vi anser att något är fel".

• Vad heter personen på bilden som tvivlar på värdegrunden? Och varför tvivlar han?

9 Vem tycker du är kungen av visioner? Bästa motivering vinner

10

Vad skulle du gjort?



På Sahlgrenska universitetssjukhuset slog man på stort då värdegrunden "Tillsammans FÖR patienten MED patienten" skulle lanseras.

▼ Förutom gemensamma massmöten togs det fram en "relationslåda" där tanken var att i stället för att vila på lunchrasten eller andra lediga stunder så skulle personalen ägna sig åt att diskutera olika dilemman på jobbet och reflektera kring frågor som: "Vilka tankar väcker den här situationen?", "Vad tror du patientfokus betyder för mig?" "Hur kan du dela med dig av kompetens i mötet med mig?"

Nu undrar du kanske hur satsningen togs emot?...eller hur du själv skulle reagerat. Det gör vi också.

Så här kommer våra tävlingsfrågor:

1. Vilka tankar väcker den här situationen hos dig och vad skulle du gjort?
2. Har du varit med om något liknande på ditt sjukhus?
3. ...och en specialfråga till er läsare som var anställda på Sahlgrenska vid tillfället. Vad minns ni? Hur togs satsningen emot?

För patienter med typ 2-diabetes och etablerad kardiovaskulär sjukdom*

KARDIOVASKULÄR DÖD HAR FÅTT EN UTMANARE

38%^{**}

**MINSKAD RISK
FÖR KARDIO-
VASKULÄR DÖD**

(RRR, ARR: 2,2%)
RK (95% KI) 0,62 (0,49-0,77)
P<0,0001 vs placebo^{1,2}

Nämns i både Socialstyrelsens nationella riktlinjer och Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation för typ 2-diabetes!^{3,4}

Jardiance®
(empagliflozin)

^{**}JARDIANCE® (empagliflozin) var överlägset bättre på att reducera det primära sammansatta utfallsmåttet kardiovaskulär död, icke-fatal hjärtinfarkt eller icke-fatal stroke, jämfört med placebo. Behandlingseffekten drevs av en signifikant minskning av kardiovaskulär död utan någon signifikant förändring av icke-fatal hjärtinfarkt eller icke-fatal stroke.^{1,2}

^{*}Vuxna patienter med typ 2-diabetes och kranskärlssjukdom, perifer kärlsjukdom eller tidigare hjärtinfarkt eller stroke^{1,2}.

[†]Som tillägg till standardbehandling: Glukossänkande läkemedel samt kardiovaskulära läkemedel, tex ACE-hämmare, ARB (angiotensinreceptorblockerare) och statiner^{1,2}.

RRR=relativ riskreduktion; ARR=absolut riskreduktion.

Referenser

1. JARDIANCE produktresumé, fass.se. 2. Zinman B, et al. New Eng J Med 2015;373:2117-28. 3. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för diabetesvård. 2017. 4. Läkemedelsverket. Läkemedelsbehandling för glukoskontroll vid typ 2-diabetes - behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket 4: 2017.

Förskrivarinformation:

JARDIANCE® (empagliflozin). Tablett 10 mg och 25 mg. Rx, (F). SGLT2-hämmare för behandling av vuxna med otillräckligt kontrollerad diabetes mellitus typ 2 som ett komplement till diet och motion; som monoterapi när metformin inte anses lämpligt på grund av intolerans alternativt tillägg till andra läkemedel för behandling av diabetes. JARDIANCE kan användas om njurfunktion (eGFR) överstiger 60 ml/min/1,73 m² (ned till 45 ml/min/1,73 m² vid pågående behandling). Behandlingen ska avbrytas omedelbart vid misstanke om diabetesketoacidosis (DKA). Boehringer Ingelheim AB, tel 08-721 21 00. För ytterligare information samt priser se www.fass.se. Senaste översyn av produktresumé: 02/2019.

Begränsning: JARDIANCE subventioneras endast som tillägg till behandling med metformin.

"Vi befärar ett scenario likt Karolinska"

Region Västerbotten ska spara över en halv miljard på tre år – oro för massuppsägningar

Region Västerbotten står inför de största besparingarna någonsin. Totalt ska över en halv miljard kronor sparas in de närmaste tre åren. En katastrof, enligt Cecilia Nordenson, ordförande för Västerbottens läns läkarförening, som beskriver en tilltagande oro bland medlemmarna.

▼ Region Västerbotten har sedan lång tid tillbaka ett underskott i sin ekonomi. Den senaste delårsrapporten för augusti visade ett minus på 75 miljoner kronor. Totalt väntas underskottet för Region Västerbotten 2019 bli 545 miljoner kronor.

En betydande del av kostnaderna ska minskas genom personalnedskärningar inom vården.

Enligt budgetföresättningarna för 2020, som verksamhetscheferna fick tidigare i höst, ska totalt 93 miljoner sparas in, och den största delen – 81 miljoner kronor – handlar om personal,

främst inom specialistvården.

– Vi funderar på vilka "onödiga tjänster" som ska plockas bort? Vilken "onödig personal" pratar vi om? Verksamheterna har fått det här i sitt knä, och ska kolla på det nu. Vi har inte fått någon information alls, säger Cecilia Nordenson, ordförande för Västerbottens läns läkarförening.

– Vi har ett vårdplatsläge som i perioder är helt katastrofalt. Alla stora kliniker ligger på en bra bit över 100 procents beläggningsgrad. Det är någon enstaka klinik som inte kommer över 95 procent.

Till vardags arbetar Cecilia Nordenson som allmänskirurg på Kirurgcentrum vid Norrlands universitetssjukhus. Kirurgen i Umeå har formell budget för 62 vårdplatser, men i nuläget är endast 45 platser öppna på grund av personalbrist.

– Vårdplatsbristen gör att vi inte kan göra ett bra jobb. Bristen på personal gör också att vården blir onödigt dyr. Vi kan inte göra rätt saker i rätt tid...

Närsjukhusområde Skellefteås budget ska nästa år reduceras med mer än 8 miljoner kronor, varav 3 miljoner kronor tas från psykiatri och 4,2 miljoner kronor från medicinsk och geriatrisk klinik. Närsjukvården i



Brita Winsa, hälso- och sjukvårdsdirektör i regionen säger att det är svårt att uttala sig om exakt antal tjänster som måste bort, men om man ska nämna någon siffra så kan det röra sig om ett par hundra.

Umeås reduceras i sin tur med cirka 26,5 miljoner kronor på budget för 2020. Bup, barn- och ungdomspsykiatri, och psykiatri tvingas spara 2,3 respektive 5,3 miljoner kronor på budgeten.

Den största besparingen – 32 miljoner kronor – står dock läns-sjukvårdsområde 1 inför, främst Barn- och ungdomscentrum (7,3 miljoner kronor), Cancercentrum (8,7 miljoner kronor) och Kirurgcentrum (6,7 miljoner kronor). Länssjukvårdsområde



Foto: Adam Öhman.

"Vi funderar på vilka "onödiga" tjänster som ska plockas bort". "Vi har ett vårdplatsläge som i perioder är helt katastrofalt. Alla stora kliniker ligger på en bra bit över 100 procents beläggningsgrad. Det är någon enstaka klinik som inte kommer över 95 procent", säger Cecilia Nordenson.

2 tvingas i sin tur reducera budgeten med cirka 25 miljoner kronor. Neuro-, huvud-, och halscentrum tvingas exempelvis dra ner närmare 9 miljoner kronor på budgeten, och Hjärtcentrum i Umeå måste reducera budgeten med 6,5 miljoner kronor.

Brita Winsa, hälso- och sjukvårdsdirektör i regionen, har tidigare meddelat att motsvarande 160 tjänster ska bort i och med nedskärningarna, men det kommer inte att räcka.

– Det är svårt att uttala sig om exakt antal tjänster. Vi behöver bli färre men också reducera andra kostnader. Ska man nämna någon siffra så kan det röra sig om ett par hundra färre, säger hon.

– Vi ser naturligtvis till att vi bibehåller en hög patientsäkerhet när vi genomför våra förändringar. Vi kommer att fortsätta med att utveckla samarbetet mellan sjukhus, primärvård och med kommunerna. Vår kösituation är inte

optimal men har förbättrats avsevärt senaste året.

Tidigare i höst blev det känt att regionen ska dra ner på sina AT-platser med 20 procent nästa år, som en följd av den ekonomiska situationen. Rent konkret handlar det om en minskning från 71 platser till 56 platser.

Västerbotten är dock allt annat än unikt. 18 av 20 regioner väntas gå med underskott inom hälso- och sjukvårdsområdet i år, enligt Sveriges kommuner och landsting. Samtidigt visar beräkningar att Västerbotten har den tredje högsta kostnaden för hälso- och sjukvård av landets regioner. Kostnaden för hälso- och sjukvården var 2017, enligt årets regionplan, 26 774 kronor per invånare – 1 440 kronor mer per invånare jämfört med genomsnittet i landet. Det innebär sammanlagt 387 miljoner kronor i högre kostnader.

Jonas Holm, överläkare i kirurgi

vid Skellefteå lasarett, andre vice ordförande i Västerbottens läns läkarförening och ledamot i Sjukhusläkarnas styrelse, befärar att ett scenario liknande det på Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm väntar.

– Det är klart att det finns en oro. I landstinget i stort har det varit sköterskebrist. Om det blir uppsägningar är jag rätt säker på att man främst säger upp undersköterskor och läkare, och viss administrativ personal, säger han.

– Man kan tänkas sig att man gör större områden och minskar antalet chefer. Det är också tänkbart att man flyttar resurser ut på vårdcentralerna, eftersom bemanningen är bättre på sjukhusen. I vilket fall kommer det att slå hårt mot verksamheten. Det akuta och cancerdelen kommer vi att kunna sköta. Det som framför allt drabbas är den vanliga standardsjukvården.

Adam Öhman

Black Fridays

November 2019 blev en svart månad för den svenska landstingssjukvården

6 nov.

Karolinska varslar 600 läkare och undersköterskor

25 nov.

Danderyd varslar 100 anställda

25 nov.

Södersjukhuset varslar 100 anställda

26 nov.

Sahlgrenska meddelar att 400 tjänster ska bort

Det faktum att Danderyds sjukhus och Södersjukhuset har lagt varsel på cirka 100 tjänster vardera har mötts av kraftiga reaktioner. Andreas Fischer (bilden), ordförande för Sjukhusläkarna i Stockholm, är en av dem som har reagerat med kraft.



Andreas Fischer (bilden), ordförande för Sjukhusläkarna i Stockholm, är en av dem som har reagerat med kraft.

▼ – Mikael Runsiö, vd för Södersjukhuset, kan ju ta av sig kavajen och komma ner till golvet och prova på hur det är att jobba här. Hans helikopterperspek-

tiv är inte förankrat hos oss som arbetar på golvet, säger han.

Mikael Runsiö, vd för Södersjukhuset, försäkrar emellertid att patient-säkerheten alltid är första prioritet.

– Vi kommer att följa effekterna av förändringarna noga och agera direkt på eventuella avvikelser, både när det gäller patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Andreas Fischer, som till vardags är verksam som kirurg på Södersjukhuset, ger dock inte mycket för det beskedet.

– Nu blir det färre händer som ska göra samma sak. Frågan blir: Vad är det vi inte ska göra? Vad ska mina kollegor och våra medlemmar inte göra? Nu får vi se exakt var det här landar, men sannolikt blir det färre yngre läkare. Det betyder att vi mer seniora läkare kommer att få täcka ett större spann. De yngre som får arbeta kvar måste jobba

ännu hårdare, och vi seniora läkare kommer inte att ha samma resurser till handledning, reflektion och annat kvalitetsarbete. Vi tvingas jobba mer med kvantitet än kvalitet, säger han.

Andreas Fischer betonar att det råder kronisk vårdplatsbrist i Stockholm, vilket kräver stora planeringsresurser och skapar stor etisk stress hos läkarna.

– För att kunna ha sjukhussängar behövs fler händer, inte färre. Att tro att man kan lösa problemen utan sjukhus tror jag inte på. Vissa saker kanske går att ordna, men det kommer att ta lång tid, och det behövs mer resurser, säger han.

– Nästa år ska vi ha en totalförvarsövning i Sverige. Hela samhället ska öva krisberedskapen. Då kommer det att bli uppenbart att vi inte har någon kapacitet alls om något händer. Vi har inga extraresurser.

Det här skapar en otrygghet, både hos läkare och patienter, säger Andreas Fischer. Han är också bekymrad över vilka signaler detta sänder ut. Traditionellt är läkarkåren lojal, men varslen skapar ytterligare incitament för inte minst yngre kollegor att ifrågasätta om det går att lita på sin arbetsgivare, resonerar han.

Adam Öhman



Kort tid efter att Danderyds sjukhus och Södersjukhuset lagt sina stora varsel stod det klart att 400 tjänster nästa år ska tas bort på Sahlgrenska universitetssjukhuset.

▼ Karin Båtelson (bilden), ordförande för Sjukhusläkarna, säger att följden av alla varsel blir att förtroendet för sjukvården drabbas.



– Det ser likadant ut på många sjukhus. När vi frågar våra lokalavdelningar är oron stor för vad som ska komma och man känner att nedskärningar och kanske varsel är på gång. Med den här typen av stora krisåtgärder riskerar man förtroendet för sjukvårdens ledning, och det i sin tur urholkar förtroendet för hela systemet,

det vill säga att landstingen ska bedriva sjukvård, säger Karin Båtelson. Det är personalen som blir kvar som får lösa allt. Det är en helt orimlig situation.

– När man måste agera med varsel istället för att förändra genomtänkt förlorar man också mycket kompetens. Många tröttnar och säger upp sig, man slänger ut alla timanställda, det vill säga många läkare som arbetar frivilligt efter pension, med ovärderlig kompetens som behöver föras vidare. Samtidigt plockar man bort vikariat och tillsätter färre AT- och ST-tjänster. Det är sällsynt korttänkt.

– Många anser också att sjukhusen är underfinansierade och vi från Läkarförbundet har ju i många år krävt en parts-gemensam överenskommelse om sjukvårdens finansiering.

Hon betonar att en omställning av vården måste göras i rätt ordning av människor som verkligen förstår den.

För närvarande pågår det nationella arbete som går ut på att mer vård ska ske i primärvården och i öppen specialiserad vård – även primärvården haltar med allmänläkarbrist och många deltid och sjukskrivningar. Från Sjuk-

husläkarna har vi varit väldigt noga med att man måste bygga upp primärvården först innan man drar ner på sjukhusvården, säger Karin Båtelson.

– När man bygger upp specialiserad öppenvård som exempelvis vårdvalssystem, kan man inte bara dränera sjukhusen utan att tänka på vad som ska ingå. Uppdraget ska innefatta en bred case-mix av patienter. Utbildningsuppdraget för AT och ST-läkare ska ingå och ersättas skäligt. Det ska också vara möjligt för läkare att arbeta både i vårdval och på sjukhuset.

– Även om man vill att mer sjukvård ska ske utanför sjukhusen måste man ändå se till att sjukhusvården funkar. Vi kommer alltid behöva inneliggande vård, både planerad och akut. Den akuta vården måste också garantera heltäckande och hög läkarkompetens dygnet runt. Inget annat är acceptabelt idag!

Det förutsätter, enligt Karin Båtelson, att jourerna kan upprätthållas och att arbetsmiljön är dräglig för sjukhusläkare. Dessutom får inte utbildning och forskning raseras.

Adam Öhman

Det är något riktigt sjukt med sjukvårdens arbetsmiljö – och det verkar bara bli sjukare

Sjukskrivna för psykisk ohälsa i olika yrken 2010 och 2014

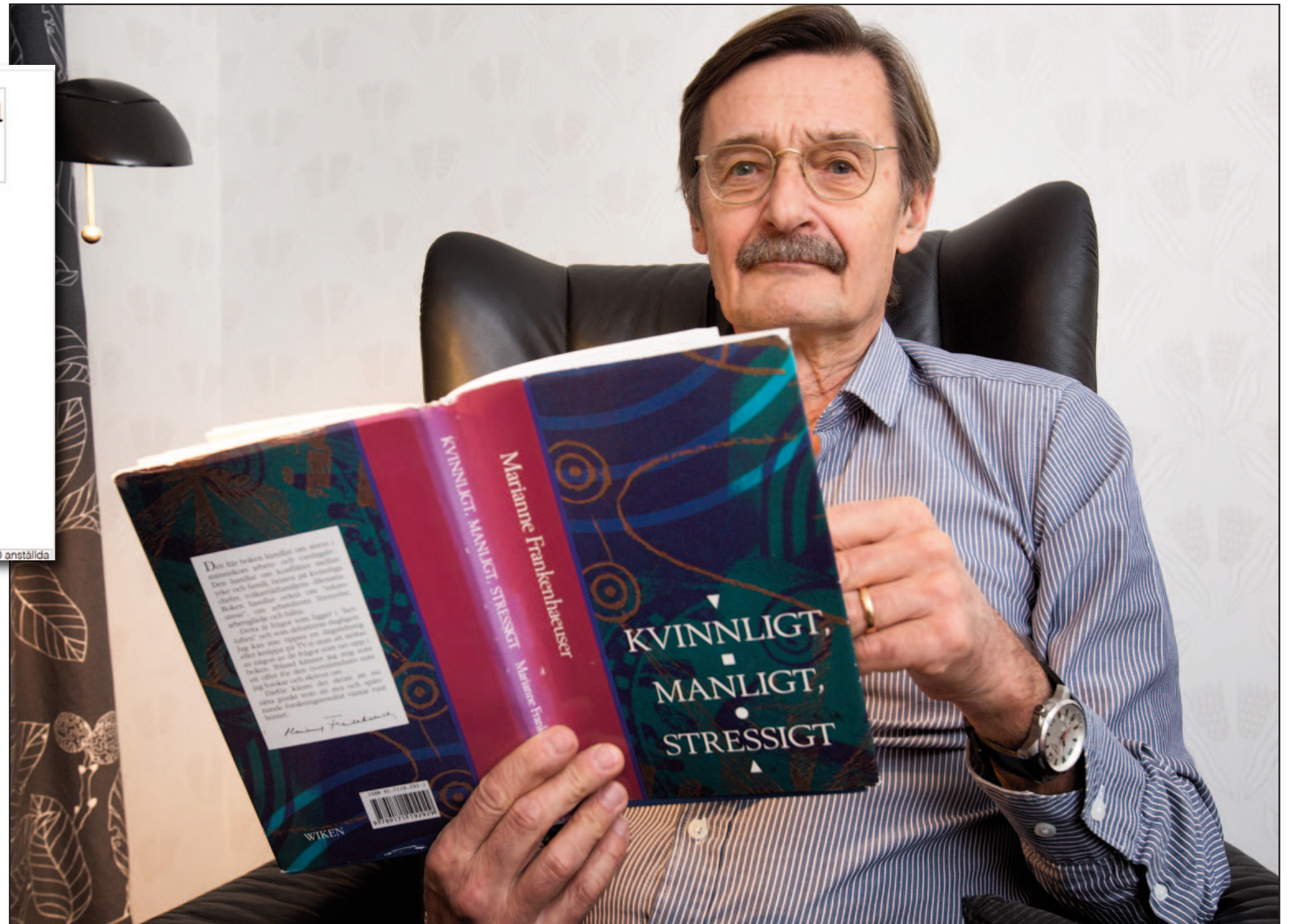


■ Statistiken talar sitt tydliga språk. Hälso- och sjukvården är tillsammans med skola och omsorg de yrkesgrupper där flest anställda är sjukskrivna för psykisk ohälsa.

■ Medan kulmen ser ut att vara nådd för befolkningen i stort ser den ut att fortsätta uppåt för gruppen sjukvårdspersonal, det menar Alexander Wilczek (bilden) som under flera år arbetade med att bygga upp verksamheten på Ersta psykiatri.

■ För nästan exakt ett år sedan fick kliniken lägga ner och idag finns ingen motsvarighet.

Fortsättning nästa uppslag >>>



Känner stor sorg att Ersta psykiatri tvingades lägga ned

Utanför fönstret i Alexander Wilczeks mottagningsrum hörs de karakteristiska ljuden från tvärbanans spårvagnar. Idag är privatpatienter en dag i veckan hans enda kliniska arbete.

Det har snart gått ett år sedan han och hans arbetskamrater gick ut från den psykiatriska kliniken vid Ersta sjukhus för sista gången. Med sig tog de med sig kunskap som byggts upp under ett halvt sekel – de senaste åren med speciellt fokus mot utmattningsdiagnoser och stressrelaterad sjukdom bland sjukvårdspersonal.

– Jag tror att Ersta har fyllt en oerhört viktig funktion för sjukvårdspersonalen de senaste 50 åren. Tidigare fanns bara landstinget och Ersta i Stockholm och då var det skönt att kunna söka sin psykiatriska vård hos någon annan än sin arbetsgivare. Innan vi la ner var 99 procent av de som kom till oss sjukvårdspersonal och bland de med en utmattningsdiagnos var läkarna den största gruppen, säger Alexander Wilczek som tidigare arbetade som verksamhetschef på Ersta psykiatri.

Han beskriver våren som en tung period, där han sörjde att något ”vi byggt upp och som var väldigt bra” bara raderades ut.

– Jag gick in som vanlig överläkare mot slutet och jag fick träffa många patienter. Det var väldigt fint. Sen la vi mycket tid på att remittera dem vidare, vi skrev närmare 2 000 remisser förra hösten.

Medan kurvan över sjukskrivningstalen för stressutlöst sjukdom bland befolkningen idag ser ut att ha nått kulmen är Alexander Wilczeks uppfattning att den fortsätter uppåt för gruppen sjukvårdspersonal. Och majori-

” Innan vi la ner var 99 procent av de som kom till oss sjukvårdspersonal och bland de med en utmattningsdiagnos var läkarna den största gruppen. ”

teten av de som blir sjuka är kvinnor.

– Drygt 16 procent var män på kliniken och skillnaden i sig är förfärlig. Den talar om att vi har en bra bit kvar till jämställdheten. Andelen kvinnor dominerar när det gäller andra sjukdomar så som depression och ångesttillstånd, men inte alls på det här sättet.

Han menar att svaret på frågan varför inte är enkelt och att det bara till viss del kan förklaras med skillnaden i hur män och kvinnor söker hjälp. En annan del av svaret tror han ligger i kulturellt betingade skillnader i hur män och kvinnor blir bemötta på arbetsplatser. Men också att det fortfarande är kvinnorna som är producenterna av familjelivet.

– Det är många faktorer som bidrar till att en kvinnas utrymme för återhämtning blir mindre än mannens. Jag brukar tänka på en av mina patienter – en överläkare på avancerad nivå som var gift med en man på samma karriärnivå som hon, men inom en annan bransch. De var väldigt noga med att dela 50/50 på ansvaret för barnen och hemmet, men när man började gå på djupet var det ändå hon som såg till att det var rätt grejer i barnens gymmapåse och som höll reda på när träningarna var. Även om det sen lika ofta var hennes man som

körde till träningen eller såg till att gymmapåsen kom med till skolan. Det där tror jag är mycket vanligt.

Men det är inte längre kvinnorna som står för den största ökningen av sjukskrivningarna för stressrelaterad sjukdom. De senaste åren har männens kurva pekat allt brantare uppåt.

– Jag tror och hoppas att det delvis beror på att fler män söker hjälp nu. Sen händer det andra saker i samhället – mönstren håller på att ändras. Till exempel är papporna i mina barns generationer hemma med sina barn. Mammorna kräver en annan jämlikhet och papporna vill också ha den. När jag var ung pappa i början av 80-talet var jag den enda mannen i lekparken eller på öppna förskolan, säger han och fortsätter:

– Men jag hoppas ju att den förändringen istället ska leda till att både kvinnor och män blir mindre sjuka.

Att man på Ersta psykiatri kom att inrikta sig mot just stressrelaterad sjukdom och utmattningsdiagnoser är en av Alexander Wilczeks tidigare överläkarkollegers förtjänst. På vårkanten 2013 uppmärksammade hon honom på att väldigt många av de patienter som kom till kliniken hamnade inom de ramarna. Tillsammans med ledningsgruppen för Ersta sjukhus sökte Alexander Wilczek pengar från landstinget och tilldelades ett anslag på sex miljoner för att för att undersöka patientgruppen. Bland annat engagerades Marie Åsberg, psykiatriprofessor med djup kunskap om stress och utmattning.

Fortsättning nästa uppslag >>>



”Det borde finnas specialanpassade kliniker för olika yrkesgrupper”

Arbetet resulterade i den behandlings- och rehabiliteringsmodell som idag kallas Erstamodellen.

– En sak som vi lärde oss var att var fjärde patient hade varit sjuk i samma diagnos tidigare. Risken är alltså att 25 procent av de som sjuknar nu även kommer att sjukna i framtiden. Vi utvecklade därför en metod som vi kallade för återfallspreventiv metod och

fick till och med ett anslag från landstinget för att göra en fortsättning. Men för att kunna utvärdera en sådan metod kräver det att man kan följa sina patienter och det går inte om man lägger ner kliniken.

Personal inom skola, omsorg och vård är de yrkeskategorier där flest sjukskrivs på grund av psykisk ohälsa och det är stressjukdomar som står för ökningen. Alexander Wilczek tror att det överlag behövs fler kliniker för stressrelaterad diagnos och utmattningsdiagnos för olika yrkesgrupper.

– Lärarna skulle till exempel behöva en mottagning där personalen kan lärares existentiella behov och predikament. Samma sak för socialtjänstens personal, omsorgspersonal och poliser. Min erfarenhet från Ersta är att det var en enorm hjälp i behandlingen, oavsett diagnos, att vi hade en gedigen kunskap om våra patienter existentiella villkor.

Bland annat menar han att läkarrollen och att ”man inte jobbar som läkare utan är läkare” kan ha betydelse.

– För oss doktorer är yrket en påtaglig del i vem jag är och om den funktionen börjar svikta så sviktar hela jag. Jag vet att läkare är beredda att gå väldigt långt innan man slänger in handduken, delvis har att göra med att det är en viktig del av ens identitet.

Han tror också att det finns många som inte vill ”svika” arbetskamraterna eller patienterna. För att komma till rätta med den typen av tankar tror Alexander Wiczek att kollegiala samtalsgrupper (se faktaruta) är en väg framåt.

– Jag provade det på Ersta och det var väldigt positivt. Inte minst hade jag som chef glädje av det, eftersom medarbetarna kom till mig med olika problem de hade tagit upp.

En annan sak som han brukar hänvisa till är ”lunchtvång” och framhåller att det ska vara trevligt att vara på jobbet.

– Min övertygelse är att ju förr jag börjar prata med mina arbetskamrater desto bättre. Jag tror till exempel att det är en hälsofaktor om vi faktiskt sätter oss ner och äter lunch tillsammans och då pratar om annat än patienter. Ju lättare det är att få till stånd, desto bättre är prognosen för den arbetsplatsen. Man behöver inte hålla med varandra om allt, men man ska trivas med varandra.

Utöver det kliniska arbetet på privatmottagningen är Alexander Wilczek engagerad i fem stress- och utmattningsprojekt på Karolinska institutet. Bland annat har han varit inblandad i ett pilotprojekt där man kunnat se att nivåerna av mikropartiklar från astrocyter är förhöjda hos utmattade jämfört med både friska personer och de som är deprimerade, där nivåerna är likvärdiga.

– Det vore väldigt skönt att kunna skriva att det finns objektiva fynd vid utmattning, men det är långt dit. Analyserna är komplicerade och dyra och det är inget som kommer att kunna hamna i rutinsjukvården i ett nafs. Men det är ett steg på vägen, säger han och tillägger att förhoppningen att man ska kunna publicera resultatet redan nästa år.

Han hänvisar också till en PET-studie som visar att utmattning orsakar en mätbar förtunning av hjärnbalken mediofrontalt. Och påpekar att prognosen och progressen är ungefär den samma som hos strokepatienter.

Utöver att objektiva fynd hos utmattade hade underlättat i kontakten med Försäkringskassan menar Alexander Wilczek att det också visar att utmatt-

Varningssignaler för utbrändhet

■ Sömnen är nästan det viktigaste. Om du märker att du inte sover gott och har med dig jobbet in i sömnen finns det anledning att reagera. Problemen ska ha pågått under en längre tid. Till exempel att du inte kommer ihåg när du sov gott en hel natt senast. Det kanske också är så att du måste medicinera för att sova gott och klara av jobbet. Då kan du vara inne i en ond cirkel, även om det inte behöver vara så. Men man ska hålla ögonen på det som varningssignal.

Värk i nacke, rygg och axlar är en typisk markör.

■ Det är vanligt att magen börjar joxa. Att man får magknip, blir förstoppad eller lös i magen.

■ När det gäller den sociala situa-

tionen börjar man hoppa över saker. Man orkar inte gå till gymmet, hoppar över joggningsrundan eller tar en termins paus från kören. Det vill

säga att man knaprar in på sina lekplatser.

■ Du kanske börjar märka att du hellre träffar dina vänner på krogen än att bjuder hem dem på middag, eftersom det är jobbigt att laga mat och städa upp. Energin börjar tryta på områden som man tidigare har tyckt om att göra.

■ Minnet blir också påverkat. Man tappar bort tankar som är självklara, man får svårare att hålla fler bollar i luften samtidigt.

■ För oss i kontaktyrken kan det också märkas på att man börjar bli mindre medkännande, vilket kan resultera i att man blir cynisk.

■ Det går att göra ett självskattningstest som heter KEDS, Karolinska Exhaustion Disorder Scale 9, där man svarar på nio frågor för att se om man är på väg in i riskzonen för utmattning.



Vad gör man om varningssignalerna stämmer?

■ Först: Helga vilodagen. Se till att ha en ledig dag i veckan då du inte arbetar, inte öppnar din jobbmajl, inte storhandlar, inte stortvättar eller åker till IKEA. Dagen är till för att bara tar det lugnt. Läs en bok, spela spel eller ser en film till exempel.

■ Skaffa dig kunskap om stress och utmattning och lär dig stresshantering. Det finns appar eller sidor

på nätet där du kan få mycket information. Hitta något som kan hjälpa dig att faktiskt hitta en vilopunkt. ■ Städa upp i livet på så sätt att du inte öppnar jobbmajl på kvällen. Uppdatera inte Facebook precis innan du släcker lampan. Gör allt sådant före middagen och ägna resten av kvällen åt att gå ner i varv. ■ Tala med din chef och med dina

arbetskamrater. Chefer behöver hjälp av medarbetarna att bli bra chefer och deras input är ovärderligt.

■ Om du märker att du trots vilodag och trots att du har börjat uppmärksamma och ändra på saker ändå vaknar på måndag morgon och är lika trött som på fredagskvällen är det dags att söka hjälp. Kort sagt: när din återhämtning inte längre funkar.

ningsdiagnosen är något annat än depression.

Utmattningsdiagnoser är ingen ny företeelse. Redan på 1860-talet beskrevs den för första gången, men då som neurasteni.

– Det blev en jättestor diagnos på den tiden. Man menade då att det inte är konstigt att folk blir stressade när man kunde fara fram i 40 kilometer i timmen i de nya ångtågen. Det kan också spela in

att man fick gasljus och elektriskt ljus, vilket i sin tur ledde till att man kunde arbeta längre.

Alexander Wilczek tror själv att det då och då kommer utmattningsepidemier och hänvisar till tydliga samband mellan nedskärningarna inom den offentliga sektorn på 90-talet och att sjuktalen mellan fyra och fem år senare skjutit i höjden. I statistiken går det också att se

hur sjuktalen på arbetsplatsen korrelerade med hur mycket personal som skars ner.

– Jag är också väldigt upptagen av vad New Public Management ställer till i våra led och min tro är att det i alla fall delvis är en orsak till den nuvarande epidemin. Plötsligt skulle enhetens ekonomi vara baserad på produktion och många av oss hamnade då i etiska konfliktsituationer.

Anna Sofia Dahl

Infektionsläkare tilldelas Sjukhusläkarnas klimatstipendium



Maria Furberg tillsammans med Sjukhusläkarnas ordförande Karin Båtelson på Nalen i Stockholm där hon hyllades för sin forskning med diplom och blommor under Läkarförbundets årsmötes galaställning. Foto: Liisa Eelsoo

Maria Furberg, forskare och infektionsläkare på Norrlands Universitetssjukhus, tilldelas Sjukhusläkarnas klimatstipendium. Hon får det för sitt engagemang och sin forskning inom klimat och hälsa med särskilt fokus på det arktiska området.

▼ För Maria Furberg innebär det att hon kan fortsätta engagera sig i klimatförändringarnas konsekvenser på infektioner och hon är glad över möjligheten. – Det känns jätteroligt att få det här stipendiet. Och extra roligt att bli uppmärksammas för något som annars inte är särskilt prioriterat i Sverige, säger hon.

Sjukhusläkarnas vill öka mängden vetenskapligt grundade fakta om sambanden mellan klimat, klimatförändringar och hälsa.

Karin Båtelson, ordförande i Sjukhusläkarna, motiverade föreningens val

av stipendiat så här:

– Med sin forskning om förmodat klimatkänsliga zoonotiska infektioner och sitt engagemang i flera internationella organisationer är Maria Furberg ett utmärkt exempel på såväl forskning om sambanden mellan klimat och hälsa, som spridning av resultaten.

Stipendiet, som är på 30 000 kronor, ska uppmuntra fortsatt forskning och ge ökad möjlighet till internationellt samarbete kring kopplingen klimatförändringarna i Arktis, mikrobiologiska hot och klimatkänsliga infektioner.

Anna Lehmusto

VAD SKULLE DU SKRIVA UT TILL DIG SJÄLV?

ELIQUIS® är den **enda** faktor Xa-hämmaren som vid icke-valvulärt förmaksflimmer visat **både**:

- Signifikant bättre reduktion av **stroke/systemisk embolism** jämfört med warfarin^{1*}
- Signifikant bättre säkerhet avseende **allvarlig blödning** jämfört med warfarin^{1*}

*Stroke/systemisk embolism p=0,01. Allvarlig blödning p<0,0001

Ref: 1. Produktresumé för Eliquis®

Eliquis®
apixaban



Bristol-Myers Squibb



Eliquis® (apixaban) Rx. F. B01AF02. Filmraderade tabletter 5 och 2,5 mg. Indikationer hos vuxna: 1. Profylax av venös tromboembolism (VTEp) efter elektiv höft eller knäledsplastik. 2. Profylax av stroke och systemisk embolism (NVAF) vid icke-valvulärt förmaksflimmer med en eller flera riskfaktorer. 3. Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE). Förebyggande av återkommande DVT och LE. Eliquis® är kontraindicerat vid kliniskt signifikant pågående blödning och vid händelse eller tillstånd som ger betydande risk för större blödning. Eliquis® rekommenderas ej som ett alternativ till ofraktionerat heparin hos patienter med lungembolism som är hemodynamiskt instabila eller som kan komma att genomgå trombolytisk eller pulmonell embolektomi. Eliquis® rekommenderas ej vid CrCl <15 ml/min, till patienter i dialys eller med mekanisk hjärklaffprotes. Eliquis® rekommenderas ej vid allvarligt nedsatt leverfunktion. Enligt SPC 18 juni 2018. Fullständig information och pris se fass.se. Bristol-Myers Squibb www.bms.com/se Pfizer www.pfizer.se



UTÖKAD SUBVENTION FR O M 1 JANUARI 2019¹

Repatha[®] subventioneras som tilläggsbehandling för

- Patienter med aterosklerotisk hjärt- och kärlsjukdom som har ett kvarstående LDL-kolesterol $\geq 2,5$ mmol/L trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib.
- Patienter med FH, heterozygot familjär hyperkolesterolemi, som har ett kvarstående LDL-kolesterol $\geq 3,0$ mmol/L trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib.
- Patienter med homozygot familjär hyperkolesterolemi.

NT-rådet rekommenderar landstingen att i första hand välja Repatha[®] som är det mest kostnadseffektiva alternativet av PCSK9-hämmarna.²

Se <https://www.janusinfo.se/nationelltordnatinforande> och sök på Repatha[®] för rekommendationen i sin helhet

Repatha[®] (evolocumab) R_x, (F), ATC: C10AX13. 140 mg injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna för engångsbruk.

Indikation - Etablerad aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom:

Repatha[®] är avsett för behandling av vuxna med etablerad aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom (hjärtinfarkt, stroke eller perifer artärsjukdom) för att sänka kardiovaskulär risk genom att sänka nivåerna av LDL-C, som tillägg till korrigering av andra riskfaktorer:

- i kombination med den högsta tolererade dosen av en statin med eller utan andra blodfettssänkande behandlingar eller,
- ensamt eller i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar när en statin inte tolereras eller är kontraindicerad.

Indikation - Hyperkolesterolemi och blandad dyslipidemi:

Repatha[®] är avsett för behandling av primär hyperkolesterolemi (heterozygot familjär och icke-familjär) eller blandad dyslipidemi hos vuxna, som tilläggsbehandling till kostomläggning:

- i kombination med en statin eller statin i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar hos patienter som inte kan uppnå målet för LDL-C med den maximalt tolererade dosen av en statin eller,
- ensamt eller i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar när en statin inte tolereras eller är kontraindicerad.

Indikation - Homozygot familjär hyperkolesterolemi:

Repatha[®] är avsett för behandling av homozygot familjär hyperkolesterolemi hos vuxna och ungdomar 12 år och äldre, i kombination med andra blodfettssänkande behandlingar.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

För fullständig information vid förskrivning samt produktresumé, Amgen juli 2019, se www.fass.se³

AMGEN[®]

Box 706, 169 27 SOLNA,
08 695 11 00, www.amgen.se